

PRIORITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE 1997-2002

VERS L'ATTEINTE DES
RÉSULTATS ATTENDUS :
5^E BILAN



S A N T É P U B L I Q U E



PRIORITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE 1997-2002

**VERS L'ATTEINTE DES
RÉSULTATS ATTENDUS :
5^E BILAN**

Le présent document a été préparé par l'équipe d'évaluation des priorités nationales de santé publique.

Coordination :

Pierre Patry, ministère de la Santé et des Services sociaux

Ministère de la Santé et des Services sociaux :

Lise Bourcier (priorité 5)
Marthe Hamel (priorité 1)
Monique Imbleau (priorité 3)
Sylvie Kirouac (priorité 1)
Guy Mercier (priorité 6b)
Pierre Patry (priorité 6b)
Nelson Potvin (priorité 6b)
Pauline Thiboutot (priorité 4)

Régies régionales, Direction de santé publique :

Claude Bégin, Lanaudière (priorité 6)
Nicole Boudreau, Côte-Nord (priorité 6)
Danielle Guay, Montréal-Centre (priorité 1)
Maryse Guay, Montérégie (priorité 2)
Marie-Josée Pineault, Bas-Saint-Laurent (priorité 6a)
Marc St-Laurent, Bas-Saint-Laurent (priorité 6)

Institut national de santé publique du Québec :

Paule Clément (priorité 2)

Mise en page :

Hélène Piché, ministère de la Santé et des Services sociaux

Édition produite par la **Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**.

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

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

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

Ce document peut être consulté à la section **Documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux, dont l'adresse est **www.msss.gouv.qc.ca**

La forme masculine non marquée utilisée dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003
ISBN 2-550-40575-7

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

© Gouvernement du Québec

Remerciements

Ce travail n'aurait pu être possible sans la participation d'un grand nombre de professionnels du secteur de la santé publique. Nous tenons à remercier plus spécialement les personnes qui suivent.

Pour le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes :

Nicole Bernier, Régie régionale du Bas-Saint-Laurent, Direction de santé publique
Judith Bujold, Institut national de santé publique du Québec
Lyne Jobin, ministère de la Santé et des Services sociaux
Johanne Laverdure, Institut national de santé publique du Québec

Pour les maladies évitables par l'immunisation :

Nicole Boulianne, Institut national de santé publique du Québec
Bernard Duval, Institut national de santé publique du Québec
Monique Douville-Fradet, ministère de la Santé et des Services sociaux
François Dumont, ministère de la Santé et des Services sociaux
Monique Landry, Régie régionale de Laval, Direction de santé publique
Louise Paquin, ministère de la Santé et des Services sociaux
Lucie St-Onge, ministère de la Santé et des Services sociaux
Louise Valiquette, Régie régionale de Montréal-Centre, Direction de santé publique

Pour le VIH et les infections transmissibles sexuellement :

Danielle Auger, Centre québécois de coordination sur le sida
Nancy Lajeunesse, Centre québécois de coordination sur le sida
Johanne Samson, Centre québécois de coordination sur le sida

Pour le dépistage du cancer du sein :

Patricia Goggin, ministère de la Santé et des Services sociaux
Richard Tremblay, ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour le tabagisme :

Danielle Léveillé, Régie régionale de l'Outaouais, Direction de santé publique
André Secours, Régie régionale de Chaudière-Appalaches, Direction de santé publique

Pour les traumatismes intentionnels liés à la violence envers les personnes :

Nicole Proulx, Régie régionale du Bas-Saint-Laurent, Direction de santé publique

Pour les traumatismes intentionnels liés au suicide :

Johanne Labbé, ministère de la Santé et des Services sociaux
Stéphane Prévost, ministère de la Santé et des Services sociaux

Avant-propos

Le 6 mars 1997, en lançant les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'était engagé, avec tout son réseau, à ce que soit très rapidement mis en place un mécanisme permettant de suivre l'évolution vers les résultats visés. Les bilans annuels des priorités nationales sont le produit concret de ce mécanisme.

Dès les premier et deuxième bilans, nous observions que des actions avaient été entreprises pour chacune des priorités et que certains résultats étaient déjà près d'être atteints. Les troisième et quatrième bilans, produits respectivement en 2000 et 2001, ont montré que nous avons poursuivi l'implantation des priorités et maintenu le cap sur les résultats attendus en 2002. À la lecture du cinquième bilan, nous pouvons affirmer qu'un bon nombre des objectifs visés par le réseau de la santé publique en 1997 ont été atteints. Toutefois, pour certaines priorités, beaucoup de chemin a été parcouru tandis que, pour d'autres, on est encore loin du résultat envisagé.

Bien que ce cinquième bilan soit le dernier, il permettra au Ministère et aux directions de santé publique des régies régionales de la santé et des services sociaux de préciser les actions de santé publique à intensifier pour l'atteinte d'objectifs visant la réduction des problèmes de santé et de bien-être les plus importants, et ce, même dans le cadre du Programme national de santé publique. De fait, le premier programme québécois de santé publique ne marque pas de rupture dans les activités offertes antérieurement. Il prend en effet la relève des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, avec une couverture plus large du champ d'action de la santé publique. Par ailleurs, le présent bilan sera également utile aux personnes travaillant dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) et dans le réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux organismes communautaires et aux groupes professionnels engagés en santé publique pour guider leur contribution à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Enfin, ce dernier bilan des Priorités nationales de santé publique permettra de déterminer les améliorations à apporter à certaines sources d'information pour obtenir des données fiables dans le cadre du Programme national de santé publique.

Alain Poirier
Directeur national de santé publique

Table des matières

Liste des tableaux, graphiques et figures	9
Liste des abréviations, acronymes et sigles	13
Liste des régions sociosanitaires du Québec	15
Introduction	17
Méthode	18
Priorité 1 Le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes	21
Faits saillants	23
1.1 Accessibilité aux programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité ...	27
1.1a Disponibilité des programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité ...	36
1.2 Allaitement maternel	57
1.3 Programmation intégrée en milieu de garde	58
1.4 Valorisation du rôle du père	68
1.5 Programmation intégrée en milieu scolaire	69
Priorité 2 Les maladies évitables par l'immunisation	71
Faits saillants	73
2.1 Couverture vaccinale des enfants de 2 ans	77
2.2 Vaccination des adolescents contre l'hépatite B et rappels	88
2.3 Élimination des maladies évitables par l'immunisation	97
2.4 Réduction de l'incidence des maladies évitables par l'immunisation	102
2.5 Vaccination contre l'influenza des personnes âgées vivant en CHSLD	108
2.6 Vaccination contre l'influenza des personnes âgées vivant en milieu ouvert	112
2.7 Taux d'utilisation des vaccins achetés	117
2.8 Vaccins soumis à une température inadéquate	121
Priorité 3 L'infection par le VIH, le sida et les infections transmissibles sexuellement	127
Faits saillants	129
3.1 Programmes de prévention pour les populations vulnérables	131
3.2 Politique nationale de réduction des méfaits associés à la toxicomanie	144
3.3 Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse	146
3.4 Données fiables sur l'infection par le VIH, sur les MADO et sur les ITS	150
Priorité 4 Le dépistage du cancer du sein	152
Faits saillants	153
4.1 Implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein	155
4.2 Taux de participation à la mammographie de dépistage	163
4.3 Taux de cancers détectés	165
4.4 Taux de mortalité attribuable au cancer du sein chez les femmes de 55 à 74 ans	167
Priorité 5 Le tabagisme	169
Faits saillants	171
5.1 Stratégie de prévention du tabagisme	173
5.2 Réduction du tabagisme chez les 15 ans ou plus	181
5.3 Réduction du tabagisme chez les jeunes	184
5.4 Soutien à l'abandon du tabagisme	187

Priorité 6 Les traumatismes non intentionnels.....	205
Faits saillants	207
6.1 Prévention des blessures à domicile.....	209
6.2 Prévention des blessures dans les établissements	213
6.3 Programmes d'application sélective	214
6.4 Législation et réglementation	217
Priorité 6a Les traumatismes intentionnels – La violence envers les personnes	221
Faits saillants	223
6a.1 Sensibilisation au phénomène de la violence faite aux femmes.....	225
6a.2 Promotion des comportements pacifiques et prévention de la violence envers les personnes.....	227
6a.3 Protocoles de référence interorganismes.....	232
Priorité 6b Les traumatismes intentionnels – Le suicide.....	237
Faits saillants	239
6b.1 Taux de suicide au Québec.....	241
6b.2 Projets pilotes en prévention du suicide.....	243
Conclusion.....	253

Liste des tableaux, graphiques et figures

Tableau 1.1	Nombre de femmes rejointes par un programme du type NEGS, selon le moment où elles ont commencé à bénéficier du programme – Québec, 2001-2002	33
Tableau 1.1.1	Nombre et proportion de nouvelles femmes pauvres et sous-scolarisées, et nombre de nouvelles femmes rejointes par un programme du type NEGS – Québec et régions, 2001-2002	34
Tableau 1.1.2	Nombre et proportion de nouvelles femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes et nombre de nouvelles femmes rejointes par un programme du type NEGS, intégral ou non – Québec, 2001-2002	35
Graphique 1	Durée du suivi postnatal offert dans un programme du type NEGS, Québec, 2000-2001 et 2001-2002	40
Graphique 2	Nombre de rencontres ou de contacts postnatals offerts dans un programme du type NEGS, Québec, 2000-2001 et 2001-2002	40
Tableau 1.1a1	Proportion et nombre de CLSC selon les caractéristiques du programme du type NEGS offert – Québec, 2000-2001 et 2001-2002	44
Tableau 1.1a2	Nombre et proportion de CLSC offrant un programme du type NEGS, sans égard à la présence de l'ensemble des composantes – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002	45
Tableau 1.1a3	Proportion et nombre de CLSC selon les composantes du suivi individuel offert dans un programme du type NEGS – Québec, 2000-2001 et 2001-2002	46
Tableau 1.1a4	Nombre et proportion de CLSC offrant le suivi à compter de la vingtième semaine de grossesse ou plus tôt dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002	47
Tableau 1.1a5	Nombre et proportion de CLSC offrant au moins huit rencontres prénatales dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002	48
Tableau 1.1a6	Nombre et proportion de CLSC terminant le suivi postnatal à 24 mois ou plus tard dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002	49
Tableau 1.1a7	Nombre et proportion de CLSC offrant au moins 25 rencontres ou contacts postnatals dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002	50
Tableau 1.1a8	Nombre et proportion de CLSC offrant un suivi multidimensionnel dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002	51
Tableau 1.1a9	Proportion et nombre de CLSC selon chacune des dimensions du suivi individuel offert dans un programme du type NEGS – Québec, 2000-2001 et 2001-2002	52
Tableau 1.1a10	Nombre et proportion de CLSC dont le suivi individuel est offert par une intervenante privilégiée dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002	53
Tableau 1.1a11	Nombre et proportion de CLSC disposant d'une équipe interdisciplinaire dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002	54

Tableau 1.1a12	Nombre et proportion de CLSC dont le programme du type NEGS inclut l'accompagnement communautaire – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002 ...	55
Tableau 1.1a13	Nombre et proportion de CLSC dont le programme du type NEGS peut compter sur un regroupement intersectoriel en rapport avec le programme – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002	56
Tableau 1.3.1	Offre d'un programme intégré en milieu de garde (PIMG) – Québec et régions, 2000-2001	65
Tableau 1.3.2	Partenaires des PIMG, selon la région, 2000-2001	66
Tableau 1.3.3	Nombre d'enfants ayant bénéficié d'un PIMG, selon la région, 2000-2001	67
Tableau 2.1.1	Système d'information sur la vaccination (SIV) pour les enfants québécois de 2 ans – État de l'implantation au 31 décembre 2001 au niveau régional	82
Tableau 2.1.2	Participation des CLSC au SIV et à la vaccination des enfants de 2 ans – Régions du Québec, 2001	83
Tableau 2.1.3	Participation des centres hospitaliers au SIV et à la vaccination des enfants de 2 ans – Régions du Québec, 2001	84
Tableau 2.1.4	Participation du secteur privé au SIV et à la vaccination des enfants de 2 ans – Régions du Québec, 2001	85
Tableau 2.1.5	Couverture vaccinale des enfants de 2 ans – Régions du Québec, situation au 31 décembre 2001.....	86
Tableau 2.1.6	Couverture vaccinale des enfants en classe maternelle – Régions du Québec, année scolaire 2000-2001	87
Tableau 2.2.1	Système d'information sur la vaccination (SIV) des élèves québécois de 3 ^e secondaire – État de l'implantation au 31 décembre 2001 au niveau régional.....	92
Tableau 2.2.2	Participation des CLSC au SIV et à la vaccination des élèves de 3 ^e secondaire – Régions du Québec, 2001	93
Tableau 2.2.3	Participation des centres hospitaliers à la vaccination des élèves de 3 ^e secondaire – Régions du Québec, 2001.....	94
Tableau 2.2.4	Participation du secteur privé au SIV et à la vaccination des élèves de 3 ^e secondaire – Régions du Québec, 2001	95
Tableau 2.2.5	Couverture vaccinale contre l'hépatite B et rappels des élèves de 3 ^e secondaire – Régions du Québec, année scolaire 2000-2001	96
Tableau 2.3.1	Taux brut d'incidence des maladies évitables par l'immunisation, Québec, 1991-2001 (taux pour 100 000 habitants)	101
Tableau 2.4.1	Taux brut d'incidence des maladies évitables par l'immunisation, Québec, 1991-2001 (taux pour 100 000 habitants)	106
Tableau 2.4.2	Nombre de cas d'hépatite A selon les facteurs de risque, Québec, 2000 et 2001	107
Tableau 2.5.1	Couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en CHSLD – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002	111

Tableau 2.6.1	Couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002.....	115
Figure 2.6.1	Évolution des couvertures vaccinales contre l'influenza chez les personnes de 65 ans ou plus selon leur milieu de vie – Québec, 1996-2002	116
Tableau 2.7.1	Nombre et proportion de vaccins achetés mais non utilisés – Québec et régions, 2001-2002 (données au 1 ^{er} avril 2002).....	120
Tableau 2.8.1	Surveillance de la température des vaccins pendant le transport, nombre et proportion de réfrigérateurs munis d'un thermomètre à maximum et minimum – Québec et régions, 2001-2002 (données au 1 ^{er} avril 2002).....	124
Tableau 2.8.2	Nombre et proportion de vaccins soumis à une température inadéquate – Québec et régions, 2001-2002	125
Tableau 3.1a	Programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires ou à rendre moins risquée la consommation de drogue par injection et groupes ciblés, selon les régions, 2001-2002	138
Tableau 3.1b	Nombre de régions où des activités ou des interventions sont offertes aux populations vulnérables, 2001-2002	140
Tableau 3.1c	Moyens de prévention offerts dans les centres de détention de compétence québécoise, selon les régions, 1998-1999, 2001-2002	141
Tableau 3.1d	Portrait des centres d'accès aux seringues du Québec au 1 ^{er} décembre 1997 et au 1 ^{er} janvier 2002	142
Tableau 3.1e	Composantes de programmes permettant aux toxicomanes de se procurer de la méthadone, selon les régions, au 31 décembre 1997, 1999 et 2001	143
Graphique 4.1.1	Évolution du nombre de centres désignés, de 1998 à 2002	157
Tableau 4.1a	Implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein – Situation au 31 mars 2002 dans les régions où le programme a été implanté en 2001-2002 et dans celles où il n'est pas encore offert	159
Tableau 4.1b	Actualisation du PQDCS selon les exigences de qualité établies dans le cadre de référence – Situation au 31 mars 2002 dans l'ensemble des régions et commentaires	160
Tableau 4.3a	Taux de détection de cancer du sein	166
Tableau 5.1a	Stratégie de prévention du tabagisme – Populations rejointes par des programmes ou activités au niveau primaire, 2001-2002	177
Tableau 5.1b	Stratégie de prévention du tabagisme – Populations rejointes par des programmes ou activités au niveau secondaire, 2001-2002.....	178
Tableau 5.1c	Stratégie de prévention du tabagisme – Populations rejointes par des programmes ou activités au niveau primaire.....	179
Tableau 5.1d	Stratégie de prévention du tabagisme – Populations rejointes par des programmes ou activités au niveau secondaire	180
Tableau 5.2a	Proportion de fumeurs selon la région au Québec.....	182

Tableau 5.4.1	Soutien à l'abandon du tabagisme : services d'information et de référence, 2001-2002.....	193
Tableau 5.4b	Soutien à l'abandon du tabagisme : services de counseling individuel, 2001-2002.....	195
Tableau 5.4c	Soutien à l'abandon du tabagisme : services (ou méthodes) de groupe, 2001-2002...	198
Tableau 5.4d	Promotion des services (ou méthodes) pour cesser de fumer, 2001-2002	200
Tableau 5.4e	Accessibilité à au moins un service pour cesser de fumer dans tous les territoires de CLSC de la région et promotion continue de ces services par au moins un moyen, 2001-2002.....	202
Tableau 5.4f	Accessibilité à au moins un service pour cesser de fumer dans tous les territoires de CLSC de la région, 2000-2001	203
Tableau 6.1a	Projets pilotes en prévention des blessures à domicile, de 1997 à 2002	211
Tableau 6.1b	Documentation reçue sur les projets pilotes visant la prévention des blessures à domicile, 2001-2002	212
Tableau 6.3	Programme d'application sélective (PAS), de 1997-1998 à 2001-2002	216
Tableau 6a.2	Portrait des projets pilotes et des initiatives visant la promotion des comportements pacifiques et la prévention de la violence envers les personnes, 2001-2002.....	229
Tableau 6a.2.1	Projets pilotes selon le type de violence pour les années 1997-1998 à 2001-2002.....	231
Tableau 6a.3.1	Protocoles de référence interorganismes, 2001-2002	235
Tableau 6b.1	Mortalité attribuable au suicide au Québec, 1996-1999.....	242
Tableau 6b.2	Projets pilotes financés en prévention du suicide, 2001-2002.....	248

Liste des abréviations, acronymes et sigles

ACJQ	Association des centres jeunesse du Québec
CAB	Centre d'action bénévole
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CAPAS	Centre d'aide aux personnes agressées sexuellement
CAVAC	Centre d'aide aux victimes d'acte criminel
CCSR	Centre de coordination des services régionaux
CDD	Centre de dépistage désigné
<i>cf.</i>	Se reporter à
CH	Centre hospitalier
CHA	Centre hospitalier affilié
CHRD	Centre hospitalier régional de Lanaudière
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CIRMA	Centre d'information et de référence sur les médicaments pour les aînés
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CMIS	Centre maternel et infantile sur le sida
CPE	Centre de la petite enfance
CQCS	Centre québécois de coordination sur le sida
CRID	Centre de référence pour investigation désigné
CRJDA	Centre régional pour jeunes en difficulté d'adaptation
CSR	Coordination des services régionaux
CUM	Communauté urbaine de Montréal
CV	Couverture vaccinale
DCTP	Diphtérie, coqueluche, tétanos, polio
DCTPH	Diphtérie, coqueluche, tétanos, polio, <i>Haemophilus influenzae</i> de type b
DGSP	Direction générale de la santé publique
DRSP	Direction régionale de la santé publique
DSP	Direction de santé publique
DTP	Diphtérie, tétanos, polio
ELDEQ	<i>Étude longitudinale sur le développement des enfants et des jeunes</i>
ELNEJ	<i>Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes</i>
FPS	Formation personnelle et sociale
FRSQ	Fonds de recherche en santé du Québec
HRSH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> de type b
<i>Ibid.</i>	Au même endroit

INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITS	Infection transmissible sexuellement
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
n.a.	Non applicable
n.d.	Non disponible
NEGS	<i>Naître égaux – Grandir en santé</i>
n.r.	Non réponse
n.s.p.	Ne sais pas
ONG	Organisme non gouvernemental
OSBL	Organisme sans but lucratif
PAS	Programme d'application sélective
PES	Programme d'échange de seringues
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PIMG	Programme intégré en milieu de garde
PNRDS	Programme national de recherche et de développement en matière de santé
PNSP	Priorités nationales de santé publique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PVVIH	Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RRO	Rougeole, rubéole et oreillons
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIV	Système d'information sur la vaccination
SOR	Syndrome oculo-respiratoire
UDI	Utilisateur de drogue par injection
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
VDFR	Virage à droite au feu rouge
VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Liste des régions sociosanitaires du Québec

- 01 Bas-Saint-Laurent
- 02 Saguenay–Lac-Saint-Jean
- 03 Québec
- 04 Mauricie et Centre-du-Québec
- 05 Estrie
- 06 Montréal-Centre
- 07 Outaouais
- 08 Abitibi-Témiscamingue
- 09 Côte-Nord
- 10 Nord-du-Québec
- 11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
- 12 Chaudière-Appalaches
- 13 Laval
- 14 Lanaudière
- 15 Laurentides
- 16 Montérégie
- 17 Nunavik
- 18 Terres-Cries-de-la-Baie-James

Introduction

Dans le cadre des *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*, sept priorités d'action ont été fixées, soit 1) le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes, 2) les maladies évitables par l'immunisation, 3) le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement, 4) le dépistage du cancer du sein, 5) le tabagisme, 6) les traumatismes non intentionnels et 7) les traumatismes intentionnels (la violence envers les personnes et le suicide), ainsi que l'alcoolisme et les toxicomanies. De ces priorités découlent 53 résultats attendus. La Direction générale de la santé publique a conçu un plan d'évaluation, avec les instruments et la méthode, en concertation avec les régies régionales de la santé et des services sociaux par l'entremise des directions régionales de santé publique.

L'évaluation des priorités vise à rendre compte du degré d'avancement quant aux résultats escomptés. Les résultats de l'évaluation sont ainsi présentés sous forme d'un bilan produit annuellement. Au cours des premières années d'implantation des priorités, il est apparu essentiel d'informer rapidement les acteurs de santé publique sur cet état d'avancement, l'information s'avérant nécessaire afin d'appuyer la mobilisation du réseau de santé publique à l'égard des résultats visés.

Au printemps 2002, l'opération de suivi a permis aux régies régionales de faire le point sur la situation au terme de la cinquième et dernière année des priorités, soit au 31 mars 2002. Les données collectées témoignent du travail accompli dans chacune des régions.

Le bilan est divisé en chapitres qui correspondent à chacune des priorités. Des faits saillants présentés au début de chaque chapitre donnent l'occasion de rappeler les objectifs de la priorité et de faire un tour d'horizon des actions entreprises pour l'atteinte des résultats attendus. Puis, le degré d'atteinte de chacun des résultats attendus est présenté avec des précisions, lorsque cela est possible, sur la progression depuis la première année. Les données recueillies auprès des régies régionales sont regroupées dans différents tableaux.

Méthode

Jusqu'à maintenant, les bilans des Priorités nationales de santé publique (PNSP) n'ont porté que sur les résultats attendus des priorités. Quant aux principes directeurs pouvant orienter l'action dans la perspective de l'atteinte des résultats attendus, ils font l'objet, depuis deux ans, d'une recherche évaluative effectuée par l'Institut national de santé publique du Québec et la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux y participe financièrement. Trois des quatre principes directeurs sont évalués, soit 1) agir et comprendre, 2) s'engager davantage auprès des communautés et 3) intervenir de façon concertée et coordonnée. La méthode proposée est une évaluation participative et formative, fondée sur l'étude de cas. La recherche vise à répondre à la question suivante : comment les principes directeurs ont-ils été utilisés par les équipes de santé publique (nationale et régionales) pour atteindre ou tenter d'atteindre les résultats attendus des priorités nationales ? Puisque certains résultats visés par les priorités nationales sont plus sensibles que d'autres à la façon dont se traduisent les principes directeurs, l'étude de trois cas est proposée, soit *Naître égaux – Grandir en santé* (priorités 1.1 et 1.1a), la prévention du VIH-sida (priorité 3.1) et les protocoles de référence interorganismes en matière de violence conjugale (priorité 6a.3).

Ce projet de recherche sur les principes directeurs est d'autant plus pertinent dans le contexte de la mise en œuvre du Programme national de santé publique. Les résultats de l'évaluation de l'actualisation des principes directeurs sont connus pour l'un des trois cas, soit celui portant sur la prévention du VIH-sida. Quant aux deux autres cas étudiés, les résultats seront connus après la publication du cinquième bilan des PNSP.

Pour chaque résultat attendu des priorités, un ou plusieurs indicateurs ont été mis au point. Ce travail a été accompli en 1997-1998, soit dans la première année d'évaluation. L'exercice a d'abord nécessité une analyse systématique des termes de chaque résultat attendu et l'établissement d'une définition la plus précise possible de chacun des concepts en cause. Un examen approfondi des sources de données existantes, en fonction de critères de disponibilité, de validité et de fiabilité, a aussi été effectué.

Ce premier examen a permis de constater qu'il y avait quatre façons différentes d'obtenir l'information : 1) par les systèmes d'information existants, 2) par des enquêtes, 3) par des fichiers sur les populations, et 4) par la conception d'outils servant à la collecte de données. Compte tenu de la nature des résultats attendus, c'est cette dernière façon d'obtenir l'information qui, la plupart du temps, a été utilisée. Des instruments ont donc été conçus et regroupés dans un questionnaire accompagné d'un cahier technique explicitant les définitions des objets à mesurer. Les réponses aux questionnaires ont ensuite été saisies, validées et analysées.

L'année 1997-1998 a donné lieu à une première collecte de données (du 1^{er} avril 1997 au 31 mars 1998). La collecte faite la deuxième année a suivi de près le même modèle. Cependant, pour les collectes effectuées la troisième, la quatrième et la cinquième année, nous avons modifié certains indicateurs ou certaines questions à la lumière de l'expérience des première et deuxième années. Dans la mesure du possible, nous avons tenté de faire en sorte que les éléments soient comparables d'une année à l'autre. Le lecteur trouvera les explications nécessaires dans les commentaires relatifs à chacun des résultats attendus. Les troisième, quatrième et cinquième collectes ont été effectuées respectivement au 31 mars 2000, au 31 mars 2001 et au 31 mars 2002. Par ailleurs, pour la quatrième et la cinquième collecte, les questionnaires utilisés ont été informatisés afin de faciliter la collecte, la saisie, le transfert et le traitement des données.

Limites liées à la méthode

Bien que des améliorations aient été apportées cette année à l'outil informatique pour ce qui est de la convivialité, il existe encore des limites liées à ce type d'instrument. Mentionnons par exemple des problèmes dus aux différents types de serveurs utilisés au Ministère et dans les régions ainsi qu'une surcharge de travail pour ceux qui n'étaient pas familiers avec l'informatique. Une autre limite concerne l'information transmise rétrospectivement, pour la période d'observation, soit celle allant du 1^{er} avril au 31 mars de l'année suivante. Cette remontée dans le temps a pu constituer une contrainte supplémentaire et engendrer des imprécisions.

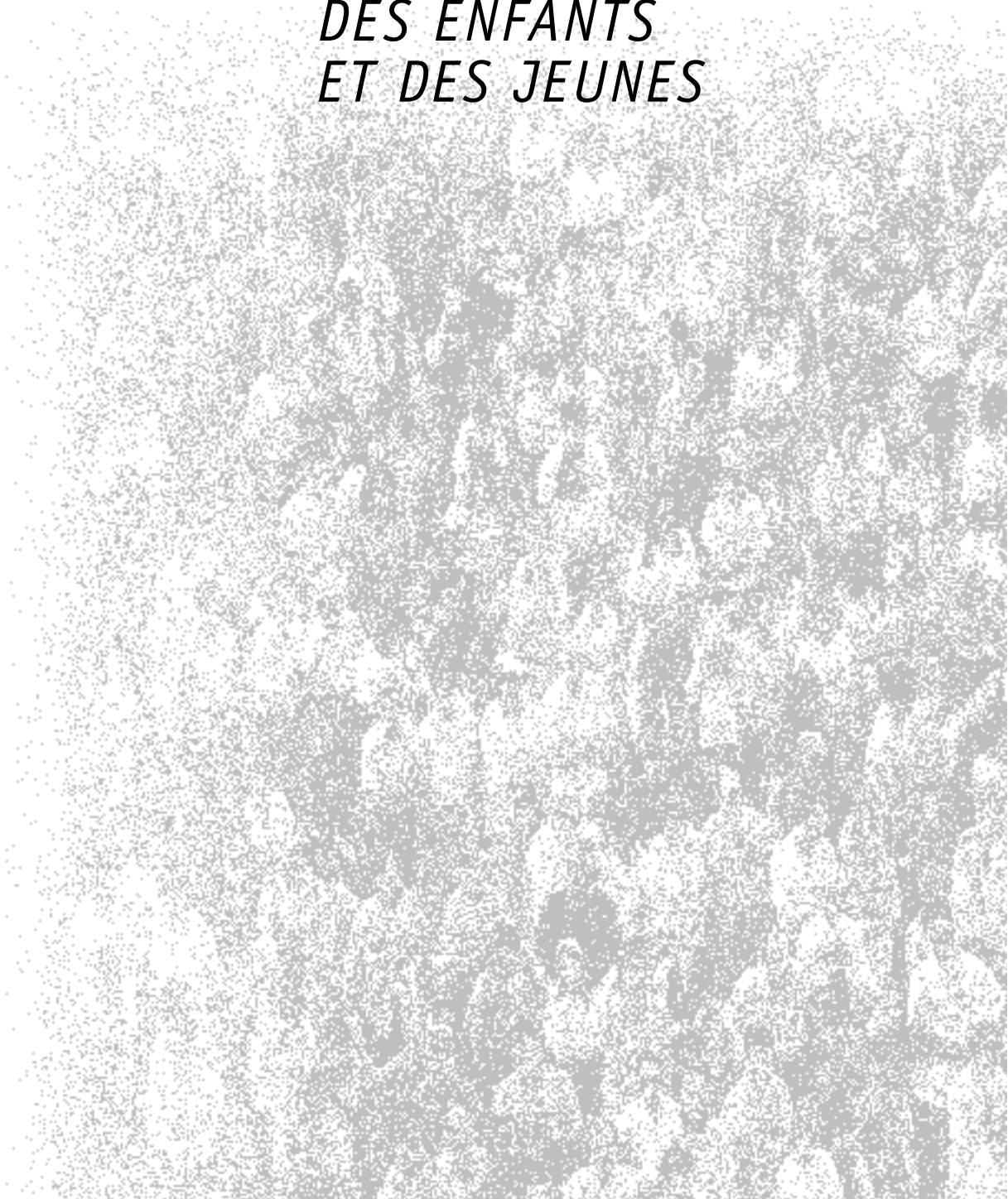
Par ailleurs, certaines priorités ont fait l'objet d'investissements ponctuels ou d'allocations particulières, tandis que d'autres se sont insérées dans la programmation régulière. Cette dimension doit être prise en compte dans l'analyse des résultats. Plusieurs autres limites quant à l'interprétation sont énoncées dans le corps du document. Le lecteur devra donc être prudent dans l'interprétation des données présentées, notamment quant aux comparaisons interrégionales, lesquelles doivent être mises en contexte.

En dernier lieu, un suivi axé sur les résultats visés laisse beaucoup de choses en plan. Dans plusieurs cas, il aurait été nécessaire d'aller plus loin que ne l'exige le libellé du résultat. Il aurait fallu être en mesure de mettre en contexte, notamment, les événements clés, les conditions préalables et les ressources accordées, autant d'éléments importants pour comprendre et expliquer la « photographie » que nous livre la présente évaluation.

Il faut voir l'évaluation des priorités nationales comme une démarche qui vise à susciter des questions et des débats sur les actions prioritaires en matière de santé publique ainsi que sur les conditions favorisant leur réalisation. Au terme de cette dernière année d'évaluation, nous concluons notamment en essayant de tirer des enseignements de cette expérience, et ce, dans le but d'une meilleure pratique évaluative.

PRIORITÉ 1

*LE DÉVELOPPEMENT
ET L'ADAPTATION SOCIALE
DES ENFANTS
ET DES JEUNES*



Faits saillants

Pour l'année 2001-2002, les résultats attendus quant à la priorité ayant trait au développement et à l'adaptation sociale des enfants et des jeunes portent sur l'atteinte de la population cible par les programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité, programmes du type *Naître égaux – Grandir en santé (NEGS)*, et sur l'offre de ces programmes ainsi que sur la mise en place d'une programmation intégrée en milieu de garde¹. Comme pour le quatrième bilan, il a été décidé de ne pas collecter de données concernant l'allaitement maternel, la valorisation du rôle du père et la programmation intégrée en milieu scolaire².

Le présent bilan présente également une appréciation globale de l'atteinte des résultats de tous les éléments relatifs à la première priorité au terme de la cinquième année des priorités nationales.

Cinquième bilan

En ce qui a trait à l'atteinte de la population cible par les programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS, le présent bilan permet d'estimer que 4 700 femmes pauvres et sous-scolarisées – ayant moins de onze années de scolarité – ont commencé à recevoir des services dans le cadre d'un tel programme entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002, ce qui représente une légère augmentation par rapport au bilan précédent – 42,3 % de la population visée en 2001-2002 comparativement à 38,9 % en 2000-2001. Les données permettent également de constater que très peu de femmes bénéficient d'un programme NEGS intégral, c'est-à-dire qui présente tous les volets et toutes les composantes d'un tel programme, puisque ces femmes représentent moins de 1 % de la population visée en 2001-2002. En outre, la proportion de femmes non visées qui bénéficient de NEGS (38 %) demeure toujours importante.

L'analyse des données concernant l'offre de programmes du type NEGS et de ses différentes composantes indique qu'environ quatre CLSC sur cinq sont engagés dans l'offre d'un tel programme ; cependant, moins de 5 % de l'ensemble des CLSC proposent un programme NEGS intégral. Tout comme dans le bilan précédent, l'accompagnement communautaire demeure le volet le mieux implanté, plus de trois CLSC sur cinq ayant mentionné l'offrir. L'existence d'un regroupement intersectoriel, pour sa part, n'est mentionnée que dans un peu plus d'un CLSC sur deux. C'est toutefois l'absence de certaines composantes du volet relatif au suivi individuel qui explique avant tout les différences entre les programmes tels qu'ils se réalisent et un véritable programme du type NEGS, moins d'un CLSC sur dix offrant toutes les composantes prévues à un tel suivi.

Pour ce qui est de la mise en place de programmes intégrés en milieu de garde (PIMG), 21 territoires de CLSC, soit 14 %, offrent un tel programme en 2000-2001³. La grande

1. Dans le cadre du Programme national de santé publique, cette activité est désignée sous l'appellation *soutien éducatif précoce*.

2. Dans le cadre du Programme national de santé publique, cette activité est désignée sous l'appellation *intervention globale et concertée en milieu scolaire*.

3. Aucune donnée n'a été recueillie pour l'année 2001-2002 à propos des programmes intégrés en milieu de garde. Les données présentées ici se rapportent à l'année 2000-2001; elles n'avaient pu être présentées dans le bilan précédent, car la collecte n'était pas terminée au moment de sa parution.

majorité des 23 PIMG implantés (78 %) sont du type *support éducatif*, les autres étant du type *Brindami combiné*. En tout, 18 CLSC, 4 organismes communautaires familiaux, 1 centre de réadaptation et 108 centres de la petite enfance (CPE) étaient engagés dans l'offre d'un PIMG. Environ 1 600 enfants québécois ont bénéficié d'un PIMG : 817 ont participé à un PIMG du type *support éducatif* et 775 autres au programme *Brindami combiné*. Finalement, mentionnons que dans 23 territoires de CLSC on prévoyait implanter un PIMG du type *support éducatif* au cours de la période 2001-2002.

Bilan 1997-2002

Programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS

Pendant cinq ans, des données portant sur l'atteinte de la population cible par un programme intégré en périnatalité du type NEGS ainsi que sur l'offre de ces programmes ont été recueillies auprès des CLSC. Des modifications apportées à la méthode de collecte et au traitement de l'information ne permettent toutefois pas de se prononcer sur l'évolution des résultats attendus au cours de ces cinq années. Ces modifications empêchent également de comparer les données entre les premiers et les derniers bilans : en fait, seules les données recueillies pour les quatrième et cinquième bilans peuvent être comparées. Alors que les deux premiers bilans ont davantage montré les difficultés relatives à l'obtention de données comparables entre les CLSC et à la documentation de toutes les composantes de NEGS, les derniers bilans, pour leur part, ont permis d'avoir une évaluation plus juste du degré d'atteinte des objectifs.

Malgré les limites liées à la méthode, il est permis de penser que les observations faites au cours des cinq bilans reflètent la tendance concernant l'atteinte de la population et l'offre de programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS. Les données colligées au cours des cinq dernières années, et tout particulièrement celles qui ont été recueillies pour les quatrième et cinquième bilans, permettent de constater que la proportion de femmes pauvres et sous-scolarisées qui ont bénéficié d'un tel programme est en progression. Ces données permettent de constater également que, dans quelques régions, l'objectif de rejoindre 50 % des femmes pauvres et sous-scolarisées serait atteint. Cependant, malgré cette progression, très peu de femmes bénéficient d'un programme NEGS intégral, c'est-à-dire qui présente tous les volets et toutes les composantes d'un tel programme. En outre, la pratique relativement généralisée, et ce depuis le tout premier bilan, d'offrir un tel programme à d'autres populations que celle à laquelle il est destiné semble toujours effective.

Après avoir quelque peu évolué entre le premier et le deuxième bilan, le nombre de CLSC engagés dans l'offre d'un programme NEGS a peu progressé depuis le troisième bilan. Les quelques différences observées entre les trois derniers bilans sont souvent attribuables aux réponses manquantes. Par ailleurs, si la proportion de CLSC engagés dans l'offre de NEGS laisse croire que l'on est près d'atteindre l'objectif visé, soit celui d'offrir des programmes de ce type dans tous les territoires de CLSC, très peu de CLSC proposent toutes les composantes prévues à un tel programme. De manière générale, c'est l'absence de certaines composantes du volet relatif au suivi individuel, et tout particulièrement des composantes concernant le suivi postnatal, qui explique avant tout les différences entre les programmes tels qu'ils se réalisent et un véritable programme du type NEGS. Il semble que la difficulté d'offrir NEGS soit notamment liée au problème de financement. Il importe également de souligner que l'implantation d'un tel programme

pose des difficultés particulières compte tenu de ses multiples composantes et de la population visée. Plusieurs démarches sont actuellement en cours afin de renforcer la capacité d'offrir les services avec l'intensité et la continuité nécessaires. De plus, une révision du programme est en cours et l'implantation de NEGS se poursuivra dans le cadre du Programme national de santé publique.

Allaitement maternel

Les trois premiers bilans ont permis de constater qu'il était impossible d'établir un taux national d'allaitement, les méthodes de collecte différant d'une région à l'autre et même d'une année à l'autre pour une même région. Aucune donnée n'a par conséquent été recueillie sur l'allaitement pour les deux derniers bilans. Un mode de collecte systématique et uniforme dans toutes les régions du Québec, au moyen des systèmes existants, serait nécessaire pour disposer de données valides sur l'allaitement ; d'ailleurs, des travaux pour connaître le taux d'allaitement maternel parmi les populations vulnérables sont presque terminés. L'allaitement maternel faisant partie des déterminants visés par des activités prévues dans le Programme national de santé publique, on peut espérer une évolution en ce sens au cours des années qui viennent.

Programmation intégrée en milieu de garde

Aucune collecte systématique d'information n'a été faite en ce qui concerne la mise en place de la programmation intégrée en milieu de garde au cours des trois premières années de suivi des Priorités nationales de santé publique ; seules quelques informations à caractère indicatif avaient été recueillies au moment du premier bilan. La difficulté à établir un consensus autour de la définition de la programmation intégrée en milieu de garde explique en grande partie l'absence de collecte systématique. Ce n'est qu'au cours de l'année 2001 qu'un groupe de travail a convenu d'une définition et a entrepris une collecte systématique de données afin d'établir un premier bilan de la mise en place de programmes¹ intégrés en milieu de garde (PIMG) pour l'année 2000-2001. Bien que la définition retenue se soit révélée encore trop floue en cours de collecte, deux modèles de PIMG pour les enfants âgés de 2 à 4 ans ont été inventoriés : les PIMG du type *support éducatif* et le programme *Brindami combiné*. Le présent bilan (aucune collecte pour 2001-2002) laisse entrevoir que l'objectif visé ne serait pas atteint pour la mise en place de PIMG et le nombre d'enfants à rejoindre. Les efforts pour implanter de tels programmes devraient toutefois se poursuivre dans d'autres territoires de CLSC puisque, parmi les activités proposées dans le Programme national de santé publique, on retrouve la consolidation de l'intervention éducative précoce (intervention en milieu de garde) pour les enfants d'âge préscolaire.

Valorisation du rôle du père

Les données recueillies au cours des trois premiers bilans en ce qui a trait à la valorisation du rôle du père dans le cadre de l'intervention en périnatalité et pendant la petite enfance ont permis de constater que des activités diversifiées étaient organisées dans presque toutes les régions du Québec. Dans plusieurs cas, il s'agissait d'activités visant la sensibilisation et la formation, la production ou l'adaptation d'outils ainsi que

1. C'est d'ailleurs à la suite des activités de ce groupe de travail que le terme *programme* a été préféré à *programmation*.

l'adaptation d'activités ou de programmes permettant de mieux entrer en contact avec les pères. Au cours des dernières années, on constate que l'engagement des pères constitue davantage une dimension à intégrer aux activités existantes. Des activités comme *Naître égaux – Grandir en santé*, le *Programme de soutien aux jeunes parents* et le soutien éducatif précoce aux enfants d'âge préscolaire intègrent d'ailleurs de plus en plus cette préoccupation au regard de l'engagement des pères.

Programmation intégrée en milieu scolaire

Aucune collecte de données n'a été faite en ce qui concerne la programmation intégrée en milieu scolaire, et ce, pour les cinq bilans. L'absence de bilan s'explique, notamment, par la difficulté à établir un consensus sur la forme et le contenu de ce type d'intervention ainsi que par la difficulté à traduire, de façon concrète, une telle programmation. Toutefois, plusieurs travaux menés ont permis de constater l'existence de ce type d'intervention dans plusieurs régions. Par ailleurs, l'élaboration et l'implantation d'une intervention globale et concertée en milieu scolaire sont prévues à l'intérieur du Programme national de santé publique, et ce, en collaboration avec le ministère de l'Éducation.

1.1 Accessibilité aux programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité

Que, d'ici 2002, 50 % des femmes québécoises enceintes, sous-scolarisées et en situation d'extrême pauvreté, aient été rejointes par un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type *Naître égaux – Grandir en santé (NEGS)*.

Méthode

Définitions

Programme du type NEGS

Pour être conforme à la définition retenue dans le questionnaire, le programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS doit comprendre les volets suivants ainsi que leurs composantes.

Volet 1 : suivi individuel

- Un suivi intensif comprenant dix rencontres prénatales ainsi que quinze rencontres et dix contacts postnataux personnalisés ;
- un suivi débutant à la vingtième semaine de grossesse et se terminant quand l'enfant atteint 2 ans ;
- un suivi multidimensionnel, c'est-à-dire comportant les dimensions suivantes : suivi de santé, soutien nutritionnel, soutien à l'allaitement, suivi psychosocial, renforcement des compétences parentales, soutien au développement de l'enfant, soutien du réseau social immédiat et soutien socioéconomique ;
- un suivi effectué par une intervenante privilégiée qui réalise au moins la moitié des rencontres ou contacts prévus (environ dix-sept) ;
- une intervenante soutenue par une équipe interdisciplinaire.

Volet 2 : accompagnement communautaire

- Un programme du type NEGS prévoit un accompagnement communautaire qui peut emprunter diverses formes, allant de simples ententes de services entre un CLSC et un organisme communautaire à l'orientation et à l'accompagnement des personnes participantes, en passant par la coordination des interventions ou encore la participation des intervenants d'un organisme communautaire aux rencontres de l'équipe du CLSC.

Volet 3 : regroupement intersectoriel

- Un programme du type NEGS compte sur la présence d'un regroupement intersectoriel local en rapport avec le programme et réunissant des représentants de différents secteurs d'activité liés à la réalisation du programme.

Programme du type NEGS intégral (NEGS intégral)

Le NEGS intégral se définit comme un programme du type NEGS qui inclut toutes les composantes des trois volets d'activité prévus à un tel programme.

CLSC engagé dans l'offre d'un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS

CLSC qui offre un programme NEGS intégral (toutes les composantes des trois volets d'activité) ou encore qui n'offre pas toutes les composantes ou tous les volets d'activité d'un programme NEGS, mais qui compte ajouter, à court ou à moyen terme, les composantes ou volets manquants.

Population cible (population visée ou femmes visées)

Sous-scolarisée

Moins de onze années de scolarité (5^e année du secondaire non complétée).

Extrême pauvreté

Seule la notion de pauvreté a été retenue. Elle correspond à un revenu familial inférieur au seuil de faible revenu établi par Statistique Canada.

Femmes rejointes

Femmes ayant participé au programme entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002, peu importe le moment où elles ont commencé à bénéficier du programme et sans égard à la durée de leur participation à ce programme.

Nouvelles femmes rejointes

Femmes ayant commencé à bénéficier du programme entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002, sans égard à la durée de leur participation à ce programme.

Indicateurs

- Nombre et proportion de ***nouvelles femmes pauvres et sous-scolarisées*** rejointes par :
 - a) un programme du type NEGS, sans égard à la présence de l'ensemble des composantes ;
 - b) un programme du type NEGS intégral ;
- nombre de femmes ***pauvres et sous-scolarisées*** rejointes par un programme du type NEGS, sans égard à la présence de l'ensemble des composantes ;
- nombre de ***nouvelles*** femmes rejointes par :
 - a) un programme du type NEGS sans égard à la présence de l'ensemble des composantes ;
 - b) un programme du type NEGS intégral ;
- nombre de femmes rejointes par un programme du type NEGS, sans égard à la présence de l'ensemble des composantes.

Collecte des données

La collecte des données sur l'offre des programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS a été effectuée à l'aide d'un questionnaire distribué dans les régions.

Calcul des indicateurs

La population visée – qui constitue le dénominateur – a été estimée au nombre d'enfants nés de mères sous-scolarisées (< 11 ans d'études) pour l'année 1998. Les cas pour lesquels la scolarité de la mère n'était pas connue (5 % ou 6 % à l'échelle du Québec) ont été redistribués en leur appliquant la proportion d'enfants nés de mères sous-scolarisées établie à partir des naissances dont la scolarité de la mère était connue. Cette procédure a été appliquée à partir de la situation observée dans chaque CLSC.

Des estimations ont été faites pour quatre CLSC engagés dans l'offre d'un programme de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS qui n'ont pu fournir d'information sur le nombre de nouvelles femmes rejointes répondant aux critères de la population cible – pauvres et sous-scolarisées –, nombre qui constitue le numérateur. La proportion « population visée rejointe/population visée » obtenue pour les CLSC ayant donné une réponse a alors été appliquée à la population cible des CLSC qui n'en ont pas donné et le nombre estimé a été retenu.

De plus, le nombre de nouvelles femmes rejointes a dû aussi être estimé pour trois CLSC offrant un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS. Une valeur minimale leur a été attribuée, soit le nombre fourni ou estimé de nouvelles femmes sous-scolarisées qui ont bénéficié du programme (sous-estimation possible). Enfin, les valeurs fournies ou estimées pour les nouvelles femmes visées rejointes ou pour les nouvelles femmes rejointes ont été attribuées aux CLSC n'ayant pu fournir d'information sur le nombre total de femmes ciblées rejointes (trois CLSC) ou sur le nombre total de femmes rejointes (un CLSC). Cela constitue un minimum.

Finalement, on a considéré que les dix-neuf CLSC pour lesquels l'information transmise ne permettait pas de savoir s'ils offraient ou non ce programme ne rejoignaient aucune femme (sous-estimation possible).

Résultats

Femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes

Pour l'ensemble du Québec, on estime que 7 453 femmes répondant aux critères de la population cible – pauvres et sous-scolarisées – ont participé à un programme du type NEGS entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002. De ce nombre, 4 700 femmes ont commencé à recevoir des services entre 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002 (nouvelles femmes visées rejointes) alors que 2 753 avaient déjà commencé à recevoir des services avant le 1^{er} avril 2001 et ont continué à les recevoir après cette date (cf. tableau 1.1).

Si l'on considère uniquement le nombre de femmes pauvres et sous-scolarisées qui ont commencé à recevoir des services en 2001-2002 et que l'on rapporte ce nombre à l'ensemble des enfants nés de mères sous-scolarisées, on obtient un taux de couverture de la population visée de 42,3 %, ce qui représente une légère augmentation par rapport

au bilan précédent où il était de 38,9 %. Le taux de couverture de la population visée est fort variable d'une région à l'autre, allant de 0 % dans deux régions à 100 % des femmes visées dans une région. Dans huit régions, plus de la moitié des femmes pauvres et sous-scolarisées du territoire ont bénéficié d'un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS (cf. tableau 1.1.1).

Ces données ne tiennent cependant pas compte des caractéristiques du programme offert par chacun des CLSC. Or, comme l'analyse subséquente des résultats par CLSC le révèle, les différentes composantes du programme sont rarement réunies (voir les résultats de l'objectif 1.1a). Ainsi, comme l'indique le tableau 1.1.2, le nombre de nouvelles femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes par un programme du type NEGS intégral, soit un programme offrant l'ensemble des composantes prévues, est de 93, nombre qui correspond à 0,8 % des femmes visées.

Femmes rejointes, quelles que soient leurs caractéristiques

Pour l'ensemble du Québec, on estime que 12 305 femmes ont bénéficié d'un programme du type NEGS entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002, sans égard aux composantes du programme offertes par le CLSC. De ce nombre, 7 568 femmes ont commencé à recevoir des services entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002 (nouvelles femmes rejointes) alors que 4 737 femmes qui avaient commencé à recevoir des services avant le 1^{er} avril 2001 ont continué à en recevoir. Cependant, ce ne sont pas toutes ces femmes qui présentent les caractéristiques de la population visée (cf. tableau 1.1).

Si l'on considère uniquement les femmes qui ont commencé à recevoir des services au cours de l'année 2001-2002, on constate que 38 % des participantes ne font pas partie de la population visée, comparativement à 35 % en 2000-2001. Ce phénomène s'observe dans la plupart des régions. Enfin, soulignons que, des 118 nouvelles femmes ayant bénéficié d'un programme du type NEGS intégral, 25 ne présentaient pas les caractéristiques de la population visée (cf. tableau 1.1.2).

Discussion

Limites méthodologiques

Comme pour le quatrième bilan, des questions plus précises sur les femmes nouvellement inscrites et sur celles qui poursuivaient le programme pour la deuxième année permettent d'obtenir une estimation plus exacte du nombre de nouvelles femmes rejointes en 2001-2002.

Cependant, la validité des résultats obtenus risque d'être affectée par certains éléments. Il s'agit, en fait, des mêmes éléments que ceux qui ont été mentionnés dans les bilans précédents. Le premier concerne les critères de définition de la « population sous-scolarisée en situation d'extrême pauvreté » qui, comme les années précédentes, a été réduite à la seule dimension de la sous-scolarisation, puisqu'il s'agit de l'unique variable inscrite dans le fichier des naissances. Or, la sous-scolarisation n'est pas aussi étroitement associée au faible revenu dans certaines régions semi-urbaines ou rurales qu'elle peut l'être en région urbaine.

Le deuxième élément a trait aux réponses manquantes concernant le nombre de femmes rejointes – visées ou non – par un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS. D'une part, les estimations obtenues pour les

CLSC qui offrent ce type de programme mais qui n'ont pas répondu laissent supposer que ces derniers se comportent comme ceux qui ont répondu, ce qui n'est peut-être pas le cas. D'autre part, une sous-estimation de la population rejointe a pu être produite par le fait d'attribuer le nombre, fourni ou estimé, de nouvelles femmes sous-scolarisées ayant bénéficié du programme aux CLSC n'ayant pu fournir d'information sur le nombre de nouvelles femmes rejointes ainsi que par le fait de ne compter aucune femme rejointe par CLSC qui n'a pas répondu au questionnaire, soit 19 CLSC. Il importe cependant de souligner que, bien que le taux de non réponse au questionnaire soit plus élevé en 2001-2002, les données fournies sont, pour la plupart, plus précises.

Malgré ces limites méthodologiques, il est permis de penser que les observations faites pour l'ensemble du Québec reflètent la tendance concernant l'offre de programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS. Une mise en garde doit cependant être faite à propos de l'interprétation des données régionales. Toute comparaison temporelle et interrégionale exige une extrême prudence, car les diverses limites méthodologiques touchent les régions à des degrés divers.

Population visée rejointe en 2001-2002

Les données relatives à la population visée rejointe en 2001-2002 par un programme du type NEGS, sans égard aux composantes offertes, laissent croire que, dans quelques régions, l'on est près d'atteindre les résultats fixés par les priorités nationales. En effet, dans huit régions – comparativement à six en 2000-2001 – le taux d'atteinte de la population visée dépasse l'objectif de 50 %, alors qu'il est estimé à 42,3 % pour l'ensemble du Québec.

Cependant, la faible proportion (0,8 %) de mères pauvres et sous-scolarisées ayant participé à un programme du type NEGS intégral indique que l'objectif visé est loin d'être atteint. Comme il a été mentionné dans les bilans précédents, la difficulté ne réside pas seulement dans la possibilité de rencontrer les femmes enceintes visées, mais également dans celle de leur offrir toutes les composantes d'un programme NEGS. La section suivante (objectif 1.1a) aborde la nature de l'offre d'un programme du type NEGS.

Femmes rejointes et femmes visées rejointes en 2001-2002

L'examen des données relatives à la population rejointe par un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS en 2001-2002 permet d'observer, tout comme dans les bilans antérieurs, un écart important entre le nombre total de femmes rejointes et le nombre de femmes rejointes présentant les caractéristiques visées, à savoir la pauvreté et la faible scolarité. Cet écart, présent dès les premières années d'implantation, amène à se questionner sur la pratique relativement généralisée, dans toutes les régions du Québec, d'offrir un programme du type NEGS à d'autres populations que celle à laquelle il est destiné.

Cette pratique laisse encore une fois supposer qu'un programme de ce type pourrait être indiqué pour des femmes présentant des caractéristiques associées à d'autres facteurs de risque pour la santé et le bien-être de leur enfant, tels que la monoparentalité ou l'isolement social. Une telle pratique permet également de penser qu'une offre trop limitée fait en sorte que l'on accepte des femmes dont les besoins sont différents de celles qui sont visées par un programme du type NEGS et que l'on modifie les composantes du programme selon les besoins et les caractéristiques des personnes participantes.

Évolution dans l'atteinte de la population visée entre 2000-2001 et 2001-2002

Entre 2000-2001 et 2001-2002, on observe une légère amélioration dans l'atteinte de la population visée – 38,9 % en 2000-2001 comparativement à 42,3 % en 2001-2002. Une légère augmentation s'observe également en ce qui a trait au nombre de régions où l'objectif de rejoindre 50 % de femmes pauvres et sous-scolarisées est atteint, qui est passé de six à huit. On constate cependant que moins de femmes ont pu bénéficier d'un programme NEGS intégral cette année. Il faut toutefois être prudent dans l'interprétation de ces résultats, la différence d'une année à l'autre pouvant être due aux réponses manquantes en ce qui a trait à l'offre de certaines composantes du programme, ce qui ne permet pas de déterminer si un programme NEGS intégral est offert ou non dans chaque CLSC.

Tableau 1.1 Nombre de femmes rejointes par un programme du type NEGS, selon le moment où elles ont commencé à bénéficier du programme – Québec, 2001-2002

	Femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes (ciblées)	Femmes rejointes (ciblées ou non)
Femmes ayant commencé à recevoir des services entre le 1 ^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002	4 700	7 568
Femmes ayant commencé à recevoir des services avant le 1 ^{er} avril 2001	2 753	4 737
Total des femmes rejointes par un programme du type NEGS entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002	7 453	12 305

Tableau 1.1.1 Nombre et proportion de nouvelles femmes pauvres et sous-scolarisées, et nombre de nouvelles femmes rejointes par un programme du type NEGS – Québec et régions, 2001-2002

Régions ¹	Enfants nés de mères sous-scolarisées ²	Nouvelles femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes		Nouvelles femmes rejointes
	Nombre	Nombre	Proportion ³ (%)	Nombre
01	274	236	86,1	471
02	317	108	34,1	195
03	325	326	100,3	1 043
04	711	457	64,3	708
05	391	218	55,8	438
06	3 638	1 359 ⁴	37,4	2 070 ⁵
07	483	269	55,7	347
08	323	247	76,5	264
09	294	63	21,4	103
10	36	0	0,0	0
11	218	129	59,2	367
12	360	24 ⁶	6,7	24 ⁶
13	362	97	26,8	103
14	627	129	20,6	129
15	705	279	39,6	448
16	1 685	614	36,4	713
17	176	145 ⁷	82,4	145 ⁷
18	173	0	0,0	0
Total	11 098	4 700	42,3	7 568

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Source : Fichier des naissances, 1998.

3. En raison du fait que nous travaillons avec des estimations de la population visée, que le nombre de femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes a été estimé pour certains CLSC et que les données transmises sur les populations rejointes comportent des limites, on ne peut assurer l'entière validité des proportions présentées. Ces proportions ne doivent pas être considérées comme des valeurs précises mais plutôt comme des données indicatives d'un ordre de grandeur et, dans ce contexte, un résultat supérieur à 100 % est possible.

4. Des estimations ont été faites pour trois CLSC de cette région.

5. Des estimations ont été faites pour deux CLSC de cette région.

6. Il s'agit des nouvelles femmes visées rejointes, entre le 1^{er} juin 2001 et le 31 mai 2002, par un seul CLSC de cette région.

7. Des estimations ont été faites pour un CLSC de cette région.

Tableau 1.1.2 Nombre et proportion de nouvelles femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes et nombre de nouvelles femmes rejointes par un programme du type NEGS, intégral ou non – Québec, 2001-2002

Caractéristiques du programme du type NEGS offert	Nouvelles femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes		Nouvelles femmes rejointes
	Nombre	Proportion (%)	Nombre
NEGS, sans égard à la présence de l'ensemble des composantes	4 700	42,3	7 568
Programme du type NEGS intégral	93	0,8	118

1.1a Disponibilité des programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité

Que, d'ici 2002, des programmes du type NEGS soient offerts dans tous les territoires de CLSC.

Méthode

Définitions

Programme du type NEGS

Pour être conforme à la définition retenue dans le questionnaire, le programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS doit comprendre les volets suivants ainsi que leurs composantes.

Volet 1 : suivi individuel

- Un suivi intensif comprenant dix rencontres prénatales ainsi que quinze rencontres et dix contacts postnataux personnalisés ;
- un suivi débutant à la vingtième semaine de grossesse et se terminant quand l'enfant atteint 2 ans ;
- un suivi multidimensionnel, c'est-à-dire comportant les dimensions suivantes : suivi de santé, soutien nutritionnel, soutien à l'allaitement, suivi psychosocial, renforcement des compétences parentales, soutien au développement de l'enfant, soutien du réseau social immédiat et soutien socioéconomique ;
- un suivi effectué par une intervenante privilégiée qui réalise au moins la moitié des rencontres ou contacts prévus (environ dix-sept) ;
- une intervenante soutenue par une équipe interdisciplinaire.

Volet 2 : accompagnement communautaire

- Un programme du type NEGS prévoit un accompagnement communautaire qui peut emprunter diverses formes, allant de simples ententes de services entre un CLSC et un organisme communautaire à l'orientation et à l'accompagnement des personnes participantes, en passant par la coordination des interventions ou encore la participation des intervenants d'un organisme communautaire aux rencontres de l'équipe du CLSC.

Volet 3 : regroupement intersectoriel

- Un programme du type NEGS compte sur la présence d'un regroupement intersectoriel local en rapport avec le programme et réunissant des représentants de différents secteurs d'activité liés à la réalisation du programme.

Programme du type NEGS intégral (NEGS intégral)

Le NEGS intégral se définit comme un programme du type NEGS qui inclut toutes les composantes des trois volets d'activité prévus à un tel programme.

CLSC engagé dans l'offre d'un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS

CLSC qui offre un programme NEGS intégral (toutes les composantes des trois volets d'activité) ou encore qui n'offre pas toutes les composantes ou tous les volets d'activité d'un programme NEGS, mais qui compte ajouter, à court ou à moyen terme, les composantes ou volets manquants.

Indicateurs

- Nombre et proportion de CLSC engagés dans l'offre d'un programme du type NEGS sans égard à la présence de l'ensemble des composantes ;
- nombre et proportion de CLSC offrant un programme du type NEGS intégral ;
- nombre et proportion de CLSC offrant un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS avec toutes les composantes du suivi individuel (volet 1) ;
- nombre et proportion de CLSC dont le programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS inclut un accompagnement communautaire (volet 2) ;
- nombre et proportion de CLSC dont le programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS est en rapport avec un regroupement intersectoriel (volet 3) ;
- nombre et proportion de CLSC amorçant le suivi à vingt semaines de grossesse ou avant ;
- nombre et proportion de CLSC offrant au moins huit rencontres prénatales ;
- nombre et proportion de CLSC terminant le suivi postnatal à 24 mois ou plus tard ;
- nombre et proportion de CLSC offrant au moins 25 rencontres ou contacts postnatals ;
- nombre et proportion de CLSC dont le suivi individuel est assuré par une intervenante privilégiée ;
- nombre et proportion de CLSC offrant un suivi multidimensionnel ;
- nombre et proportion de CLSC selon les dimensions du suivi individuel offert ;
- nombre et proportion de CLSC disposant d'une équipe interdisciplinaire.

Collecte des données

La collecte des données sur l'offre de programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS a été effectuée à l'aide d'un questionnaire distribué dans les régions.

Résultats

Programme du type NEGS

En 2001-2002, 114 CLSC (78,1 %) sont considérés comme engagés dans l'offre d'un programme intégré du type NEGS, 13 CLSC (8,9 %) ayant mentionné ne pas être engagés dans l'offre d'un tel programme¹ et 19 CLSC (13 %) n'ayant donné aucune information à ce sujet. En considérant les 114 CLSC engagés dans l'offre d'un programme du type NEGS, on constate qu'un tel programme existait dans l'ensemble des CLSC de dix régions, alors qu'il ne faisait pas partie des services offerts dans deux régions (cf. tableau 1.1a2).

Lorsque l'on examine le programme offert en fonction de la présence de ses composantes, on observe que 6 CLSC (4,1 %) proposent un programme du type NEGS intégral, c'est-à-dire qui inclut toutes les composantes prévues. La proportion des CLSC qui offrent toutes les composantes du suivi individuel (volet 1) est de 4,8 % ; elle s'élève à 69,2 % pour ce qui est de l'accompagnement communautaire (volet 2) et à 57,5 % en ce qui concerne l'existence d'un regroupement intersectoriel (volet 3, cf. tableau 1.1a1).

Volet 1 : le suivi individuel

En 2001-2002, une faible proportion de CLSC (4,8 %) offraient toutes les composantes du suivi individuel (cf. tableau 1.1a1). Ainsi, alors qu'une majorité de CLSC respectaient des critères comme le début du suivi, le nombre minimal de rencontres prénatales, l'aspect multidimensionnel du suivi, la présence d'une intervenante privilégiée et l'existence d'une équipe interdisciplinaire, un peu plus du tiers des CLSC ont fait le suivi jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 2 ans, alors que moins de 10 % des CLSC ont tenu le nombre minimal de rencontres postnatales (cf. tableau 1.1a3).

Lorsque l'on examine chacune des composantes du suivi individuel, on constate que près des trois quarts des CLSC (72,6 %) accueillaient les femmes enceintes dans un programme du type NEGS à compter de la vingtième semaine de grossesse ou avant et que dans huit régions on offrait cette composante du suivi sur l'ensemble du territoire (cf. tableau 1.1a4). Si les CLSC sont moins nombreux (56,2 %) à offrir le nombre minimal de huit rencontres² individuelles en période prénatale, il faut toutefois souligner que le nombre moyen de ces rencontres (7,9) correspond au nombre prescrit par NEGS. Cette composante du programme était offerte dans l'ensemble des CLSC de quatre régions (cf. tableau 1.1a5).

Tout comme en 2000-2001, un peu plus du tiers des CLSC (34,9 %) assuraient le suivi postnatal pendant 24 mois, la durée moyenne de ce suivi s'établissant à 12,7 mois. Dans une région seulement, on offrait le suivi postnatal pour la durée prévue de deux ans sur tout le territoire (cf. tableau 1.1a6). Le graphique 1 illustre la durée du suivi postnatal

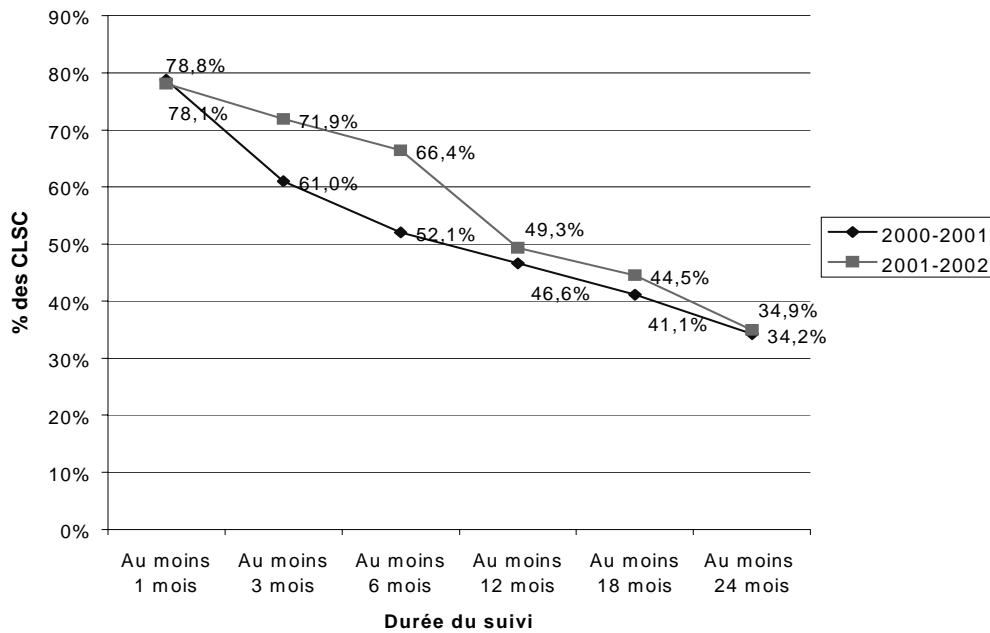
1. Cette année, nous n'avons pas demandé aux CLSC qui ont mentionné ne pas être engagés dans l'offre d'un programme du type NEGS de préciser quels autres services en périnatalité étaient offerts dans leur région. Par ailleurs, il était demandé à ces CLSC de ne pas répondre aux autres questions, et ce, afin de nous assurer que les réponses données concernaient uniquement des programmes du type NEGS.

2. Le nombre prévu de rencontres dans un programme du type NEGS est établi à dix. Au moment du premier bilan, ce critère a été ramené à huit rencontres en raison de la forme de la distribution de fréquence de cette variable. En 2001-2002, tout comme les années précédentes, nous avons repris ce critère.

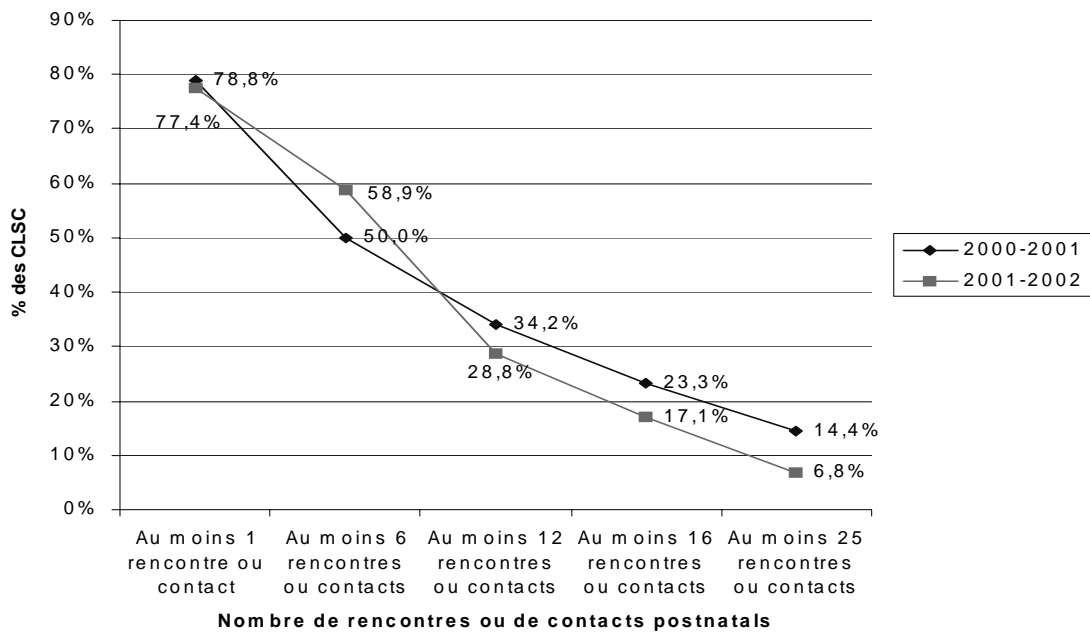
offert dans un programme du type NEGS par les différents CLSC en 2000-2001 et en 2001-2002.

Seulement 6,8 % des CLSC offraient le nombre visé de 25 rencontres ou contacts postnatals et dans aucune région ce nombre n'était offert sur l'ensemble du territoire (cf. tableau 1.1a7). On a enregistré pour cette période un nombre moyen de 9,3 rencontres ou contacts postnatals par femme suivie. Le graphique 2 montre le nombre de rencontres ou de contacts postnatals effectués dans un programme du type NEGS par les CLSC en 2000-2001 et en 2001-2002.

Graphique 1 Durée du suivi postnatal offert dans un programme du type NEGS, Québec, 2000-2001 et 2001-2002



Graphique 2 Nombre de rencontres ou de contacts postnatals offerts dans un programme du type NEGS, Québec, 2000-2001 et 2001-2002



En 2001-2002, près des deux tiers des CLSC (63,0 %) proposaient un suivi multidimensionnel. Ce suivi était offert sur l'ensemble du territoire dans quatre régions (cf. tableau 1.1a8). Si l'on considère les différentes dimensions du suivi, on constate qu'un peu plus de trois CLSC sur quatre les offraient, à l'exception du soutien du réseau immédiat et du soutien socioéconomique – pour lesquelles la proportion tombait à un peu moins de trois CLSC sur quatre (cf. tableau 1.1a9).

Par ailleurs, plus des trois quarts des CLSC (77,4 %) ont eu recours à une intervenante privilégiée dans le cadre d'un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS. Dans dix régions, on a fait appel cette année à une intervenante privilégiée pour offrir un tel programme sur l'ensemble du territoire (cf. tableau 1.1a10).

Enfin, près des trois quarts (72,6 %) des CLSC ont mentionné avoir une équipe interdisciplinaire. En outre, une telle équipe existait dans tous les CLSC de sept régions (cf. tableau 1.1a11).

Volet 2 : l'accompagnement communautaire

En 2001-2002, des activités d'accompagnement communautaire se déroulaient dans un peu plus des deux tiers des CLSC (69,2 %). Cet accompagnement était par ailleurs offert sur l'ensemble du territoire dans cinq régions (cf. tableau 1.1a12).

Volet 3 : le regroupement intersectoriel

En 2001-2002, plus de la moitié (57,5 %) des CLSC comptaient un regroupement intersectoriel lié à un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS. Dans cinq régions, un regroupement intersectoriel existait sur l'ensemble du territoire (cf. tableau 1.1a13).

Discussion

Limites méthodologiques

Tout comme dans le bilan précédent, les données collectées pour 2001-2002 permettent d'estimer avec plus d'exactitude le nombre de CLSC engagés dans l'offre d'un programme du type NEGS et de mieux connaître la nature de cette offre selon chacune des composantes. Par ailleurs, les résultats présentés ici peuvent être comparés à ceux du quatrième bilan puisque aucune modification n'a été apportée à la formulation des questions. Une question a toutefois été retirée du questionnaire, soit celle demandant aux CLSC de préciser les services en périnatalité autres que NEGS offerts dans leur région. Il était, de plus, demandé aux CLSC ayant mentionné ne pas être engagés dans un programme du type NEGS de ne pas répondre aux autres questions, et ce, afin de s'assurer que les réponses données concernaient uniquement des programmes de ce type.

Il importe cependant de souligner l'effet des réponses manquantes sur les résultats obtenus. Ainsi, on ne peut se prononcer sur l'offre d'un programme du type NEGS pour dix-neuf CLSC en 2001-2002 – comparativement à sept CLSC en 2000-2001 – car ils n'ont fourni aucune information à ce sujet. En outre, certains CLSC offrant NEGS n'ont

pas transmis tous les renseignements demandés permettant de décrire les composantes du programme ; l'absence de réponse à l'une ou l'autre des questions est cependant beaucoup moins importante cette année que l'année dernière. Dans le calcul des indicateurs, on a considéré que les CLSC qui n'ont pas donné l'information demandée n'offraient pas un programme du type NEGS ou n'offraient pas l'une ou l'autre des composantes du suivi. Cela peut entraîner une sous-estimation des résultats. L'interprétation des données régionales demande aussi une certaine prudence : les données manquantes nuisent parfois à l'exactitude du bilan de chaque région, d'autant plus que ces données manquantes ne sont pas toujours attribuables aux mêmes CLSC d'une année à l'autre.

Il importe de plus de préciser que l'analyse de la présence des composantes d'un programme du type NEGS est dichotomique (oui/non). Ce type d'analyse a pour effet de ne pas rendre compte du degré d'implantation d'une composante. Ainsi, par exemple, aucune distinction n'est établie entre un CLSC qui offrirait 23 des 25 rencontres ou contacts postnatals prévus et un autre qui offrirait seulement 2 des 25 rencontres ou contacts : on considère que ces deux établissements n'offrent pas le nombre prescrit de rencontres ou contacts postnatals. Ce type d'analyse ne permet pas non plus de reconnaître les CLSC qui seraient sur le point d'offrir un programme NEGS intégral.

Enfin, les réponses au questionnaire tiennent davantage d'une appréciation globale de l'intervention, telle qu'elle se fait ou telle qu'elle est planifiée, que d'un relevé systématique des caractéristiques de cette intervention, ce qui peut diminuer l'exactitude de la description des programmes offerts.

Proportion de CLSC offrant un programme du type NEGS en 2001-2002

En 2001-2002, 78,1 % des CLSC sont considérés comme engagés dans l'offre d'un programme du type NEGS, comparativement à 80,1 % en 2000-2001. Un tel programme existait dans l'ensemble des CLSC de dix régions, comparativement à neuf régions en 2000-2001. Enfin, tout comme dans le bilan précédent, on compte deux régions où un programme du type NEGS n'est toujours pas offert.

À première vue, ces résultats laissent penser que l'objectif visé par les priorités nationales d'offrir un programme NEGS dans tous les territoires de CLSC est sur le point d'être atteint. Cependant, à la suite de l'examen de différentes composantes des programmes offerts, on constate que seulement 4,1 % des CLSC offrent un programme du type NEGS intégral, c'est-à-dire qui inclut toutes les composantes du programme tel qu'il est défini. Il s'agit de la même proportion que celle qui a été établie dans le quatrième bilan.

Degré d'implantation des programmes du type NEGS en fonction des trois volets du programme

Les résultats relatifs à l'implantation des trois volets du programme vont dans le même sens que ceux du bilan précédent, la différence dans les résultats pouvant être souvent attribuée aux réponses manquantes. Ainsi, c'est l'absence de certaines composantes du volet de suivi individuel qui explique avant tout les différences entre les programmes tels qu'ils se réalisent et un véritable programme du type NEGS. En effet, 4,8 % des CLSC offraient toutes les composantes du suivi individuel en 2001-2002, comparativement à 6,8 % en 2000-2001. Les réponses manquantes ainsi que des variations dans la façon de comptabiliser certaines données dans deux régions expliquent cette diminution. L'accompagnement communautaire demeure le volet du programme en périnatalité le

mieux implanté, 69,2 % l'offrant en 2001-2002 comparativement à 68,5 % en 2000-2001. Enfin, le volet concernant un regroupement intersectoriel en rapport avec un programme du type NEGS existe, pour sa part, dans un peu plus d'un CLSC sur deux (57,5 %), ce qui représente une légère hausse par rapport au quatrième bilan (52,7 %).

Degré d'implantation des programmes du type NEGS en fonction des composantes du suivi individuel

Tout comme en 2000-2001, on constate un bon degré d'implantation des programmes du type NEGS en 2001-2002 lorsque l'on considère le début du suivi, la présence d'une intervenante privilégiée et l'existence d'une équipe interdisciplinaire. Le portrait de l'offre est cependant moins reluisant en ce qui a trait à la période postnatale. En effet, un peu plus du tiers des CLSC (34,9 %) offraient le suivi postnatal pendant 24 mois, ce qui équivaut à la proportion du bilan précédent. La proportion de CLSC effectuant le nombre prescrit de 25 rencontres ou contacts postnatals, pour sa part, n'était que de 6,8 %, comparativement à 14,4 % dans le quatrième bilan. Encore une fois, les réponses manquantes ainsi que des variations dans la façon de comptabiliser les données peuvent expliquer cette diminution.

Conclusion

Le cinquième bilan nous apprend que quelque 4 700 femmes pauvres et sous-scolarisées ont commencé à recevoir des services dans le cadre d'un programme intégré du type NEGS entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002, sans égard à la présence de l'ensemble des composantes, ce qui représente une légère augmentation par rapport au bilan précédent. Malgré cette augmentation, très peu de femmes ont bénéficié pendant cette période d'un programme NEGS intégral, c'est-à-dire qui présente tous les volets et toutes les composantes d'un tel programme. Par ailleurs, la proportion de femmes non visées qui ont profité d'un programme du type NEGS demeure relativement élevée. Ce bilan nous apprend également qu'environ quatre CLSC sur cinq offrent un programme du type NEGS. Ces résultats vont dans le même sens que ceux qui ont été observés dans le quatrième bilan. En outre, on observe encore, en 2001-2002, un écart entre les composantes que devrait comprendre un programme du type NEGS et l'offre effective, et ce, particulièrement en ce qui concerne l'intensité du suivi postnatal.

Par ailleurs, les données recueillies auprès des CLSC pendant cinq ans en ce qui a trait à l'atteinte de la population cible par un programme intégré en périnatalité du type NEGS et à l'offre de ces programmes ont permis de faire ressortir la difficulté d'obtenir des données comparables et de colliger de l'information sur toutes les composantes d'un tel programme. De manière générale, les données collectées au cours de ces cinq années permettent de constater que la proportion de femmes pauvres et sous-scolarisées participant à un tel programme est en progression bien que très peu de femmes bénéficient d'un programme NEGS intégral, c'est-à-dire qui présente tous les volets et toutes les composantes de ce programme. En outre, la pratique relativement généralisée – et ce, depuis le tout premier bilan –, d'offrir un tel programme à d'autres populations que celle à laquelle il est destiné semble toujours courante. L'offre des programmes a, pour sa part, peu évolué au cours des dernières années. Ainsi, après cinq ans d'implantation, il semble toujours difficile pour les CLSC d'offrir toutes les composantes de NEGS, particulièrement celles qui se rapportent au suivi postnatal. L'implantation de NEGS sera par ailleurs poursuivie dans le cadre du Programme national de santé publique, NEGS faisant partie des activités privilégiées à consolider d'ici 2005.

Tableau 1.1a1 Proportion et nombre de CLSC selon les caractéristiques du programme du type NEGS offert – Québec, 2000-2001 et 2001-2002

Caractéristiques du programme du type NEGS offert	2000-2001	2001-2002
En fonction des composantes du programme		
NEGS, sans égard à la présence des composantes	80,1 % (117/146)	78,1 % (114/146)
NEGS intégral	4,1 % (6/146)	4,1 % (6/146)
En fonction des volets du programme NEGS		
Présence de toutes les composantes du suivi individuel (volet 1)	6,8 % (10/146)	4,8 % (7/146)
Présence de l'accompagnement communautaire (volet 2)	68,5 % (100/146)	69,2 % (101/146)
Présence d'un regroupement intersectoriel (volet 3)	52,7 % (77/146)	57,5 % (84/146)

Tableau 1.1a2 Nombre et proportion de CLSC offrant un programme du type NEGS, sans égard à la présence de l'ensemble des composantes – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002

Régions ¹	2000-2001	2001-2002
01	7/8	8/8
02	2/6	2/6
03	8/8	8/8
04	11/11	10/11
05	7/7	7/7
06	16/29	18/29
07	6/8	8/8
08	6/6	6/6
09	5/6	3/6
10	0/1	0/1
11	6/6	6/6
12	6/11	1/11 ²
13	4/4	4/4
14	6/6	6/6
15	7/7	6/7
16	18/19	19/19
17	2/2	2/2
18	0/1	0/1
Total	117/146³	114/146⁴
Proportion	80,1 %	78,1 %

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. En 2001-2002, les données relatives à l'offre d'un programme du type NEGS et de ses différentes composantes ne sont pas disponibles pour 10 CLSC de cette région.

3. En 2000-2001, 117 CLSC proposent un programme du type NEGS, 19 CLSC ont mentionné ne pas offrir un programme du type NEGS mais proposer un programme en périnatalité d'un autre type, 3 CLSC n'offrent pas de tels programmes et 7 CLSC n'ont pas fourni d'information à ce sujet.

4. En 2001-2002, 114 CLSC proposent un programme du type NEGS, 13 CLSC n'offrent pas de tels programmes et 19 CLSC n'ont pas fourni d'information à ce sujet.

Tableau 1.1a3 Proportion et nombre de CLSC selon les composantes du suivi individuel offert dans un programme du type NEGS – Québec, 2000-2001 et 2001-2002

Composantes du suivi individuel	2000-2001	2001-2002
Début du suivi à 20 semaines ou avant	75,3 % (110/146)	72,6 % (106/146)
Suivi postnatal jusqu'à 24 mois ou après	34,2 % (50/146)	34,9 % (51/146)
Au moins 8 rencontres prénatales	55,5 % (81/146)	56,2 % (82/146)
Au moins 25 rencontres ou contacts postnatals	14,4 % (21/146)	6,8 % (10/146)
Suivi multidimensionnel	64,4 % (94/146)	63,0 % (92/146)
Présence d'une intervenante privilégiée	76,7 % (112/146)	77,4 % (113/146)
Présence d'une équipe interdisciplinaire	71,9 % (105/146)	72,6 % (106/146)

Tableau 1.1a4 Nombre et proportion de CLSC offrant le suivi à compter de la vingtième semaine de grossesse ou plus tôt dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002

Régions ¹	2000-2001	2001-2002
01	7/8	8/8
02	2/6	2/6
03	8/8	8/8
04	11/11	10/11
05	7/7	7/7
06	14/29	17/29
07	6/8	8/8
08	6/6	6/6
09	5/6	2/6
10	0/1	0/1
11	6/6	6/6
12	5/11	1/11
13	3/4	1/4
14	6/6	6/6
15	7/7	6/7
16	15/19	16/19
17	2/2	2/2
18	0/1	0/1
Total	110/146²	106/146³
Proportion	75,3 %	72,6 %

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. En 2000-2001, des 117 CLSC offrant un programme du type NEGS, 110 CLSC amorcent le suivi à la vingtième semaine de grossesse ou avant, 6 CLSC le commencent plus tardivement et 1 CLSC n'a pas fourni l'information.

3. En 2001-2002, des 114 CLSC offrant un programme du type NEGS, 106 CLSC amorcent le suivi à la vingtième semaine de grossesse ou avant, 7 CLSC le commencent plus tardivement et 1 CLSC n'a pas fourni l'information.

Tableau 1.1a5 Nombre et proportion de CLSC offrant au moins huit rencontres prénatales dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002

Régions ¹	2000-2001	2001-2002
01	6/8	6/8
02	2/6	2/6
03	5/8	7/8
04	8/11	7/11
05	4/7	6/7
06	12/29	12/29
07	4/8	7/8
08	5/6	6/6
09	1/6	1/6
10	0/1	0/1
11	6/6	6/6
12	2/11	1/11
13	1/4	3/4
14	5/6	6/6
15	5/7	4/7
16	13/19	6/19
17	2/2	2/2
18	0/1	0/1
Total	81/146²	82/146³
Proportion	55,5 %	56,2 %

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. En 2000-2001, des 117 CLSC offrant un programme du type NEGS, 81 CLSC effectuaient au moins 8 rencontres prénatales, 32 en faisaient moins et 4 CLSC n'ont pas précisé de nombre.

3. En 2001-2002, des 114 CLSC offrant un programme du type NEGS, 82 CLSC effectuaient au moins 8 rencontres prénatales, 31 en faisaient moins et 1 CLSC n'a pas précisé de nombre.

Tableau 1.1a6 Nombre et proportion de CLSC terminant le suivi postnatal à 24 mois ou plus tard dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002

Régions ¹	2000-2001	2001-2002
01	3/8	3/8
02	2/6	2/6
03	3/8	3/8
04	6/11	7/11
05	6/7	6/7
06	7/29	7/29
07	4/8	6/8
08	2/6	1/6
09	0/6	0/6
10	0/1	0/1
11	1/6	0/6
12	1/11	1/11
13	1/4	4/4
14	5/6	4/6
15	7/7	6/7
16	0/19	0/19
17	2/2	1/2
18	0/1	0/1
Total	50/146²	51/146³
Proportion	34,2 %	34,9 %

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. En 2000-2001, des 117 CLSC offrant un programme du type NEGS, 50 CLSC assuraient le suivi postnatal pendant au moins 24 mois, 47 l'assuraient moins longtemps et 20 n'ont pas précisé la durée du suivi postnatal.

3. En 2001-2002, des 114 CLSC offrant un programme du type NEGS, 51 CLSC assuraient le suivi postnatal pendant au moins 24 mois et 63 l'assuraient moins longtemps.

Tableau 1.1a7 Nombre et proportion de CLSC offrant au moins 25 rencontres ou contacts postnatals dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002

Régions ¹	2000-2001	2001-2002
01	0/8	0/8
02	0/6	0/6
03	1/8	0/8
04	4/11	2/11
05	6/7	1/7
06	1/29	1/29
07	0/8	2/8
08	1/6	1/6
09	0/6	0/6
10	0/1	0/1
11	4/6	1/6
12	1/11	0/11
13	0/4	0/4
14	2/6	2/6
15	1/7	0/7
16	0/19	0/19
17	0/2	0/2
18	0/1	0/1
Total	21/146²	10/146³
Proportion	14,4 %	6,8 %

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. En 2000-2001, des 117 CLSC offrant un programme du type NEGS, 21 CLSC effectuaient au moins 25 rencontres ou contacts postnatals, 75 en faisaient moins et 21 CLSC n'ont pas précisé de nombre.

3. En 2001-2002, des 114 CLSC offrant un programme du type NEGS, 10 CLSC effectuaient au moins 25 rencontres ou contacts postnatals et 104 CLSC en faisaient moins.

Tableau 1.1a8 Nombre et proportion de CLSC offrant un suivi multidimensionnel¹ dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002

Régions ²	2000-2001	2001-2002
01	4/8	6/8
02	1/6	2/6
03	8/8	8/8
04	10/11	8/11
05	6/7	7/7
06	11/29	11/29
07	5/8	5/8
08	6/6	5/6
09	3/6	1/6
10	0/1	0/1
11	2/6	4/6
12	4/11	1/11
13	3/4	4/4
14	6/6	4/6
15	7/7	6/7
16	18/19	19/19
17	0/2	1/2
18	0/1	0/1
Total	94/146³	92/146⁴
Proportion	64,4 %	63,0 %

1. Le suivi offert dans un programme du type NEGS est dit multidimensionnel lorsqu'il inclut les dimensions suivantes : suivi de santé, soutien nutritionnel, soutien à l'allaitement, suivi psychosocial, renforcement des compétences parentales, soutien au développement de l'enfant, soutien du réseau immédiat et soutien socioéconomique.

2. Voir la liste des régions à la page 15.

3. En 2000-2001, des 117 CLSC offrant un programme du type NEGS, 94 CLSC proposaient un suivi multidimensionnel, certaines dimensions du suivi manquaient dans 22 CLSC et 1 CLSC n'a pas fourni l'information.

4. En 2001-2002, des 114 CLSC offrant un programme du type NEGS, 92 CLSC proposaient un suivi multidimensionnel et certaines dimensions du suivi manquaient dans 22 CLSC.

Tableau 1.1a9 Proportion et nombre de CLSC selon chacune des dimensions du suivi individuel offert dans un programme du type NEGS – Québec, 2000-2001 et 2001-2002

Dimensions du suivi individuel	2000-2001	2001-2002
Suivi de santé	78,8 % (115/146)	78,1 % (114/146)
Soutien nutritionnel	78,8 % (115/146)	78,1 % (114/146)
Soutien à l'allaitement	79,5 % (116/146)	78,1 % (114/146)
Suivi psychosocial	78,1 % (114/146)	76,0 % (111/146)
Renforcement des compétences parentales	76,7 % (112/146)	76,7 % (112/146)
Soutien au développement de l'enfant	77,4 % (113/146)	76,0 % (111/146)
Soutien du réseau immédiat	69,9 % (102/146)	67,8 % (99/146)
Soutien socioéconomique	69,9 % (102/146)	66,4 % (97/146)

Tableau 1.1a10 Nombre et proportion de CLSC dont le suivi individuel est offert par une intervenante privilégiée dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002

Régions ¹	2000-2001	2001-2002
01	7/8	8/8
02	2/6	2/6
03	7/8	8/8
04	11/11	10/11
05	7/7	7/7
06	15/29	17/29
07	6/8	8/8
08	6/6	6/6
09	5/6	3/6
10	0/1	0/1
11	5/6	6/6
12	4/11	1/11
13	4/4	4/4
14	6/6	6/6
15	7/7	6/7
16	18/19	19/19
17	2/2	2/2
18	0/1	0/1
Total	112/146²	113/146³
Proportion	76,7 %	77,4 %

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. En 2000-2001, des 117 CLSC offrant un programme du type NEGS, 112 CLSC ont eu recours à une intervenante privilégiée, 4 CLSC n'avaient pas recours à cette personne et 1 CLSC n'a pas fourni l'information.

3. En 2001-2002, des 114 CLSC offrant un programme du type NEGS, 113 CLSC ont eu recours à une intervenante privilégiée et 1 CLSC n'avait pas recours à cette personne.

Tableau 1.1a11 Nombre et proportion de CLSC disposant d'une équipe interdisciplinaire dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002

Régions ¹	2000-2001	2001-2002
01	5/8	8/8
02	2/6	2/6
03	8/8	8/8
04	11/11	8/11
05	5/7	6/7
06	14/29	16/29
07	6/8	8/8
08	6/6	5/6
09	5/6	2/6
10	0/1	0/1
11	2/6	5/6
12	4/11	1/11
13	4/4	4/4
14	6/6	6/6
15	7/7	6/7
16	18/19	19/19
17	2/2	2/2
18	0/1	0/1
Total	105/146²	106/146³
Proportion	71,9 %	72,6 %

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. En 2000-2001, des 117 CLSC offrant un programme du type NEGS, 105 CLSC ont eu recours à une équipe interdisciplinaire, 9 CLSC n'avaient pas formé une équipe de ce genre et 3 CLSC n'ont pas fourni l'information.

3. En 2001-2002, des 114 CLSC offrant un programme du type NEGS, 106 CLSC ont eu recours à une équipe interdisciplinaire et 8 CLSC n'avaient pas formé une équipe de ce genre.

Tableau 1.1a12 Nombre et proportion de CLSC dont le programme du type NEGS inclut l'accompagnement communautaire – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002

Régions ¹	2000-2001	2001-2002
01	4/8	7/8
02	2/6	2/6
03	8/8	8/8
04	10/11	9/11
05	7/7	6/7
06	13/29	15/29
07	5/8	6/8
08	6/6	6/6
09	3/6	2/6
10	0/1	0/1
11	1/6	3/6
12	5/11	1/11
13	4/4	4/4
14	5/6	6/6
15	7/7	6/7
16	18/19	19/19
17	2/2	1/2
18	0/1	0/1
Total	100/146²	101/146³
Proportion	68,5 %	69,2 %

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. En 2000-2001, des 117 CLSC offrant un programme du type NEGS, 100 CLSC proposaient l'accompagnement communautaire, 15 CLSC n'ont pas eu recours à cette forme d'accompagnement tandis que 2 CLSC n'ont pas fourni l'information.

3. En 2001-2002, des 114 CLSC offrant un programme du type NEGS, 101 CLSC proposaient l'accompagnement communautaire tandis que 13 CLSC n'ont pas eu recours à cette forme d'accompagnement.

Tableau 1.1a13 Nombre et proportion de CLSC dont le programme du type NEGS peut compter sur un regroupement intersectoriel en rapport avec le programme – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002

Régions ¹	2000-2001	2001-2002
01	5/8	6/8
02	1/6	0/6
03	5/8	8/8
04	6/11	6/11
05	1/7	3/7
06	14/29	13/29
07	3/8	4/8
08	6/6	6/6
09	1/6	0/6
10	0/1	0/1
11	0/6	2/6
12	3/11	1/11
13	1/4	4/4
14	5/6	6/6
15	7/7	6/7
16	18/19	19/19
17	1/2	0/2
18	0/1	0/1
Total	77/146²	84/146³
Proportion	52,7 %	57,5 %

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. En 2000-2001, des 117 CLSC offrant un programme du type NEGS, 77 CLSC pouvaient compter sur un regroupement intersectoriel en rapport avec le programme, 39 CLSC n'avaient pas recours à ce type de regroupement et 1 CLSC n'a pas fourni l'information.

3. En 2001-2002, des 114 CLSC offrant un programme du type NEGS, 84 CLSC pouvaient compter sur un regroupement intersectoriel en rapport avec le programme tandis que 30 n'avaient pas recours à ce type de regroupement.

1.2 Allaitement maternel

Que d'ici 2002, l'allaitement maternel à l'hôpital augmente à 80 % (il était de 48,7 % en 1993) et qu'il soit de 60 % et de 30 % respectivement au troisième et au sixième mois de la vie de l'enfant.

Note

Par allaitement maternel, on entend ici l'expérience totale d'allaitement, qu'il soit exclusif (alimentation composée exclusivement de lait maternel) ou mixte (lorsqu'il y a apport d'autres aliments ou boissons).

Le suivi des priorités nationales mené au cours des cinq dernières années n'a pas permis de déterminer les taux national et régionaux d'allaitement maternel – à la naissance, à trois mois et à six mois – et encore moins de connaître l'évolution de ces taux. Les trois premiers bilans ont permis de constater qu'il était impossible d'établir un taux national d'allaitement, les méthodes de collecte différant d'une région à l'autre et même d'une année à l'autre pour une même région. Aucune donnée n'a par conséquent été recueillie sur l'allaitement pour les deux derniers bilans. Un mode de collecte systématique et uniforme dans toutes les régions du Québec, au moyen des systèmes existants, serait nécessaire pour disposer de données fiables sur l'allaitement ; d'ailleurs, des travaux pour connaître le taux d'allaitement maternel parmi les populations vulnérables sont presque terminés. L'allaitement maternel faisant partie des déterminants visés par des activités prévues dans le Programme national de santé publique, on peut espérer une évolution en ce sens au cours des années qui viennent.

1.3 Programmation intégrée en milieu de garde¹

Que 35 % des enfants du Québec de 2 à 5 ans vivant dans des familles en situation d'extrême pauvreté bénéficient d'une programmation intégrée en milieu de garde, que cette programmation soit offerte dans toutes les régions du Québec et dans 60 % des territoires de CLSC.

Méthode

Note

Le concept de programmation intégrée en milieu de garde ne fait actuellement l'objet d'aucun consensus au Québec. D'ailleurs, aucune collecte de données systématique se rapportant à cette priorité n'a été effectuée pour les années 1997-1998, 1998-1999 et 1999-2000. Ce n'est qu'au cours de l'année 2001 qu'un comité de travail tripartite issu de la Table de coordination nationale en promotion et prévention a été constitué afin de convenir d'une définition du concept de programmation intégrée en milieu de garde et de faire un état de situation de l'implantation de ces programmes au Québec. Des résultats liés à cette priorité sont présentés pour la première fois dans le cadre des bilans annuels des Priorités nationales de santé publique.

Définitions

Programme intégré en milieu de garde (PIMG)²

Un programme intégré en milieu de garde comprend un ensemble structuré d'activités offertes sur une base régulière pour soutenir le développement global et l'adaptation sociale des enfants, et ce, dans une perspective de prévention. Ces activités sont mises en œuvre conjointement par le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau des services de garde régis³ par le ministère de la Famille et de l'Enfance dans le but de répondre à des objectifs communs à l'intérieur d'une intervention multimodale auprès de l'enfant et de sa famille.

Milieu de garde

Centres de la petite enfance ou garderies privées régis par le ministère de la Famille et de l'Enfance. Ces milieux de garde peuvent être « en installation » ou en milieu familial.

1. Dans le cadre du Programme national de santé publique, cette activité est désignée sous l'appellation *soutien éducatif précoce*.

2. Les travaux relatifs à la définition ont conduit les membres du comité de travail à privilégier le terme *programme intégré en milieu de garde* au lieu de *programmation intégrée en milieu de garde*, car le mot *programmation* fait plutôt référence à un ensemble organisé de programmes particuliers ; par exemple, on parlera de la programmation de l'équipe famille-enfance d'un CLSC.

3. Il s'agit des centres de la petite enfance et des garderies qui doivent obtenir un permis du ministère de la Famille et de l'Enfance et qui sont soumis, par le fait même, à une loi et à une réglementation. Les services de garde en milieu familial régis par ce même ministère sont coordonnés par les centres de la petite enfance.

Indicateurs

- Proportion de CLSC offrant des programmes intégrés en milieu de garde ;
- proportion de régions offrant des programmes intégrés en milieu de garde ;
- nombre d'enfants ayant bénéficié d'un programme intégré en milieu de garde.

Collecte des données

Les données qui servent à alimenter les indicateurs retenus ont été colligées dans le cadre d'un projet encadré par le comité de travail issu de la Table de coordination nationale en promotion et prévention. Ce projet visait plus largement à faire état des collaborations entre des organismes du réseau du MSSS et les milieux de garde, dont les programmes intégrés en milieu de garde (PIMG). La collecte des données a débuté en mai 2001 pour se terminer en mars 2002. Cette première collecte systématique de données a été faite auprès des responsables des dossiers relatifs à la petite enfance ou, plus particulièrement, au développement de l'enfant dans les directions de santé publique. Une première grille-questionnaire visait à répertorier les programmes intégrés en milieu de garde offerts sur une base régulière et les autres types d'activités organisées par les CLSC en collaboration avec les milieux de garde pour l'année 2000-2001. Les projets d'implantation de telles initiatives en 2001-2002 ont également été recensés.

Une deuxième grille-questionnaire a servi à obtenir de l'information sur les aspects suivants des PIMG répertoriés : les coordonnées des personnes et organismes responsables, les partenaires et leur contribution, les caractéristiques du programme (objectifs, population visée, mode de recrutement, forme et contenu des activités, etc.), le contexte organisationnel (modalités de suivi du programme et sources de financement, par exemple) ainsi que les résultats de l'évaluation de l'implantation lorsqu'ils étaient connus (nombre de participants, difficultés éprouvées, facteurs facilitants, entre autres). Dans certaines régions, d'autres personnes ont aussi répondu aux questionnaires lorsque des renseignements supplémentaires étaient demandés ; ces personnes travaillent dans des CLSC ou, dans certains cas, dans des centres de la petite enfance ou des organismes communautaires. Une agente de recherche a assuré le suivi de la collecte.

De mars à septembre 2002, les membres du comité de travail ont fait une relance auprès de certains responsables pour clarifier et compléter l'information.

L'existence d'un PIMG n'a toutefois pas été rapportée dans les régions du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Résultats

Offre d'un programme intégré en milieu de garde

En 2000-2001, dans au moins 21 territoires de CLSC on offrait un programme intégré en milieu de garde (PIMG), ce qui correspond à 14 % de l'ensemble des CLSC du Québec (cf. tableau 1.3.1). Ces territoires se retrouvent dans les régions suivantes : Bas-Saint-Laurent, Estrie, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Laval. Ainsi, 22 % des régions offraient un PIMG, soit quatre des dix-huit régions du Québec.

Types de PIMG répertoriés en 2000-2001

Deux modèles de PIMG ont été répertoriés, soit celui du type *support éducatif* et le programme *Brindami combiné*.

- Le PIMG du type *support éducatif* s'adresse aux enfants âgés de 2 à 4 ans présentant divers critères de vulnérabilité. Il vise à prévenir et à réduire les retards de développement, à soutenir les parents dans leur rôle éducatif ainsi qu'à favoriser l'intégration sociale des enfants et des parents. Les activités d'un tel PIMG sont¹ : les visites à domicile faites aux enfants et aux parents à raison de 90 minutes toutes les deux semaines – programme éducatif sur mesure et soutien parental ; la fréquentation d'un milieu de garde au moins deux jours par semaine – activités éducatives et socialisantes ; et une dizaine de rencontres de groupe pour les parents (incluant parfois des sorties avec les enfants). Les activités en milieu de garde sont organisées par le personnel du milieu de garde, alors que les visites à domicile et les rencontres de groupe pour les parents sont sous la responsabilité des intervenantes (éducatrice spécialisée ou psychoéducatrice) du CLSC la plupart du temps, de l'organisme communautaire ou du centre de réadaptation (dans un cas). De plus, ces intervenantes élaborent le plan d'intervention individualisé, en assurent le suivi en collaboration avec les éducatrices du milieu de garde et offrent, au besoin, un soutien à ces dernières. Le programme doit se poursuivre jusqu'à ce que l'enfant entre en maternelle, selon les prévisions.
- Le PIMG *Brindami combiné* s'adresse aux enfants âgés de 2 à 4 ans (ou de 30 mois à 4 ans²) et vise à consolider les habiletés sociales, de communication et d'autocontrôle des enfants, à consolider les habiletés parentales ainsi qu'à outiller les parents afin qu'ils puissent aider leurs enfants à consolider les habiletés exercées en milieu de garde. La principale activité consiste en 10 ateliers éducatifs de 15 minutes animés en milieu de garde par les éducatrices, à raison d'un atelier de 15 minutes toutes les deux semaines. Des activités de réinvestissement suivent ces ateliers afin de favoriser l'intégration progressive des nouvelles habiletés dans les gestes quotidiens en milieu de garde. Chaque atelier inclut un message aux parents leur indiquant des moyens pour soutenir l'apprentissage des habiletés sociales. De plus, les parents sont invités à participer à quatre rencontres de groupe d'une durée de deux heures animées par un intervenant du CLSC³.

Au total, 23 PIMG ont été répertoriés en 2000-2001, soit 18 du type *support éducatif* et 5 programmes *Brindami combiné*. Ce nombre surpasse un peu le nombre de territoires de CLSC offrant un PIMG. En effet, la région du Bas-Saint-Laurent offre deux PIMG du

1. La description est basée sur le PIMG du type *support éducatif* offert dans la région du Bas-Saint-Laurent, région où a été élaboré ce programme. La fréquence des visites à domicile et des rencontres de groupe de parents peut légèrement varier dans les autres régions offrant ce type de PIMG.

2. Au départ, *Brindami* a été conçu pour les enfants âgés de 2 à 4 ans. Son expérimentation dans la région de Laval a amené les concepteurs à privilégier les enfants d'au moins 30 mois, car l'intégration des habiletés d'autocontrôle et leur utilisation dans les relations sociales avec les pairs nécessitent un certain niveau de développement cognitif et langagier.

3. Les rencontres de groupe pour les parents animées par un intervenant du CLSC ne font pas partie de la formule originale de *Brindami*, conçue par le Centre de Psycho-Éducation du Québec. L'ajout de rencontres avec les parents est une initiative des CLSC de Laval, choix qui a été fait en collaboration avec le Regroupement des centres de la petite enfance de Laval et la région régionale de Laval ; c'est pourquoi nous parlons ici de *Brindami combiné*. Par ailleurs, mentionnons que plusieurs milieux de garde offrent le programme *Brindami* dans sa forme originale. On ne considère toutefois pas qu'ils offrent un PIMG, car ils n'ont pas la collaboration d'un organisme du réseau du MSSS pour les rencontres avec les parents.

type *support éducatif* sur l'un de ses territoires de CLSC en raison de la vaste étendue de ce territoire alors que, dans la région de l'Estrie, un PIMG du même type a été mis en œuvre à l'intention des mères adolescentes de l'ensemble de la région, en plus des sept autres offerts dans chaque territoire de CLSC.

Partenaires

Divers partenaires étaient associés aux PIMG recensés en 2000-2001. Le CLSC était l'organisation responsable du PIMG la plupart du temps, soit dans 78 % des cas. Toutefois, quatre PIMG du type *support éducatif* étaient sous la responsabilité d'un organisme communautaire familial et un autre, sous la responsabilité d'un centre de réadaptation (cf. tableau 1.3.2). Du côté du ministère de la Famille et de l'Enfance (MFE), que ce soit en milieu familial ou « en installation », au moins 73 centres de la petite enfance (CPE) ont participé à la mise en œuvre d'un PIMG du type *support éducatif* en 2000-2001, alors que 35 CPE donnaient les ateliers de *Brindami combiné* (cf. tableau 1.3.2).

Selon l'information recueillie, au moins 27 des 73 CPE offrant un PIMG du type *support éducatif*, soit 37 % d'entre eux, avaient une entente formelle de collaboration avec les CLSC. Dans la région de Laval, il existait une entente formelle de collaboration entre la région régionale et le regroupement des CPE de la région pour l'application de *Brindami combiné*.

Poursuite des PIMG en 2001-2002

Les divers PIMG répertoriés en 2000-2001 devaient se poursuivre en 2001-2002. Il est toutefois intéressant de mentionner qu'ils étaient implantés depuis un certain temps déjà. Le PIMG du type *support éducatif* conçu par la Direction de santé publique du Bas-Saint-Laurent existait depuis 1993 dans quatre territoires de CLSC de cette région et avait été étendu aux quatre autres en 1994. Son implantation dans un territoire de CLSC de la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a commencé en 1994, alors que l'Estrie l'a implanté plus tard, soit en 1998, dans tous ses territoires de CLSC. Le programme *Brindami combiné* existe dans les quatre territoires de CLSC de Laval depuis 1997 et depuis 1999 dans un territoire de CLSC de la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

Implantation de PIMG prévue pour 2001-2002

Dans deux régions, soit Lanaudière et la Montérégie, on prévoyait planter le PIMG du type *support éducatif* dans tous les territoires de CLSC en 2001-2002 (cf. tableau 1.3.1). Selon les dernières informations obtenues en avril 2002, l'implantation du PIMG était en cours dans les six CLSC de Lanaudière. Toutefois, un seul CLSC offrait les trois composantes (visites à domicile, fréquentation d'un milieu de garde, rencontres de groupe) alors que les autres n'offraient que les visites à domicile. Concernant la Montérégie, ce n'est qu'en avril 2002 que six CLSC ont entrepris l'implantation du PIMG. Le déploiement devait se poursuivre dans six nouveaux CLSC à l'automne 2002 et se compléter au printemps 2003 (7 autres CLSC).

Enfants ayant bénéficié d'un PIMG

En 2000-2001, environ 1 600 enfants québécois ont bénéficié de l'un des deux types de PIMG recensés, 817 enfants et leurs parents ayant participé à un PIMG du type *support éducatif*. De façon générale, la population touchée correspond à celle qui est visée par le programme, soit les enfants âgés de 2 à 4 ans de familles dans une situation de

vulnérabilité – dont le fait de vivre dans la pauvreté. Des enfants âgés entre 18 et 24 mois ont également participé à des PIMG ; toutefois, la priorité a toujours été accordée aux enfants âgés de 2 à 4 ans. Selon l'évaluation faite par la DSP du Bas-Saint-Laurent, les neuf PIMG du type *support éducatif* de la région ont rejoint 55 % des enfants de mères ayant moins de 11 ans de scolarité, de 1996 à 1999. Cette évaluation a également permis d'établir des taux d'abandon du programme de 15 à 22 % selon les territoires. Les principaux motifs d'abandon étaient : les déménagements, le manque de motivation du parent et l'orientation vers des ressources spécialisées. Aucune donnée n'est disponible pour 2000-2001 concernant la participation des parents aux rencontres de groupe.

Environ 775 enfants fréquentant un CPE ont bénéficié, en 2000-2001, du programme *Brindami combiné* qui comprend des rencontres de groupe pour les parents. La proportion de ces enfants venant d'une famille qui vit dans la pauvreté ne peut être précisée. On sait toutefois que, dans la région de Laval, l'implantation de ce programme dans les CPE situés en milieu défavorisé était favorisée. Concernant la participation des parents aux rencontres de groupe de *Brindami combiné* en 2000-2001, 300 parents de la région de Laval auraient assisté à au moins l'une des quatre rencontres prescrites, alors que 41 présences de parents ont été enregistrées pour l'ensemble des quatre rencontres (de janvier à juin 2001) incluses dans le PIMG offert dans la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Discussion

Limites méthodologiques

La recension des PIMG ne s'est pas faite sans difficultés. Premièrement, même après que la définition ait été arrêtée avant d'entreprendre la collecte des données, certains éléments demeuraient encore flous en cours de collecte. Ainsi, il n'a pas été toujours facile de distinguer les PIMG tels qu'ils avaient été définis parmi l'ensemble des collaborations établies entre les milieux de garde et les organisations du MSSS. De plus, les responsables n'avaient pas tous la même connaissance de ce qui se passait sur le terrain. Dans certains cas, les CLSC ont pu être contactés directement pour compléter l'information donnée par les responsables régionaux. Donc, en raison des difficultés éprouvées, il est possible : 1) que le portrait tracé souffre d'une sous-estimation du nombre de PIMG du type *support éducatif* ou encore du type *Brindami combiné* ; 2) que d'autres types de PIMG aient pu échapper à la collecte de données.

La collecte de données n'a pas permis d'obtenir de l'information sur des caractéristiques telles que l'âge des enfants ayant bénéficié d'un PIMG, ou encore le statut socioéconomique de la famille et la scolarité de la mère. Cette situation écartait la possibilité de mesurer l'atteinte de l'objectif relatif à la population cible.

Offre d'un programme intégré en milieu de garde

En 2000-2001, seulement quatre régions du Québec et aussi peu que 14 % des territoires de CLSC comptaient un PIMG. Cela est bien loin de l'objectif voulant qu'un tel type de programme soit offert dans toutes les régions du Québec et dans 60 % des territoires de CLSC. Toutefois, les deux autres régions où l'on a commencé l'implantation du PIMG du type *support éducatif* en 2000 ou 2002 contribueront, à court terme, à faire passer à 32 % la proportion de territoires de CLSC offrant un PIMG. Cela demeure tout de même bien en deçà de l'objectif fixé dans les Priorités nationales de santé publique. On peut penser que

l'absence, au niveau national, d'investissements consentis expressément à ce type de programme et les efforts qui ont été demandés aux CLSC au cours des dernières années pour déployer un programme du type Naître égaux – Grandir en santé (NEGS) n'ont probablement pas facilité la mise en œuvre de PIMG.

Par ailleurs, il est intéressant de constater que, dans toutes les régions à l'exception d'une, l'implantation de PIMG constituait une priorité, visait l'ensemble des territoires de CLSC et était soutenue par la régie régionale. Des mécanismes régionaux de suivi de l'implantation étaient également prévus et pouvaient prendre la forme d'un comité sectoriel, d'une table de concertation ou encore de rencontres entre les partenaires.

Des deux types de PIMG, c'est nettement celui du type *support éducatif* qui est le plus largement implanté au Québec. Il faut dire qu'au moment d'élaborer les priorités nationales, en 1996, c'était le programme type auquel correspondait l'appellation *programmation intégrée en milieu de garde*. C'est ce type de programme qui recommandait l'utilisation des milieux de garde afin d'offrir un environnement stimulant aux enfants qui risquent un retard de développement et d'augmenter de façon significative les occasions d'apprentissage. Pour sa part, *Brindami*, même dans sa forme combinée, a été conçu pour des enfants déjà en milieu de garde. Soulignons enfin que le portrait que nous venons de tracer des PIMG ne doit pas être vu comme le seul type de collaboration entre les milieux de garde et les CLSC.

Population rejointe

Les données dont nous disposons ne nous permettent pas de vérifier l'atteinte de l'objectif établi relativement à la population qui devait bénéficier d'un PIMG, soit 35 % des enfants du Québec de 2 à 5 ans vivant dans l'extrême pauvreté. Toutefois, étant donné que seulement 14 % des territoires de CLSC ont mis en place un PIMG alors que l'objectif était de 60 %, il est fort probable que nous soyons encore loin des résultats attendus pour ce qui de la proportion d'enfants vulnérables à rejoindre, d'autant plus que le PIMG *Brindami combiné* ne s'adressait pas toujours à de tels enfants.

Il est intéressant de mentionner que tous les enfants rejoints n'ont pas nécessairement bénéficié de toutes les composantes d'un PIMG. En effet, la non-disponibilité de places en milieu de garde pour les enfants inscrits à un PIMG du type *support éducatif* a semblé poser problème dans certains territoires. Le protocole d'entente CPE-CLSC adopté en mars 2002 devrait toutefois aider à améliorer la disponibilité des places en CPE pour la population visée par un PIMG du type *support éducatif*. Ce protocole favorisant l'accessibilité réciproque et la continuité entre les services offerts par les CLSC et les CPE doit être négocié régionalement et localement. Soulignons également la réticence de parents à envoyer leurs enfants dans un milieu de garde. On peut penser qu'une meilleure articulation sur le terrain entre un PIMG du type *support éducatif* et un programme du type NEGS permettrait à l'intervenante privilégiée de NEGS de préparer les parents à l'éventuelle fréquentation d'un milieu de garde par leur enfant.

Conclusion

Des travaux ayant dû être menés dans le cadre du suivi des priorités nationales afin de définir le concept de *programmation intégrée en milieu de garde*, ce n'est qu'en 2001 qu'une collecte systématique de données a pu être faite. Ainsi, le cinquième bilan nous

informe pour la première fois sur la mise en place de programmes intégrés en milieu de garde. Il nous apprend que le PIMG du type *support éducatif* offert en 2000-2001 dans 16 territoires de CLSC y était toujours offert en 2001-2002 ; de plus, dans deux régions, on préparait sa mise en place dans 23 nouveaux territoires de CLSC. Quant au PIMG *Brindami combiné*, il se poursuivait en 2001-2002 dans les cinq autres territoires de CLSC où il était implanté en 2000-2001. De plus, ce bilan nous indique que 1 592 enfants québécois d'âge préscolaire bénéficiaient d'un PIMG en 2000-2001, chacun des deux types de PIMG en rejoignant environ la moitié.

Cette seule collecte de données ne peut permettre d'évaluer la progression de la mise en place de PIMG au cours des cinq années. Elle nous donne toutefois un point de référence pour en faire le suivi dans le cadre du Programme national de santé publique.

Tableau 1.3.1 Offre d'un programme intégré en milieu de garde (PIMG) – Québec et régions, 2000-2001

Régions ¹	Nombre de territoires de CLSC comptant un PIMG	Type de PIMG	Implantation de PIMG prévue pour 2001-2002
01	8/8	<i>Support éducatif</i>	
02	0/6		
03	0/8		
04	0/11		
05	7/7	<i>Support éducatif</i>	
06	0/29		
07	0/8		
08	0/6		
09	0/6		
10	0/1 ²		
11	2/6	<i>Support éducatif / Brindami combiné</i>	
12	0/11		
13	4/4	Brindami combiné	
14	0/6		Du type <i>support éducatif</i>
15	0/7		
16	0/19		Du type <i>support éducatif</i>
17	0/2 ²		
18	0/1 ²		
Total	21/146 (14 %)		

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. L'existence d'un programme intégré en milieu de garde n'a pas été rapportée dans cette région.

Tableau 1.3.2 Partenaires¹ des PIMG, selon la région, 2000-2001

Régions ²	Organisations responsables du PIMG	Nombre de CPE (MFE)
01	5 CLSC 4 organismes communautaires	24
05	7 CLSC 1 centre de réadaptation	49
11	1 CLSC 1 CLSC	n.d. 2
13	4 CLSC, de concert avec la régie régionale	33

1. D'autres partenaires que ceux qui apparaissent dans le tableau sont liés aux PIMG, mais de façon indirecte. Par exemple, les directions de santé publique des régies régionales assurent généralement la coordination régionale et contribuent à l'évaluation des activités, alors que les centres jeunesse participent parfois au recrutement des participants aux PIMG du type *support éducatif*.
2. Voir la liste des régions à la page 15.

Tableau 1.3.3 Nombre d'enfants ayant bénéficié d'un PIMG, selon la région, 2000-2001

Régions ¹	Type de PIMG	Nombre d'enfants
01	<i>Support éducatif</i>	483
05	<i>Support éducatif</i>	316
11	<i>Support éducatif</i>	18
	<i>Brindami combiné</i>	95 ¹
13	<i>Brindami combiné</i>	680

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Ces données couvrent la période de janvier 2001 à juin 2001, plutôt que celle d'avril 2000 à mars 2001.

1.4 Valorisation du rôle du père

Que les programmes dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance incluent systématiquement un volet sur la valorisation du rôle du père et sur l'engagement de celui-ci.

Note

Le degré de pénétration de la valorisation du rôle du père dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance est apprécié à partir du portrait des actions rapportées sous les différentes catégories d'actions suivantes : la présence de lieux de réflexion, les ateliers de sensibilisation ou de formation pour les intervenants, l'adaptation d'outils de travail, la production ou l'utilisation d'outils, l'adaptation d'activités ou de programmes, de même que la conception (et la réalisation) d'activités particulières à l'intention des pères.

Des données sur les activités ayant un lien avec la valorisation du rôle du père dans le cadre de l'intervention en périnatalité et pendant la petite enfance ont été recueillies au cours des trois premiers bilans. Ces données ont permis de constater que des activités diversifiées étaient organisées dans presque toutes les régions du Québec. Dans plusieurs cas, il s'agissait d'activités visant la sensibilisation et la formation, la production ou l'adaptation d'outils ainsi que l'adaptation d'activités ou de programmes permettant de mieux rejoindre les pères. Au cours des dernières années, on constate que l'engagement des pères constitue davantage une dimension à intégrer aux activités existantes. Des activités comme *Naître égaux – Grandir en santé*, le *Programme de soutien aux jeunes parents* et le soutien éducatif précoce aux enfants d'âge préscolaire intègrent d'ailleurs de plus en plus cette préoccupation au regard de l'engagement des pères.

1.5 Programmation intégrée en milieu scolaire

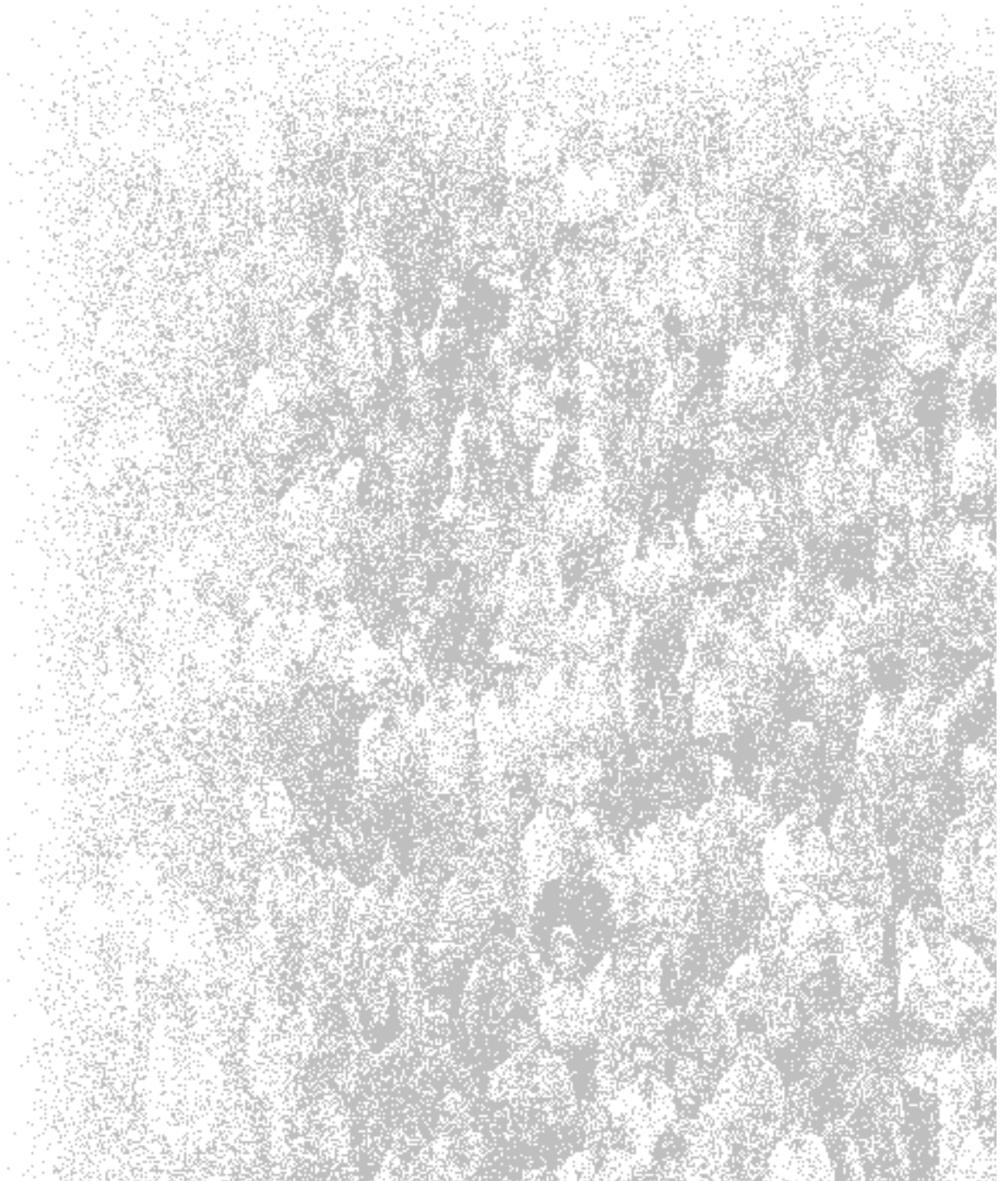
Que d'ici 2002, dans toutes les régions du Québec, 60 % des écoles disposent d'une programmation intégrée dans le domaine de la santé et des services sociaux visant le renforcement des aptitudes personnelles et sociales des jeunes, incluant un volet de prévention de la violence, et préconisant un environnement favorable à l'adoption de saines habitudes de vie.

Note

Bien que la programmation intégrée en milieu scolaire fasse partie des priorités nationales de santé publique, aucune collecte de données n'a permis de mieux connaître ce type d'intervention, et ce, pour les cinq bilans. La difficulté à établir un consensus sur la forme et le contenu de ce type d'intervention au cours des années correspondant aux premiers bilans explique, en grande partie, l'absence de bilan pour cette priorité. Cette absence s'explique également par la difficulté à traduire, de façon concrète, une telle programmation qui exige, de par son essence même, une certaine souplesse pour répondre aux besoins particuliers de chaque environnement scolaire. Toutefois, plusieurs travaux menés ont permis de constater l'existence de ce type d'intervention dans plusieurs régions. Par ailleurs, l'élaboration et l'implantation d'une intervention globale et concertée en milieu scolaire sont prévues à l'intérieur du Programme national de santé publique, et ce, en collaboration avec le ministère de l'Éducation.

PRIORITÉ 2

*LES MALADIES ÉVITABLES
PAR L'IMMUNISATION*



Faits saillants

Les résultats attendus quant aux maladies évitables par l'immunisation portent sur les éléments suivants : la couverture vaccinale des enfants de 2 ans et des adolescents de 3^e secondaire ; l'élimination de la rougeole, de la rubéole, de la diphtérie, des oreillons et de la poliomyélite ; la réduction de l'incidence des infections à *Haemophilus influenzae* de type b, de la coqueluche et des hépatites A et B ; la vaccination contre l'influenza des personnes âgées vivant en CHSLD et en milieu ouvert ; la réduction de la non-utilisation des vaccins achetés et de la perte de vaccins due à des bris dans la chaîne de froid.

Couvertures vaccinales des enfants et des adolescents

L'implantation du système d'information sur la vaccination (SIV) pour la couverture des enfants de 2 ans n'a que légèrement progressé par rapport au premier bilan. En 2001, le SIV est implanté dans les CLSC de sept régions et dans les DSP de sept régions (il ne s'agit toutefois pas nécessairement des mêmes régions dans les deux cas). Malgré l'avancée dans l'implantation du SIV, le degré de fonctionnalité de ce système reste stagnant si l'on tient compte des difficultés liées au transfert des données entre les CLSC et les DSP. Cependant, les conséquences de ce problème resteront mineures puisqu'un tel transfert ne sera plus nécessaire, selon le modèle qui est prévu pour le futur registre de vaccination au Québec. En outre, l'absence de fichiers de population fiables constitue un obstacle majeur à l'évaluation de la couverture vaccinale régionale étant donné que le dénominateur réel est inconnu. Il y a deux régions seulement où les couvertures vaccinales sont évaluées à partir de données relativement complètes pour l'ensemble des indicateurs retenus ; les couvertures atteignent le résultat attendu dans une seule de ces régions. Devant ces constats, il s'avère impossible, à la fin de la période couverte par les PNSP, de mesurer la couverture vaccinale des enfants québécois âgés de 2 ans.

Pour pallier le manque de données concernant les très jeunes enfants, on s'est tourné encore une fois vers les couvertures vaccinales des enfants en âge de fréquenter l'école. Pour l'année scolaire 2000-2001, il a été possible d'obtenir, dans trois régions, des données complètes ou partielles sur la couverture vaccinale des enfants de la maternelle. Dans une seule région, les couvertures vaccinales pour les vaccins DCTP et RRO atteignent le résultat visé. Ici encore, les données sont colligées à partir de plusieurs sources et il n'est pas possible, à ce stade-ci, de déterminer la couverture vaccinale des enfants de la maternelle pour l'ensemble du Québec.

En ce qui concerne la vaccination des adolescents, l'état de l'implantation du SIV ne s'est pas non plus beaucoup amélioré depuis le premier bilan des PNSP. En 2001, le SIV est implanté dans seulement trois DSP et dans l'ensemble des CLSC de cinq régions. En conséquence, on ne dispose toujours que de très peu d'information sur l'immunisation de cette population. Les couvertures vaccinales pour les vaccins RRO et diphtérie-tétanos-polio ont atteint les résultats attendus dans une seule des régions pour lesquelles des données sont disponibles. Pour l'hépatite B, la situation est différente puisque la première cohorte d'enfants immunisés dans le cadre du programme provincial de vaccination des élèves de la 4^e année du primaire a atteint la 3^e année du secondaire durant l'année scolaire 1999-2000. Ainsi, au cours des deux dernières années, la couverture vaccinale contre l'hépatite B a pu être évaluée dans un plus grand nombre de régions qu'à l'égard des autres vaccins du calendrier de vaccination (rappel diphtérie-tétanos et calendrier complet pour la rougeole, la rubéole, les oreillons et la polio). Pour l'année 2000-2001, la couverture vaccinale contre l'hépatite B atteint l'objectif visé de 95 % dans une région tandis qu'elle s'approche du résultat visé dans trois autres. Quant aux données relatives

aux couvertures vaccinales totales, elles sont estimées dans seulement trois régions mais elles n'atteignent pas l'objectif visé. En conclusion, il est actuellement impossible d'estimer la couverture vaccinale provinciale des adolescents de 15 ans pour les rappels du calendrier régulier et pour la vaccination contre l'hépatite B.

Incidence de maladies évitables par l'immunisation

Aucun cas de diphtérie n'a été déclaré au Québec depuis 1990. À l'exception des cas de polio reliés à des souches vaccinales observés en République dominicaine et en Haïti, en 2000 et 2001, cette maladie est officiellement éliminée des Amériques depuis 1994, et aucun cas n'a été signalé au Québec en 2001. Les taux brut d'incidence de la rougeole, de la rubéole et des oreillons sont très faibles en 2001. Des variations minimales dans les taux d'incidence de ces maladies sont observées selon les années, mais le passage de ces taux sous le seuil d'élimination est chose faite puisque les éclosions observées en 2000 se sont éteintes d'elles-mêmes. Aucun cas de rubéole congénitale n'a été déclaré en 2001.

L'incidence des infections à *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) est en baisse depuis 1993, cette réduction étant attribuable à la vaccination systématique des enfants entreprise en 1992. Cela constitue l'une des grandes victoires des programmes de vaccination. Seulement trois cas d'infections à Hib ont été signalés en 2001 chez les enfants de moins de 5 ans, dont deux cas de méningite. Les taux d'incidence bruts des deux dernières années sont les plus bas enregistrés depuis 1991. Le résultat attendu (moins de 50 cas par année) est donc maintenu puisqu'il était atteint avant même la publication des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*.

L'incidence de la coqueluche a légèrement augmenté en 2001, mais elle demeure basse globalement depuis les trois dernières années. Il est toutefois prématuré d'attribuer ces bas taux à l'utilisation, depuis 1998, d'un nouveau vaccin acellulaire plus efficace contre la coqueluche. En effet, la baisse enregistrée au cours des dernières années pourrait plutôt être due à une période d'incidence moindre que l'on observe pour cette maladie entre des années de pics épidémiques. L'objectif de réduction de 50 % des cas de coqueluche n'a cependant pas été atteint.

Pour l'hépatite B, le résultat attendu (diminution de 50 % des cas dans la population sexuellement active) est largement dépassé : 8 cas ont été enregistrés en 2001, comparativement à 47 cas en 1996. Les programmes de vaccination contre l'hépatite B visant les populations vulnérables et les pré-adolescents sont probablement responsables de ces gains. Cependant, il ne faut pas relâcher la surveillance ni l'application des programmes de vaccination puisque, au cours des dernières années, on a observé une augmentation du nombre de cas d'autres ITS. En ce qui concerne l'hépatite A, les taux d'incidence ont considérablement diminué au cours des cinq dernières années et l'objectif de diminuer le nombre de cas de 50 % est atteint. En effet, 108 cas ont été déclarés en 2001, comparativement à 586 en 1996. Cependant, comme cette maladie se caractérise par des flambées de cas parmi des populations à risque, il est possible que la diminution observée soit plutôt le reflet d'une accalmie entre deux flambées que l'effet d'un meilleur contrôle de la maladie. Étant donné que des programmes de vaccination contre l'hépatite A continuent d'être offerts aux populations vulnérables, sans qu'on ne connaisse cependant les couvertures vaccinales obtenues, l'évolution des prochaines années permettra de mieux se prononcer sur l'atteinte réelle du résultat attendu. Par ailleurs, des efforts sont faits depuis quelques années afin de standardiser la surveillance des facteurs de risque de l'hépatite A. Contrairement aux années précédentes, on constate en 2001 une bonne concordance entre le nombre de cas consignés dans le fichier MAD0 et les cas pour lesquels de l'information sur les

facteurs de risque est transmise au MSSS. L'acquisition à l'extérieur du pays constitue le facteur le plus fréquemment observé depuis les deux dernières années (45 % des cas en 2001). Il faudra prêter une attention particulière aux voyageurs au cours des prochaines années. Les autres facteurs de risque fréquemment rapportés sont la contamination d'origine hydrique ou alimentaire et les pratiques sexuelles à risque.

Couverture vaccinale contre l'influenza

Les taux de couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en CHSLD sont en constante progression depuis la parution des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Alors que la couverture vaccinale n'était que de 64 % en 1996-1997, elle a augmenté pour atteindre 81 % en 1999-2000 et s'est maintenue à ce taux au cours des deux dernières années. Ainsi, pour la troisième année consécutive, la couverture québécoise atteint le résultat attendu chez les personnes âgées vivant en institution. Par contre, une augmentation du taux de non réponse est observée depuis deux ans, les données provinciales étant basées sur celles de seulement treize des dix-huit régions. Dans quatre des cinq régions pour lesquelles des données sont manquantes, on a fourni des données pour les personnes de 60 ans ou plus, le groupe des personnes de 60 à 64 ans ayant été ajouté à la population visée par le programme de vaccination contre l'influenza depuis la saison 2000-2001. Des efforts devront être déployés afin de remédier à cette situation et pour faire en sorte que, dans chaque région, on puisse disposer de données sur la vaccination des personnes âgées vivant en CHSLD de 60-64 ans et de 65 ans ou plus.

Des progrès importants ont également été faits quant à la couverture vaccinale des personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert. Alors que la couverture vaccinale de cette population n'était que de 42 % en 1996-1997, elle a atteint 57 % en 2001-2002, selon les données obtenues dans 13 des 18 régions. Cependant, à partir d'une enquête téléphonique, on a estimé à 61 % la couverture vaccinale de ce même groupe à l'échelle de la province. Cela constitue donc une très nette amélioration, mais la couverture vaccinale provinciale atteint tout juste le résultat attendu fixé à 60 %. Les efforts des dernières années déployés pour soutenir la mise en œuvre du programme annuel d'immunisation contre l'influenza peuvent sûrement expliquer en partie les gains importants qui ont été obtenus. Par ailleurs, il faut mentionner le taux de non réponse élevé au cours des deux dernières années. Dans cinq des dix-huit régions, aucune donnée n'a été fournie sur la vaccination des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert, pour la même raison que celle qui a été donnée plus haut : les données fournies incluaient les personnes de 60 ans ou plus. Comme pour la population âgée vivant en hébergement, il faudra continuer d'investir des efforts afin d'améliorer le programme d'immunisation contre l'influenza si l'on veut préserver les gains durement acquis.

Conservation des produits biologiques

Enfin, l'installation depuis 1999 d'instruments pour surveiller la température de conservation des produits biologiques chez tous les vaccinateurs québécois ainsi que les différentes mesures prises par les directions de santé publique pour inciter les vaccinateurs à déclarer les pertes de produits ont permis de tracer un bilan plus fidèle de la gestion des produits immunisants. À l'échelle provinciale, les pertes déclarées pour l'année 2001-2002 s'élèvent à 3,2 % des vaccins achetés, ce qui correspond au résultat attendu, à savoir un taux de vaccins non utilisés inférieur à 5 %. Cependant, ce résultat, qui semble favorable, doit être interprété à la lumière d'un certain nombre de facteurs tels que la nature volontaire de la déclaration des pertes au Québec, la mise en place d'un mécanisme de crédit pour le retour des produits périmés et les raisons de la

non-utilisation des vaccins achetés. Il peut donc exister une sous-déclaration faisant en sorte que les pertes réelles pourraient être plus élevées.

On observe également une amélioration de la surveillance de la température des vaccins pendant le transport. Depuis 1999, tous les envois entre le dépôt provincial et les dépôts régionaux sont munis de moniteurs de température. En ce qui concerne les envois entre les dépôts régionaux et les vaccinateurs, la surveillance systématique de ceux qui doivent l'être est instaurée dans la majorité des régions. Sur l'ensemble des réfrigérateurs utilisés pour la conservation des vaccins et répertoriés en 2001-2002, 92 % sont munis d'un thermomètre à maximum et minimum. Quant à la proportion des vaccins soumis à une température inadéquate, elle est estimée à 0,4 % en 2001-2002, ce qui constitue un résultat encourageant. Cependant, bien qu'il semble conforme au résultat attendu, ce résultat doit être interprété avec prudence puisqu'il repose sur la déclaration volontaire des bris de la chaîne de froid.

2.1 Couverture vaccinale des enfants de 2 ans

Qu'en 2002, 95 % des enfants de 2 ans aient reçu tous les vaccins du calendrier régulier (la couverture vaccinale en 1996 est estimée entre 85 et 90 %).

Méthode

Définitions

Vaccins du calendrier régulier pour les enfants de 2 ans

- Quatre doses du vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la polio ainsi qu'une dose d'un vaccin contre les infections à *Haemophilus influenzae* de type b (DCTPH) après l'âge de 15 mois ;
- deux doses du vaccin contre la rougeole et une dose d'un vaccin contre la rubéole et les oreillons (RRO).

Les enfants visés sont ceux qui ont atteint 2 ans durant la période prescrite (du 1^{er} janvier au 31 décembre 2001).

Système d'information sur la vaccination (SIV) pour la couverture des enfants de 2 ans

- Le SIV est implanté lorsque le matériel informatique et les logiciels sont installés dans tous les sites prévus, soit dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les directions de santé publique¹ (DSP), et qu'il existe des mécanismes permettant l'échange des données entre les CLSC et ces DSP ;
- le SIV est fonctionnel quand on peut l'utiliser pour mesurer les couvertures vaccinales des enfants de 2 ans, c'est-à-dire que toutes les données sur les enfants vaccinés dans les établissements du secteur public (CLSC et centres hospitaliers) et ceux du secteur privé (cabinets de médecins et cliniques médicales) sont transférées pour déterminer le numérateur, et que les données du dénominateur sont disponibles par l'accès à un fichier de population (ex. : fichier de la Régie de l'assurance maladie du Québec) ou, à défaut d'un tel fichier, par l'accès aux données des CLSC.

Vaccinateurs du secteur public

Ce sont les CLSC et les centres hospitaliers. Ces établissements doivent fournir les données nécessaires pour déterminer le numérateur des couvertures vaccinales.

Vaccinateurs du secteur privé

Ce sont les cabinets de médecins et les cliniques médicales. Ces établissements doivent aussi fournir les données nécessaires pour déterminer le numérateur des couvertures vaccinales.

1. Depuis l'entrée en vigueur de la Loi sur la santé publique, l'appellation « directions de la santé publique » a été remplacée par « directions de santé publique ».

Indicateurs

- Proportion des régions où est implanté le SIV ;
- proportion des CLSC ayant implanté le SIV ;
- proportion des vaccinateurs du secteur public (CLSC et centres hospitaliers) fournissant des données sur la vaccination au SIV ;
- proportion des vaccinateurs du secteur privé (médecins ou cliniques) fournissant des données sur la vaccination au SIV ;
- couverture vaccinale totale des enfants de 2 ans ;
- couverture vaccinale des enfants de 2 ans pour le vaccin RRO ;
- couverture vaccinale des enfants de 2 ans pour le DCTPH.

Collecte des données

Les données présentées proviennent du questionnaire électronique rempli par les responsables des régions au printemps 2002. Lorsque la situation concernant le SIV ou la couverture vaccinale était identique à celle du bilan précédent, les répondants n'avaient pas à remplir l'ensemble du questionnaire, auquel cas les données présentées ici ont été extraites du quatrième bilan. Par ailleurs, une distinction a été faite, tout comme pour le bilan de l'année précédente, entre l'implantation du SIV dans les CLSC de la région et son implantation à la Direction de santé publique. Cette information est nécessaire puisque les outils informatiques actuellement installés dans certains CLSC¹ pour la surveillance de la couverture vaccinale ne sont pas compatibles avec les systèmes existant dans les directions de santé publique ; cela fait en sorte qu'il est impossible de faire des transferts de données entre les CLSC et les DSP. De plus, comme il s'agit du dernier bilan des Priorités nationales de santé publique, on a évalué de manière détaillée la participation des centres hospitaliers et des vaccinateurs du secteur privé (cliniques médicales, médecins en cabinet) à l'implantation du SIV et à la vaccination des enfants de 2 ans.

Résultats

État de l'implantation du système d'information sur la vaccination

La situation du SIV au sein des CLSC s'est légèrement améliorée depuis l'an dernier. En 2001, un SIV est implanté dans les CLSC de sept régions (*cf.* tableau 2.1.1). Dans six de ces régions, le SIV est disponible dans l'ensemble des CLSC offrant la vaccination aux enfants de 2 ans (*cf.* tableau 2.1.2) ; dans l'autre, le SIV est implanté dans au moins la moitié des CLSC. Dans 11 régions, on ne sait pas quand un SIV sera implanté ou l'on n'a pas répondu à cette question.

Au sein des DSP, on signale que sept régions disposent d'un SIV en 2001, soit une de plus que l'an dernier. Cependant, le Système intégration CLSC module vaccination, utilisé dans plusieurs CLSC, n'est pas compatible avec les outils informatiques des DSP, ce qui rend impossible le transfert des données de part et d'autre ainsi que l'estimation des couvertures vaccinales dans ces régions.

Par ailleurs, dans cinq régions, un SIV est implanté à la fois dans les CLSC et les DSP. Cependant, il est fonctionnel dans une seule de ces régions, soit la même que l'année dernière. Dans cette région, les données concernant les jeunes enfants vaccinés sont

1. Les centres de santé sont inclus dans les CLSC puisque est désigné centre de santé un établissement qui exploite un CLSC et également un centre hospitalier ou un CHSLD.

transférées à la DSP, de sorte qu'il est possible de déterminer les taux de couverture vaccinale.

Offre des services de vaccination aux enfants de 0 à 2 ans

En ce qui concerne les services de vaccination, la situation est sensiblement la même qu'en 2000. Dans huit régions du Québec, les services de vaccination aux très jeunes enfants sont offerts uniquement en CLSC (cf. tableau 2.1.2) ; il s'agit des mêmes régions qu'en 2000.

La participation des centres hospitaliers (CH) à la vaccination des enfants de 2 ans demeure marginale, variant entre moins de 1 % et 9 % en 2001 (cf. tableau 2.1.3). Des services de vaccination en milieu hospitalier sont offerts aux jeunes enfants dans six régions seulement. Dans deux de ces régions, de 90 % à 100 % des données sur les enfants vaccinés de l'ensemble des CH de la région sont transmises au SIV.

Quant aux vaccinateurs du secteur privé, ils participent à la vaccination des enfants de 2 ans dans dix régions du Québec en 2001, et ce, dans des proportions s'échelonnant entre 5 % et 83 % selon les régions (cf. tableau 2.1.4). Dans seulement trois de ces régions, l'ensemble des vaccinateurs offrant des services de vaccination aux jeunes enfants fournissent de 90 % à 100 % des données au SIV. Il faut noter que le nombre de vaccinateurs privés correspond, dans certaines régions, au nombre de sites où sont distribués des vaccins dans le secteur privé ; dans d'autres régions, il s'agit du nombre de médecins qui font la vaccination. Ainsi, les données relatives à la participation au SIV des vaccinateurs du secteur privé peuvent être trompeuses, comme c'est le cas dans une région en particulier où les données portant sur le « nombre de vaccinateurs qui offrent des services de vaccination » et les données portant sur le « nombre de vaccinateurs fournissant des données au SIV » proviennent de deux banques de données différentes qui utilisent des paramètres différents et qui ne se comparent pas.

Couvertures vaccinales

Le faible avancement dans l'implantation du SIV explique encore cette année notre difficulté à estimer les couvertures vaccinales des enfants québécois de 2 ans. Dans deux régions seulement, on est en mesure de fournir l'ensemble des données sur la couverture vaccinale, pour l'année 2001, correspondant aux indicateurs retenus (cf. tableau 2.1.5). Dans la région où les services de vaccination sont offerts en CLSC, en CH et par les médecins, les données ont été obtenues de tous les vaccinateurs et les couvertures vaccinales ont été évaluées à partir d'un SIV bien implanté. Dans cette région, la couverture pour le RRO est de 70 % et celle pour le DCTPH, de 76 %, tandis que l'on y estime la couverture globale à 70 % en transposant la couverture la plus faible, soit celle du vaccin RRO. Dans l'autre région où des données sont disponibles, les couvertures vaccinales correspondent au résultat attendu, soit 95 % pour la couverture globale et 96 % pour le RRO ou le DCTPH. Les services de vaccination, dans cette région, sont offerts uniquement par les CLSC. Dans les seize autres régions, aucune donnée n'est disponible pour l'année 2001.

Cette année encore, les données de certaines régions portant sur les enfants en âge de fréquenter l'école ont été analysées, compte tenu des difficultés à déterminer la couverture vaccinale des enfants de 2 ans. Dans trois régions, des données complètes ou partielles concernant des enfants de la maternelle et portant sur l'année scolaire 2000-2001 sont disponibles. Dans deux autres régions, des données ont été transmises à la DSP, mais dans un cas elles se rapportent à l'année scolaire 2001-2002 et, dans l'autre cas, elles concernent les élèves de première année primaire inscrits en 2000-2001 (cf. tableau 2.1.6). Les couvertures vaccinales globales varient de 81 % à 89 % pour les

enfants en classe maternelle en 2000-2001. Pour le RRO, elles varient de 84 % à 97 % alors que, pour le DCTP, elles oscillent entre 82 % et 95 %. Dans une région, les couvertures vaccinales pour les vaccins DCTP et RRO atteignent le résultat visé. Ici encore, les données sont colligées à partir de diverses sources et il n'est pas possible, à ce stade-ci, de déterminer la couverture vaccinale des enfants de maternelle pour l'ensemble du Québec.

Discussion

Le portrait obtenu de l'état de l'implantation du système d'information sur la vaccination est encore parcellaire pour l'année 2001. En outre, les données recueillies sur les couvertures vaccinales au cours des cinq dernières années sont de valeur inégale quant aux sources utilisées, quant à leur validité ou à leur fiabilité et quant à la population à laquelle elles se rapportent.

L'implantation du SIV pour les enfants de 2 ans a légèrement avancé par rapport au premier bilan des PNSP. Cependant, le degré de fonctionnalité de ce système semble stagnant, voire en régression, si l'on tient compte des difficultés éprouvées à cause de l'incompatibilité entre les outils informatiques en place dans certains CLSC et ceux qui existent dans les DSP. Par contre, il n'est pas prévu de transférer les données de vaccination entre les CLSC et les DSP dans le modèle du futur registre central de vaccination du Québec, alors que c'était le cas dans le modèle du SIV établi au moment du lancement des Priorités nationales de santé publique. Par ailleurs, l'absence de fichiers de population fiables constitue un obstacle majeur à l'évaluation de la couverture vaccinale régionale puisque le dénominateur réel est inconnu.

Dans une seule région, on observe en 2001 des couvertures vaccinales à la hauteur des résultats attendus. Les services de vaccination des enfants y sont assurés par les CLSC uniquement. Dans l'autre région où les couvertures vaccinales peuvent être évaluées à partir de données relativement complètes pour l'ensemble des indicateurs retenus, la couverture n'atteint pas le résultat attendu. Ces deux régions ne représentent globalement qu'une très faible proportion de l'ensemble des enfants québécois de 2 ans.

En ce qui concerne l'offre des services de vaccination aux enfants de 2 ans, les bilans annuels des PNSP permettent de constater des disparités importantes entre les régions. De façon générale, en 2001, les vaccins sont administrés dans les CLSC. Cependant, dans les régions à forte densité urbaine, la participation du secteur privé est plus importante que celle des CLSC. Quant aux centres hospitaliers, leur contribution à l'ensemble de la vaccination des jeunes enfants est demeurée marginale dans toutes les régions du Québec, et ce, depuis le premier bilan des PNSP.

Devant ces constats, il s'avère impossible, en fin de parcours, de mesurer adéquatement la couverture vaccinale des enfants québécois âgés de 2 ans. L'ampleur des données manquantes ainsi que la disparité de l'offre des services de vaccination entre les régions et, d'autre part, la valeur inégale des données recueillies quant aux sources utilisées laissent croire qu'on ne sera pas en mesure de se prononcer davantage au cours des prochaines années. Pour y arriver, il faudra apporter des modifications importantes au système actuel. Des ententes devront être conclues afin de s'assurer que l'information nécessaire puisse être colligée pour le calcul du numérateur des couvertures vaccinales. Cela implique que les renseignements concernant tous les enfants vaccinés devront être inclus dans le futur registre central de vaccination prévu dans la Loi sur la santé publique. Il s'agit autant des données sur les enfants vaccinés dans les établissements publics que celles sur les enfants vaccinés par des médecins du secteur privé. De plus, des ententes

devront être conclues en ce qui concerne le calcul du dénominateur permettant d'estimer les couvertures vaccinales.

Beaucoup d'espairs ont été mis dans la Loi sur la santé publique afin de remédier à ces nombreux problèmes. Le contenu actuel de la loi pourrait en résoudre quelques-uns, mais de nouveaux semblent se dessiner. En effet, bien qu'il y soit spécifié, au chapitre VII, qu'un registre central des vaccinations effectuées au Québec sera constitué – ce qui représente un gain important –, l'exigence qu'une personne consente par écrit à l'inscription au registre peut devenir une barrière à la constitution du numérateur. En outre, la loi ne précise pas comment un fichier de population permettant l'estimation du dénominateur pourra être utilisé. Dans l'attente de données émanant du futur registre de vaccination, ce qui ne viendra pas avant plusieurs années, des enquêtes devront être effectuées si l'on veut connaître les couvertures vaccinales.

Conclusion

Quoique l'implantation du système d'information sur la vaccination des enfants de 2 ans ait légèrement progressé depuis la parution du premier bilan des PNSP, elle reste toujours insuffisante pour permettre de connaître la couverture vaccinale de ces jeunes Québécois. Le résultat attendu est atteint dans une seule des deux régions où les couvertures vaccinales sont évaluées à partir de données suffisamment complètes, et ce, pour l'ensemble des indicateurs retenus. Devant ces constats, et à moins de procéder autrement – avec une enquête transversale par exemple –, il s'avère impossible au terme du processus d'évaluation des PNSP de mesurer la couverture vaccinale des enfants québécois âgés de 2 ans.

Tableau 2.1.1 Système d'information sur la vaccination (SIV) pour les enfants québécois de 2 ans – État de l'implantation au 31 décembre 2001 au niveau régional

Régions ¹	Même situation qu'au 4 ^e bilan	Implantation dans les CLSC des régions		Implantation dans les directions de santé publique	
		SIV implanté	Année d'implantation prévue	SIV implanté	Année d'implantation prévue
01 ²	Oui	Non	n.s.p.	Non	n.s.p.
02	Non	Oui		Non	Non
03 ²	Oui	Oui		Oui	
04 ²	Oui	Non	n.r.	Oui	
05	Non	Oui		Oui	
06	Non	Oui		Oui	
07 ²	Oui	Non	n.s.p.	Non	n.s.p.
08	Non	Oui		Non	n.s.p.
09	Non	Non	n.r.	Non	n.r.
10 ²	Oui	Non	n.r.	Non	n.s.p.
11 ²	Oui	Non	n.s.p.	Non	n.s.p.
12	Non	Oui		Oui	
13 ²	Oui	Oui		Oui	
14 ²	Oui	Non	n.r.	Non	n.s.p.
15 ²	Oui	Non	n.s.p.	Oui	
16 ²	Oui	Non	n.s.p.	Non	n.s.p.
17 ²	Oui	Non	n.s.p.	Non	n.s.p.
18 ²	Oui	Non	n.s.p.	Non	n.s.p.

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Les données de cette région sont tirées du quatrième bilan.

Tableau 2.1.2 Participation des CLSC au SIV et à la vaccination des enfants de 2 ans – Régions du Québec, 2001

Régions ¹	Proportion des vaccins qui sont administrés par les CLSC ²	Nombre de CLSC où le SIV est implanté	Nombre de CLSC offrant la vaccination	Nombre de CLSC qui fournissent des données au SIV		
				De 90 % à 100 % des données	Certaines données	Aucune donnée
01 ³	100 %	0	9	0	0	9
02	100 %	7 ⁴	7 ⁴	7 ⁴	0	0
03 ³	15 %	8	8	6	0	2
04 ³	95 %	6	11	6	0	5
05	45 %	7	7	7	0	0
06	32 %	27	29	0	27	2
07	45 %	0	8	0	0	8
08	100 %	6	6	6	0	0
09	100 %	0	7 ⁵	0	0	7
10 ³	100 %	0	5	0	0	5
11 ³	100 %	0	6	0	0	6
12	n.d.	11	11	11	0	0
13 ³	37 %	4	4	4	0	0
14 ³	95 %	0	6	0	0	6
15 ³	60 %	0	7	0	0	7
16 ³	60 %	0	20 ⁶	0	0	20 ⁶
17 ³	100 %	0	2	0	0	2
18 ³	100 %	0	1	0	0	1

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Dans les régions où les CLSC et les CH sont fusionnés, on a considéré uniquement les CLSC.

3. Les données de cette région sont tirées du quatrième bilan.

4. Ce nombre comprend un centre de santé autochtone et six CLSC.

5. Ajout d'un CLSC aux établissements du réseau de la santé au cours de l'année 2001.

6. Ce nombre comprend dix-neuf CLSC et une réserve autochtone.

Tableau 2.1.3 Participation des centres hospitaliers au SIV et à la vaccination des enfants de 2 ans – Régions du Québec, 2001

Régions ¹	Proportion des vaccins qui sont administrés par les CH ²	Nombre de CH qui offrent des services de vaccination	Nombre de CH qui fournissent des données au SIV		
			De 90 % à 100 % des données	Certaines données	Aucune donnée
01 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
02	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
03 ³	2 %	3	2	1	0
04 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
05	2 %	1	1	0	0
06	9 %	10	n.d.	n.d.	n.d.
07	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
08	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
09	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
10 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
11 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
12	n.d.	2	2	0	0
13	1 %	2	0	0	2
14 ³	<1 %	2	0	0	2
15 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
16 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
17 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
18 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Dans les régions où les CLSC et les CH sont fusionnés, on a considéré uniquement les CLSC.

3. Les données de cette région sont tirées du quatrième bilan.

Tableau 2.1.4 Participation du secteur privé au SIV et à la vaccination des enfants de 2 ans – Régions du Québec, 2001

Régions ¹	Proportion des vaccins qui sont administrés par le secteur privé	Nombre de vaccinateurs privés qui offrent des services de vaccination ²	Nombre de vaccinateurs privés qui fournissent des données au SIV		
			De 90 % à 100 % des données	Certaines données	Aucune donnée
01 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
02	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
03 ³	83 %	70	60	10	0
04 ³	5 %	13	13	0	0
05	53 %	36	36	0	0
06	59 %	172 ⁴	n.d.	115 ⁵	n.d.
07	55 %	42	0	0	42
08	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
09	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
10 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
11 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
12	n.d.	150	150	0	0
13 ³	63 %	85	0	85	0
14	5 %	11	0	11	0
15 ³	40 %	26	20	6	0
16 ³	40 %	100	82	4	14
17 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
18 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Il s'agit pour certaines régions d'un nombre de sites (cliniques médicales ou cabinets de médecins) où des vaccins sont distribués. Un « vaccinateur » peut donc représenter un seul ou plusieurs médecins. Dans d'autres régions, il s'agit du nombre de médecins qui font la vaccination.

3. Les données de cette région sont tirées du quatrième bilan.

4. Nombre de sites où l'on commande et distribue des vaccins (un site = un ou plusieurs bureaux privés ou cliniques).

5. Nombre de vaccinateurs ou groupes de vaccinateurs qui transmettent des données (un site où l'on commande des vaccins peut abriter un ou plusieurs vaccinateurs ou groupes de vaccinateurs). Il faut noter que les chiffres des colonnes 3 et 5 ne sont pas comparables dans le cas de cette région puisqu'ils proviennent de deux banques de données différentes.

Tableau 2.1.5 Couverture vaccinale des enfants de 2 ans – Régions du Québec, situation au 31 décembre 2001

Régions ¹	Même situation qu'au 4 ^e bilan	Couverture globale		Couverture RRO		Couverture DCTPH		Source des données et particularités
		Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	
01 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
02	Non	2 414	95	2 430	96	2 424	96	Registre informatisé (3 logiciels différents).
03 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
04 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
05	Non	2 115 ³	70 ³	2 115	70 ⁴	2 295	76 ⁵	Logivac.
06 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
07 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
08 ⁶	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
09 ⁷	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
10	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
11 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
12	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
13	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
14 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
15 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
16	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
17	n.s.p.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
18	Non ⁸	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Les données de cette région sont tirées du quatrième bilan.

3. Dans cette région, les données de couverture vaccinale globale ont été établies à partir de la couverture vaccinale la plus faible, soit le RRO dans ce cas-ci.

4. La couverture vaccinale RRO à une dose est de 88 % dans cette région.

5. La couverture vaccinale DCTPH à trois doses est de 90 % dans cette région.

6. Dans cette région, un SIV est implanté dans tous les CLSC offrant la vaccination aux enfants de deux ans, mais il n'est pas encore exploité pour l'estimation des couvertures vaccinales.

7. En 2001, dans cette région, il n'y a pas eu d'évaluation des couvertures vaccinales pour les enfants de 2 ans compte tenu que les ressources ont plutôt été consacrées à la campagne massive de vaccination contre le méningocoque du sérotype C.

8. Dans cette région, des informations partielles ont été colligées par un système d'information sur la santé implanté par le gouvernement fédéral ; cependant, aucune donnée portant sur la couverture vaccinale n'a été transmise dans le cadre de l'actuel bilan.

Tableau 2.1.6 Couverture vaccinale des enfants en classe maternelle – Régions du Québec, année scolaire 2000-2001

Régions ¹	Même situation qu'au 4 ^e bilan	Couverture globale		Couverture RRO		Couverture DCTP		Source des données et particularités
		Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	
01 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
02 ³	Non	2 915	93	3 021	95	2 977	95	Registre informatisé (3 logiciels différents). Année scolaire 2001-2002.
03	Non	2 480	81	2 587	84	2 506	82	VAXIN et questionnaire aux parents (3 CLSC sur 8).
04 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
05	Non	2 727	89	2 790	91 ⁴	2 805	92	Logivac et fichiers scolaires.
06 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
07 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
08 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
09	Non	n.d.	n.d.	1 111	97	1 091	95	Compilation manuelle.
10	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
11 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
12	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
13 ⁵	Oui	3 562	85	3 769	90	3 758	90	Élèves de 1 ^{re} année primaire.
14 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
15 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
16	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
17	n.s.p.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
18	Non ⁶	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Les données pour cette région sont tirées du quatrième bilan.

3. Les données pour cette région se rapportent à l'année scolaire 2001-2002.

4. À la maternelle, la couverture vaccinale RRO à une dose est de 96 % dans cette région.

5. Les données pour cette région se rapportent aux élèves de première année primaire.

6. Dans cette région, des informations partielles ont été colligées par un système d'information sur la santé implanté par le gouvernement fédéral ; cependant, aucune donnée portant sur la couverture vaccinale n'a été transmise dans le cadre de l'actuel bilan.

2.2 Vaccination des adolescents contre l'hépatite B et rappels

Qu'en 2002, 95 % des enfants de 15 ans aient reçu le vaccin contre l'hépatite B ainsi que les rappels du calendrier régulier.

Méthode

Définitions

Enfants de 15 ans

Les enfants de la 3^e secondaire.

Vaccin contre l'hépatite B

Administration des trois doses.

Rappels du calendrier régulier

Selon le calendrier tel qu'il est défini dans le *Protocole d'immunisation du Québec* (varie selon chaque situation individuelle), soit le calendrier complet autant pour la diphtérie, le tétanos et la polio (DTP) que pour la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO).

Les enfants de 15 ans (de la 3^e année du secondaire en 2000-2001) dont la vaccination correspond au calendrier complet sont considérés comme adéquatement vaccinés.

Système d'information sur la vaccination (SIV) pour la couverture des enfants de la 3^e secondaire

- Le SIV est implanté lorsque le matériel informatique et les logiciels sont installés dans tous les sites prévus, soit dans les CLSC et les directions de santé publique, et qu'il existe des mécanismes permettant l'échange des données entre les sites ;
- le SIV est fonctionnel quand on peut l'utiliser pour mesurer les couvertures vaccinales des enfants de la 3^e secondaire, c'est-à-dire que toutes les données sur les enfants vaccinés dans les établissements du secteur public (CLSC et centres hospitaliers) et ceux du secteur privé (cabinets de médecins et cliniques médicales) sont transférées pour déterminer le numérateur et que les données du dénominateur sont disponibles par l'accès à un fichier de population fourni par les commissions scolaires.

Indicateurs

- Proportion des régions où est implanté le système d'information sur la vaccination pour les élèves de la 3^e secondaire ;
- couverture vaccinale totale (DTP, RRO et hépatite B) des élèves de la 3^e secondaire ;
- couverture vaccinale par catégorie de vaccin (DTP, RRO et hépatite B) des élèves de la 3^e secondaire.

Collecte des données

Les données proviennent du questionnaire électronique rempli par les responsables des régions au printemps 2002. Comme pour la section précédente, les répondants n'avaient pas à remplir l'ensemble du questionnaire lorsque la situation concernant le SIV ou la couverture vaccinale était identique à celle de l'année antérieure. Dans de tels cas, les

données ont été extraites du quatrième bilan. Une distinction a également été établie entre l'implantation du SIV dans les CLSC de la région et l'implantation au sein de la Direction de santé publique. De plus, on a évalué la participation des centres hospitaliers et du secteur privé (médecins en cabinet et cliniques médicales) au SIV et à la vaccination des adolescents. Toutefois, on ne dispose toujours que de très peu d'information sur l'immunisation des adolescents car, dans plusieurs régions, ces données ne peuvent être fournies.

Résultats

État de l'implantation du système d'information sur la vaccination et services de vaccination

Comparativement à l'an dernier, l'implantation du SIV ne s'est guère modifiée pour les élèves de la 3^e secondaire. Au total, en 2001, le SIV est implanté dans trois DSP et dans l'ensemble des CLSC de cinq régions. Il est également implanté dans l'un des 4 CLSC d'une autre région (*cf.* tableaux 2.2.1 et 2.2.2).

Dans deux régions, le SIV est implanté à la fois dans les CLSC et dans les DSP ; cependant, il est fonctionnel dans une seule de ces régions, soit la même que l'année dernière. Dans les autres régions, les données de vaccination ne sont pas disponibles ou encore elles sont incomplètes, soit parce qu'elles ne répondent pas à l'ensemble des indicateurs, soit parce que les informations ne concernent pas toute la population du territoire.

Dans la majorité des régions, l'ensemble des CLSC offrent des services de vaccination aux élèves de 3^e secondaire en 2001 et, dans douze régions, tous les vaccins administrés à ces élèves le sont en CLSC. Dans une région cependant, seulement six des vingt CLSC offrent de tels services (*cf.* tableau 2.2.2). Cette situation est identique à celle de l'an dernier.

En ce qui concerne la participation des centres hospitaliers, des services de vaccination sont offerts aux élèves de 3^e secondaire dans trois régions seulement. La contribution des CH est minime : elle est évaluée à 4 % dans la seule région qui peut fournir cette donnée en 2001 (*cf.* tableau 2.2.3). Par ailleurs, ces centres ne fournissent aucune donnée concernant la vaccination des élèves de 3^e secondaire.

La participation des vaccinateurs du secteur privé à l'immunisation des élèves de 3^e secondaire pour l'année 2001, de faible importance, est demeurée identique à celle de l'année précédente. Les vaccinateurs du secteur privé offrent des services de vaccination dans six régions seulement. La proportion des vaccins qu'ils ont administré à ce groupe est estimée à 2 % et à 8 % dans les deux seules régions où l'on a fourni des données (*cf.* tableau 2.2.4). Nulle part les vaccinateurs du secteur privé ne fournissent des données substantielles au SIV.

Couvertures vaccinales

Malgré le faible avancement dans l'implantation du SIV, un bon nombre de données ont été fournies quant aux couvertures vaccinales des élèves de 3^e secondaire en 2000-2001, en particulier la couverture contre l'hépatite B (*cf.* tableau 2.2.5). Cela s'explique par le fait que la deuxième cohorte d'enfants immunisés en 4^e année du primaire a atteint la 3^e année du secondaire au cours de l'année scolaire 2000-2001. Ainsi, dans cinq régions, les couvertures vaccinales contre l'hépatite B ont été transposées des données

obtenues auprès de ces enfants lorsqu'ils étaient en 4^e année du primaire. Par ailleurs, il est relativement plus facile d'estimer les couvertures vaccinales en milieu scolaire parce qu'on a accès aux données sur les nombres d'élèves à vacciner pour déterminer les données du dénominateur. Néanmoins, des problèmes existent quant au calcul du numérateur pour la population adolescente. On vérifie le statut vaccinal des élèves à partir des carnets de vaccination qu'ils doivent présenter ; cependant, ces carnets sont trop souvent non disponibles, ce qui constitue un obstacle à l'estimation des couvertures vaccinales. Au total, des données de couverture vaccinale, partielles ou complètes, ont été fournies dans onze régions en 2001, situation identique à celle de l'année précédente. Dans trois de ces régions, les données proviennent d'un SIV informatisé, alors qu'elles sont de sources diverses dans les autres régions (compilations manuelles ou estimations à partir de données colligées antérieurement). Par ailleurs, dans une région, les résultats présentés se rapportent aux élèves de la 5^e secondaire. Ces données ont été obtenues dans le cadre du programme de rattrapage de vaccination contre l'hépatite B, programme instauré en 1999-2000.

Les couvertures vaccinales déclarées pour le dT-Polio atteignent le résultat attendu dans trois régions ; ailleurs, les couvertures pour ce vaccin varient de 75 % à 88 %. En ce qui concerne la couverture contre le RRO, le résultat attendu est atteint dans une seule région (région où le résultat est également atteint pour le dT-Polio) ; ailleurs, les résultats varient entre 69 % et 92 %. Quant à l'hépatite B, le résultat attendu est atteint dans une seule région et les couvertures s'approchent de l'objectif visé dans trois autres régions. Finalement, les données concernant les couvertures vaccinales totales sont estimées pour les élèves de 3^e secondaire dans seulement deux régions et elles n'atteignent pas l'objectif visé ; elles varient entre 66 % et 82 %. L'ensemble de ces résultats est semblable aux résultats de l'année 1999-2000.

Discussion

Bien qu'en 2001, un SIV pour les adolescents ne soit implanté que dans peu de régions, les données concernant les couvertures vaccinales de cette population sont plus substantielles qu'elles ne l'étaient au moment du premier bilan des PNSP. Néanmoins, ces données demeurent fragmentaires. Nulle part au Québec, pour l'année scolaire 2000-2001, les résultats attendus sont atteints en ce qui concerne l'ensemble des vaccins ciblés. Cela est vrai soit en raison de données incomplètes sur la base de la couverture régionale, soit parce que la couverture estimée est inférieure à l'objectif visé de 95 %. Par ailleurs, les couvertures vaccinales atteintes au cours des cinq dernières années sont tributaires des pratiques des CLSC à l'égard de l'immunisation des adolescents. Ainsi, même si dans la majorité des régions on a indiqué qu'en 2001 tous les CLSC offraient des services de vaccination aux jeunes de 3^e secondaire, le questionnaire ne permet pas de savoir si les vaccinateurs des CLSC rencontrent les jeunes directement en milieu scolaire. L'incapacité de fournir des données de couverture vaccinale est probablement le reflet de l'absence de vaccination ou d'une activité restreinte de vaccination en milieu scolaire pour les élèves de 3^e secondaire (ex. : administration du vaccin d₂T₅, mais pas de vérification du statut vaccinal relatif à la polio ou à l'hépatite B). À cet effet, des données québécoises publiées en 1999 indiquent clairement que les couvertures vaccinales sont meilleures lorsque l'immunisation est offerte à l'école^{1,2}. Ainsi, si l'on veut atteindre le résultat attendu, soit une couverture vaccinale de 95 %, il faudra s'assurer

-
1. M. GUAY *et al.*, *Vaccination contre l'hépatite B des élèves de 4^e année hors du milieu scolaire – Comparaisons des coûts et de l'efficacité du programme et préférences des parents*, Longueuil, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1999, 77 p.
 2. L. PERRON, *Couverture vaccinale pour le vaccin d₂T₅ des adolescents âgés de 15 ans résidant en Montérégie*, Longueuil, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1999, 56 p.

que les rappels du calendrier régulier et que le vaccin contre l'hépatite B sont offerts directement dans les écoles à l'ensemble des adolescents de 3^e année du secondaire.

À l'égard de la couverture vaccinale contre l'hépatite B, rappelons que la première cohorte d'enfants immunisés en 4^e année du primaire a atteint le niveau de la 3^e secondaire durant l'année scolaire 1999-2000. Cela explique la capacité des responsables régionaux à fournir plus de données depuis les deux dernières années. Cependant, il faut garder en tête que la couverture contre l'hépatite B est probablement sous-estimée lorsqu'elle est calculée à partir des données obtenues alors que les enfants étaient en 4^e année du primaire. La couverture vaccinale des élèves de 4^e année du primaire vaccinés en 2000-2001 n'a pas été colligée à l'échelle provinciale et ne peut être présentée, cette fois, en complément d'information.

De façon générale, des efforts supplémentaires devront être faits afin de mieux connaître les couvertures vaccinales (rappels et hépatite B) des élèves de la 3^e secondaire. L'instauration en 1999-2000 du programme de rattrapage de vaccination contre l'hépatite B en 5^e secondaire ainsi que l'intérêt dans plusieurs régions à administrer de manière systématique, à l'école, un rappel du vaccin diphtérie-tétanos aux élèves de la 3^e secondaire pourraient contribuer à une meilleure connaissance des couvertures vaccinales. Le Programme national de santé publique viendra probablement confirmer cette pratique. Il faut cependant se rappeler que la collaboration, souvent limitée, des adolescents lorsque vient le temps de présenter leur carnet de vaccination au cours d'activités organisées en milieu scolaire, rend difficile l'établissement d'un portrait juste des couvertures vaccinales par ce seul moyen.

Pour remédier à cette situation, on pourrait aussi envisager, comme pour les enfants de 2 ans, d'utiliser d'autres sources de données, telles que des enquêtes transversales. Cela a d'ailleurs été fait avec succès dans une région en 1998-1999. Cependant, cette manière de procéder s'avère fort coûteuse et impose de reprendre le processus annuellement. Il faut plutôt compter sur un SIV fonctionnel afin de déterminer les couvertures vaccinales des élèves de la 3^e secondaire, ce qui ne sera possible que dans la mesure où l'accès à des données de qualité sur les élèves vaccinés (numérateur) et sur l'ensemble des élèves visés (dénominateur) est assuré. Les difficultés d'accès à ces données, quoiqu'elles soient moindres en milieu scolaire que pour les enfants de 2 ans, existent toujours en 2001.

Conclusion

L'état de l'implantation du SIV ne s'est pas beaucoup amélioré depuis la parution du premier bilan des PNSP. En conséquence, l'information dont nous disposons sur l'immunisation des élèves de 3^e secondaire est très limitée. Les couvertures pour les vaccins RRO et diphtérie-tétanos-polio ont atteint le résultat attendu de 95 % dans une seule région. En ce qui concerne l'hépatite B, la situation est différente. Comme la première cohorte d'enfants immunisés dans le cadre du programme provincial offert aux élèves de la 4^e année du primaire a atteint la 3^e année du secondaire durant l'année scolaire 1999-2000, la couverture vaccinale contre l'hépatite B a pu être évaluée dans un plus grand nombre de régions au cours des deux dernières années. Les estimations de cette couverture atteignent l'objectif visé dans une région et s'approchent du résultat attendu dans trois autres régions. Bien qu'il soit possible, dans quelques régions, d'estimer la couverture vaccinale des adolescents pour les rappels du calendrier régulier et pour l'hépatite B, il s'avère impossible, en 2001, de mesurer la couverture vaccinale de cette population à l'échelle provinciale.

Tableau 2.2.1 Système d'information sur la vaccination (SIV) des élèves québécois de 3^e secondaire – État de l'implantation au 31 décembre 2001 au niveau régional

Régions ¹	Même situation qu'au 4 ^e bilan	SIV implanté dans les CLSC	SIV implanté dans les directions de santé publique
01 ²	Oui	Non	Non
02 ²	Oui	Oui	Non
03 ²	Oui	Oui	Non
04 ²	Oui	Non	Non
05 ²	Oui	Oui	Oui
06 ²	Oui	Non	Non
07 ²	Oui	Non	Non
08	Non	Oui	Non
09	Non	Non	Non
10 ²	Oui	Non	n.r.
11 ²	Oui	Non	Non
12	Non	Oui	Oui
13 ²	Oui	Non	Oui
14 ²	Oui	Non	Non
15 ²	Oui	Non	Non
16 ²	Oui	Non	Non
17 ²	Oui	Non	Non
18 ²	Oui	Non	Non

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Les données de cette région ont été tirées du quatrième bilan.

Tableau 2.2.2 Participation des CLSC au SIV et à la vaccination des élèves de 3^e secondaire – Régions du Québec, 2001

Régions ¹	Proportion des vaccins qui sont administrés par les CLSC	Nombre de CLSC où le SIV est implanté	Nombre de CLSC offrant la vaccination	Nombre de CLSC qui fournissent des données au SIV		
				De 90 % à 100 % des données	Certaines données	Aucune donnée
01²	100 %	n.r.	9	n.r.	n.r.	n.r.
0	100 %	7 ³	7 ³	5 ⁴	0	2
03²	100 %	8	8	8	n.a.	n.a.
0	100 %	0	11	0	11	0
0	100 %	7	7	7	0	0
06²	n.d.	0	29	0	0	29
07²	n.d.	0	8	n.d.	n.d.	8
08	100 %	6	6	6	0	0
09	100 %	0	7	0	0	7
10²	100 %	0	5	n.d.	n.d.	n.d.
11²	100 %	0	6	0	0	6
12	100 %	11	11	11	0	0
13²	n.d.	1	4	0	4	0
1	n.d.	0	n.d.	0	0	6
15²	98 %	0	7	0	0	7
1	86 %	n.d.	6 ⁵	n.d.	n.d.	n.d.
17²	100 %	0	2	0	0	2
18²	100 %	0	1	0	0	1

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Les données de cette région ont été tirées du quatrième bilan.

3. Les données comprennent six CLSC et un centre de santé autochtone.

4. Les données comprennent quatre CLSC et un centre de santé autochtone.

5. Dans cette région, six CLSC sur vingt (dix-neuf CLSC et une réserve autochtone) offrent des services de vaccination aux élèves de 3^e secondaire.

Tableau 2.2.3 Participation des centres hospitaliers à la vaccination des élèves de 3^e secondaire – Régions du Québec, 2001

Régions ¹	Proportion des vaccins qui sont administrés par les CH	Nombre de CH qui offrent des services de vaccination	Nombre de CH qui fournissent des données au SIV		
			De 90 % à 100 % des données	Certaines données	Aucune donnée
01 ²	n.a.	0	n.a.	n.a.	n.a.
02 ²	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
03 ²	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
04 ²	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
05 ²	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
06 ²	n.d.	n.d.	0	0	n.d.
07 ²	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
08 ²	n.a.	0	n.a.	n.a.	n.a.
09	n.a.	0	n.a.	n.a.	n.a.
10 ²	n.a.	0	n.a.	n.a.	n.a.
11 ²	n.a.	0	n.a.	n.a.	n.a.
12	n.a.	0	n.a.	n.a.	n.a.
13 ²	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
14 ²	n.d.	2	0	0	2
15 ²	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
16 ²	4 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
17 ²	n.a.	0	n.a.	n.a.	n.a.
18 ²	n.a.	0	n.a.	n.a.	n.a.

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Les données de cette région ont été tirées du quatrième bilan.

Tableau 2.2.4 Participation du secteur privé au SIV et à la vaccination des élèves de 3^e secondaire – Régions du Québec, 2001

Régions ¹	Proportion des vaccins qui sont administrés par le secteur privé	Nombre de vaccinateurs privés qui offrent des services de vaccination ²	Vaccinateurs privés		
			Nombre qui fournissent des données au SIV		
			De 90 % à 100 % des données	Certaines données	Aucune donnée
01 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
02 ³	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
03 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
04 ³	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
05 ³	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
06 ³	n.d.	n.d.	0	0	n.d.
07 ³	n.d.	42	n.d.	n.d.	n.d.
08 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
09	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
10 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
11 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
12	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
13 ³	n.d.	40	0	30	10
14 ³	n.d.	n.r.	n.d.	n.d.	n.d.
15 ³	2 %	18	0	18	n.d.
16 ³	8 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
17 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
18 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Il s'agit d'un nombre de sites (cliniques médicales ou cabinets de médecins) où des vaccins sont distribués et non pas du nombre de médecins qui vaccinent dans chacune des régions. Ainsi, un « vaccinateur » peut représenter un seul ou plusieurs médecins.

3. Les données de cette région ont été tirées du quatrième bilan.

Tableau 2.2.5 Couverture vaccinale contre l'hépatite B et rappels des élèves de 3^e secondaire – Régions du Québec, année scolaire 2000-2001

Régions ¹	Même situation qu'au 4 ^e bilan	Couverture globale		Couverture dT-Polio		Couverture RRO		Couverture hépatite B		Source des données ou remarques
		Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	
	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
	Non	2 245	66	2 554	75 ²	2 353	69 ²	1 872	92 ³	Certains CLSC n'ont pu fournir leurs données.
	Non	n.d.	n.d.	5 479	83	n.d.	n.d.	6 198	89 ⁴	Vaxin et questionnaire aux parents.
	Non	n.d.	n.d.	4 817	86	n.d.	n.d.	4 940	84 ⁴	
	Non	2 527 ⁵	82 ⁵	2 694	88	2 845	92 ⁶	2 527	82	Logivac.
	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2 175	95 ⁴	Compilation manuelle.
	Non	n.d.	n.d.	1 173	97	1 172	97	1 105	91	Compilation manuelle.
	Oui	n.d.	n.d.	237	98	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Compilation manuelle.
	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
	Oui	2 799	72	2 635	96	2 496	91	2 799	72	Compilation manuelle. Élèves de 5 ^e secondaire.
	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
	Oui	n.d.	n.d.	4 896	78	n.d.	n.d.	n.d.	87 ⁴	Compilation manuelle.
	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3 589	57	Compilation manuelle.
	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	92 ⁴	Compilation manuelle.
	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Deux CLSC de cette région n'ont pu fournir leurs données. Leur population visée a été retirée du dénominateur.

3. Trois CLSC de cette région n'ont pu fournir leurs données. Leur population visée a été retirée du dénominateur.

4. Données obtenues alors que les enfants étaient en 4^e année du primaire.

5. Dans cette région, les données de couverture vaccinale globale ont été établies à partir de la couverture vaccinale la plus faible, soit l'hépatite B dans ce cas-ci.

6. La couverture vaccinale contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (une dose) est de 98 %.

7. Dans cette région, un SIV est implanté dans tous les CLSC offrant la vaccination aux élèves de 3^e secondaire, mais il n'est pas encore exploité pour l'estimation des couvertures vaccinales.

8. Dans cette région, les données se rapportent aux élèves de 5^e secondaire.

9. Dans cette région, la couverture vaccinale contre la diphtérie et le tétanos est de 70 %, la couverture vaccinale contre la polio est de 64 %, la couverture vaccinale contre la rougeole est de 56 % et la couverture vaccinale contre la rubéole et les oreillons est de 61 %. La couverture vaccinale contre l'hépatite B des élèves de 5^e secondaire est de 74 %.

2.3 Élimination des maladies évitables par l'immunisation

Que, d'ici 2002, les maladies suivantes, évitables par l'immunisation, soient sous le seuil d'élimination : la rougeole, la rubéole, la diphtérie, les oreillons et la poliomyélite.

Méthode

Définitions

Le **seuil d'élimination** : il s'agit d'un concept complexe et dynamique qui fait référence à trois notions importantes.

1° Le nombre de cas ou le taux d'incidence des maladies

Le **taux d'incidence** se rapporte aux cas de rougeole, de rubéole, de diphtérie, d'oreillons et de poliomyélite, selon les définitions de cas standardisées¹, en incluant la rubéole congénitale.

2° Le niveau de protection des individus

Il peut s'agir autant d'une protection naturelle que d'une protection acquise par la vaccination.

3° La chaîne de transmission

Il s'agit de déterminer si les cas de maladie sont isolés ou reliés. Il faut aussi déterminer si les cas sont importés ou indigènes.

Cas isolés : cas pour lesquels des cas secondaires ne peuvent être retracés.

Cas reliés : cas pour lesquels des liens épidémiologiques peuvent être retracés.

Cas importés : cas pour lesquels l'infection est acquise en dehors du Canada.

Cas indigènes : cas pour lesquels l'infection est acquise au Canada.

L'élimination d'une maladie infectieuse est souvent comprise comme l'absence de tout cas dans une population. Cette situation pourrait théoriquement se produire si toute la population était immune, soit à cause de la maladie ou à cause de la vaccination. En pratique, cela n'est pas possible et il reste toujours des personnes non protégées qui peuvent être infectées par un cas importé et transmettre à leur tour la maladie. L'élimination correspond plutôt à la situation dans laquelle une transmission soutenue ne peut se produire et où les cas secondaires à une importation s'interrompent d'eux-mêmes, sans intervention. La proportion de personnes qui doivent être immunes pour maintenir l'élimination varie selon les différentes maladies, en fonction de leur

1. *Surveillance des maladies infectieuses à déclaration obligatoire au Québec – Définitions nosologiques*, Québec, Direction de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, août 1997, 53 p.

contagiosité, de leur type de transmission et de la fréquence des contacts entre les individus¹.

Indicateurs

- Le taux d'incidence des maladies à déclaration obligatoire visées par le résultat ;
- la chaîne de transmission.

Collecte des données

Les données sur les cinq maladies retenues sont tirées du fichier sur les maladies à déclaration obligatoire au Québec (MADO, année 2001), en date du 9 mai 2002, et traitées par le Bureau de surveillance épidémiologique de la Direction générale de la santé publique².

Résultats

Les taux bruts d'incidence des maladies évitables par l'immunisation visées par le résultat ont tous diminué en 2001 (cf. tableau 2.3.1). Le taux d'incidence de la rougeole a atteint son niveau le plus bas depuis 1991, soit 0,01 cas pour 100 000 habitants ; celui de la rubéole a également diminué mais dans une moindre mesure, atteignant 0,03 cas pour 100 000 habitants, tandis que le taux d'incidence des oreillons est de 0,20 cas et celui de la rubéole congénitale est de 0,00 cas pour 100 000 habitants. Compte tenu de ces taux extrêmement faibles, il est préférable de se référer aux données sur le nombre de cas afin de mieux évaluer la situation. En ce qui concerne la rougeole, un seul cas a été déclaré en 2001, comparativement à trente-deux cas l'année précédente. La légère baisse du taux d'incidence de la rubéole se traduit par deux cas déclarés au cours de l'année 2001, soit un de moins qu'en 2000. Quant au taux d'incidence des oreillons, rappelons qu'il avait chuté en 1999 au niveau le plus bas jamais observé de toute la décennie (sept cas). En 2001, quinze cas ont été déclarés, comparativement à dix-neuf cas en 2000. Enfin, aucun cas de rubéole congénitale n'a été déclaré durant la dernière année.

Aucun cas de diphtérie n'a été déclaré depuis 1990 au Québec, malgré plusieurs cas observés en Europe de l'Est. Enfin, la poliomyélite est officiellement éliminée des Amériques depuis 1994, si l'on fait exception des cas de polio vaccinale observés en République dominicaine et en Haïti, en 2000 et 2001. Aucun cas n'a été signalé au Québec en 2001.

Discussion

Il existe un phénomène de sous-déclaration des MADO à ne pas négliger, qui conduit à sous-estimer la réalité, mais dont l'ampleur devrait apparaître semblable à travers les années. De plus, la rubéole reste difficile à diagnostiquer et certains cas peuvent passer inaperçus. Par ailleurs, pour la rougeole, la rubéole et les oreillons, depuis 1997, seuls les cas confirmés par un test de laboratoire ou ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire sont saisis dans le fichier MADO, ce qui peut entraîner une sous-estimation encore plus importante de ces maladies. Pour la rougeole cependant,

1. G. DE SERRES, N. J. GAY et C. P. FARRINGTON, « Epidemiology of transmissible diseases after elimination », *American Journal of Epidemiology*, vol. 151, n° 11, juin 2000, p. 1039-1048.

2. M. DOUVILLE-FRADET et F. DUMONT, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux.

l'investigation plus poussée des cas suspects dans une perspective d'élimination de la maladie corrobore les données obtenues. Comme la même méthode a été utilisée depuis 1997, les comparaisons entre les cinq dernières années sont possibles.

Les nombres de cas de rougeole, de rubéole et d'oreillons ont considérablement diminué depuis 1996, ce qui permet de penser que l'objectif d'élimination de ces maladies est atteint. Cependant, du point de vue de la santé publique, il est essentiel de continuer la surveillance de ces différentes maladies et de déterminer si les cas observés sont importés ou indigènes. On doit également maintenir les efforts fournis afin d'atteindre des taux de couverture vaccinale élevés pour le RRO. Grâce à l'administration d'une deuxième dose du vaccin contre la rougeole, il semble qu'on ait pu éviter une augmentation du taux d'incidence de cette maladie, comme ce fut le cas en 1996. Il faut, par ailleurs, pouvoir identifier les groupes mal protégés contre ces maladies, afin d'éviter les éclosions semblables à celle qui a été observée pour la rougeole en 2000.

Seulement deux cas de rubéole congénitale ont été déclarés au cours des cinq dernières années ; aucun cas n'est rapporté en 2001. L'existence de mesures permettant de prévenir cette maladie a sûrement contribué à ce résultat. Il faut toutefois continuer à exercer une surveillance serrée de la rubéole congénitale, car les difficultés diagnostiques et le manque de sensibilité du système passif de surveillance peuvent entraîner une sous-estimation du nombre réel de cas. Ces données sont cependant corroborées par l'absence de nouveaux cas détectés dans le cadre du programme de surveillance active de la Société canadienne de pédiatrie. Il faut insister sur l'importance du dépistage des anticorps de la rubéole chez la femme enceinte et de la vaccination des femmes réceptives, autant avant une grossesse qu'après l'accouchement.

En ce qui concerne la diphtérie, il faut rester vigilant, car les risques d'importation existent toujours. Bien que l'on recommande un rappel du vaccin tous les dix ans, il est actuellement impossible de mesurer la couverture vaccinale dans la population adulte. Par ailleurs, des études sérologiques récentes effectuées chez des adultes montrent que les taux d'anticorps contre la diphtérie sont faibles¹, ce qui signifie que la population n'a peut-être pas toute la protection souhaitée. En l'absence de cas, on peut supposer qu'il n'y a pas d'exposition ou alors que la population est mieux protégée que l'on peut le croire.

Quant à la poliomyélite, elle est officiellement éliminée des Amériques. Comme dans les autres provinces canadiennes, et compte tenu de l'épidémiologie de ces dernières années, le retour au vaccin inactivé devrait prévenir l'apparition de cas liés à la polio vaccinale. Afin de s'assurer de l'élimination de la poliomyélite au Canada, un programme de surveillance de la paralysie flasque existe depuis quelques années dans tous les hôpitaux pédiatriques du Canada. Ses résultats confirment, presque à coup sûr, l'élimination de cette maladie.

Conclusion

Au Québec, aucun cas de diphtérie n'a été déclaré depuis 1990. À l'exception des cas de polio reliés à des souches vaccinales observés en République dominicaine et en Haïti, en 2000 et 2001, on considère que la poliomyélite est officiellement éliminée des Amériques depuis 1994. Les taux bruts d'incidence de la rougeole, de la rubéole et des oreillons sont très faibles en 2001. Des variations minimales dans les taux d'incidence de ces maladies

1. L. VALIQUETTE et D. DEHAIS, *Protocole d'intervention – Diphtérie respiratoire et diphtérie cutanée*, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 45 p.

sont observées selon les années, mais le passage de ces taux sous le seuil de l'élimination semble chose faite. Au terme du processus relatif au bilan des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, le résultat est donc atteint.

Il faut toutefois continuer à surveiller la situation de très près et ne rien tenir pour acquis. En effet, on observe peu de cas de ces maladies à condition que la population soit adéquatement vaccinée. Pour en être assuré, il faut pouvoir mesurer la couverture vaccinale à partir d'un système d'information sur la vaccination (SIV) bien implanté et fonctionnel afin de connaître les sous-groupes mal protégés. Comme cela a été constaté avec l'écllosion de rougeole décrite en 2000, certains sous-groupes sont mal couverts. Il serait nettement préférable d'identifier ces groupes au moment de l'évaluation de la couverture vaccinale que lorsqu'une éclosion survient. Finalement, les faibles taux d'incidence de rubéole congénitale observés au cours des cinq dernières années (aucun cas déclaré en 2001) peuvent paraître encourageants du point de vue de la santé publique. Cependant, il faut demeurer vigilant et assurer une surveillance serrée de cette maladie. Le dépistage des anticorps de la rubéole chez la femme enceinte et la vaccination des femmes réceptives demeurent des mesures préventives importantes sur lesquelles on doit continuer d'insister.

Tableau 2.3.1 Taux brut d'incidence des maladies évitables par l'immunisation, Québec, 1991-2001 (taux pour 100 000 habitants)

Maladies	Années										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Rougeole	4,09	0,58	0,82	1,78	0,43	1,14	0,06	0,03	0,04	0,43	0,01
Rubéole	0,75	0,75	2,04	0,89	0,66	0,76	0,11	0,03	0,01	0,04	0,03
Oreillons	0,85	1,01	1,10	1,15	1,04	1,09	0,18	0,36	0,10	0,26	0,20
Rubéole congénitale	0,06	0,04	0,03	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00
Diphtérie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Poliomyélite	0,00	0,01	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Source : Fichier MAD0, mai 2002.

2.4 Réduction de l'incidence des maladies évitables par l'immunisation

Qu'en 2002, l'incidence des maladies suivantes, évitables par l'immunisation, soit réduite :

- infections invasives à *Haemophilus 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.

Méthode

Définitions

Infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, coqueluche, hépatite B et hépatite A répondant aux définitions de cas standardisées¹.

Pour l'hépatite B, on s'intéresse plus particulièrement aux cas aigus.

Indicateur

Taux d'incidence des maladies à déclaration obligatoire visées par le résultat, et ce, pour chacune des maladies et selon les catégories de population.

Collecte des données

Comme pour la section 2.3, les données présentées ici sont tirées du fichier MADO (année 2001) et traitées par le Bureau de surveillance épidémiologique de la Direction générale de la santé publique².

Résultats

Le taux brut d'incidence de la coqueluche varie de façon notable selon l'année d'observation (cf. tableau 2.4.1). Bien qu'en 2001, on note une augmentation du nombre de cas par rapport à 2000, le taux d'incidence de la coqueluche demeure relativement bas, soit 13,9 cas pour 100 000 habitants. Ce résultat s'inscrit dans une tendance à la baisse qui est observée depuis 1999 et qui correspond probablement aux variations cycliques de la maladie, avec une succession d'années où il y a des pics épidémiques et des années où l'incidence est moindre.

L'incidence des infections à *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) reste toujours faible selon la tendance observée depuis 1993. Cela constitue l'une des grandes victoires des programmes de vaccination. Au total, huit cas d'infections à Hib ont été signalés au cours

1. *Surveillance des maladies infectieuses à déclaration obligatoire au Québec – Définitions nosologiques*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 53 p.

2. M. DOUVILLE-FRADET et F. DUMONT, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux.

de l'année 2001. Chez les enfants de moins de 5 ans, trois cas ont été rapportés – dont deux cas de méningite –, ce qui correspond au nombre de cas le plus faible de la dernière décennie.

Le taux d'incidence brut global de l'hépatite B aiguë a diminué de façon importante en 2001, atteignant 1,3 cas pour 100 000 habitants. Cette baisse est également constatée dans la population cible des jeunes qui deviennent actifs sexuellement (15-24 ans), avec 0,8 cas pour 100 000. Il s'agit des taux d'incidence les plus bas enregistrés depuis 1991.

Le taux d'incidence brut de l'hépatite A est évalué à 1,5 cas pour 100 000 habitants en 2001, résultat qui est identique à celui de l'année précédente et qui s'inscrit dans une tendance à la baisse observée depuis 1998. Au total, 108 cas ont été consignés dans le fichier MADDO au cours de l'année 2001 (cf. tableau 2.4.2). Les données concernant la distribution des facteurs de risque ont permis d'identifier au moins un facteur pour 62 des 107 cas enregistrés dans le système de surveillance des facteurs de risque du MSSS. Les principaux facteurs de risque observés en 2001 sont, par ordre d'importance, l'acquisition à l'extérieur du Canada, la contamination d'origine hydrique ou alimentaire et les pratiques sexuelles à risque. La proportion des cas où le virus de l'hépatite A a été acquis à l'extérieur du Canada, bien qu'elle constitue la plus grande proportion des cas observés en 2001, a diminué comparativement au précédent bilan des PNSP. En effet, le pourcentage des cas est passé de 58 % en 2000 à 45 % en 2001. Par ailleurs, la proportion des cas attribuables à une contamination d'origine hydrique ou alimentaire a triplé, passant de 10 % (7 cas) en 2000 à 33 % (24 cas) en 2001. Quant aux cas reliés à des pratiques sexuelles à risque, leur proportion est restée stable en 2001, avec un taux de 12 %.

Discussion

Comme nous l'avons mentionné à la section 2.3, il existe un phénomène de sous-déclaration des MADDO qui conduit à sous-estimer la situation réelle, mais ce phénomène devrait être constant dans le temps.

Cette année, l'incidence de la coqueluche a légèrement augmenté par rapport à 2000, mais elle demeure relativement basse. Rappelons qu'un nouveau vaccin acellulaire contre la coqueluche, probablement plus efficace que le précédent, est utilisé pour l'immunisation des enfants depuis le début de 1998. Ce vaccin devrait permettre un meilleur contrôle à moyen terme de la coqueluche au Québec. Bien qu'on note une diminution du nombre de cas de coqueluche déclarés depuis 1999, il est probablement prématuré d'attribuer la baisse d'incidence de cette maladie à l'utilisation du nouveau vaccin. Quant au résultat attendu en 2002, soit la diminution de 50 % des cas de coqueluche enregistrés en 1996, il n'a pas encore été atteint.

La situation des infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b est relativement différente. En fait, le résultat attendu (moins de 50 cas par année) était déjà largement atteint avant la publication des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Encore là, il ne faut rien tenir pour acquis et rester extrêmement vigilant afin de surveiller adéquatement les infections causées par cette bactérie, notamment chez les enfants de moins de 5 ans. Les taux d'incidence des deux dernières années sont les plus bas enregistrés depuis 1991 et seulement trois cas ont été observés parmi cette population au cours de l'année 2001. Or, malgré ces résultats encourageants, il faut maintenir une couverture vaccinale élevée afin d'assurer la protection des enfants contre ces infections. Cela confirme l'importance d'atteindre le résultat attendu quant à la couverture vaccinale des enfants de 2 ans.

En ce qui concerne l'hépatite B, le résultat attendu (diminution de 50 % des cas dans la population qui devient sexuellement active) est amplement dépassé en 2002 : 8 cas ont été enregistrés en 2001 chez les jeunes de moins de 25 ans, comparativement à 47 cas en 1996. Ces résultats encourageants sont probablement, en partie, le fruit des efforts consacrés à la vaccination systématique des jeunes et des adolescents. En effet, un programme de vaccination de rattrapage contre l'hépatite B s'adressant aux élèves de 5^e secondaire a été mis en œuvre durant l'année scolaire 1999-2000 et le programme de vaccination contre l'hépatite B des élèves de 4^e année du primaire, commencé en 1994, se poursuit sans relâche. Il faudra cependant rester vigilant au cours des prochaines années en maintenant la surveillance et en mesurant les couvertures vaccinales des populations à risque, car un accroissement des cas d'hépatite B pourrait survenir et s'inscrire dans la même tendance que celle qui a été observée pour d'autres ITS au cours des dernières années¹. L'application des programmes de vaccination à l'intention des populations vulnérables doit aussi demeurer une priorité.

Les résultats pour l'hépatite A sont également encourageants. L'objectif de diminuer de 50 % la proportion des cas est atteint en 2002 (108 cas déclarés en 2001, comparativement à 586 en 1996). Cependant, beaucoup reste à faire pour le contrôle à long terme de cette maladie, si l'on veut retourner à des taux aussi bas que ceux qu'on observait au début des années 1990. L'épidémiologie de l'hépatite A est caractérisée par des variations causées par des flambées dans les populations à risque (ex. : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes). La tendance à la baisse observée depuis 1997 peut être le reflet d'une accalmie momentanée avant une nouvelle flambée. Cependant, des programmes de vaccination ont visé particulièrement certains groupes vulnérables tels que les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les consommateurs de drogue par injection. Ces programmes se poursuivront au cours des prochaines années, ce qui pourrait freiner les variations observées quant aux taux d'incidence de cette maladie.

Par ailleurs, des efforts sont faits depuis quelques années afin de standardiser la surveillance des facteurs de risque de l'hépatite A. Contrairement aux années précédentes, on constate en 2001 une bonne concordance entre les cas consignés dans le fichier MAD0 (108) et les cas pour lesquels de l'information sur les facteurs de risque est transmise au MSSS (107). Bien qu'en 2001 on note une diminution considérable des cas où le virus a été acquis à l'extérieur du pays, il s'agit du facteur de risque le plus fréquemment observé depuis les deux dernières années. Compte tenu de ces résultats, il faudrait envisager une large immunisation des voyageurs et, à cet effet, la vaccination universelle représente la solution idéale pour y arriver. Toutefois, en l'absence d'une telle mesure, il faut améliorer l'accès aux services de vaccination des voyageurs, même si l'on sait que cela ne résoudrait que partiellement le problème puisqu'une proportion importante des voyageurs ne consultent pas ces services. Il faudra donc prêter une attention particulière à cette population afin de freiner le nombre de cas d'hépatite A acquis à l'extérieur du pays et maintenir l'atteinte du résultat attendu. Quant aux cas attribuables à la contamination d'origine hydrique ou alimentaire, ils ont augmenté de façon importante depuis 2000. Au moins quatre éclosions d'origine alimentaire ont été rapportées dans le registre des éclosions. Pour trois d'entre elles, on a pu obtenir plus de détails : le nombre de personnes touchées variait de 1 à 20, les éclosions ont été associées à la consommation d'aliments dans des restaurants et elles touchaient plus d'une région.

1. R. PARENT et M. ALARY, *Analyse des cas d'infection génitale par Chlamydia trachomatis, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile – 1997-2001*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 15 p. et annexes (à paraître).

Enfin, les cas d'hépatite A reliés aux pratiques sexuelles à risque sont demeurés stables comparativement à l'année 2000. On peut supposer que ces résultats sont dus aux programmes de vaccination qui ont ciblé les groupes les plus vulnérables, par exemple les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Conclusion

L'incidence des infections à *Haemophilus influenzae* de type b est en baisse depuis 1993, cette réduction étant attribuable à la vaccination systématique des enfants entreprise en 1992. Les taux d'incidence bruts des deux dernières années sont les taux les plus bas enregistrés depuis 1991. Le résultat attendu, soit moins de 50 cas d'infections à Hib par année, est donc maintenu puisqu'il était atteint avant même la publication des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Par ailleurs, l'incidence de la coqueluche a légèrement augmenté en 2001, bien qu'elle soit demeurée basse durant les trois dernières années. Il est toutefois prématuré d'attribuer ces bas taux à l'utilisation, depuis 1998, d'un nouveau vaccin plus efficace. Celle-ci pourrait être due à une période d'incidence moindre qu'on observe pour cette infection entre des années de pics épidémiques. Cela fait en sorte que l'objectif de réduction de 50 % des cas de coqueluche n'a pas été atteint en 2002.

Pour l'hépatite B, le résultat attendu est largement dépassé. Les programmes de prévention des ITS et du VIH ainsi que les programmes de vaccination contre l'hépatite B ont sans doute contribué à ce que l'incidence de cette maladie reste faible. Cependant, il faut rester vigilant puisque, au cours des dernières années, on a observé une augmentation du nombre de cas d'autres ITS. Cela renforce l'hypothèse que la vaccination a pu contribuer au faible taux constaté et à l'absence d'augmentation du nombre de cas d'hépatite B qui a été constaté pour les autres ITS qui ne sont pas évitables par l'immunisation.

Enfin, le taux d'incidence de l'hépatite A a considérablement diminué au cours des cinq dernières années et l'objectif de réduction de 50 % des cas est atteint. Or, comme cette maladie se caractérise par des flambées de cas parmi des populations à risque, il est possible que la diminution observée soit le reflet d'une accalmie entre deux flambées plutôt que l'effet d'un meilleur contrôle de la maladie. L'évolution des prochaines années permettra de mieux se prononcer sur le contrôle à long terme de cette maladie, d'autant plus qu'il s'agit de la seule des maladies visées par le présent résultat pour laquelle les taux d'incidence restent plus élevés que ceux qu'on observait au début des années 1990. Quant aux facteurs de risque liés à l'hépatite A, des efforts importants sont faits depuis quelques années afin d'en standardiser la surveillance. L'acquisition à l'extérieur du pays constitue le facteur le plus fréquemment observé depuis 2000. En conséquence, il faudra prêter une attention particulière aux voyageurs et envisager des stratégies afin d'améliorer l'accès à la vaccination pour cette population. Les autres facteurs de risque fréquemment rapportés sont la contamination d'origine hydrique ou alimentaire, laquelle a considérablement augmenté en 2001, et les pratiques sexuelles à risque.

Tableau 2.4.1 Taux brut d'incidence¹ des maladies évitables par l'immunisation, Québec, 1991-2001 (taux pour 100 000 habitants)

Maladies	Années										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Coqueluche	9,0	25,8	60,5	61,4	59,6	18,2	14,7	66,5	25,0	10,9	13,9
Hib ²	1,9	1,6	0,6	0,4	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1
Hib ² , nombre de cas	137	115	41	27	24	15	20	18	11	8	8
Hib ² , nombre de cas chez les moins de 5 ans	91	89	25	8	7	4	6	4	6	2	3
Hépatite B aiguë	6,0	6,4	6,2	4,8	3,7	3,8	3,1	2,4	2,2	2,5	1,3
Hépatite B aiguë, 15-24 ans	9,2	9,2	9,8	5,4	5,0	4,9	4,1	3,5	2,4	3,3	0,8
Hépatite A	0,6	0,2	0,3	1,1	2,8	8,1	7,8	2,7	2,3	1,5	1,5

1. Taux pour toutes les maladies sauf les infections à *Haemophilus influenzae* de type b, dont le nombre de cas est également présenté.
2. Hib = infections à *Haemophilus influenzae* de type b.

Source : Fichier MADO, mai 2002.

Tableau 2.4.2 Nombre de cas d'hépatite A selon les facteurs de risque, Québec, 2000 et 2001

Facteurs de risque	2000		2001	
	Nombre de cas présentant le facteur de risque ¹	%	Nombre de cas présentant le facteur de risque ¹	%
Acquisition à l'extérieur du Canada	42	58,0	33	45,2
Pratiques sexuelles à risque	8	11,0	9	12,3
Origine hydrique ou alimentaire	7	10,0	24	32,9
Utilisateur de drogues	5	7,0	1	1,4
Cas lié à l'adoption internationale	3	4,0	0	—
Contact avec une personne infectée à l'extérieur du pays	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Contact familial	2	3,0	2	2,8
Enfant infecté (adoption internationale)	2	3,0	0	—
Travail à risque	1	1,0	1	1,4
Service de garde	1	1,0	0	—
Autre facteur identifié	2	3,0	3	4,1
Sous-total	73	100,0	73	100,0
Cas présentant au moins un facteur de risque	70		62	
Aucun facteur de risque identifié	11		31	
Cas n'ayant pas fait l'objet d'investigation	21		14	
TOTAL DES CAS ENREGISTRÉS²	102		107	
TOTAL DES CAS DÉCLARÉS³	110		108	

1. Un même cas peut présenter plusieurs facteurs de risque et peut donc être comptabilisé dans plus d'une catégorie.

2. Il s'agit du nombre de cas enregistrés dans le système de surveillance des facteurs de risque du MSSS.

3. Il s'agit du nombre de cas déclarés au fichier MADO.

Source : Bureau de surveillance épidémiologique, Direction générale de la santé publique, MSSS, mai 2002.

2.5 Vaccination contre l'influenza des personnes âgées vivant en CHSLD

Que, d'ici 2002, au moins 80 % des personnes âgées vivant en institution reçoivent chaque année le vaccin contre l'influenza.

Méthode

Définitions

Vaccin contre l'influenza

Il s'agit d'un vaccin dont la composition change chaque année en fonction des prévisions sur les souches virales qui devraient circuler. Il doit donc être administré chaque automne.

Personne âgée vivant en institution

Toute personne vivant en CHSLD (selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux).

Indicateur

Couverture vaccinale contre l'influenza des personnes vivant en CHSLD.

Collecte des données

Pour appuyer la gestion du programme provincial de vaccination contre la grippe, les responsables régionaux fournissent au MSSS, chaque année, les résultats de la mise en œuvre du programme. Les données présentées ici sont tirées de cette source¹.

Résultats

La couverture vaccinale provinciale pour les personnes de 65 ans ou plus vivant en CHSLD est évaluée à 81,2 % en 2001-2002, résultat légèrement supérieur à celui de l'an dernier (cf. tableau 2.5.1). Ce résultat a été estimé à partir des données provenant de treize régions du Québec. Dans les cinq autres régions, aucune donnée n'a été fournie pour les personnes de 65 ans ou plus, ce qui représente un taux de non réponse de 28 %, identique à celui de l'année dernière, mais qui ne concerne qu'environ 10 % de la population québécoise vivant en CHSLD (proportion estimée à partir des données du troisième bilan). Dans quatre des régions manquantes, les données ont été fournies pour les personnes de 60 ans ou plus, les personnes de 60-64 ans ayant été ajoutées aux populations ciblées par le programme d'immunisation contre l'influenza en 2000-2001.

Les données colligées indiquent que les taux de couverture vaccinale contre l'influenza ont augmenté dans cinq régions. Dans cinq autres régions, une légère baisse du taux est observée alors que, dans une autre, la diminution est beaucoup plus considérable puisque le taux passe de 85 % en 2000-2001 à 72 % en 2001-2002. Au total, le résultat attendu de 80 % est atteint dans onze régions.

1. M. DOUVILLE-FRADET et F. DUMONT, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, mai 2002.

Les taux de couverture vaccinale des personnes âgées vivant en CHSLD sont en constante progression depuis la parution des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (cf. figure 2.6.1). Alors que la couverture vaccinale n'était que de 64 % en 1996-1997, elle a augmenté graduellement pour atteindre 81 % en 2001-2002.

Discussion

Au cours des dernières années, on s'est employé à standardiser la méthode d'estimation des couvertures vaccinales, mais il reste encore à faire, notamment pour déterminer le dénominateur exact (c'est-à-dire le nombre de personnes vivant en CHSLD au moment de la vaccination) et pour faire en sorte que, dans toutes les régions, on utilise les mêmes définitions. C'est pourquoi il faut rester prudent dans l'interprétation des résultats.

Pour la troisième année consécutive, la couverture vaccinale contre l'influenza des Québécois vivant en CHSLD atteint le résultat attendu. Autre constatation encourageante : dans la majorité des régions où des données sont collectées, le résultat attendu est atteint, c'est-à-dire dans onze régions, soit une de plus que l'année précédente. Cependant, il faut mentionner la proportion importante de régions pour lesquelles nous n'avons pas de données équivalentes depuis les deux dernières années, soit cinq régions sur dix-huit. Pour quatre d'entre elles, les données fournies pour l'ensemble des personnes de 60 ans ou plus ne permettent pas de telles comparaisons. Par ailleurs, il faut garder en tête que, même si la couverture globale est estimée à 81 %, la couverture vaccinale peut dépasser ce résultat dans certains CHSLD alors que, dans d'autres, elle peut être beaucoup plus faible.

Depuis quelques années et encore pendant la période de vaccination 2001-2002, des efforts importants ont été fournis aux niveaux régional et provincial afin d'appuyer la mise en œuvre du programme de vaccination anti-influenza. Cet appui a pris la forme d'une campagne de promotion et d'un ajout de ressources financières. Ces efforts ont semblé porter fruit et, si cet élan se maintient, les gains obtenus pourront être préservés et peut-être même améliorés.

Cette belle réussite est malheureusement assombrie par les faibles couvertures vaccinales obtenues auprès du personnel des établissements. Même si la couverture vaccinale du personnel contre la grippe ne fait pas partie des indicateurs retenus pour évaluer l'actuel résultat attendu, il est justifié de s'y arrêter. En effet, le personnel soignant peut constituer une source de transmission importante de l'infection en milieu de soins. La vaccination de ce groupe, en plus de celle des personnes hébergées, constitue donc une mesure de santé publique essentielle. Les taux de couverture vaccinale du personnel soignant des CHSLD ont été estimés dans quelques régions pour les saisons 1999-2000 et 2000-2001. La couverture vaccinale provinciale de cette population a été évaluée à 25 % en 1999-2000 (données obtenues dans six régions) et à 28 % en 2000-2001 (données obtenues dans sept régions)¹. Ces résultats sont nettement insuffisants pour assurer une protection adéquate aux usagers de ces établissements. Il faudra donc continuer à redoubler d'efforts pour assurer une meilleure vaccination du personnel. Des initiatives en ce sens ont été encouragées à compter de l'automne 2001 dans toutes les régions, un financement particulier étant octroyé pour des activités qui visent à augmenter l'accessibilité à l'immunisation de tous les membres du personnel des établissements de soins. Ces activités s'inscrivent dans le cadre des Projets spéciaux de

1. M. GUAY et P. CLÉMENT, *Projets spéciaux de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque 2000-2001 : Rapport d'évaluation*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2002, 144 p.

vaccination contre l'influenza et le pneumocoque, projets instaurés à l'automne 1999 par le ministère de la Santé et des Services sociaux¹.

Par ailleurs, les cas de ce que l'on a désigné du nom de *syndrome oculo-respiratoire* (SOR) pourraient avoir des effets négatifs sur la couverture vaccinale du personnel soignant. En effet, au cours des deux dernières saisons de vaccination, et plus particulièrement pendant la saison 2000-2001, plusieurs cas de SOR ont été associés au vaccin antigrippal. Ce syndrome était caractérisé par des symptômes oculaires (rougeur, prurit, écoulement et œdème des paupières), des symptômes respiratoires (toux, mal de gorge, difficulté à respirer et respiration sifflante), de l'œdème au visage ou une combinaison de ces symptômes survenant quelques heures après la vaccination². Une étude québécoise a estimé le taux d'attaque du syndrome à 3,4 % en 2000-2001³. La connaissance de ces effets secondaires récemment décrits peut avoir suscité une plus grande méfiance envers la vaccination contre la grippe et pourrait faire en sorte qu'il soit plus difficile de convaincre la population de recevoir le vaccin, du moins pendant les prochaines années. Plusieurs études sont toujours en cours afin de mieux connaître ce problème et pour prendre les meilleures décisions concernant la mise en œuvre du programme de vaccination contre la grippe dans ce contexte.

Conclusion

Les taux de couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en CHSLD sont en constante progression depuis la parution des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Pour la troisième année consécutive, la couverture provinciale atteint le résultat attendu de 80 %, ce qui est encourageant. Au niveau régional, le résultat est atteint dans onze régions pour lesquelles des données sont disponibles en 2001. Il reste encore du travail à faire pour préserver cet acquis et faire en sorte que le résultat soit atteint dans toutes les régions, car la vaccination contre l'influenza doit être répétée annuellement. Par ailleurs, une augmentation du taux de non réponse régional est observée depuis deux ans, puisque dans certaines régions les données sont compilées pour les personnes de 60 ans ou plus. Des efforts devront être faits afin de remédier à cette situation. Dans chaque région, on doit pouvoir disposer de données relativement à la vaccination des personnes âgées vivant en CHSLD afin de mieux orienter les actions de santé publique dans ce milieu.

-
1. M. GUAY, *Projets spéciaux de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque, 1999-2000 : Rapport d'évaluation*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2000, 40 p.
 2. Comité consultatif national de l'immunisation, « Déclaration supplémentaire sur la vaccination antigrippale : utilisation du vaccin antigrippal Fluviral[®] au cours de la saison 2000-2001 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 27 (DCC-1), 15 janvier 2001, p. 1-2.
 3. N. BOULIANNE *et al.*, « Manifestations cliniques et incidence du syndrome oculo-respiratoire survenant après la vaccination contre l'influenza – Québec, 2000 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 27, n^o 10, 15 mai 2001, p. 85-90.

Tableau 2.5.1 Couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en CHSLD – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002

Régions ¹	Nombre de personnes de 65 ans ou plus		Couverture vaccinale (%)	Couverture vaccinale (%)
	Total vivant en CHSLD ² 2001-2002	Vaccinées 2001-2002	2001-2002	2000-2001
01	1 254	904	72,1	85,0
02	1 107	962	86,9	83,2
03	4 478	3 759	83,9	84,6
04	2 569	1 987	77,3	80,5
05	n.d.	n.d.	n.d.	79,6
06 ³	17 653	14 181	80,3	78,6
07	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
08	716	617	86,2	84,4
09	375	334	89,1	86,1
10	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
11	553	476	86,1	88,1
12	2 989	2 449	81,9	79,0
13	1 403	1 137	81,0	81,6
14	1 568	1 355	86,4	n.d.
15	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
16	5 241	4 239	80,9	81,1
17	13	13	100,0	100,0
18	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total	39 919	32 413	81,2	80,6

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Dans la plupart des régions, les données sur le nombre de personnes vivant en établissement sont fournies directement par les établissements.

3. Les données de cette région, pour l'année 2001-2002, sont limitées aux vaccinés ayant fourni une population cible par groupes d'âge.

Source : Données de gestion du programme de vaccination provincial contre l'influenza, 2001-2002. Au 15 juillet 2002, les données de cinq régions étaient toujours manquantes.

2.6 Vaccination contre l'influenza des personnes âgées vivant en milieu ouvert

Que, d'ici 2002, 60 % des personnes âgées vivant en milieu ouvert (personnes âgées de plus de 65 ans) reçoivent chaque année le vaccin contre l'influenza.

Méthode

Définitions

Vaccin contre l'influenza

Il s'agit d'un vaccin dont la composition change chaque année en fonction des prévisions sur les souches virales qui devraient circuler. Ce vaccin doit donc être administré chaque automne.

Personne âgée vivant en milieu ouvert

Personne de 65 ans ou plus vivant en milieu naturel, c'est-à-dire qu'elle n'est pas hébergée dans un CHSLD.

Indicateur

Couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert.

Collecte des données

Comme pour le résultat précédent, les données présentées ici sont tirées de renseignements obtenus auprès de l'équipe de gestion du programme provincial de vaccination contre la grippe¹.

Résultats

La couverture vaccinale des personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert en 2001-2002, pour l'ensemble de la province, est estimée à 56,9 %, résultat légèrement inférieur à celui de l'an dernier (*cf.* tableau 2.6.1).

Dans cinq des dix-huit régions du Québec, aucune donnée n'a été fournie sur les couvertures vaccinales des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert en 2001-2002. Comme pour le résultat précédent, dans quatre des cinq régions où les données sont manquantes, elles sont compilées pour les personnes de 60 ans ou plus, car le groupe des 60-64 ans a été ajouté aux populations ciblées par le programme de vaccination contre l'influenza. Ceci représente un taux de non réponse de 28 %, taux identique à celui de l'année dernière, et qui concerne environ 13 % de la population québécoise de 65 ans ou plus (proportion estimée à partir des données du troisième bilan). Dans neuf régions, on note une diminution des couvertures vaccinales entre 2000-2001 et 2001-2002 alors que, dans trois autres régions, on observe une augmentation. Dans l'ensemble, les couvertures vaccinales varient de 44 % à 93 % pour l'année 2001-2002 et elles dépassent le résultat attendu de 60 % dans six régions.

1. M. DOUVILLE-FRADET et F. DUMONT, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, mai 2002.

Depuis la parution des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, on observe une progression relativement constante des taux de couverture vaccinale contre l'influenza pour les personnes de 65 ans ou plus, avec un léger recul toutefois pour la dernière année (cf. figure 2.6.1). Alors que la couverture vaccinale des personnes vivant en milieu ouvert n'était que de 42 % en 1996-1997, elle atteint 57 % en 2001-2002.

D'autres données sur la couverture vaccinale de cette population ont été fournies par l'enquête sur les collectivités canadiennes¹, produite par Statistique Canada, et l'enquête sur la vaccination contre la grippe et le pneumocoque des personnes de 50 ans ou plus², que publieront l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. Ces enquêtes ont estimé respectivement la couverture vaccinale des Québécois de 65 ans ou plus à 57 % en 2001 et à 61 % en 2001-2002.

Discussion

Il faut interpréter les données obtenues dans le cadre de la gestion du programme de vaccination contre l'influenza avec prudence en ce qui concerne la couverture vaccinale de la population âgée vivant en milieu ouvert. Elles émanent de nombreux vaccinateurs et reflètent probablement une estimation imprécise de la réalité. En effet, la méthode de collecte des données de vaccination varie d'une région à l'autre. Dans certaines régions, des données individuelles sont exigées des vaccinateurs, ce qui peut amener une sous-estimation de la couverture vaccinale puisque toutes les personnes vaccinées ne font pas nécessairement l'objet d'une déclaration. Dans d'autres régions, les informations sur les personnes vaccinées sont obtenues à partir de données agrégées, ce qui peut alors générer une surestimation de la couverture vaccinale.

Cette possibilité d'imprécision des données avait été corroborée par l'*Enquête sociale et de santé 1998*³, enquête qui rapportait des résultats de couverture vaccinale différents de ceux du MSSS pour la même année (pour plus de détails, voir les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – 3^e bilan*). Comme le degré d'imprécision était probablement constant dans le temps, les données présentées permettaient d'observer les tendances quant à l'évolution des couvertures vaccinales. Cependant, on constate que les données obtenues pour l'année 2000 ainsi que pour l'actuel bilan sont assez proches de celles obtenues par l'*Enquête sur les collectivités canadiennes 2001* et l'*Enquête sur la vaccination contre la grippe et le pneumocoque des Québécois de 50 ans ou plus*, ce qui laisse entrevoir que la qualité des données collectées dans le cadre de la gestion du programme s'est améliorée.

On constate également une augmentation notable des taux de couverture vaccinale contre l'influenza chez les personnes de 65 ans ou plus depuis la parution des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Cette amélioration s'explique entre autres par les diverses mesures établies afin d'appuyer les activités de promotion et de vaccination contre l'influenza, mesures instaurées depuis l'automne 1999 par le ministère de la Santé et des Services sociaux⁴.

1. Statistique Canada, *Enquête sur les collectivités canadiennes 10 avril 2001*, [En ligne],. http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-X1F/01002/sysperform/accessibility1_f.htm. (4 novembre 2002).
2. INSPQ-ISQ, *Enquête sur la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque des Québécois de 50 ans ou plus*, en cours de rédaction.
3. M. GUAY et P. DE WALS, « Vaccination contre la grippe », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, chapitre 23, 2^e édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2001, p. 461-467.
4. M. GUAY, P. CLÉMENT et J. LEMAIRE, *Projets spéciaux de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque, 2000-2001 : Rapport d'évaluation*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2002, 144 p.

La couverture vaccinale provinciale, estimée à 59 % en 2000-2001 et à 57 % en 2001-2002, s'approche du résultat attendu de 60 %. Sur le plan régional, bien qu'on note en 2001-2002 une baisse des taux de couverture vaccinale dans la majorité des régions, le résultat visé est atteint ou même dépassé dans six régions. L'élargissement de la population ciblée par le programme de vaccination contre l'influenza, amorcé pendant la saison 2000-2001, pourrait aider à renforcer la vaccination des personnes de 65 ans ou plus au cours des prochaines années. Par contre, l'incidence du syndrome oculo-respiratoire, mentionné au résultat précédent, pourrait avoir un effet négatif et freiner cet élan. Finalement, il faut mentionner le taux de non réponse important observé au cours des deux dernières années. Cette situation découle du fait que dans quatre des cinq régions pour lesquelles les données ne sont pas disponibles, les données de vaccination sont colligées pour l'ensemble des personnes de 60 ans ou plus. Il faudra persister dans la voie d'efforts soutenus et continuer d'améliorer l'organisation du programme d'immunisation contre l'influenza si l'on veut atteindre l'objectif visé dans toutes les régions.

Il faut cependant souligner le rattrapage énorme réalisé au Québec depuis la parution des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. En effet, selon les estimations d'une enquête canadienne, en 1996-1997, la couverture vaccinale des Québécois de 65 ans ou plus était de 32 % – soit la plus faible au Canada –, la couverture canadienne étant de 48 % à l'époque¹. En 2000-2001, la couverture vaccinale de ce groupe a atteint 57 %. Elle n'occupe plus le dernier rang au Canada et elle s'approche sérieusement de la couverture canadienne, établie à 64 %².

Conclusion

La couverture vaccinale des personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert est près du résultat attendu fixé à 60 %, d'après les données de gestion du programme de vaccination contre l'influenza. Mais, selon les données de l'enquête menée par l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut de la statistique du Québec, le résultat est atteint. De toutes façons, de nets progrès ont été réalisés depuis la parution des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, la couverture étant passée de 42 % en 1996-1997 à 57 % en 2001-2002, toujours d'après les données de gestion du programme. De plus, dans six régions, les couvertures vaccinales atteignent ou dépassent le résultat attendu en 2001-2002. Depuis les dernières années, les efforts fournis pour soutenir la mise en œuvre du programme d'immunisation contre l'influenza peuvent sûrement expliquer en partie les gains réalisés, lesquels efforts devront être maintenus pour espérer préserver les améliorations durement acquises. Il faudra aussi faire en sorte que chaque région puisse disposer des précieuses données sur la couverture vaccinale des personnes de 65 ans ou plus afin de pouvoir prendre les décisions les plus judicieuses pour la mise en œuvre du programme de vaccination contre l'influenza.

1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, [En ligne], http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/01002/sysperform/accessibility1_f.htm, (4 novembre 2002).

2. Statistique Canada, *Enquête sur les collectivités canadiennes 10 avril 2001*, [En ligne], http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/01002/sysperform/accessibility1_f.htm, (4 novembre 2002).

Tableau 2.6.1 Couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert – Québec et régions, 2000-2001 et 2001-2002

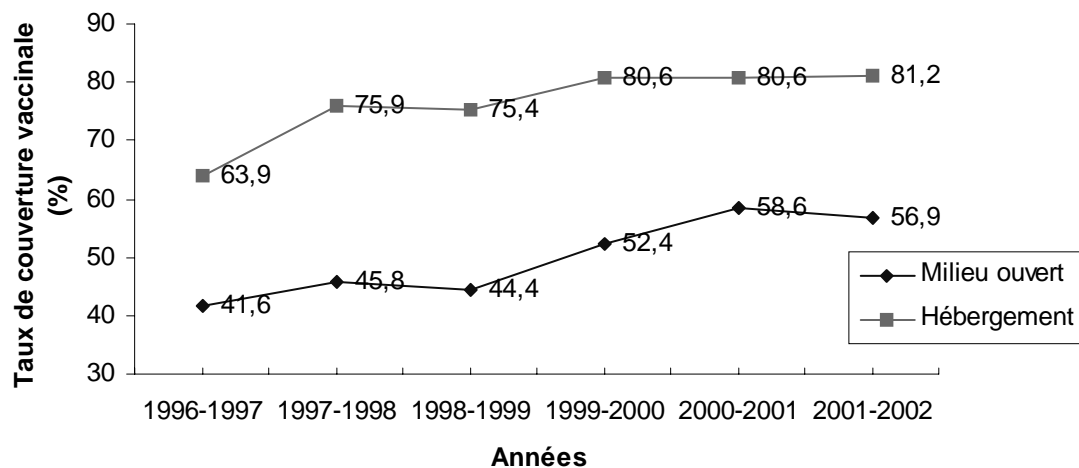
Régions ¹	Nombre de personnes de 65 ans ou plus		Couverture vaccinale (%) 2001-2002	Couverture vaccinale (%) 2000-2001
	Total vivant en milieu ouvert ² 2001-2002	Vaccinées 2001-2002		
01	29 430	13 032	44,3	54,3
02	33 822	24 299	71,8	77,5
03	85 259	50 087	58,7	60,1
04	69 650	36 907	53,0	54,3
05	n.d.	n.d.	n.d.	74,7
06	259 335	147 251	56,8	54,7
07	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
08	15 933	9 849	61,8	62,6
09	9 007	6 346	70,5	87,1
10	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
11	14 145	8 765	62,0	64,3
12	46 668	25 911	55,5	60,2
13	44 601	28 096	63,0	53,2
14	40 954	19 653	48,0	n.d.
15	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
16	145 244	81 337	56,0	57,6
17	351	326	92,9	88,0
18	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total	794 399	451 859	56,9	58,6

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Le nombre de personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert est obtenu en soustrayant le nombre de personnes vivant en CHSLD (obtenu directement auprès de ces établissements) du nombre de personnes estimé par le MSSS pour l'année 2001 (obtenu à partir des données fournies par le recensement de 1996).

Source : Données de gestion du programme de vaccination provincial contre l'influenza, 2001-2002. Au 15 juillet 2002, les données de cinq régions étaient toujours manquantes.

Figure 2.6.1 Évolution des couvertures vaccinales contre l'influenza chez les personnes de 65 ans ou plus selon leur milieu de vie – Québec, 1996-2002¹



1. Les données de couverture vaccinale en milieu ouvert sont différentes de celles qui ont été publiées dans les bilans 1 et 2, car les dénominateurs maintenant utilisés sont plus précis.

2.7 Taux d'utilisation des vaccins achetés

Que, d'ici 2002, le pourcentage de vaccins achetés mais non utilisés baisse de 10 % (pourcentage annuel) à moins de 5 %.

Méthode

Définitions

Unité de vaccin

Fiole ou ampoule de vaccin.

Vaccins non utilisés

Vaccins qui ne sont pas utilisés en raison d'un bris de la chaîne de froid ou d'un dépassement de la date de péremption.

Indicateur

Proportion de vaccins achetés mais non utilisés.

Collecte des données

Dans le cadre du programme provincial de gestion des produits immunisants, programme instauré par le MSSS en 1999, les responsables régionaux fournissent au Ministère, chaque année, les résultats de la mise en œuvre du programme. Les données présentées ici ont été collectées par le MSSS¹ au 1^{er} avril 2002.

Résultats

Sur les 2 792 552 unités de vaccins distribuées durant l'année 2001-2002 au Québec, 89 999 unités n'ont pas été utilisées, soit une proportion de 3,2 %, en raison principalement d'un dépassement de la date de péremption ou d'un bris de la chaîne de froid (cf. tableau 2.7.1). La proportion des produits non utilisés varie entre 0,7 % et 11,2 % selon les régions. Il faut cependant noter que la définition des produits non utilisés a été élargie pour inclure aussi, par exemple, les vaccins non utilisés pour raison de fiole cassée ou contaminée. Dans treize régions, le résultat attendu semble être atteint en 2001-2002 et dans une autre, le résultat est de 5 %. Par ailleurs, en se basant sur la valeur monétaire des produits, la proportion diminue à 2,8 %. Le nombre d'unités de vaccins distribuées a augmenté de manière importante en 2001-2002 en raison de la campagne de vaccination massive contre le méningocoque conjugué du sérotype C qui s'est tenue au Québec à l'automne 2001.

Discussion

La proportion globale des vaccins non utilisés au niveau national a nettement diminué comparativement aux résultats du quatrième bilan, passant de 5,1 % en 2000-2001 à 3,2 % en 2001-2002. Cependant, ce résultat doit être interprété prudemment, notamment en raison du vaccin MenjugateTM qui peut modifier les résultats. Le mécanisme de crédit

1. L. ST-ONGE, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, juillet 2002.

pour le retour des vaccins périmés ne s'appliquait pas au vaccin Menjugate ; la proportion de produits non utilisés serait donc plus élevée si on ne tenait pas compte de ce vaccin. En effet, si l'on exclut ce vaccin du dénominateur, puisqu'il n'apparaît pas au numérateur (donnée non illustrée), le taux de retour des vaccins périmés serait plutôt de 6,53 %. Cette augmentation serait attribuable à un accroissement du retour de vaccins qui ont dépassé la date de péremption. Dans certaines situations, il semble difficile d'évaluer *a priori* les besoins en quantité de vaccins, ce qui fait en sorte qu'on commande parfois plus de vaccins que nécessaire. Lorsque les dates de péremption des vaccins fournis sont près de la date de livraison, les doses gardées en réserve deviennent alors rapidement périmées. Une gestion informatisée des stocks de vaccins en temps réel viendrait probablement pallier ce problème.

Également, il faut noter que la définition de « vaccins non utilisés » employée par les responsables du programme de gestion des produits immunisant est plus large que celle qui a été donnée précédemment, ce qui rend les données présentées ici plus ou moins comparables avec celles des années antérieures. Les données de 2001-2002 incluent les unités de vaccins non utilisées en raison de facteurs « autres » (par exemple, fioles cassées, contaminées ou à demi pleines, ou encore doses jetées). Mais comme les données présentées ici témoignent principalement des unités non utilisées en raison d'un dépassement de la date de péremption ou d'un bris de la chaîne de froid, ce qui correspond à la définition de l'évaluation des Priorités nationales de santé publique, on peut supposer que les vaccins non utilisés pour d'autres raisons sont négligeables.

Bien qu'à première vue les résultats obtenus au cours des dernières années laissent supposer une certaine régression quant à l'utilisation des vaccins achetés, comparativement à la première année où l'on a pu effectuer une telle évaluation en 1999, ils sont probablement le reflet d'une meilleure surveillance. Il faut également souligner une disparité assez importante dans les résultats obtenus entre les régions. Il serait intéressant de pouvoir expliquer les raisons des variations interrégionales.

Les résultats doivent également être interprétés à la lumière d'un certain nombre de facteurs. La déclaration des pertes par les nombreux vaccinoteurs à l'échelle du Québec et par les dépôts régionaux demeure volontaire. En conséquence, la proportion des pertes est fort probablement sous-évaluée en raison d'un taux de déclaration inégal selon les régions et les types de vaccinoteurs (vaccinoteurs du secteur privé ou du secteur public). Ainsi, dans une région, le résultat attendu peut sembler être atteint alors qu'en fait, les pertes ne sont simplement pas déclarées tandis que, dans une autre région, le résultat n'est pas atteint mais les pertes sont plus fidèlement rapportées.

En outre, les vaccins sont distribués aux vaccinoteurs sous différents formats (unidose, multidose, à l'unité, en paquet de cinq ou de dix). Cela peut constituer un autre facteur d'erreur dans le calcul du nombre de vaccins et dans la déclaration des pertes, limitant la fiabilité et la validité des données présentées ici.

Par ailleurs, la mise en place d'un mécanisme de crédit pour le retour des produits périmés a réduit de façon substantielle les pertes monétaires causées par le dépassement des dates de péremption. En 2001-2002, 70 424 unités ont été retournées, pour une valeur de 2 323 470 \$. Il faut par contre être conscient que ce mécanisme de retour des produits périmés génère des manipulations additionnelles des vaccins, et que celles-ci mobilisent des ressources supplémentaires.

Enfin, des comparaisons entre les nombres de vaccins distribués et les nombres de personnes vaccinées parmi les cohortes de population à vacciner pourraient permettre

d'évaluer les pertes de manière plus objective. Il est à espérer qu'il sera possible de le faire avec l'évaluation du *Programme national de santé publique 2003-2012*.

Conclusion

L'installation graduelle depuis 1999 d'instruments visant à surveiller la température de conservation des produits biologiques chez tous les vaccinoteurs québécois ainsi que les différentes mesures prises par les directions de santé publique pour inciter les vaccinoteurs à déclarer les pertes de produits permettent de tracer un bilan plus fidèle de la gestion des produits immunisants au Québec en 2001-2002. Même s'il semble y avoir eu une régression quant à l'utilisation des vaccins achetés par rapport à 1999, première année où des données de la sorte ont été colligées à l'échelle provinciale, il est possible que ce résultat soit plutôt le reflet d'une meilleure déclaration des pertes et des correctifs apportés dans le maintien et la surveillance de la chaîne de froid ainsi que dans l'emballage des vaccins. Il faut donc saluer la progression de la surveillance. En effet, au moment des premiers bilans, très peu de données étaient disponibles alors qu'à la fin du processus, il est possible d'estimer ce résultat. Par ailleurs, les pertes déclarées au niveau provincial pour l'année 2001-2002 s'élèvent à 3,2 %, ce qui correspond au résultat attendu puisque le taux de vaccins non utilisés est inférieur à 5 %. On constate néanmoins une grande variabilité des résultats entre les régions et il serait intéressant de pouvoir l'expliquer.

Le résultat de 3,2 %, bien qu'il semble positif, doit toutefois être interprété à la lumière d'un certain nombre de facteurs, tels que la nature volontaire de la déclaration des pertes au Québec et le mécanisme de crédit pour le retour des produits périmés.

Tableau 2.7.1 Nombre et proportion de vaccins achetés mais non utilisés – Québec et régions, 2001-2002 (données au 1^{er} avril 2002)

Régions ¹	Nombre de vaccins non utilisés ² (unités)	Nombre total de vaccins distribués (unités)	Proportion de vaccins non utilisés (en unités) (%)	Proportion de vaccins non utilisés (en valeur monétaire) (%)
01	4 077	76 732	5,3	3,3
02	3 788	115 395	3,3	2,8
03	7 926	197 602	4,0	2,9
04	3 546	167 526	2,1	2,0
05	1 145	110 780	1,0	0,9
06	30 643	727 323	4,2	4,5
07	2 569	124 157	2,1	1,3
08	3 344	67 200	5,0	4,9
09	3 750	43 981	8,5	7,2
10	512	7 964	6,4	6,1
11	1 701	36 442	4,7	3,2
12	5 030	130 999	3,8	3,1
13	881	133 702	0,7	0,4
14	6 348	164 220	3,9	3,6
15	2 456	174 070	1,4	1,0
16	10 484	483 810	2,2	1,5
17	518	19 194	2,7	3,2
18	1 281	11 455	11,2	8,9
Total	89 999	2 792 552	3,2	2,8

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Les vaccins non utilisés incluent les retours de vaccins périmés au dépôt provincial ainsi que les pertes (vaccins périmés et détruits, bris de la chaîne de froid, autres).

Source : L. ST-ONGE, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, juillet 2002.

2.8 Vaccins soumis à une température inadéquate

Que, d'ici 2002, le pourcentage de vaccins qui sont soumis à une température inadéquate baisse de 5 % (pourcentage de 1995-1996) à 2 %.

Méthode

Définitions

Température inadéquate

Température qui se situe en dehors de la fourchette permettant d'assurer la stabilité du produit.

Thermomètre à maximum et minimum

Défini dans les *Normes et procédures de gestion des produits immunisants*¹.

Envois monitorés

Envois de vaccins qui sont accompagnés d'indicateurs de chaleur et de froid.

Unité de vaccin

Fiole ou ampoule de vaccin.

Indicateurs

- Proportion des envois monitorés ;
- proportion des réfrigérateurs munis d'un thermomètre à maximum et minimum ;
- proportion des vaccins soumis à une température inadéquate.

Collecte des données

Dans le cadre du programme provincial de gestion des produits immunisants, programme instauré par le MSSS en 1999, les responsables régionaux fournissent au Ministère, chaque année, les résultats de la mise en œuvre du programme. Les données présentées ici ont été collectées par le MSSS² au 1^{er} avril 2002.

Résultats

Depuis 1999, tous les envois du dépôt provincial vers les dépôts régionaux sont accompagnés de moniteurs pour vérifier la température. En ce qui a trait aux envois des dépôts régionaux vers les dépôts locaux (vaccinateurs), la surveillance systématique des envois qui doivent être monitorés (trajet de plus d'une heure) varie en fonction de chaque région. En 2001-2002, la situation est la suivante : dans treize régions, une surveillance de tous les envois est effectuée ; dans deux régions, la surveillance n'est pas complète mais couvre plus de 90 % des envois ; dans deux autres régions, aucune surveillance n'est effectuée puisque le processus de monitoring n'est pas finalisé ; dans une dernière région, aucun envoi ne fait l'objet de surveillance des températures puisque les trajets

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Normes et procédures de gestion des produits immunisants*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 20 p. et annexes.
2. L. ST-ONGE, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, juillet 2002.

sont inférieurs à une heure (cf. tableau 2.8.1). La proportion des envois monitorés au niveau provincial est demeurée sensiblement la même que pour l'année 2000-2001.

Sur les 1 708 réfrigérateurs répertoriés en 2001-2002 pour l'ensemble des vaccinateurs du Québec, 1 577 sont équipés d'un thermomètre à minimum et maximum, ce qui équivaut à une proportion de 92 %. La légère diminution notée par rapport à l'année 2000-2001 s'explique par le fait que de nouveaux réfrigérateurs ont été ajoutés depuis et qu'ils ne sont pas encore munis de tels thermomètres. Par ailleurs, on constate que, dans la majorité des régions – soit quatorze sur dix-huit –, la totalité des réfrigérateurs sont munis du thermomètre adéquat. Dans les quatre autres régions, les proportions de réfrigérateurs munis d'un thermomètre à maximum et minimum varient entre 73 % et 97 %. Ces résultats sont assez semblables à ceux de l'année dernière.

En ce qui concerne les vaccins soumis à une température inadéquate, les résultats pour l'année 2001-2002 indiquent que, sur 2 792 552 unités de vaccins distribuées, 12 166 n'ont pas été utilisées en raison d'un bris de la chaîne de froid ; cela correspond à une proportion de 0,4 % de tous les vaccins distribués, proportion qui varie de 0 % à 11 % entre les régions (cf. tableau 2.8.2). L'équivalent de ces pertes en valeur monétaire est évalué à 0,3 %. La proportion de vaccins soumis à une température inadéquate a diminué depuis l'année dernière, passant de 1 % en 2000-2001 à 0,4 % en 2001-2002.

Discussion

Les limites mentionnées à la section précédente valent également pour le présent résultat. De plus, la proportion des vaccins soumis à une température inadéquate est probablement encore sous-évaluée en 2001-2002 puisque l'implantation du système de surveillance systématique des envois de vaccins n'est pas terminée dans l'ensemble des régions. Cette sous-évaluation est toutefois de moindre importance que celle qui existait antérieurement.

Il faut reconnaître les progrès importants qui ont été réalisés depuis le lancement des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, à l'égard de la surveillance de la chaîne de froid au moment de la distribution et pendant la conservation des vaccins. Ces progrès sont le fruit des travaux entrepris en 1999 dans le cadre du Programme provincial de gestion des produits immunisants, visant à améliorer la surveillance des produits en cours de transport.

Il semble que les différentes actions menées par le MSSS aient entraîné, du moins en partie, une diminution du pourcentage des pertes par bris de la chaîne de froid (de 1,3 % en 1999-2000 à 0,4 % en 2001-2002). Les conditions nécessaires à une diminution de ces pertes ont graduellement été instaurées au cours des dernières années et les résultats observés sont donc très encourageants. En 2001-2002, le pourcentage des vaccins qui sont soumis à une température inadéquate est inférieur à 2 %, conformément à l'objectif visé pour l'année 2002.

Conclusion

La proportion des vaccins soumis à une température inadéquate a considérablement diminué au cours des dernières années, passant de 5 % en 1995-1996 à 0,4 % en 2001-2002. Cependant, bien que ce résultat semble conforme à l'objectif visé, il doit être interprété avec prudence puisqu'il repose sur la déclaration volontaire des bris de la chaîne de froid et qu'un phénomène de sous-déclaration des pertes de vaccins est

possible. Quant à la surveillance de la température des vaccins pendant le transport, elle s'est également améliorée. Tous les envois du dépôt provincial vers les régions sont accompagnés de moniteurs et, dans quatorze régions, une surveillance de l'ensemble des envois dont le transport dure plus d'une heure est effectuée à partir des dépôts régionaux vers les vaccinateurs. Finalement, sur l'ensemble des réfrigérateurs répertoriés en 2001-2002, 92 % sont munis d'un thermomètre à maximum et minimum. Les résultats à l'égard de la surveillance de la chaîne de froid sont donc très encourageants et démontrent une nette amélioration depuis la parution des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*.

Tableau 2.8.1 Surveillance de la température des vaccins pendant le transport, nombre et proportion de réfrigérateurs munis d'un thermomètre à maximum et minimum – Québec et régions, 2001-2002 (données au 1^{er} avril 2002)

Régions ¹	Proportion des envois monitorés ² (%)	Nombre de réfrigérateurs munis d'un thermomètre à maximum et minimum ³	Nombre total de réfrigérateurs	Proportion des réfrigérateurs munis d'un thermomètre à maximum et minimum (%)
01	97	44	44	100
02	100	34	34	100
03	100	130	130	100
04	100	55	55	100
05	100	87	87	100
06	n.a. ⁴	497	514	97
07	0	71	71	100
08	100	53	53	100
09	100	37	37	100
10	100	10	10	100
11	100	36	45	80
12	100	64	64	100
13	0	43	48	90
14	100	57	57	100
15	100	55	55	100
16	100	277	377	73
17	94	17	17	100
18	100	10	10	100
Total		1 577	1 708	92

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Envois des vaccins qui sont accompagnés d'indicateurs de chaleur et de froid.

3. Pour une surveillance adéquate, il faut s'assurer que tous les réfrigérateurs des vaccinateurs soient munis d'un thermomètre.

4. Dans cette région, la courte distance à franchir entre le dépôt régional et les bureaux des vaccinateurs (moins d'une heure) ne justifie pas la surveillance de la température pendant le transport.

Source : L. ST-ONGE, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, juillet 2002.

Tableau 2.8.2 Nombre et proportion de vaccins soumis à une température inadéquate – Québec et régions, 2001-2002

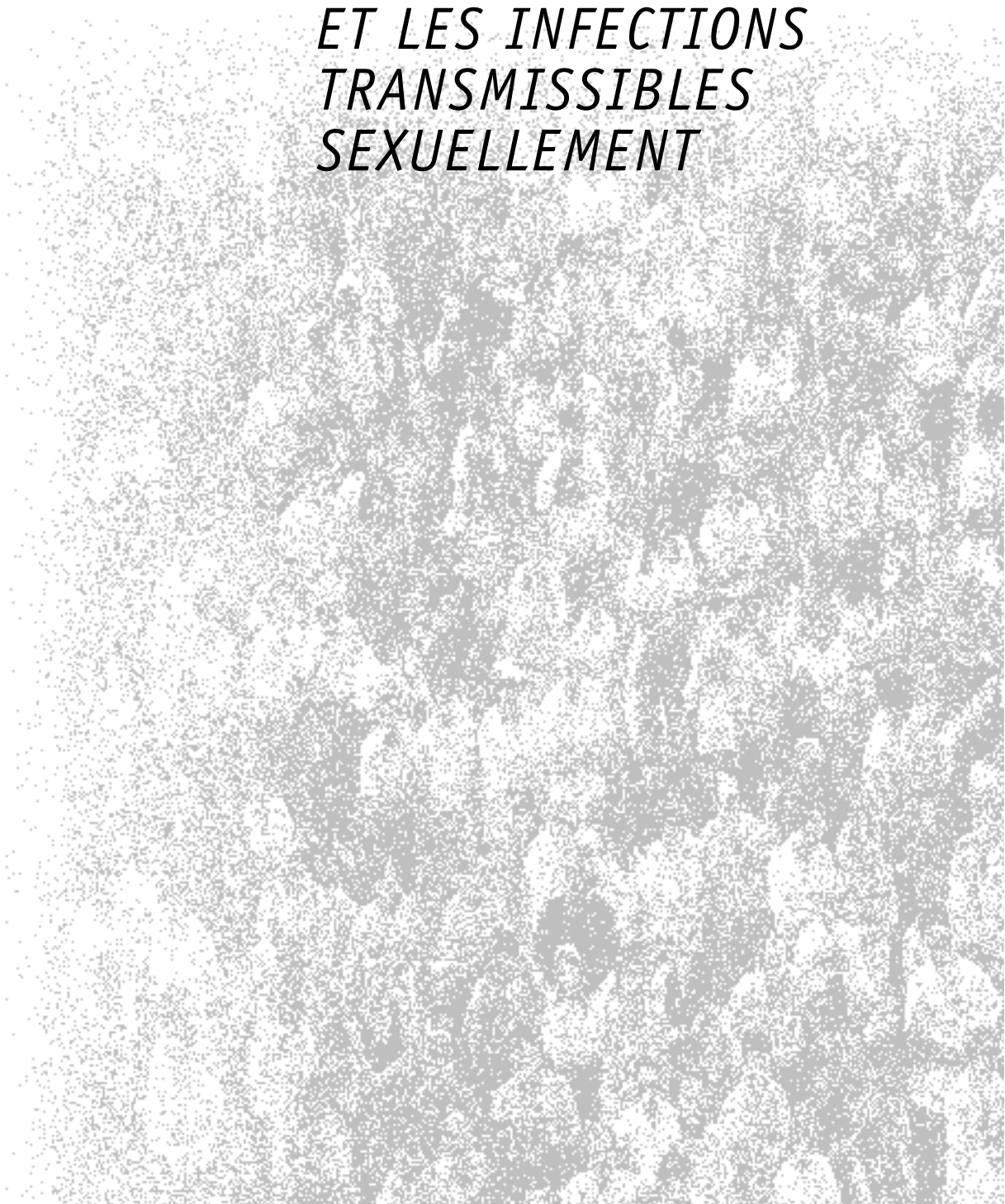
Régions ¹	Nombre de vaccins non utilisés en raison d'un bris de la chaîne de froid (unités)	Nombre total de vaccins distribués (unités)	Proportion de vaccins non utilisés en raison d'un bris de la chaîne de froid (en unités) (%)	Proportion de vaccins non utilisés en raison d'un bris de la chaîne de froid (en valeur monétaire) (%)
01	778	76 732	1,0	0,7
02	1 258	115 395	1,1	0,8
03	531	197 602	0,3	0,2
04	190	167 526	0,1	0,1
05	80	110 780	0,1	0,0
06	2 234	727 323	0,3	0,2
07	0	124 157	0,0	0,0
08	1 656	67 200	2,5	2,1
09	664	43 981	1,5	1,4
10	63	7 964	0,8	0,3
11	260	36 442	0,7	0,5
12	858	130 999	0,7	0,3
13	127	133 702	0,1	0,0
14	986	164 220	0,6	0,5
15	109	174 070	0,1	0,0
16	951	483 810	0,2	0,1
17	140	19 194	0,7	0,8
18	1 281	11 455	11,2	8,9
Total	12 166	2 792 552	0,4	0,3

1. Voir la liste des régions à la page 15.

Source : L. ST-ONGE, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, juillet 2002.

PRIORITÉ 3

*L'INFECTION PAR
LE VIH, LE SIDA
ET LES INFECTIONS
TRANSMISSIBLES
SEXUELLEMENT*



Faits saillants

Les résultats attendus concernant l'infection par le VIH, le sida et les infections transmissibles sexuellement (ITS) touchent les programmes de prévention à l'intention des populations vulnérables dans toutes les régions du Québec, le Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse, la politique nationale de réduction des méfaits associés à la toxicomanie ainsi que l'obtention de données fiables en ce qui concerne l'infection par le VIH, les MADO, les ITS virales et les complications liées aux ITS.

Les mesures préventives à l'intention des groupes vulnérables ont sensiblement progressé au fil des ans. Ce n'est pas tant le nombre de régions où l'on offre des programmes de prévention, qui est passé de seize à dix-sept, que le nombre de programmes offerts sur ces territoires qui a légèrement augmenté dans l'ensemble. Ces programmes s'adressent principalement aux personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI), aux jeunes en difficulté et aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH). Cependant, on ne retrouve pas des programmes pour tous les groupes vulnérables dans toutes les régions, l'ampleur des problèmes étant variable d'une région à l'autre, de même que les efforts déployés et les ressources disponibles. Il reste encore bien du travail afin d'obtenir un développement optimal des programmes de prévention, notamment en matière de contenu, de stratégies, d'approches et de groupes couverts. Quant aux activités et à l'intervention auprès des groupes vulnérables, il faut noter, depuis trois ans surtout, le recours grandissant à la vaccination contre le virus de l'hépatite A (VHA) et le virus de l'hépatite B (VHB).

Au sujet des centres de détention provinciaux qui rendent accessibles les condoms et l'eau de Javel, la situation n'a guère changé depuis cinq ans ; plus de 75 % d'entre eux le font toujours, mais aucun ne rend accessible le matériel d'injection stérile. Toutefois, deux d'entre eux continuent de fournir du matériel d'injection à la sortie, à la demande des personnes libérées. Dans le cas des écoles secondaires et des centres jeunesse (CJ), aucune nouvelle enquête, depuis 1997, nous permet de dire s'il y a eu des modifications dans les résultats d'alors : 70 % des écoles secondaires publiques et douze des treize centres jeunesse rendent accessibles les condoms.

Depuis 1997, seize des dix-huit régions (88,8 %) ont des centres d'accès aux seringues stériles ; leur nombre est passé de 501 en 1997 à 679 en 2002. Cette augmentation est surtout attribuable à la participation plus grande des pharmacies. Le nombre de contacts avec des consommateurs de drogue par année n'a pas proportionnellement autant augmenté : 78 550 contacts ont été comptabilisés en 1997-1998, par rapport à 81 420 contacts en 2002. Le nombre de seringues stériles distribuées gratuitement est passé de 706 281 à plus de 1 million, nombre qui exclut celles qui ont été vendues en pharmacie.

Depuis 1998, l'accès au traitement à la méthadone s'est accru de manière significative : un plus grand nombre de régions offrent un certain accès à ce traitement (14 en 1998 et 16 en 2001), plus de bénéficiaires ont reçu de la méthadone (1 284 en 1998 et 2 060 en 2001) et plus de médecins ont prescrit de la méthadone (181 en 1998 et 289 en 2002).

Le document *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie : Orientations, axes d'intervention, actions* a été rendu public en novembre 2001. Même si on y aborde la question de la réduction des méfaits associés à la toxicomanie, il ne constitue toutefois pas, à proprement parler, une politique nationale de réduction de ces

méfaits. Il faut y voir tout de même une réponse satisfaisante à la question, compte tenu de l'évolution des mentalités.

Quant au Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse, si le sondage réalisé en 1997 et en 1999 auprès des médecins révélait qu'une forte proportion (82,3 %) d'entre eux informaient les femmes enceintes à la suite de la mise en vigueur du programme, l'étude pilote sur les dossiers des femmes ayant accouché a fait voir cependant que moins de la moitié d'entre elles avaient passé un test de dépistage. Une étude longitudinale récente portant sur les dossiers des femmes de l'hôpital Sainte-Justine confirme que pas plus de 60 % des femmes enceintes subissent le test anti-VIH. Un Comité *ad hoc* s'est penché sur la stratégie actuelle de l'offre universelle du test anti-VIH aux femmes enceintes.

Enfin, des travaux ont été menés à divers degrés en vue d'améliorer la qualité des données sur l'infection par le VIH et les ITS. Un nouveau règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique a rendu la déclaration de l'infection par le VIH obligatoire par les laboratoires et les médecins le 18 avril 2002. Cette déclaration permettra de mieux suivre l'évolution de l'infection. De plus, la Loi sur la santé publique a été adoptée le 19 décembre 2001 et les articles concernant les infections et les MADO sont entrés en vigueur le 19 avril 2002 ; les règlements gouvernemental et ministériels devraient suivre. Les procédures terminées, le fait d'uniformiser les modalités de déclarations des ITS à celles des autres MADO permettra d'obtenir des données plus fiables.

3.1 Programmes de prévention pour les populations vulnérables

Que, d'ici 2002, toutes les régions du Québec aient, au regard des populations vulnérables :

- mis sur pied des programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires ;
- rendu accessibles des moyens de prévention du VIH-sida et des ITS¹ (condoms disponibles dans toutes les écoles secondaires, les centres jeunesse et les prisons, par exemple) ;
- mis en place des programmes permettant aux toxicomanes de se procurer des seringues stériles et de la méthadone.

Méthode

Définitions

Populations vulnérables au regard de l'infection au VIH

Les personnes plus vulnérables en raison de leur appartenance à une des catégories particulièrement exposées au virus : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH) ; personnes originaires de pays où la maladie est endémique ; utilisateurs de drogues par injection (UDI) ; personnes appartenant à des groupes où l'on constate, selon diverses études, des comportements à risque, soit les femmes en difficulté, les jeunes en difficulté et les autochtones ; personnes connaissant des conditions psychosociales difficiles, comme la pauvreté, la toxicomanie, la maladie mentale, l'itinérance, la discrimination, l'incarcération ou la prostitution².

Populations vulnérables au regard des ITS

Les personnes mentionnées plus haut, auxquelles il faut ajouter les jeunes de 15 à 24 ans, autant en milieu scolaire qu'en dehors du milieu scolaire (décrocheurs et travailleurs), et les voyageurs. Les jeunes de la fin du primaire et du début du secondaire, avant qu'ils ne soient actifs sexuellement, pourraient aussi être considérés comme vulnérables.

Programme visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires

1) **Programme** : un ensemble d'activités structurées qui va au-delà de la seule information ou de la distribution de condoms et dont l'objectif général est le renforcement de comportements sexuels sécuritaires. Le programme doit comprendre :

- des objectifs réalisables ;
- des activités ;

1. Il est à noter que l'appellation « infections transmissibles sexuellement » est utilisée dans ce 5^e bilan des PNSP afin d'être conforme avec celle utilisée dans le Programme national de santé publique. Auparavant, dans les bilans précédents, on utilisait plutôt l'appellation « maladies transmissibles sexuellement » telle que formulée dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*.

2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Stratégie québécoise de lutte contre le sida – Phase 4 : Orientations 1997-2002*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997.

- des stratégies vraisemblablement efficaces ;
- des acteurs du programme (organismes communautaires, CLSC, municipalités, etc.).

Le programme doit également inclure une perspective de continuité.

Un programme est considéré comme implanté si les activités sont en cours durant l'année d'évaluation des Priorités nationales de santé publique.

Par ailleurs, il peut se trouver des interventions ou des activités isolées, à caractère ponctuel, sans qu'il y ait à proprement parler de programme. Il peut aussi exister des projets comprenant un ensemble d'activités, mais qui sont limités dans le temps.

- 2) **Comportements sexuels considérés comme sécuritaires** : l'abstinence, la fidélité mutuelle, les pratiques sexuelles sans échange de liquides corporels à risque et l'utilisation du condom dans les relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale. Selon les personnes visées, certains comportements sexuels sécuritaires peuvent être davantage préconisés dans un programme.

Accessibilité aux moyens de prévention

- 1) **Accessibilité** : situation où l'on peut obtenir des moyens de prévention avec le moins de barrières financières, géographiques, culturelles ou organisationnelles possible (ex. : distributeurs de condoms installés dans les écoles ou dans les bars et condoms distribués par l'infirmière en milieu scolaire).
- 2) **Moyens de prévention du VIH-sida et des ITS** : les condoms, auxquels peuvent s'ajouter du lubrifiant (surtout pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes), le matériel d'injection stérile et l'eau de Javel. Il peut s'agir aussi de dépistage, de traitement et de notification aux partenaires.
- 3) **Écoles secondaires** : les écoles publiques et privées ainsi que les écoles intermédiaires (6^e année du primaire et 1^{re} et 2^e années du secondaire).
- 4) **Prisons** : les centres de détention provinciaux et, si possible, les pénitenciers fédéraux.

Programmes permettant aux toxicomanes de se procurer des seringues et de la méthadone

Un programme permettant aux toxicomanes de se procurer des seringues fait référence à une organisation planifiée et structurée qui donne accès aux seringues et permet la récupération des seringues usagées.

On considère qu'un programme permettant aux toxicomanes de se procurer de la méthadone est mis en place si les critères suivants sont respectés :

- accès aux médecins qui prescrivent de la méthadone ;
- accès aux pharmacies qui vendent de la méthadone ou aux autres lieux de distribution.

Il est préférable que le programme contienne un volet psychosocial pour répondre aux besoins des personnes auxquelles il s'adresse. Cela s'applique autant aux programmes d'intervention brève qu'aux programmes de maintien à la méthadone.

Indicateurs

- Proportion des régions où sont mis en œuvre des programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires ;
- proportion des régions où se déroulent des activités visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires ;
- proportion des régions où sont accessibles les condoms et l'eau de Javel dans les prisons ;
- proportion des régions où des programmes d'accès à la méthadone sont mis en place ;
- proportion des écoles secondaires qui rendent le condom accessible ;
- proportion des centres jeunesse qui rendent le condom accessible ;
- proportion des régions où des programmes d'accès aux seringues sont mis en place.

Collecte des données

Après le premier bilan des Priorités nationales de santé publique, le questionnaire a été modifié afin d'obtenir davantage d'information sur les programmes et les activités dans une perspective plus large de prévention de l'infection par le VIH et des ITS ainsi que de promotion de la santé. Le même questionnaire a donc été transmis dans les régions pour les périodes d'évaluation de 1998-1999 à 2001-2002. En 2000-2001, la transmission s'est faite au moyen d'un support informatique.

L'information obtenue sur les programmes, les activités de prévention et l'accessibilité aux moyens de prévention dans les centres de détention est en grande partie fournie par les personnes qui remplissent le questionnaire. Les renseignements sur les programmes permettant aux toxicomanes de se procurer des seringues stériles sont tirés du *Répertoire des centres d'accès aux seringues*, qui en est à sa huitième édition¹. Grâce à la collaboration des directions de santé publique des régions régionales de la santé et des services sociaux, le Centre québécois de coordination sur le sida est à même de présenter chaque année la mise à jour de ce répertoire. Quant aux données sur le traitement à la méthadone, elles proviennent de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), sauf en ce qui concerne le volet psychosocial.

Résultats

Programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires

La lecture des tableaux 3.1a et 3.1b laisse voir qu'il existe un grand nombre de programmes, d'activités ou d'interventions visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires : certains sont communs à plusieurs régions, d'autres sont particuliers ; certains sont d'envergure nationale, d'autres ont une portée locale ou régionale. Les populations vulnérables auxquelles s'adressent ces programmes ou activités sont passablement fragmentées en fonction de leur appartenance à des catégories exposées au virus ou à des catégories ayant des comportements à risque, ou alors en fonction de situations psychosociales difficiles. N'étant pas formées à partir de la même base, ces populations vulnérables ne sont pas mutuellement exclusives. Si certains programmes ou activités sont destinés à des populations très précises (par exemple, le programme d'échange de seringues), d'autres sont accessibles à des populations plus larges. Vouloir tracer un portrait de ces activités et de ces programmes en vigueur dans toutes les

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Liste officielle des centres d'accès aux seringues du Québec (distribution, vente et récupération)*, Québec, Centre de coordination sur le sida, 2002.

régions, c'est tenter de décrire une réalité très diversifiée et très complexe. Nous pouvons néanmoins faire les constats qui suivent.

Dans dix-sept des dix-huit régions, un ou plusieurs programmes visant de près ou de loin à renforcer les comportements sécuritaires, qu'il s'agisse de relations sexuelles ou de consommation de drogue par injection, sont en vigueur ; on compte une seule région de plus qu'au moment du premier bilan. Il faut aussi souligner que le nombre de programmes est passé de 44 en 1998-1999 à 63 en 2001-2002 (cf. tableau 3.1a) ; c'est une légère augmentation quand on considère que les programmes d'échange de seringues ont été intégrés aux Priorités nationales de santé publique à compter du troisième bilan. Si, dans certaines régions, des programmes ont été abandonnés ou d'autres ont vu le jour, on rapporte la poursuite des mêmes programmes dans la plupart des régions.

Au regard des groupes ciblés par les programmes, la situation n'a guère changé : ce sont surtout les UDI, les jeunes en difficulté et les HRSH. Les jeunes pris dans leur ensemble – en général, dans le milieu scolaire ou lorsqu'ils sont en difficulté –, sont visés par plus de la moitié des programmes. Moins de programmes touchent les femmes en difficulté et peu de programmes s'adressent aux personnes incarcérées ou aux autochtones. Enfin, aucun programme à l'intention des personnes en provenance de pays où le sida est endémique n'est offert ; précisons toutefois que ces personnes se concentrent surtout dans la région de Montréal (cf. tableau 3.1a).

Si certaines populations ne bénéficient pas ou ont peu de programmes particulièrement conçus à leur intention, elles peuvent tout de même participer à des activités à plus large portée. Dans toutes les régions, on rapporte avoir organisé des activités de prévention primaire ou secondaire (cf. tableau 3.1b). En matière de formation, toutes populations vulnérables et toutes personnes formées confondues, il se trouve davantage d'indications dans l'ensemble des régions depuis 1998-1999. Ce sont surtout les intervenants des organismes communautaires et ceux du réseau qui bénéficient de ces formations. Celles-ci concernent, par ordre d'importance, les UDI, les HRSH, les jeunes en difficulté et les jeunes en milieu scolaire. Parmi les autres activités, les services intégrés de dépistage, le travail de milieu ou de rue, la clinique jeunesse, l'information sur la santé sexuelle ou le service de *planning* familial, la diffusion de matériel, les activités de communication et la vaccination contre le VHA et le VHB demeurent largement répandues dans la plupart des régions.

Il faut retenir que les activités les plus souvent mentionnées correspondent généralement aux programmes nationaux (ex. : service de dépistage intégré, formation sur l'homosexualité), aux infrastructures en place (clinique jeunesse) ou encore aux actions de base en prévention (diffusion de matériel). Seul le travail de milieu ou de rue, laissé presque exclusivement à l'initiative régionale et relativement répandu, fait exception.

Accessibilité aux condoms dans les écoles secondaires

Aucune nouvelle enquête n'a été effectuée en 2001-2002 sur l'accessibilité aux condoms dans les écoles secondaires. Il n'y a donc pas de nouvelles données à ce sujet. Dans le premier bilan des priorités nationales, on estimait que les condoms étaient accessibles dans 70 % des écoles secondaires publiques.

Accessibilité aux condoms dans les centres jeunesse

Tout comme pour le point précédent, aucune collecte de données n'a été faite depuis le premier bilan. Les résultats de l'enquête menée auprès des centres jeunesse (CJ) et des directions de santé publique à l'automne de 1997 ont été présentés dans ce premier bilan (treize CJ avaient alors répondu à l'enquête et douze déclaraient rendre accessibles les condoms dans les CJ).

Accessibilité au matériel de protection dans les prisons

Il faut d'abord préciser que douze régions seulement comptent des centres de détention de compétence provinciale sur leur territoire, pour un total de dix-huit centres (cf. tableau 3.1c). Un centre de détention s'est ajouté depuis le quatrième bilan. De ces dix-huit centres, quinze rendent accessibles les condoms. C'est une situation qu'on peut qualifier de stable à cet égard. Quant à rendre accessible d'une quelconque façon l'eau de Javel, douze centres seulement le font : la pratique est un peu moins répandue que l'accès au condom. Pour ce qui est du matériel d'injection stérile, il n'est offert encore dans aucun centre de détention provincial. Au mieux, deux centres en offrent à la sortie, à la demande des personnes libérées.

Programmes d'accès aux seringues stériles

Au 1^{er} janvier 2002, on comptait 679 centres d'accès répartis dans seize régions du Québec (cf. tableau 3.1d) ; seules deux régions n'en avaient pas. Le nombre n'a pas cessé d'augmenter depuis 1997 où l'on en dénombrait 502. Ces centres d'accès aux seringues regroupent principalement, en 2002, 400 pharmacies, 155 centres rattachés aux CLSC, 52 centres hospitaliers, 42 organismes communautaires, 26 cliniques médicales et 5 centres spécialisés. Le nombre de centres d'accès aux seringues est sensiblement le même depuis trois ans, avec à peine 33 nouveaux centres de plus. Ce sont surtout le nombre de pharmacies et de cliniques médicales qui ont augmenté.

Mise en place de programmes d'accès à la méthadone

Depuis 1997, on compte toujours quinze régions où l'on a un certain accès à la méthadone, que ce soit par l'intermédiaire de médecins ou dans les pharmacies (cf. tableau 3.1e). S'il y a peu de changement sous cet aspect, il en est tout autrement en ce qui a trait au nombre de médecins prescripteurs de méthadone, au nombre de pharmaciens propriétaires qui en ont facturée et au nombre de bénéficiaires : en gros, le tout a doublé. De 1997 à 2001, le nombre de médecins ayant prescrit de la méthadone a augmenté de 126 à 260 et, de même, le nombre de pharmaciens propriétaires facturant de la méthadone est passé de 89 à 289. Enfin, le nombre de bénéficiaires s'est accru de 934 à 2 060, excluant ceux qui bénéficient d'une assurance privée.

Concernant l'ajout d'un volet psychosocial au programme, il y a peu de changement à noter, si ce n'est que dans deux régions additionnelles un tel volet est offert, pour un total de neuf régions.

Discussion

Le problème de l'infection par le VIH et le sida ne se pose pas avec la même ampleur partout, concentré qu'il est dans les zones urbaines et semi-urbaines ainsi que chez des populations précises. Dans le cas des ITS, le problème est plus répandu dans la

population en général et il appelle des interventions à plus large portée. D'une région à l'autre, les populations vulnérables ne se distribuent pas également ; les besoins sont parfois différents et les ressources aussi. Toute comparaison sur le nombre de programmes et d'activités doit être faite avec réserves.

Même si des efforts ont été faits pour améliorer la grille de collecte de données sur les programmes et les activités en vue de mieux connaître ce qui se faisait dans les régions en matière d'action visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires ou à rendre moins risquée la consommation de drogue par injection, force est de constater que les personnes qui ont répondu au questionnaire ne nomment pas et ne découpent pas pareillement leur intervention ; en outre, la notion de programme est interprétée de manière plus ou moins large par ces personnes.

Les présents résultats illustrent une situation d'ensemble qui continue de se consolider ou qui progresse dans certains cas en ce qui a trait aux mesures préventives offertes aux populations vulnérables. Dans presque toutes les régions existent un ou plusieurs programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires ou la consommation moins risquée de drogue par injection. Les résultats seraient pour ainsi dire atteints. Mais, compte tenu de la variabilité dans l'interprétation de la notion de programme par les personnes qui ont répondu au questionnaire, il n'est pas sûr que les résultats obtenus correspondent en tout point à la définition de *programme* telle qu'elle a été donnée précédemment. Cependant, ce constat ne tient pas compte des réalités régionales différentes en ce qui concerne le VIH et les ITS, de la répartition des populations vulnérables et des besoins quelque peu différents d'une région à l'autre. Des populations vulnérables moins nombreuses et plus dispersées, et parfois plus difficiles à atteindre, appellent des stratégies différentes de celles qui sont élaborées dans des régions plus peuplées, où les groupes vulnérables sont plus concentrés. La question demeure toutefois quant au nombre de programmes souhaitables dans chacune des régions.

Par ailleurs, si dans certaines régions peu de programmes existent, on trouve partout, dans une mesure variable, des activités et des services qui visent un large éventail de populations vulnérables. Dans la plupart des régions, les programmes existants sont maintenus et d'autres voient le jour.

Quant aux différentes populations vulnérables touchées par les programmes, les jeunes en général – qu'ils soient en difficulté ou qu'ils fréquentent le milieu scolaire –, les UDI et les HRSH font l'objet d'une plus large couverture par des programmes conçus à leur intention et par la formation des intervenants.

À la cinquième année d'évaluation, il y a lieu de parler de plafonnement de certaines mesures après qu'elles aient connu un essor important ou des résultats presque atteints. Il suffit de penser au nombre de centres d'accès aux seringues ; toutes les régions en ont, à l'exception du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James où l'accès aux seringues stériles demeure tout de même une préoccupation. Parmi les 662 centres d'accès, 58 % offrent des seringues gratuitement et 81 % acceptent de les récupérer. À titre indicatif, 78 550 contacts avec des consommateurs de drogue ont été comptés en 1997-1998, par rapport à 81 420 contacts en 2001-2002, et 706 281 seringues stériles ont été distribuées gratuitement en 1997, comparativement à plus de 1,2 million de seringues en 2002. On observe en cinq ans une légère augmentation des contacts pour une augmentation plus grande du nombre de seringues stériles.

De même, relativement au nombre de centres de détention qui rendent accessibles le condom et l'eau de Javel, on est tout près d'atteindre le résultat. L'implantation du plan

d'action interministériel (ministère de la Sécurité publique et MSSS) sur la prévention de l'infection par le VIH dans le réseau correctionnel n'est pas étranger à cette situation. Pour ce qui est de l'accès au matériel d'injection stérile, le problème est plus délicat et les résistances de la Sécurité publique sont plus grandes, on le comprendra.

Enfin, les mesures liées au traitement à la méthadone ont connu un accroissement significatif depuis cinq ans. Selon les experts du Comité sur les traitements et les services cliniques associés à la méthadone¹, il y aurait de 10 000 à 12 000 consommateurs d'héroïne par injection vivant pour la plupart à Montréal. Quoique le nombre de bénéficiaires de la RAMQ ait doublé en cinq ans pour atteindre 2 060, il s'agit encore d'une faible proportion qui profite de ce traitement par rapport au nombre probable de consommateurs d'héroïne.

Conclusion

Dans l'optique de continuer le suivi des programmes et des activités, il faudra se pencher à nouveau sur la définition des termes en fonction des réalités régionales afin d'obtenir une information plus juste et plus comparable de ce qui est accompli. Entre-temps, une étude a été amorcée par l'équipe de Gaston Godin et Michel Alary, étude portant sur le bilan analytique des initiatives de promotion de la santé et de prévention des ITS et de l'infection par le VIH, de 1997 à 2001. Les résultats devraient être connus à la fin de 2003.

Si la plupart des mesures et des programmes mis en place dans les régions indiquent une progression certaine vers l'atteinte des résultats, il demeure opportun de continuer à offrir les programmes existants et d'en proposer de nouveaux, notamment à l'intention des populations vulnérables moins touchées jusqu'à maintenant dans certaines régions. C'est en organisant davantage l'action préventive et en améliorant l'intervention que des gains supplémentaires pourront être faits dans la réduction de la transmission du VIH et des ITS.

En ce qui concerne les UDI, on retrouve passablement de centres d'accès aux seringues stériles, et ce, un peu partout au Québec. Si de plus en plus de programmes visant les comportements sécuritaires s'adressent à eux, il reste à adapter davantage les services de santé et les services sociaux à leurs besoins pris de façon globale. À cet égard, les nouvelles orientations en matière de prévention de la toxicomanie devraient permettre une prise en charge des UDI au-delà de l'accès aux seringues stériles. Enfin, une nouvelle stratégie des Premières nations et Inuits du Québec contre le VIH et le sida, *Le cercle de l'espoir*, parue en février 2000, a donné lieu à l'élaboration d'un plan d'action axé notamment sur une campagne de communication, sur des programmes de prévention et sur un soutien aux communautés pour la proposition d'initiatives en promotion de la santé et en prévention.

Bien que la plupart des centres de détention rendent accessibles les condoms et l'eau de Javel, des efforts de sensibilisation aux risques d'infection par le VIH, notamment par le partage de seringues ou de matériel d'injection, doivent être maintenus. S'il faut retenir, en matière de traitement à la méthadone, le nombre croissant de régions où l'on trouve un programme d'accès, il importe de poursuivre le travail afin d'accroître davantage l'accessibilité au traitement à la méthadone, non seulement par l'intermédiaire des pharmacies mais aussi dans les prisons, et de favoriser le développement du volet psychosocial rattaché au programme.

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, *Rapport du Comité sur les traitements et les services cliniques associés à la méthadone au sous-ministre adjoint à la santé publique*, ministère de la Santé et des Services sociaux, avril 1999.

Tableau 3.1a Programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires ou à rendre moins risquée la consommation de drogue par injection et groupes ciblés, selon les régions, 2001-2002

Régions ¹	Nombre	Groupes ciblés ³								Programmes
		HRSH	UDI	Jeunes	J. scol.	J. diff.	F. diff.	Incarc.	Autocht.	
01	4	X	X			X				Projet d'intervention PARCS Programme d'échange de seringues Prévention par les pairs Campagne de la Saint-Valentin (18 à 39 ans)
02	2		X			x			X	Programme d'information sur les ITS et le sida (jeunes en CRJDA) Programme d'échange de seringues
03	1		X							Programme UDI-Québec, dont l'acteur principal est Point de Repères
04	3	X	X	X	X	X	X	X	X	Programme d'échange de seringues Programme d'intervention PARCS Programme d'accessibilité gratuite aux condoms
05	4	X	X						X	Programme d'échange de seringues Programme SAP en milieu carcéral Programme <i>Catwoman</i> Programme <i>Prisme</i>
06	6		X			X			X	Prévention par les pairs Programme d'échange de seringues Intervention en milieu correctionnel Intervention dans les piqueries Infirmier et infirmière de rue Programme d'intervention auprès des travailleuses du sexe
07	5	X	X			X				Projet <i>Jeunesse-Idem</i> du BRAS en milieu urbain (jeunes gais et lesbiennes) Gens de la rue du BRAS et femmes en difficulté du BRAS Projet d'intervention PARCS PEP-Outaouais, à Gatineau et à Buckingham Programme d'échange de seringues
08	2		X			X			X	Programme d'intervention, sexualité et prévention en CRJDA Programme d'accès aux seringues
09	5					X				Programme d'intervention, sexualité et prévention en CRJDA Programme <i>Mon bien-être sexuel et celui de l'autre</i> Programme <i>Sex-oh-fun</i> Programme d'accès au matériel injectable (AMI) Programme de prévention pour les 15-30 ans atteints d'une ITS ou à risque
10	0									
11	1				X					Programme d'activités sexo-éducatives
12	3	X			X	X				Programme <i>Mon bien-être sexuel et celui des autres</i> Programme d'intervention PARCS Programme d'échange de seringues
13	8	X	X	X	X	X			X	Programme d'échange de seringues Projet <i>Jouer avec le feu... la suite</i> Projet <i>VÉNUS</i> , interventions auprès des travailleuses du sexe Projet <i>Apollon</i>

Priorité 3 – L'infection par le VIH, le sida et les infections transmissibles sexuellement

Régions ¹	Nombre	Groupes ciblés ³								Programmes
		HRSH	UDI	Jeunes	J. scol.	J. diff.	F. diff.	Incarc.	Autocht.	
			X							Projet <i>Satellite</i> Programme d'accès au matériel de protection contre les ITS, le VIH et les hépatites virales
			X	X	X	X	X	X		
			X							Projet <i>Idée fixe</i> Projet <i>Formation en milieu scolaire</i> pour les jeunes de 3 ^e et 4 ^e secondaires
14	6	X			X					Projet ACE : ateliers de démystification de l'homosexualité Groupe Arc-en-ciel : groupe d'entraide pour les gais, les lesbiennes et les bisexuels Action communautaire de Sipe Lanaudière (+ auprès des PVVIH) Action communautaire par le travail de rue Programme d'échange de seringues Programme <i>Mon bien-être sexuel et celui de l'autre</i>
		X						X	X	
		X		X				X	X	
					X	X				
15	2		X							Programme d'échange de seringues Programme de prévention des ITSS du Centre sida Amitié
		X							X	
16	10	X	X			X				Programme ACCÈS-IP Programme <i>Action-santé</i> Programme <i>Sex-oh-fun</i> dans les centres jeunesse et les maisons de jeunes Programme <i>Cascade aux pairs</i> en centre jeunesse et <i>Juste entre nous</i> Programme <i>Express Protection</i> Programme <i>Sexprimer</i> en milieu scolaire et dans les organismes communautaires Programme IP au Virage Programme <i>Éclipse</i> Programme <i>Les femmes victimes de violence en maison d'hébergement</i> Programme d'accessibilité au matériel d'injection
		X								
		X								
				X	X					
17	1			X	X					Programme de prévention des ITS et du sida
18	0									
	63	16	26	8	16	19	13	4	6	

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Le chiffre entre parenthèses indique le nombre de programmes offerts en 1999-2000 par rapport à l'année précédente.

3. Les groupes ciblés sont :

HRSH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

UDI : utilisateurs de drogues par injection

Jeunes : jeunes en général

J. scol. : jeunes en milieu scolaire

J. diff. : jeunes en difficulté

F. diff. : femmes en difficulté

Incarc. : personnes incarcérées

Autocht. : autochtones

Tableau 3.1b Nombre de régions où des activités ou des interventions sont offertes aux populations vulnérables, 2001-2002

Activités ou interventions	Populations vulnérables ¹									
	HRSH	End.	Scol.	Aut.	PVVIH	UDI	J. diff.	F. diff.	Inc.	Autr.
Formation										
• des intervenants du réseau du MSSS	13	0	11	5	5	12	12	5	4	2
• des gestionnaires du réseau du MSSS	4	0	1	1	1	4	2	1	1	0
• des parents d'accueil	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0
• des enseignants	7	0	8	1	2	2	6	1	0	1
• du personnel des organismes communautaires	11	1	6	3	6	10	12	6	3	1
• des intervenants du réseau de la sécurité publique	1	0	0	0	3	6	1	2	4	1
• des pharmaciens	0	0	1	0	0	5	1	0	0	1
• des intervenants autochtones	2	0	2	6	2	3	5	3	0	0
• des pairs	5	0	5	0	1	4	3	3	1	1
Information/sensibilisation										
• campagne ou activité de communication	13	3	16	8	9	12	14	7	5	5
• organisation d'événements	10	1	11	6	7	6	7	4	1	3
• participation à des événements publics	8	1	6	2	3	3	2	0	0	0
• diffusion de matériel	14	4	15	6	8	15	15	11	7	7
• production de matériel	7	2	7	3	4	8	5	5	2	4
Participation des groupes vulnérables										
• activités audiovisuelles et culturelles	6	1	8	3	3	3	5	3	3	0
• divers concours	2	0	5	1	0	0	0	0	2	1
• ateliers sur des thèmes particuliers	9	1	12	4	7	4	12	8	7	3
• approche par les pairs	7	0	9	2	5	5	9	5	3	2
• activités de promotion et d'acceptation	9	0	6	3	7	4	5	4	2	0
• témoignages de personnes vulnérables	5	1	9	3	6	5	4	4	0	0
Intervention de 1^{re} ligne										
• travail de milieu, de rue	14	1	12	6	9	15	16	12	2	5
• clinique jeunesse ou information sur la santé sexuelle	9	3	14	6	6	10	14	8	3	4
• service de <i>planning</i> familial, information sur la contraception	3	4	14	8	5	6	13	8	1	5
• unité mobile	2	2	4	1	2	7	10	6	1	3
• service intégré de dépistage	16	8	10	13	7	16	16	15	7	2
• service psychosocial adapté	10	1	9	3	8	8	10	5	1	5
• mesure de soutien à la notification aux partenaires	5	2	7	3	2	3	6	5	1	2
• vaccination (VHA et VHB)	16	4	10	7	12	17	16	11	9	5
• dépannage	4	1	2	2	9	5	8	7	1	2
• projet de méthadone à bas seuil	0	0	0	0	0	4	0	0	1	0
Intervention – environnement social										
• mesure de soutien aux groupes d'entraide et aux groupes communautaires	12	2	9	4	12	10	14	8	4	3
• intervention de concertation ou d'alliance	10	2	10	3	9	11	11	11	4	2
• mesure de soutien à l'adoption d'une politique sur les ITS et le sida dans les établissements du réseau du MSSS	2	0	4	2	0	1	4	1	2	3

1. Les populations vulnérables sont :

HRSH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
 End. : personnes originaires de pays où le sida est endémique
 Scol. : jeunes en milieu scolaire
 Aut. : autochtones
 PVVIH : personnes vivant avec le VIH

UDI : utilisateurs de drogues par injection
 J. diff. : jeunes en difficulté
 F. diff. : femmes en difficulté
 Inc. : personnes incarcérées
 Autr. : autres groupes jugés prioritaires,
 à préciser : jeunes en général, par exemple

Tableau 3.1c Moyens de prévention offerts dans les centres de détention de compétence québécoise, selon les régions, 1998-1999, 2001-2002

Régions ¹	1998-1999				2001-2002			
	Nombre de centres	Nombre de centres où des moyens de prévention existent			Nombre de centres	Nombre de centres où des moyens de prévention existent		
		Cond. ²	Jav. ³	Inj. ⁴		Cond. ²	Jav. ³	Inj. ⁴
01	1	0	0	0	1	0	0	0
02	2	2	2	2 ⁵	2	0	0	0
03	1	1	1	1 ⁵	1	1	1	1 ⁵
04	1	1	1	0	1	1	1	0
05	1	1	1	0	1	1	1	0
06	3	3	3	0	3	3	3	0
07	1	1	1	0	1	1	1	0
08	1	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	1	1	0	0
09	2	2	2	0	2	2	2	1 ⁵
10	0	0	0	0	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.
11	1	1	1	0	1	1	0	0
12	0	0	0	0	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.
13	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0
15	1	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	1	1	0	0
16	2	2	2	0	3	3	3	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	17	14	14	3⁵	18	15	12	2

1. Voir la liste des régions à la page 15.
2. Condom.
3. Eau de Javel.
4. Matériel d'injection.
5. Disponible à la sortie, sur demande.

Tableau 3.1d Portrait des centres d'accès aux seringues du Québec au 1^{er} décembre 1997 et au 1^{er} janvier 2002¹

Région ²	Nombre de centres d'accès aux seringues rattachés aux établissements suivants										Total			
	CH		Cliniques médicales		CLSC		ONG		Centres spécialisés		Pharmacies		1997	2002
	1997	2002	1997	2002	1997	2002	1997	2002	1997	2002	1997	2002		
01	5	7	0	0	8	9	0	0	0	0	13	19	26	35
02	6	7	4	6	7	6	11	10	0	0	24	28	52	57
03	0	0	0	0	0	0	0	5	1	1	24	29	25	35
04	7	7	0	5	8	11	1	9	0	0	0	0	16	32
05	6	6	1	0	15	18	2	2	0	0	19	29	43	55
06	0	0	0	2	2	7	5	2	2	3	65	150	74	164
07	0	1	0	0	2	3	2	2	0	0	7	15	11	21
08	4	4	0	5	7	3	0	0	0	0	13	17	24	29
09	2	2	0	4	4	3	0	1	0	0	13	13	19	23
10	0	0	0	0	6	6	0	0	0	0	1	1	7	7
11	3	3	0	0	20	20	0	0	0	0	24	23	47	46
12	4	4	0	0	18	18	0	0	0	0	0	0	22	22
13	0	0	0	0	3	4	1	3	0	0	15	13	19	20
14	2	2	0	1	2	6	0	0	0	0	31	29	35	38
15	0	4	0	0	1	10	3	5	0	0	0	0	4	19
16	5	5	4	3	30	31	4	3	0	0	35	34	78	76
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	44	52	9	26	133	155	29	42	3	4	284	400	502	679

1. Données non exhaustives provenant seulement des centres qui acceptent d'être inscrits sur cette liste.

2. Voir la liste des régions à la page 15.

Sources : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Liste officielle des centres d'accès aux seringues du Québec (distribution, vente et récupération)*, Québec, Centre québécois de coordination sur le sida, 1999, 70 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Liste officielle des centres d'accès aux seringues du Québec (distribution, vente et récupération)*, Québec, Centre québécois de coordination sur le sida, 2000, 58 p.

Tableau 3.1e Composantes de programmes permettant aux toxicomanes de se procurer de la méthadone, selon les régions, au 31 décembre 1997, 1999 et 2001

Régions ¹	Nombre de médecins ² ayant prescrit de la méthadone			Nombre de pharmaciens propriétaires ayant facturé de la méthadone			Régions offrant un volet psychosocial			Nombre de bénéficiaires ³ ayant reçu de la méthadone		
	1997	1999	2001	1997	1999	2001	1998	1999	2001	1997	1999	2001
01	1	33	5	1	4	8	Non	n.s.p.	Non	2	8	5
02	1	44	5	0	3	6	n.s.p.	Non	Oui	3	7	8
03	10	199	20	4	13	21	Oui	Oui	Oui	16	120	146
04	2	44	7	2	8	23	Oui	Oui	Oui	9	58	92
05	3	88	12	5	16	13	Oui	Oui	Oui	22	31	38
06	73	1288	129	38	52	73	Oui	Oui	Non	660	1 038	1 231
07	0	33	4	2	3	10	Non	Non	n.a.	2	7	15
08	1	00	1	0	2	3	Non	Non	n.a.	1	2	4
09	1	00	2	1	5	3	n.s.p.	Non	n.a.	1	1	1
10	0	00	0	0	0	0	Non	Non	n.a.	0	0	0
11	0	22	0	0	3	4	Non	n.s.p.	n.s.p.	0	3	3
12	2	77	3	1	8	12	n.a.	Oui	Oui	3	18	25
13	4	88	14	8	6	6	Oui	Oui	Oui	50	86	102
14	5	122	12	7	11	19	Oui	Oui	Oui	35	56	73
15	10	200	14	7	27	27	Oui	Oui	Oui	51	113	90
16	4	266	36	13	42	59	Non	Oui	Oui	65	171	216
17	0	11	0	0	0	0	Non	Non	n.a.	0	1	0
18	0	00	1	0	0	0	Non	Non	n.a.	0	0	0
Indéterminée	9	155	16	0	0	2	0	0	0	14	28	11
Total	126	2 600	281	89	203	289	7	9	9	934	1 748	2 060

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Il s'agit des médecins, répartis par région selon l'adresse où ils pratiquent, qui ont prescrit de la méthadone aux personnes assurées au régime général d'assurance médicaments durant l'année. Ce ne sont pas nécessairement tous les médecins autorisés par Santé Canada à prescrire de la méthadone qui en prescrivent effectivement durant l'année.

3. Exclut les personnes détentrices d'une assurance privée.

Source : Les données proviennent de la RAMQ, août 2002, sur la base de la facturation des pharmaciens propriétaires pour les personnes assurées au régime général d'assurance médicaments.

3.2 Politique nationale de réduction des méfaits associés à la toxicomanie

Que, d'ici 2002, soit élaborée une politique nationale de réduction des méfaits associés à la toxicomanie.

Méthode

Définitions

Politique nationale

Document du gouvernement qui rallie les ministères intéressés, de près ou de loin, par la toxicomanie autour d'une vision commune de la réduction des méfaits et qui propose des orientations sur les actions à entreprendre, notamment en matière de prévention, de soins et de services en toxicomanie, conformément à l'approche de réduction des méfaits.

Réduction des méfaits

Approche visant à réduire les conséquences néfastes de l'usage de drogues pour l'individu, la famille, la communauté et la société plutôt qu'à en éliminer l'usage¹.

Indicateur

État d'avancement des travaux pour l'élaboration d'une politique nationale de réduction des méfaits.

Résultats

Ces dernières années, au ministère de la Santé et des Services sociaux, divers travaux relatifs à des orientations en matière de toxicomanie ont intégré des aspects relevant de l'approche de réduction des méfaits.

La Direction générale de la planification et de l'évaluation a rendu public, au dernier trimestre de 1998, un document intitulé *Plan d'action en toxicomanie, 1999-2001*. Ce document porte principalement sur les actions à entreprendre afin d'améliorer la qualité et la continuité des services aux personnes toxicomanes ainsi que l'accessibilité à ces services. Si, au chapitre de la promotion de la santé et de la prévention de la toxicomanie, le document témoigne d'une préoccupation relative à la réduction des méfaits, ses auteurs s'en remettent tout de même à un autre document dont la parution est prévue ultérieurement et qui porte sur la stratégie en promotion de la santé et en prévention.

Le Groupe de travail sur la prévention de la toxicomanie, conseiller auprès du sous-ministre adjoint à la Direction générale de la santé publique, a produit en août 1998 un document de consultation au sujet d'orientations et d'actions préventives en matière de substances psychotropes, tout en abordant la question de la réduction des méfaits liés à un usage inapproprié de ces substances, intitulé *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie : Orientations et stratégie*. Plutôt bien reçu par la plupart des

1. Définition tirée de P. BRISSON, *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*, Québec, Comité permanent de la lutte contre la toxicomanie, 1997, p. 8.

gens consultés, le document a donné lieu à une proposition finale d'orientations en prévention de la toxicomanie qui a été rendue publique à l'automne 2001. Si ce document aborde explicitement la question de la réduction des méfaits liés à un usage inapproprié de ces substances, il ne s'agit pas pour autant d'une politique nationale sur la réduction des méfaits. Compte tenu de l'évolution des mentalités sur le sujet, il faut y voir actuellement une réponse suffisante en attendant une éventuelle politique nationale.

Par ailleurs, dans le but de connaître davantage les perceptions de la population québécoise entourant cette question, un sondage téléphonique a été mené conjointement par la Direction générale de la santé publique et la Direction générale des services à la population, en partenariat avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), et réalisé par la firme BIP en février 2001. Ce projet visait à mesurer les attitudes de la population québécoise à l'égard des mesures de prévention destinées aux personnes toxicomanes et à trouver les solutions qui semblent les plus acceptables pour réduire les méfaits associés à la toxicomanie. Les résultats, publiés à l'automne 2002 par l'INSPQ, révèlent, dans l'ensemble, une vision relativement tolérante envers la toxicomanie ainsi qu'envers les toxicomanes et laissent supposer qu'une campagne de sensibilisation auprès de la population pourrait favoriser un plus large consensus en faveur de l'approche pragmatique de réduction des méfaits.

D'autre part, le Comité consultatif fédéral/provincial/territorial (FPT) Santé des populations a créé un comité de travail sur l'usage de drogues par injection regroupant des représentants de cinq comités FPT : Santé des populations, Sida, Drogue, Justice et Prisons. Ce comité de travail a produit un rapport intitulé *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*, qui a été remis aux ministres de la santé et discuté à l'occasion de leur rencontre FPT du 26 septembre 2001. Les ministres ont donné leur soutien à la poursuite des travaux. Ces travaux visent à établir les conditions permettant d'entreprendre un projet de recherche médicale sur des sites d'injection supervisés, incluant la définition des paramètres relatifs aux aspects légaux, et de poursuivre les consultations avec les décideurs afin de préciser toutes les facettes d'un tel projet.

Enfin, en septembre 2002, le MSSS a rendu public le *Cadre de référence pour l'élaboration d'un plan d'action national de lutte contre la toxicomanie*, surtitré *Agir ensemble*, dans lequel un des axes d'intervention prioritaires concerne la prévention des difficultés d'adaptation sociale, l'aggravation de la toxicomanie ainsi que les méfaits qui en découlent. Si l'approche de réduction des méfaits n'est pas au centre de ce cadre de référence, elle n'en est pas moins intégrée à travers différentes orientations.

Quoiqu'il n'existe pas encore une politique nationale de réduction des méfaits associés à la toxicomanie au sens strict, différentes actions sont entreprises pour que cette approche soit prise en compte dans la lutte contre la toxicomanie avec les difficultés que cela comporte. Il importe de poursuivre le travail de sensibilisation et de promotion de cette approche auprès des autres ministères intéressés afin de mettre en œuvre des actions concertées dans ce domaine.

3.3 Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse

Que, d'ici 1999, le programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse soit implanté dans toutes les régions du Québec.

Méthode

Définition

Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse

L'implantation du programme comprend des activités de formation et d'information auprès des professionnels intéressés (médecins, intervenants dans les CLSC, sages-femmes, infirmières).

Le programme vise à ce que les médecins (ou les infirmières dans certaines régions) qui suivent les femmes enceintes, ou celles qui désirent le devenir, informent ces femmes sur le VIH et la grossesse, sur le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, sur le test anti-VIH et sur le traitement pour diminuer le risque de la transmission de la mère à l'enfant.

Indicateurs

- Proportion des régions où l'on propose des activités de formation et d'information relatives au Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse ;
- proportion des médecins qui informent les femmes enceintes et celles qui désirent le devenir sur le VIH et la grossesse ;
- proportion des femmes enceintes qui subissent un test de dépistage du VIH.

Collecte des données

Depuis sa mise en vigueur en mai 1997, le Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse a fait l'objet successivement de diverses évaluations.

La première année, l'évaluation comprenait un bilan visant à vérifier dans quelle mesure des activités d'information et de formation relatives à la promotion du programme avaient été organisées dans les régions. Il a été jugé plus opportun par la suite de diriger l'évaluation vers la collecte d'autres types de données permettant de suivre de plus près le processus d'implantation du programme.

Une enquête postale¹ en deux temps – avant l'implantation du programme (1997) et dix-huit mois après (1999) – a été effectuée auprès de tous les membres de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec et de l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec pour déterminer les changements dans la pratique médicale en ce qui concerne le test prénatal anti-VIH. Cette enquête n'a pas été répétée.

1. C. POULIN et M. ALARY, *Medical Practice Regarding Prenatal HIV Testing 18 Months after the Launching of the Quebec Intervention Program on HIV Infection and Pregnancy*, présentation à l'occasion de la huitième Conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH/sida, 1999.

Des formulaires spécialement conçus pour la prescription du test anti-VIH aux femmes enceintes dans le cadre du Programme québécois d'intervention sur l'infection par le VIH auraient pu fournir des indications sur la proportion de femmes enceintes qui ont subi un test de dépistage du VIH ; mais les résultats obtenus laissent voir une sous-utilisation importante de ces formulaires par les médecins. Cette source de données s'est donc avérée trop partielle pour être maintenue.

Une étude pilote¹ a alors été effectuée, visant à déterminer la faisabilité et les coûts d'une recherche dans les dossiers hospitaliers des femmes ayant accouché, afin d'évaluer la proportion de femmes enceintes testées. Deux hôpitaux ont été sélectionnés pour l'étude : l'hôpital du Saint-Sacrement du CHA, à Québec, et l'hôpital Sainte-Justine du CHUM, à Montréal. L'opération est apparue plus complexe et plus coûteuse que prévu. Cette collecte de données a été interrompue.

Cependant, il a été jugé intéressant de poursuivre cette recherche à l'hôpital Sainte-Justine, qui est le centre où sont dirigées les femmes enceintes infectées par le VIH au Québec, afin d'évaluer la pratique médicale en matière de dépistage du VIH. Une revue des dossiers des femmes ayant accouché entre mars et mai de chacune des années 1998 à 2001² a été faite pour déterminer le pourcentage de femmes enceintes ayant passé le test anti-VIH. Il faut voir que peu de femmes refusent le test : en deçà de 1 %. Ainsi, la proportion de femmes testées donne une idée relativement juste de l'ampleur de l'offre qui est faite par les médecins du test anti-VIH dans un hôpital de soins tertiaires.

Enfin, dès la mise en œuvre du programme en 1997, le Centre maternel et infantile sur le sida (CMIS) de l'hôpital Sainte-Justine a collecté des données sur les femmes enceintes infectées par le VIH qui y ont été suivies, notamment sur le moment du dépistage du VIH en cours de grossesse, l'origine ethnique et les facteurs de risque.

Résultats

Dès la première année d'implantation du programme, un certain nombre d'activités de formation et d'information ont été organisées dans les régions, plus particulièrement pour les médecins qui participent aux soins prénataux (omnipraticiens et obstétriciens) et les pharmaciens. De plus, un soutien a été apporté à la communauté haïtienne pour des activités relatives à la connaissance de la problématique du VIH durant la grossesse.

Proportion des médecins qui informent les femmes enceintes

Par la suite, les résultats du sondage postal auprès des médecins ont révélé que, pour ceux qui ont répondu – soit 71 % –, la proportion de médecins qui disent offrir le test anti-VIH à toutes les femmes enceintes a augmenté de 50,8 % à 82,3 % après l'implantation du programme. Ces résultats donnaient à penser que l'offre universelle du test anti-VIH aux femmes enceintes était en voie d'être intégrée dans la pratique médicale.

1. C. POULIN, M. ALARY et J. SAMSON, *Évaluation du Programme québécois d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse – Étude-pilote*, rapport présenté au Centre québécois de coordination sur le sida, 2000.
2. M. BOUCHER, J. SAMSON et N. LAPOINTE, « HIV Screening among Pregnant Women in the Province of Quebec : Success and Failure », résultats présentés à la conférence annuelle de l'Association canadienne de recherche sur le VIH (ACRV), avril 2002.

Proportion des femmes enceintes qui subissent un test de dépistage du VIH

L'analyse des résultats obtenus à partir des formulaires spécialement conçus pour la prescription du test anti-VIH aux femmes enceintes, de juin 1997 à mars 1999, a montré que seulement 10 950¹ femmes enceintes ont subi un test de dépistage du VIH, ce qui représente moins de 10 % des femmes enceintes dans cette même période, alors qu'il y en aurait bien davantage qui auraient subi un test. Compte tenu de la sous-utilisation évidente du formulaire, les résultats nous fournissaient peu d'information sur la situation réelle.

Par ailleurs, la recherche effectuée dans les dossiers de deux centres hospitaliers – recherche qui concerne les femmes ayant accouché entre le 16 août et le 7 novembre 1998 à Québec et entre le 1^{er} mars et le 30 mai 1998 à Montréal – a révélé que 212 des 784 femmes qui ont eu leur enfant à l'hôpital du Saint-Sacrement avaient subi un test anti-VIH et que 527 des 1 011 femmes qui ont le leur à l'hôpital Sainte-Justine avaient subi ce même test. Au cours de leur grossesse ou dans l'année précédente, les proportions des femmes ayant passé le test étaient respectivement de 26 % et de 52 %.

L'étude longitudinale entreprise au CMIS de l'hôpital Sainte-Justine a consisté à dépouiller les dossiers, plus de 1 000 par année, des femmes qui ont accouché entre mars et mai, et ce, de 1998 à 2001, afin de déterminer la proportion des femmes qui ont passé le test anti-VIH durant la grossesse. Parmi les femmes suivies par les médecins de l'hôpital Sainte-Justine, respectivement 61 %, 57 %, 57 % et 62 % ont subi un tel test pour les années 1998 à 2001. Ces résultats indiquent que, même dans un centre de soins spécialisés où l'on peut considérer que la sensibilisation à la problématique du VIH durant la grossesse est plus grande, pas plus de 62 % des femmes enceintes ne subissent un test anti-VIH. On peut à bon droit se préoccuper de la pratique médicale à cet égard dans d'autres centres de soins moins touchés par cette problématique.

Enfin, il faut considérer le but ultime du programme, qui est de diminuer la transmission du VIH de la mère à l'enfant en offrant à toutes les femmes enceintes de l'information sur l'infection par le VIH et la grossesse en même temps que la possibilité de passer le test de dépistage sur une base volontaire. Les données sur les 277 femmes infectées par le VIH suivies par le CMIS de l'hôpital Sainte-Justine de juillet 1997 à 2002 donnent à voir que 50,5 % de ces femmes connaissaient leur statut avant la grossesse, 41,5 % l'ont appris durant la grossesse et 7,9 %, après la grossesse, ce dernier chiffre correspondant à 22 femmes. Ces 22 femmes n'ont pas pu bénéficier du traitement préventif et 9 enfants sont nés infectés par le VIH.

Discussion

Il est intéressant de mettre côte à côte les résultats des différentes évaluations. Quoique chacune ait ses limites, toutes nous informent d'une quelconque façon sur l'implantation du Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse. On sait que, selon les directives actuelles, l'offre du test anti-VIH devrait être faite par le médecin à toutes les femmes enceintes. Or, l'enquête postale en deux temps fait état d'une proportion appréciable de médecins qui disent avoir adopté cette pratique, d'autant plus après l'implantation du programme. Même si on peut croire que ce sont surtout les médecins sensibilisés à l'importance du programme qui se sont donné la peine de répondre aux questionnaires, il n'en demeure pas moins qu'on observe une plus grande proportion d'entre eux, de l'ordre de 83 %, qui disent offrir le test après l'implantation du programme.

1. C. POULIN, données transmises au Centre québécois de coordination sur le sida, 1999.

Quoiqu'on puisse croire que le phénomène de désirabilité sociale agisse sans doute dans les réponses données, on peut se demander tout de même dans quelle mesure les médecins garderont cette pratique si aucun rappel n'est fait pour l'encourager.

Cependant, les recherches subséquentes en centre hospitalier dans les dossiers des femmes qui ont accouché, surtout dans le cas de l'hôpital du Saint-Sacrement, viennent atténuer cet apparent succès. Bon nombre de femmes enceintes ne passent pas le test anti-VIH, malgré la mise en place du programme.

Par ailleurs, l'étude longitudinale menée au Centre maternel et infantile sur le sida de l'hôpital Sainte-Justine indique une pratique de l'offre du test plus répandue, quoique toujours en deçà des objectifs. Le pourcentage de femmes qui passent un test anti-VIH semble plafonner, ce qui demeure préoccupant. Mais ce qui est plus alarmant encore, c'est que, de manière générale, le test n'a pas été offert à certaines femmes et que des femmes enceintes infectées par le VIH n'ont pas eu accès aux traitements. Il s'est trouvé neuf enfants infectés par le VIH alors qu'il était possible sans doute d'éviter cette situation.

Conclusion

Il faut se rappeler que, dès la mise en vigueur du programme de dépistage du VIH durant la grossesse, tous les médecins du Québec en cause dans le suivi des femmes enceintes ou de celles qui désirent le devenir ont reçu une trousse d'information, accompagnée d'une lettre d'appui du Collège des médecins du Québec, leur indiquant les modalités de ce nouveau programme. Que ces femmes présentent ou non des facteurs d'infection par le VIH, il était recommandé de leur offrir le test anti-VIH. En outre, différentes activités de formation sur le sujet ont été organisées dans les régions pour orienter la pratique médicale en ce sens.

Si le sondage auprès des médecins révèle qu'une forte proportion (82,3 %) d'entre eux disent informer les femmes enceintes depuis la mise en vigueur du programme, l'étude pilote effectuée dans les dossiers des femmes ayant accouché fait voir que moins de la moitié de ces dernières ont subi le test. De même, l'étude longitudinale menée à Sainte-Justine montre que l'offre du test plafonne à environ 60 % des femmes enceintes. Non seulement le programme n'a pas encore atteint le degré optimal d'implantation, mais il y a eu des ratés dans le dépistage des femmes enceintes infectées, avec des conséquences lourdes.

Il est apparu incontournable de revoir les stratégies qui sous-tendent le programme afin d'en améliorer l'efficacité. Un comité *ad hoc* sur le dépistage du VIH durant la grossesse a été créé et a reçu le mandat de revoir la politique actuelle relative à l'offre universelle du test anti-VIH aux femmes enceintes. Essentiellement, c'est une approche systématique qui a été retenue¹ par le comité. Ainsi, le test du VIH serait inclus dans le bilan prénatal (comme le test pour l'hépatite B), accompagné d'un counseling court et de qualité. Contrairement à l'approche qui prévaut actuellement de demander si la femme veut passer le test, le médecin devrait s'enquérir des objections que la femme pourrait avoir à le passer. Des activités réalisées conjointement par le MSSS et ses partenaires dans ce dossier (Collège des médecins du Québec, associations professionnelles) viseront à intégrer cette nouvelle pratique dans les soins prénataux de base.

1. MSSS, D. AUGER et J. SAMSON, *Avis du Comité ad hoc sur le dépistage du VIH durant la grossesse*, rapport remis au directeur de la protection de la santé publique, Direction générale de la santé publique, janvier 2003, 27 p.

3.4 Données fiables sur l'infection par le VIH, sur les MADO et sur les ITS

Que, d'ici 1999, le Québec et toutes ses régions disposent de données fiables sur l'infection par le VIH, sur les MADO, sur les ITS virales et sur les complications liées aux ITS (données sur l'incidence et la prévalence).

Méthode

Définition

Si l'on veut disposer de données fiables, on doit recourir à différentes mesures selon le type d'infection en cause, l'information déjà connue, les problèmes particuliers dans la collecte d'information et le degré d'avancement du dossier.

Indicateur

État d'avancement des travaux en vue d'améliorer la qualité des données selon les différents dossiers.

Résultats

L'infection par le VIH fait référence au stade précoce de la maladie, avant l'apparition du sida. Au Québec, jusqu'à tout récemment, seul le sida avait la particularité d'être à déclaration obligatoire. Ces données sur les cas de sida présentent de sérieuses limites à refléter la situation actuelle de l'infection par le VIH puisque plus de dix ans peuvent s'écouler entre le moment de l'acquisition du VIH et l'apparition de conditions indicatrices du sida.

Après plusieurs années de travail, l'infection par le VIH est devenue à déclaration obligatoire par les laboratoires et les médecins en avril 2002. Il faut préciser que, dans le cas de l'infection par le VIH, contrairement aux maladies à déclaration obligatoire (MADO), les données sont compilées de manière anonyme de sorte qu'il est impossible d'identifier les personnes atteintes. Le système est maintenant en activité ; un nombre limité de personnes désignées par le Ministère effectue la surveillance. Il est prévu de rendre public un premier rapport d'analyse en décembre 2003. Ces données anonymes permettront d'ici quelque temps de mieux suivre l'évolution de l'infection par le VIH, d'adapter les soins et les services offerts aux personnes atteintes et d'orienter plus précisément les actions relatives à la prévention.

Les ITS à déclaration obligatoire comprennent les infections à *Chlamydia trachomatis*, l'hépatite B, l'herpès néonatal, les infections gonococciques, la syphilis (incluant la syphilis congénitale), le chancre mou, la lymphogranulomatose vénérienne et le granulome inguinal. L'entrée en vigueur de la Loi sur la santé publique est venue uniformiser la déclaration de ces ITS en rendant nominale l'infection gonococcique et la syphilis, ce qui devrait conférer plus de valeur aux données et permettre tant de poursuivre que d'intensifier les activités de vigie sanitaire des infections gonococciques et de la syphilis infectieuse, dont l'incidence augmente.

La surveillance de certaines ITS doit être complétée par la collecte d'information supplémentaire permettant de mieux orienter l'intervention. Les efforts se poursuivent afin de généraliser l'utilisation d'un questionnaire standardisé pour les enquêtes épidémiologiques, particulièrement dans les cas de déclaration d'infections gonococciques et de syphilis. L'analyse des renseignements obtenus concernant les facteurs de risque et certaines données cliniques est utile pour orienter les actions préventives puisqu'elle permet de connaître les principales caractéristiques des populations touchées et les besoins relatifs à la formation des professionnels de la santé quant au traitement approprié des personnes infectées. De plus, la réalisation d'enquêtes épidémiologiques permet de confirmer et de préciser le diagnostic, particulièrement pour la syphilis.

Les ITS virales, soit l'herpès génital (VHS) et l'infection par le virus du papillome humain (VPH), figurent parmi les ITS les plus fréquentes mais ne sont pas à déclaration obligatoire. Il n'existe pas de définition de cas suffisamment sensible et précise qui pourrait en permettre une surveillance épidémiologique. Une meilleure connaissance de la question s'impose, tant du point de vue épidémiologique que du point de vue clinique. Une recension des écrits sur ces infections a été effectuée par l'Institut national de santé publique du Québec. Le rapport sur l'infection par le VPH a été déposé et celui sur l'herpès génital est en voie de l'être. Des recommandations ont été formulées sur des orientations concernant l'intervention de la santé publique en prévention des ITS virales, incluant les activités de surveillance nécessaires.

Les complications liées aux ITS, notamment en ce qui a trait aux grossesses ectopiques et aux salpingites, sont maintenant plus difficiles à surveiller, étant donné les changements dans les pratiques hospitalières et l'apparition de nouveaux traitements ambulatoires. L'analyse du fichier Med-Écho ne suffit pas à fournir un portrait juste de la situation. Il y a lieu de se pencher sur ces questions afin de trouver d'autres sources de données qui pourraient remplacer ou compléter les données de ce fichier.

PRIORITÉ 4

*LE DÉPISTAGE
DU CANCER DU SEIN*



Faits saillants

Les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* ont fixé quatre résultats attendus quant au dépistage du cancer du sein. Ils se rapportent à l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), au taux de participation de la population cible, au taux de cancers détectés et à la diminution du taux de mortalité due au cancer du sein chez les femmes de 55 à 74 ans.

Depuis mai 1998, date de sa mise en œuvre jusqu'au 31 mars 2002, le PQDCS a été implanté dans quinze régions sur dix-huit, soit dans neuf régions en 1998, dans quatre régions en 1999 et dans deux régions en 2001. Dans la région de la Côte-Nord (09), on prévoyait commencer les activités de dépistage dans le cadre du programme à l'automne 2002 tandis que dans les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, où il y a aucun appareil de mammographie dans les établissements, on utilisera les services itinérants de mammographie qui sont opérationnels depuis le début de 2002.

En mars 2002, les informations provenant des régions permettent de recenser 74 centres de dépistage (CDD) en activité. De ce nombre, 38 sont privés et 36 sont publics, nombre auquel il faut ajouter les deux unités itinérantes gérées par l'Institut national de santé publique du Québec. Quant aux centres de référence en investigation désignés (CRID), reconnus opérationnels par les régions, 35 sont en activité, soit 1 centre privé et 34 centres publics. Plusieurs de ces centres effectuaient déjà des mammographies avant le programme, mais ils ont dû se qualifier selon des exigences de qualité rehaussées et très souvent à même leurs propres ressources. C'est donc tout un réseau qui a été structuré aux seules fins de l'application du PQDCS.

Malgré des débuts marqués par les difficultés liées au contexte de la transformation du réseau et des restrictions budgétaires ainsi qu'au système d'information et à l'ajustement nécessaire des centres pour assurer le contrôle de la qualité, la population de l'ensemble des régions bénéficie, depuis la fin de 2002, du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Il s'agit là d'un succès important.

Les travaux d'évaluation du PQDCS ont permis d'établir que le taux de participation moyen se situe à 43,4 % au 31 décembre 2001, avec des variations s'étalant de 25,6 % à 65,3 % selon les régions. Quant aux premiers résultats sur les taux de détection, ils portent sur les années 1999 et 2000. Les effets du programme sur le taux de mortalité attribuable au cancer du sein chez les femmes de 55 à 74 ans ne peuvent toutefois pas encore être mesurés.

L'objectif relatif à l'implantation du PQDCS étant à toutes fins utiles atteint, les efforts viseront de plus en plus l'assurance de la qualité pour tous les aspects du programme, tel que cela est précisé dans le Programme national de santé publique.

4.1 Implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Que, d'ici la fin de l'année 1997, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) ait été implanté dans toutes les régions du Québec.

Méthode

Définition

Pour les besoins de la présente évaluation, l'implantation du PQDCS fait référence à la transmission, par la Régie de l'assurance maladie du Québec aux radiologistes de la région, de la date d'entrée en vigueur du nouveau code de l'acte « mammographie de dépistage » et à la mise en place des structures de base du programme, à savoir :

- la nomination d'un coordonnateur administratif et d'un responsable médical de la coordination des services dans la région ;
- la désignation d'un centre de dépistage et d'un centre de référence pour investigation ;
- la formation du personnel ;
- l'utilisation du système d'information.

Le résultat de l'implantation ayant été atteint depuis plus de deux ans dans plusieurs régions, des informations supplémentaires sur le degré d'actualisation du PQDCS ont été recueillies afin de mieux traduire l'évolution de ce programme dans la majorité des régions.

Indicateur

Proportion des régions où est implanté le PQDCS.

Collecte des données

Pour la dernière année, la collecte générale de l'information a été effectuée le 31 mars 2002 alors que les renseignements relatifs au temps d'attente pour obtenir un rendez-vous ont été recueillis le 1^{er} février 2002. De plus, les informations sur l'organisation des services relatifs aux centres en activité dans les régions sont telles qu'elles ont été fournies par les personnes autorisées, contrairement aux années antérieures où elles étaient confrontées à celles du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Résultats

En 2001-2002, le PQDCS a été implanté dans deux régions supplémentaires, soit dans le Bas-St-Laurent et le Saguenay–Lac-Saint-Jean. Les unités itinérantes, gérées par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), ont commencé leurs activités de dépistage au début de 2002 sous forme de projet pilote jusqu'en 2003. Dans la région de la Côte-Nord, on offre le PQDCS depuis l'automne 2002 tandis que, dans les régions du Nunavik (17) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18), on utilise les unités itinérantes.

Par ailleurs, la formation des intervenants à partir des modules prévus au programme est presque terminée dans les régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay–Lac-Saint-Jean et de la Côte-Nord. Pour le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James, la formation n'est pas commencée puisqu'ils utiliseront les services itinérants.

Dans l'ensemble des régions, on prête une attention particulière au maintien de la qualité des services dans les centres en s'assurant de satisfaire aux critères de certification. Selon les données fournies par les personnes autorisées, il existe, au 31 mars 2002, 38 centres de dépistage désignés (CDD) privés et 36 CDD publics, auxquels s'ajoutent les deux unités itinérantes gérées par l'INSPQ. Il existe également 35 centres de référence pour investigation désignées (CRID). Les variations observées d'une année à l'autre dans les nombres de centres découlent à la fois des difficultés de certains centres à conserver leur certification et des modifications apportées à l'organisation des services dans certaines régions.

Les indicateurs établis initialement pour mesurer l'implantation du PQDCS fournissaient une image statique de la situation alors qu'une fois l'implantation faite, des variables différentes sont nécessaires pour mieux illustrer cette situation. Ainsi, un tableau comprenant des informations supplémentaires a été ajouté afin de mieux rendre compte des activités dans les régions où le programme est implanté depuis un certain temps (cf. tableau 4.1b). Ces informations, relatives à la taille de la population, à l'invitation des femmes admissibles et au temps d'attente pour obtenir un rendez-vous – mesuré en jours ouvrables – dans les différents centres, ont été fournies par les personnes autorisées.

La taille de la population cible au 25 novembre 2001 est de 825 105 femmes. Dans huit régions sur treize où le programme est implanté depuis plus de deux ans, le processus d'invitation des femmes admissibles est terminé. Sauf dans les régions de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, on rappelle les femmes tous les deux ans.

De façon générale, dans la majorité des CDD – soit 48 centres sur 74 –, le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous est de moins de 30 jours¹ tandis que, dans 23 des 35 CRID, il est possible d'avoir un rendez-vous pour des examens complémentaires en moins de 12 jours².

Discussion

À l'annonce de l'implantation du PQDCS, on souhaitait que ce programme soit mis en place dans toutes les régions avant la fin de 1997. Toutefois, plusieurs contraintes, telles que la transformation du réseau, les restrictions budgétaires, les difficultés liées au système d'information, de même que les ajustements nécessaires pour assurer le contrôle de la qualité dans les centres et, bien entendu, l'ampleur du programme, se sont rapidement manifestées et ont entraîné un délai.

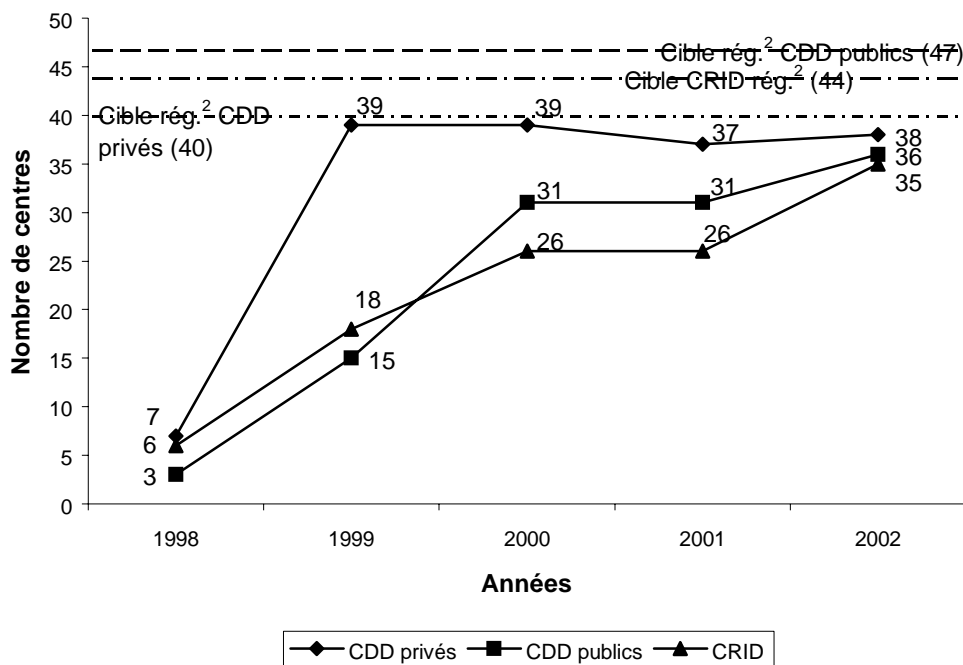
Dans douze régions, on a procédé à la nomination des coordonnateurs administratifs et médicaux dès le début de 1998. Ces coordonnateurs, considérés comme un élément

1. La norme fixée dans le cadre de référence est que 85 % des femmes n'attendent pas plus de 30 jours ouvrables entre le moment où elles prennent rendez-vous pour la mammographie de dépistage et le rendez-vous lui-même.
2. La norme fixée dans le cadre de référence est que 90 % des femmes ayant passé un test de dépistage et dont le médecin traitant a été joint obtiennent un rendez-vous pour des examens complémentaires à l'intérieur des 12 jours ouvrables suivant la date de la mammographie.

essentiel à l'implantation du PQDCS, ont la responsabilité d'assurer la mise en place du programme dans la région, d'en coordonner les activités et d'en faire la promotion.

Le PQDCS a finalement été lancé en mai 1998 ; la progression de son implantation a été constante depuis. Au 31 mai 1998, trois régions offraient le PQDCS et le système d'information (SI) y était mis en place ; elles ont été suivies par six autres régions au 31 mars 1999 et par quatre régions encore à la même date en 2000, pour un total de treize régions. Après un certain ralentissement dans l'implantation, deux autres régions s'ajoutaient à la fin de 2001. Les unités itinérantes, utilisées depuis le début de 2002, permettent d'offrir le programme aux femmes, peu nombreuses, des régions non accessibles par route ou très éloignées. La dernière région, celle de la Côte-Nord, s'est ajoutée à la fin de 2002. Il aura donc fallu quatre ans et demi pour compléter l'implantation du PQDCS.

Graphique 4.1.1 Évolution du nombre de centres désignés, de 1998 à 2002¹



1. Les nombres cibles pour chaque type de centre ont légèrement varié d'une année à l'autre ; ceux qui sont donnés ici correspondent aux plus récentes prévisions.
2. Il s'agit de cibles approximatives, les valeurs prévues pour chacune des années présentant de légères variations.

L'entrée en activité des CDD a été rapide : dès 1999, presque tous les centres étaient désignés. L'implantation des CDD publics a été progressive ; 62 % des centres publics étaient désignés en 2000, la proportion atteignant 72 % en 2002. Les CRID sont généralement des centres publics ; en 2002, 81 % de ces centres étaient désignés. En mars 2002, il existe au moins un CDD dans toutes les régions, à l'exception des régions de la Côte-Nord, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James où les femmes pourront compter sur des services de mammographie itinérants. Parmi les quinze régions où un CDD était en activité en mars 2002, on n'en compte que deux, le Nord-du-Québec et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, où il n'existe pas de CRID.

Les formations élaborées pour le PQDCS favorisent le partage des connaissances et l'application uniforme du programme. Elles sont terminées depuis 1998, ou en voie de l'être, dans presque toutes les régions, si ce n'est des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Actuellement, on procède à la formation des nouveaux membres du personnel et à la formation continue. Toutefois, des besoins se font sentir en ce qui concerne des sujets différents de ceux qui ont été prévus initialement ; la formation des bénévoles en est un exemple.

Le Système d'information du PQDCS est mis en place dans 17 régions sur 18. Les difficultés survenues au départ sont maintenant aplanies. Cependant, des travaux sont en cours afin de déterminer les moyens d'en améliorer les fonctionnalités les moins satisfaisantes.

Selon les informations obtenues, la taille de la population visée augmente d'environ 20 000 femmes par année depuis 1999. On constate ici l'influence du *baby-boom*, qui se répercute sur le nombre d'invitations et de mammographies à effectuer, dans un contexte où l'organisation des services est affectée par une pénurie grandissante de technologues en radiologie et aussi de radiologistes, selon les régions. À certains endroits, ces deux contraintes ralentissent le processus d'invitation des femmes et ont aussi un effet sur le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous, ce qui ne permet pas de respecter les normes fixées dans le cadre de référence.

Conclusion

Quatre ans et demi après son lancement, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein est implanté presque partout et il est accessible à presque toutes les femmes de 50 à 69 ans du Québec. De plus, le nombre de CDD et de CRID a atteint une certaine stabilité.

Malgré le délai et les nombreuses difficultés éprouvées, le programme fait aujourd'hui foi d'une grande vitalité. La volonté et le dynamisme de tous les intervenants, à tous les paliers, ont fait du PQDCS un modèle cité en exemple, qui affiche des résultats enviables sous de nombreux aspects.

L'objectif relatif à l'implantation étant presque atteint, les efforts viseront de plus en plus l'assurance de la qualité du PQDCS. Dans certaines régions, on a commencé à se doter de mécanismes favorisant les échanges entre les intervenants. Le recours à une approche telle que l'interdisciplinarité pour les examens complémentaires contribuera entre autres à la participation des intervenants vers l'atteinte du nouveau but fixé dans le Programme national de santé publique.

Tableau 4.1a Implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein – Situation au 31 mars 2002 dans les régions où le programme a été implanté en 2001-2002 et dans celles où il n'est pas encore offert

Régions ¹	Code d'acte en vigueur		Nombre de désignations effectives/prévues				Formation par modules ²					Installation du SI ³	Commentaires
			Centres de dépistage		Centres d'investigation		Terminée (T) En cours (C)		Non commencée (N) Ne sais pas (N.S.P.)				
	O/N	Prévu	Privés	Publics	Privés	Publics	1	2A	2B	3	Trousse		
01	O		2/4		2/2		T	T	T	C	T	O	Formation du module 3 : Le CH d'Amqui n'étant pas accrédité, le personnel n'a pas reçu la formation pour ce volet. Elle sera donnée aussitôt que le centre recevra son accréditation. Formation des médecins de première ligne : elle a été offerte à tous les médecins du Bas-Saint-Laurent, sauf ceux de Matane et d'Amqui qui devraient la recevoir avant l'implantation prévue du programme au cours des prochains mois.
02	O						T	N	N	T	T	O	Formation du module 2 (approche à privilégier) : elle sera terminée à la fin de septembre 2002.
09	N	Automne 2002					T	T	T	T	C	N	Le service itinérant de mammographie offert dans le cadre du PQDCS a été utilisé en Côte-Nord. En janvier 2002, l'unité portative (SOPHIE) a été installée au CS de la Basse-Côte-Nord et a servi à quelque 88 % de la population visée par le programme et vivant dans les villages isolés de Vieux-Fort, de Rivière Saint-Paul, de Middle Bay, de Lourdes-de-Blanc-Sablon et de Blanc-Sablon.
17	N						N	N	N	N	N	N	Il n'y a pas de date d'implantation du PQDCS prévue au Nunavik puisque les services itinérants de mammographie y seront utilisés.
18	N						N	N	N	N	N	N	Module 2 : N.S.P. On ne prévoit aucune date d'implantation du PQDCS dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James puisque les services itinérants de mammographie y seront utilisés.

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. La formation comprend cinq modules : information sur le PQDCS (1) ; sensibilisation à l'approche à privilégier à l'endroit des femmes visées par le PQDCS pour le personnel d'accueil en CDD (2A) et pour les technologues en radiologie (2B) ; application du système d'information au niveau régional (3) et formation des médecins de première ligne (trousse).

3. SI : système d'information.

Tableau 4.1b Actualisation du PQDCS selon les exigences de qualité établies dans le cadre de référence – Situation au 31 mars 2002 dans l'ensemble des régions et commentaires

Régions ¹	Date de l'implantation	Organisation des services				Taille de la population cible au 25 novembre 2001	Invitation des femmes admissibles		Temps d'attente pour obtenir un rendez-vous (jours ouvrables)			
		CDD en activité ²		CRID en activité ²			Envoi des lettres		Nombre de CDD		Nombre de CRID	
	Privés	Publics	Privés	Publics	Invitation Terminée	Rappel commencé	< 30 jrs	> 30 jrs	< 12 jrs	> 12 jrs		
					O/N	O/N						
01	2001-11-19		2		2	23 474	N	O	2		2	
02	2001-11-01	1	5		1 CRID + réseau d'investigation (voir les commentaires)	31 401	N	O	1	5		
03	1998-05-13	4	2		1	78 638	N	O	5	2		1
04	1998-10-26	1	3		4	56 474	O	O	2	2	4	
05	1998-05-25	2	1		1	32 872	O	O	3			1
06	1998-10-13	14			5	205 949	O	O	14		4	1
07	1998-09-01		3		2	32 753	O	O	2		2	
08	1999-06-02		5		5	14 662	O	O		5	2	3
09						10 183	N	O				
10	1999-11-29		1			1 432	N	O	1			
11	1999-10-11		5			11 903	N	N		5		
12	1998-05-19	1	3		4	42 592	O	O	3	1	4	
13	1998-09-14	2			1	39 777	O	O	1	1		1
14	1998-10-20	2	1	1	1	42 482	N	O	2	1	2	
15	1999-05-01	1	2		1	50 571	N	O	1	2		1
16	1998-09-15	10	3		6	147 536	O	O	11	2	3	3
17						442	N	N				
18						659	N	N				
TOTAL		38	36	1	34	825 105³	N	N	48		23	

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Nombre de centres en activité tel qu'il a été fourni par les personnes autorisées.

3. Incluant 1 308 femmes dont on ne connaît pas la région d'appartenance.

Commentaires

Régions	
01	<p>Envoi des lettres : Les lettres de rappel sont envoyées depuis février 1999. Par contre, l'envoi des lettres d'invitation à participer au programme n'a pas encore été fait, compte tenu de l'implantation récente du programme.</p> <p>Temps d'attente pour obtenir un rendez-vous : Actuellement, les temps d'attente recommandés dans le PQDCS pour les examens radiologiques de dépistage sont respectés.</p> <p>Mécanismes régionaux relatifs à l'assurance de la qualité : Dans le Bas-Saint-Laurent, les premiers centres de dépistage ont commencé leurs activités le 19 novembre 2001 dans le cadre du PQDCS. Le processus d'évaluation devrait donc s'amorcer au cours des prochains mois.</p>
02	<p>Envoi des lettres : Les quelques participantes qui habitent au Saguenay–Lac-Saint-Jean mais qui ont passé une mammographie dans une autre région reçoivent leur lettre de rappel au moment opportun.</p> <p>Temps d'attente pour obtenir un rendez-vous : Le programme est en place depuis trop peu de temps (un peu plus de quatre mois seulement) pour que l'on ait recueilli des données représentatives, d'autant plus que les premières femmes inscrites au programme avaient déjà une ordonnance et un rendez-vous pour une mammographie. Avant la mise en place du programme, les temps d'attente étaient déjà longs. Ils varient actuellement entre moins de 30 jours et 6 mois, selon les centres, pour différentes raisons – entre autres parce que les radiologistes et les technologues sont en nombre insuffisant ou risquent de le devenir.</p> <p>Mécanismes régionaux relatifs à l'assurance de la qualité : À mettre en place.</p> <p>Autres commentaires ou difficultés éprouvées : En ce qui concerne l'organisation des services, les 5 CDD publics font de l'investigation et sont organisés en un réseau chapeauté par l'un d'eux, également désigné CRID.</p>
03	<p>Envoi des lettres : L'envoi des lettres n'est pas terminé puisque certains CDD ont commencé les activités du programme plus tard que les autres.</p> <p>Temps d'attente pour obtenir un rendez-vous : Autodéclaration par les CDD et le CRID le 1^{er} février 2002. L'un des CDD publics a deux points de services : le temps d'attente est inférieur à 30 jours dans l'un, tandis qu'il est supérieur à 30 jours dans l'autre. Les résultats de ces deux points de services sont comptabilisés séparément à cette question.</p> <p>Mécanismes régionaux relatifs à l'assurance de la qualité : Outre les activités visant le contrôle de la qualité des équipements qui sont obligatoires dans le cadre du programme, des données personnalisées ont été produites et acheminées aux radiologistes, ce qui leur permet d'analyser leur pratique. La mise en place d'un comité d'assurance de la qualité est prévue pour l'automne 2002.</p>
04	<p>Envoi des lettres : Une deuxième relance est prévue auprès des femmes qui ont été invitées à participer au programme et qui ont reçu une première lettre de relance mais qui n'ont jamais répondu.</p> <p>Temps d'attente pour obtenir un rendez-vous : La pénurie de radiologistes touche surtout le CHRTR (Trois-Rivières), l'Hôpital Sainte-Croix (Drummondville) et le Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice (La Tuque).</p> <p>Autres commentaires ou difficultés éprouvées : Certaines fonctions du SI n'ayant pas été corrigées, le rappel des femmes ne peut se faire adéquatement dans le cadre du programme.</p>
05	<p>Envoi des lettres : Les envois sont modulés en fonction des MRC et des périodes de l'année, et ce, afin de faciliter les déplacements et de réduire la barrière géographique.</p> <p>Temps d'attente pour obtenir un rendez-vous : En ce qui concerne l'investigation, le temps d'attente est normal pour les tests radiologiques et pour les échographies effectués dans les deux CDD privés. Dans le cas du CRID, la principale raison donnée par le centre pour expliquer les retards est le nombre insuffisant de radiologistes. Des mesures correctrices sont étudiées et la situation devrait redevenir normale dans les prochaines semaines. Le Centre de coordination des services régionaux (CCSR) et la régie régionale suivent de près la situation.</p> <p>Mécanismes régionaux relatifs à l'assurance de la qualité : Au regard de l'assurance de la qualité, la Direction de la santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, en collaboration avec la Direction adjointe des services professionnels du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, a formé le Comité régional d'assurance qualité du PQDCS. Ce comité a été officiellement constitué le 27 novembre 2000. Par ses activités et ses recommandations, ce comité sert de pierre angulaire non seulement à l'instauration et au maintien du programme d'assurance de la qualité, mais également à la consolidation organisationnelle des services liés au dépistage, à l'harmonisation des pratiques, à l'uniformisation des étapes à suivre pour les femmes qui ont passé un test de dépistage ainsi qu'à la systématisation de l'information. De surcroît, l'arrimage du PQDCS au Programme québécois de lutte contre le cancer devrait être facilité par l'existence d'un tel comité. Autres comités du CHUS : Dans le cadre de l'amélioration de l'acte médical, exigée par le CMDP de l'institution, chacun des chefs des départements et des services engagés dans le dépistage du cancer doit s'assurer de réviser la qualité des actes selon la Loi sur les services de santé et des services sociaux et selon les règles édictées par le Comité central de l'évaluation (étude de dossiers, étude de problématiques par critères explicites, évaluation par indicateurs de gestion clinique). En plus des comités d'évaluation départementaux, il existe un comité d'oncologie dont la composition est transdépartementale. Ce dernier pose un regard plus global sur les problèmes touchant divers aspects cliniques de l'oncologie.</p>
08	<p>Envoi des lettres : Compte tenu du long temps d'attente pour obtenir un rendez-vous, il arrive fréquemment qu'une lettre de relance soit envoyée alors que la femme a déjà pris un rendez-vous, ce qui crée de la confusion.</p> <p>Temps d'attente pour obtenir un rendez-vous : Pénurie de ressources humaines (technologues et radiologistes).</p> <p>Mécanismes régionaux relatifs à l'assurance de la qualité : À venir.</p> <p>Autres commentaires ou difficultés éprouvées : Difficulté d'assurer un suivi rapide pour les femmes ayant besoin d'examen complémentaires, compte tenu de la pénurie de ressources humaines.</p>

09	Début des activités prévu à l'automne 2002, de même que l'envoi des lettres. Toutefois, les femmes qui habitent sur la Côte-Nord et qui ont passé une mammographie de dépistage dans une autre région reçoivent leur lettre de rappel au moment déterminé par le SI-PQDCS.
10	Envoi des lettres : La disponibilité des services de l'unité mobile permettra d'inviter les femmes de Lebel-sur-Quévillon, de Matagami et de Radisson à participer au programme. Cependant, les femmes de ces localités qui ont passé une mammographie de dépistage demandée par leur médecin ont reçu une lettre de rappel après deux ans. La plupart des femmes de Chapais, de Chibougamau, de Villebois et de Valcanton ont reçu une lettre d'invitation et certaines ont également reçu une lettre de rappel.
11	Envoi des lettres : Se fera incessamment. Temps d'attente pour obtenir un rendez-vous : En voie d'amélioration. Mécanismes régionaux relatifs à l'assurance de la qualité : Programme de subventions à cet effet. Autres commentaires ou difficultés éprouvées : Taux de référence très élevé.
12	Temps d'attente pour obtenir un rendez-vous : Les retards dépendent en partie de la disponibilité des femmes et en partie du manque de personnel pour effectuer des examens complémentaires. Mécanismes régionaux relatifs à l'assurance de la qualité : Les activités ont commencé en partie en juin 2001, mais il manque encore des données statistiques – notamment sur les examens diagnostiques complémentaires.
13	Envoi des lettres : Ajustement dans l'envoi des lettres selon la période de l'année et les difficultés des CDD. Temps d'attente pour obtenir un rendez-vous : Retard de plus en plus important dans les CDD à cause de la pénurie de technologues et des pressions exercées par les régions limitrophes dont les difficultés sont encore plus grandes. Il est presque impossible de respecter la norme de 12 jours ouvrables entre la mammographie de dépistage et l'investigation en CRID, et ce, depuis l'implantation du programme, car c'est le temps qu'il faut compter généralement pour obtenir un rendez-vous avec le médecin traitant. Il serait plus réaliste de prévoir autour de 15 à 25 jours ouvrables en période de grande activité et même un peu plus en période estivale ou pendant le congé des fêtes de fin d'année. Mécanismes régionaux relatifs à l'assurance de la qualité : Le comité de révision de cas formé depuis l'implantation du programme regroupe chirurgiens, pathologistes et radiologistes du CRID et des CDD ; il tient quatre rencontres par année. Autres commentaires ou difficultés éprouvées : Difficulté majeure dans l'obtention des données relatives d'investigation pour les besoins de l'évaluation.
14	Envoi des lettres : La capacité des ressources à atteindre les objectifs étant très insuffisante, l'envoi des lettres d'invitation à participer au programme n'est pas optimal et se fait selon les listes d'attente des centres. Les lettres de rappel peuvent aussi être envoyées en retard. Temps d'attente pour obtenir un rendez-vous : Variable selon les disponibilités, souvent insuffisantes, des radiologistes et des technologues. Mécanismes régionaux relatifs à l'assurance de la qualité : Jamais mis en application de façon formelle dans les centres étant donné la situation financière précaire des deux CRID, les activités devraient cependant commencer au cours de la prochaine année. Autres commentaires ou difficultés éprouvées : La région de Lanaudière est sous-financée sous plusieurs aspects. Pour le PQDCS, les services offerts sont aussi très insuffisants. Les ressources actuelles, financières et humaines – radiologistes et technologues –, ne permettent pas d'atteindre les objectifs relatifs à la participation. La clinique privée est CRID en collaboration avec un CH public, la clinique possédant le mammographe.
15	Envoi des lettres : Les femmes qui n'ont pas encore été invitées à participer au programme le seront dans les prochaines semaines. Temps d'attente pour obtenir un rendez-vous : La région fait face à une pénurie de technologues et de radiologistes en mammographie qui s'aggrave. Une bonne partie des retards est due à ce manque de personnel. Dans un des CDD, le temps d'attente pour le dépistage est de quatre mois et il n'y a pas les ressources humaines nécessaires pour mettre en place les mesures qui permettraient de réduire ce temps de façon significative. Mécanismes régionaux relatifs à l'assurance de la qualité : La validation des données régionales exige beaucoup d'heures de travail, qui pourraient être consacrées à l'organisation d'autres activités de surveillance de la qualité.
16	Temps d'attente pour obtenir un rendez-vous : Les temps d'attente dans les CDD vont de 4 à 45 jours ouvrables. Les temps d'attente dans les CRID vont de 2 à 94 jours ouvrables (de 5 à 10 jours pour les clichés supplémentaires, de 2 à 94 jours pour les échographies et de 5 à 20 jours pour les biopsies non chirurgicales). Mécanismes régionaux relatifs à l'assurance de la qualité : Le comité interdisciplinaire régional d'assurance de la qualité a été mis en place en mars 2002 et le plan d'action a été adopté le 18 avril 2002. Autres commentaires ou difficultés éprouvées : Trois des CRID sont situés dans deux centres hospitaliers. Un des CRID suit le processus de certification.
18	Il n'y aura pas de CDD dans la région. Les femmes bénéficieront des services de l'unité mobile ou de l'unité portative, ou elles iront dans une région avoisinante.

4.2 Taux de participation à la mammographie de dépistage

Qu'en 2003, 70 % des femmes du Québec âgées de 50 à 69 ans aient été rejointes par le PQDCS.

Méthode

Définition

Le taux de participation au PQDCS correspond au pourcentage de femmes ayant passé une mammographie de dépistage dans le cadre du programme au cours d'une période de 24 mois. Il exclut donc les femmes qui ont passé une telle mammographie et qui ont refusé de participer au programme.

Indicateur

Taux de participation des femmes de 50 à 69 ans au Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Collecte des données

L'information sur le taux de participation a été obtenue du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre du PQDCS.

Résultats

Pour l'ensemble des régions, le taux de participation moyen était de 43,4 % au 31 décembre 2001, tandis que les variations régionales allaient de 25,6 % à 65,3 %.

Discussion

Au moment du premier bilan, aucune donnée n'était encore disponible puisque l'implantation du programme avait commencé en mai 1998. Pour les neuf régions où l'on offrait le programme, le taux de participation moyen était de 42,4 % (taux projeté après moins de onze mois). Au 31 décembre 1999, pour les treize régions où le programme était implanté, le taux de participation moyen était de 29,7 % (taux réel et les périodes d'activité allaient de 6,5 mois à 19,5 mois). Au quatrième bilan, le taux de participation moyen était de 45,8 %, variant de 36,3 % à 56,9 %, et dans neuf régions les centres étaient en activité depuis au moins deux ans dans le cadre du PQDCS.

Depuis le lancement du programme, la définition du taux de participation a été précisée pour tenir compte de la notion de consentement sous-jacente à la participation au programme. Ainsi, pour le présent bilan, seules les données des femmes ayant signé le formulaire d'autorisation de transmission de renseignements sont prises en considération.

Le taux de participation obtenu correspond donc au pourcentage des femmes qui ont présenté une lettre d'invitation ou une ordonnance médicale pour passer leur mammographie de dépistage et qui ont consenti à la transmission de renseignements dans le cadre du programme.

Dans certaines régions, des travaux ont été entrepris afin de déterminer les manières les plus adéquates de communiquer avec les femmes de 50 à 69 ans. Dans d'autres régions, par contre, l'objectif visé est presque atteint.

Conclusion

De façon générale, on note une certaine constance du taux de participation qui ne peut que justifier la poursuite des efforts pour atteindre l'objectif. Les résultats obtenus après quatre ans demeurent très encourageants et ils peuvent être comparés avantageusement aux résultats d'autres programmes de dépistage du cancer du sein plus anciens qui sont offerts à l'extérieur du Québec.

4.3 Taux de cancers détectés

Que le taux de détection de cancers chez les femmes participant au PQDCS soit d'au moins 5 pour 1 000 au moment du dépistage initial et d'au moins 3 pour 1 000 au moment d'un dépistage ultérieur.

Méthode

Définition

Le taux de référence pour investigation correspond au pourcentage des femmes participantes qui ont passé une mammographie de dépistage durant une année civile et dont le résultat est interprété comme anormal, d'où la nécessité de procéder à des examens complémentaires.

Le taux de détection de cancer correspond à la proportion des participantes pour lesquelles un diagnostic de cancer du sein a été établi pendant l'année suivant la mammographie de dépistage qui s'est avérée anormale.

Indicateurs

- Taux de référence pour investigation.
- Taux de cancers détectés :
 - au cours du dépistage initial ;
 - au cours d'un dépistage subséquent.

Collecte des données

Les informations sont obtenues auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre du PQDCS et par des croisements entre banques de données dans le cadre d'un projet de recherche.

Résultats

Le taux de référence pour investigation est de 13,6 % au 31 décembre 2001 (pour l'année 2001), et ce, pour les femmes ayant passé une première mammographie de dépistage. À pareille date, il était de 8,4 % pour les femmes ayant passé une mammographie subséquente en 2001. Le taux est relativement stable depuis le début des activités.

Grâce aux travaux effectués par l'équipe d'évaluation, nous commençons à disposer de données plus élaborées sur certains indicateurs. Ainsi, nous avons pu établir que le taux de détection pour le cancer du sein était de 6,3 pour 1 000 en 1999 et de 6,0 pour 1 000 en 2000 (cf. tableau 4.3a).

Discussion

Au moment du premier bilan des Priorités nationales de santé publique, le PQDCS n'existait pas depuis assez longtemps pour qu'un taux de référence soit établi, encore moins un taux de cancers détectés. Au moment du deuxième bilan, la seule information disponible était le taux de référence pour investigation au 31 mars 1999 (depuis le début), qui se situait à 10,3 %. Le 31 décembre 1999, le taux de référence pour investigation pour l'ensemble du Québec était de 11 % et il était encore impossible de déterminer le taux de cancers détectés. Pour l'année 2000, alors que nous ne pouvions toujours pas établir le taux de cancers détectés, le taux de référence pour investigation après une première mammographie de dépistage se maintenait à 11,6 %, tandis qu'il était de 6,9 % pour une mammographie subséquente. Au 31 décembre 2001, le taux de référence pour investigation, en légère hausse, se situe à 13,6 %.

Par ailleurs, l'analyse des données de 1999 permettent d'établir une comparaison avec le reste du Canada. Ainsi, selon les données canadiennes de 1997-1998, le taux de détection était de 6,7 pour 1 000 alors que, pour le Québec, il était de 6,3 pour 1 000.

Conclusion

Bien que le taux de référence pour investigation affiche une certaine stabilité depuis le début du programme, on observe présentement une certaine tendance à la hausse.

En 1999 et 2000, les taux de détection de cancers après une première mammographie de dépistage atteignent l'objectif qui était fixé. Nos données sont aussi tout à fait comparables à celles de l'ensemble des programmes du Canada.

Tableau 4.3a Taux de détection de cancer du sein

	1999			2000			1999-2000		
	50-59 ans	60-69 ans	50-69 ans	50-59 ans	60-69 ans	50-69 ans	50-59 ans	60-69 ans	50-69 ans
Nb de cancers	497	416	913	438	356	794	935	772	1 707
Nb mammo. anorm.	10 500	5 921	16 421	10 366	5 091	15 457	20 866	11 012	31 878
Nb mammo. total	89 279	55 700	144 979	86 179	47 050	133 229	175 458	102 750	278 208
Taux de détection									
Tous cancers	5,6	7,5	6,3	5,1	7,6	6,0	5,3	7,5	6,1

4.4 Taux de mortalité attribuable au cancer du sein chez les femmes de 55 à 74 ans

Qu'en 2008, on observe une réduction d'au moins 25 % du taux de mortalité liée au cancer du sein chez les femmes âgées de 55 à 74 ans.

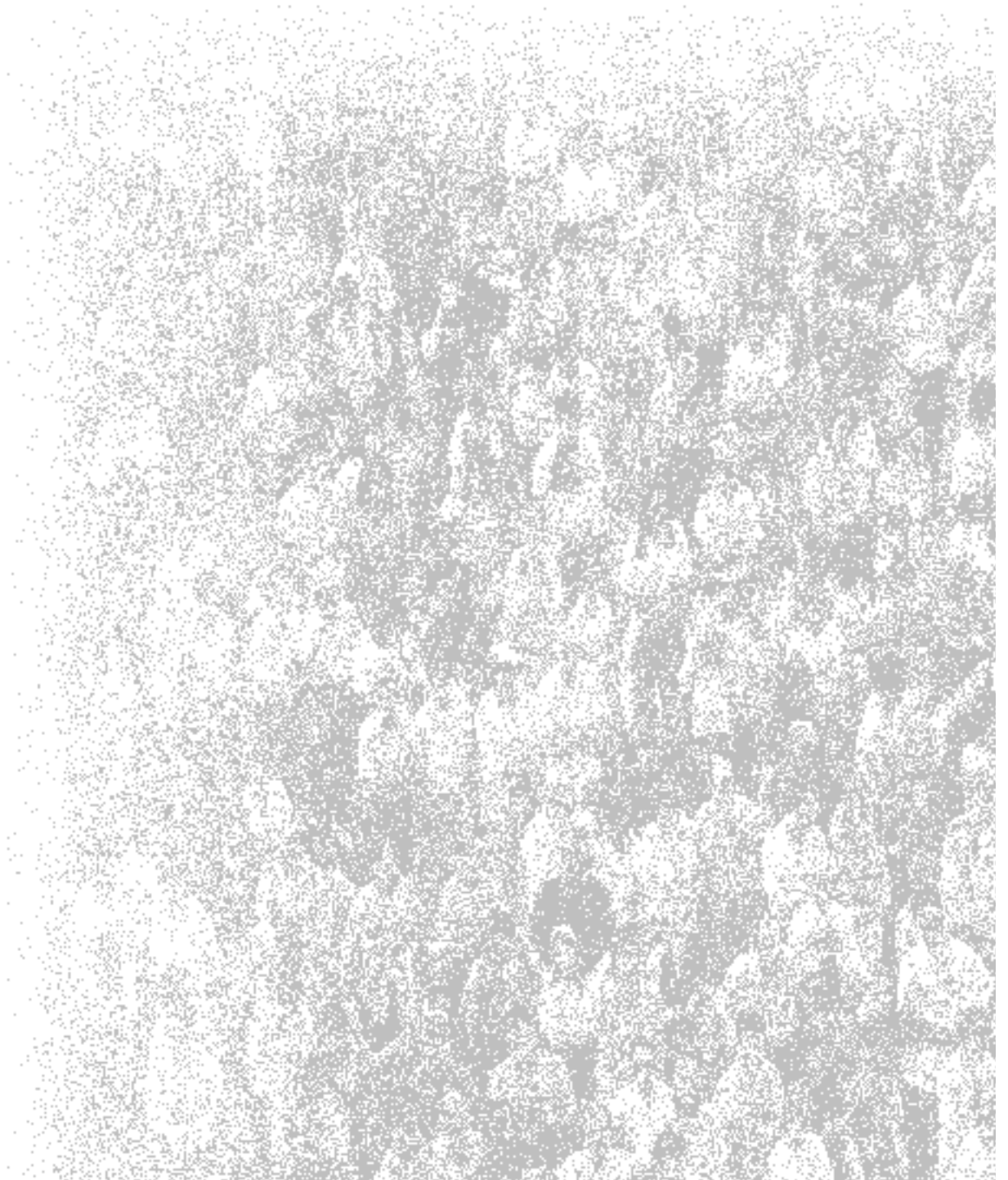
Note

Selon la documentation scientifique, même avec un taux de participation au PQDCS supérieur à 70 %, les résultats des programmes de dépistage n'ont pu être observés avant plusieurs années. Le PQDCS ayant moins de quatre ans d'existence, le taux de mortalité attribuable au cancer du sein chez les femmes de 55 à 74 ans ne peut encore être mesuré.

Par ailleurs, dès les premières années de l'implantation du PQDCS, des travaux ont été menés en parallèle pour élaborer un plan de surveillance de la lutte contre le cancer du sein. Dans ce plan de surveillance publié au printemps 2000, le taux comparatif de mortalité est un indicateur retenu. Cependant, comme les plus récentes données sur la mortalité sont celles de 2000, la période de référence n'est pas assez longue pour mesurer les effets du programme sur la mortalité.

PRIORITÉ 5

LE TABAGISME



Faits saillants

Les résultats attendus portent sur la prévention du tabagisme dans les écoles primaires et secondaires, sur la réduction du tabagisme chez les jeunes et les adultes ainsi que sur les programmes de soutien à l'abandon du tabagisme.

L'application d'une stratégie de prévention du tabagisme dans les écoles primaires et secondaires a été mesurée à l'aide d'un questionnaire portant sur les programmes de prévention offerts dans les écoles. L'objectif que toutes les écoles aient offert au moins un programme est atteint dans trois régions. Au niveau primaire, les différents programmes ont été présentés dans 43 % des écoles (995/2 316), ce qui représente 17 % des élèves inscrits (96 265/577 374), alors qu'au niveau secondaire, les proportions sont de 40 % des écoles (294/729), et de 30 % des élèves (125 586/413 882).

Alors que *l'Enquête sociale et de santé 1998* menée par l'Institut de la statistique du Québec, indiquait que la proportion de fumeurs de 15 ans ou plus était de 34 % en 1998, ce taux de tabagisme semble en régression en 2001. Ainsi, *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2000-2001 menée par Statistique Canada, indique un taux de 29,5 % pour le Québec alors que d'après *l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* menée par Santé Canada, le taux de tabagisme se situait à 28 % en 2000 et à 24 % en 2001.

En ce qui concerne la proportion des jeunes du secondaire consommant régulièrement ou occasionnellement du tabac, *l'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire* menée par l'Institut de la statistique du Québec indique que 19 % des adolescents québécois fréquentant l'école secondaire étaient des fumeurs actuels (quotidiens ou occasionnels) en 2000, comparativement à 20 % en 1998.

Les services de soutien à l'abandon du tabagisme retenus pour le présent bilan sont l'information et la référence, le counseling individuel et le counseling de groupe. Chacun de ces trois types de services existe dans la majorité des régions. On observe une progression par rapport à l'an dernier relativement à l'accessibilité des services dans tous les territoires de CLSC, particulièrement pour le counseling individuel. Dans dix-sept régions, la promotion est assurée par au moins un moyen et se fait de façon continue, c'est-à-dire au moins une fois l'an.

5.1 Stratégie de prévention du tabagisme

Qu'en 1998, une stratégie de prévention du tabagisme soit appliquée dans toutes les écoles primaires et secondaires du Québec.

Méthode

Définition

La définition de *stratégie de prévention du tabagisme* établie en 2000-2001 se limitait aux activités parascolaires portant sur la prévention du tabagisme ; elle a été révisée cette année étant donné qu'il est difficile de préciser le contexte dans lequel une activité a été tenue et que finalement toutes les activités organisées en 2000-2001 avaient été considérées.

Une stratégie de prévention du tabagisme se définit comme un programme ou une activité visant la prévention du tabagisme, réalisé dans une école primaire ou secondaire en activité parascolaire ou à l'intérieur du curriculum scolaire.

Indicateur

Proportion des écoles ayant appliqué une stratégie de prévention du tabagisme.

Collecte des données

Dans toutes les régions, un questionnaire a été rempli et des réponses à la majorité des questions ont été fournies.

Population touchée par des programmes ou des activités

Pour chaque type de programme ou d'activité, le questionnaire permettait, dans un premier temps, d'indiquer le nombre d'élèves inscrits au primaire touchés par ces programmes ou ces activités ainsi que le nombre d'écoles primaires touchées par ces programmes ou ces activités¹.

Dans un second temps, on devait indiquer le nombre d'écoles et d'élèves touchés par au moins un programme ou une activité, ainsi que le nombre d'élèves inscrits et le nombre total d'écoles primaires dans la région.

La même collecte de données a été effectuée au niveau secondaire.

1. *La gang allumée, Sam Chicotte, Méchant problème, In Vivo*, et autres.

Résultats

Population touchée par des programmes ou des activités

Dans les écoles qui appliquent une stratégie de prévention du tabagisme, les programmes les plus répandus sont *Méchant problème* pour le primaire et *La gang allumée pour une vie sans fumée* pour le secondaire.

Concernant le programme *La gang allumée*, il a été réalisé au niveau primaire dans six régions, soit 33 écoles sur 2 316 écoles recensées, ce qui a permis de toucher 5 341 élèves sur 577 374 (cf. tableaux 5.1a et 5.1c). Au secondaire, le programme a été proposé aux élèves de quatorze régions, dans 177 écoles sur 729 ; ce sont 59 817 élèves sur 413 882 inscrits qui en ont bénéficié (cf. tableaux 5.1b et 5.1d). Au total, les 210 programmes *La gang allumée* présents dans les écoles primaires et secondaires ont permis de toucher 65 158 élèves répartis dans quatorze régions du Québec. Notons que ce programme est également offert dans des maisons de jeunes de douze régions (01, 02, 04, 06, 07, 09, 10, 11, 13, 14, 15, 16) ainsi que dans un centre jeunesse (02).

Quant au programme *Sam Chicotte*, il se retrouve dans trois régions, touchant 69 écoles primaires et 4 254 élèves ; dans aucune région on ne l'offre au niveau secondaire (cf. tableaux 5.1a et 5.1b).

Pour sa part, *Méchant problème* est présent dans six régions au niveau primaire, touchant 21 926 élèves répartis dans 479 écoles, ainsi que dans deux régions au niveau secondaire, touchant 15 écoles et 2 600 élèves (cf. tableaux 5.1a et 5.1b).

La tournée *In Vivo* fut présentée aux élèves de quatorze régions, ce qui a permis de toucher 1 450 élèves de 24 écoles primaires et 25 150 élèves de 62 écoles secondaires (cf. tableaux 5.1a et 5.1b).

Dans douze régions, on a offert également d'autres types de programmes, tels qu'*Écoles en santé* (10, 13), *Au diable la cigarette* (03, 12), *Jeunes en santé* (02), *Vivre sans fumée* (02), *Spectacle sans fumée* (08), *Jeunes non-fumeurs et fiers de l'être* (09), *Hardi les cœurs!* (11) et *Au-delà de la drogue* (13), un concours de dessin (17) ainsi que le projet pilote *Mission TNT 06* (02, 03, 14, 15). Il y eut également l'adoption dans une région (15) d'une politique visant l'interdiction de fumer dans la cour d'école ; cette stratégie peut cependant avoir été utilisée dans d'autres régions sans que cela ait été mentionné. Ces autres programmes ont touché au total 64 873 élèves de 498 écoles primaires et 44 907 élèves de 85 écoles secondaires (cf. tableaux 5.1a et 5.1b).

Les proportions relatives au nombre d'écoles qui ont réalisé au moins un programme ou une activité ainsi qu'au nombre d'élèves touchés sont, au niveau primaire, de 43 % des écoles (995/2 316) et de 17 % des élèves (96 265/577 374) répartis dans seize régions et, au niveau secondaire, de 40 % des écoles (294/729) et de 30 % (125 586/413 882) des élèves répartis dans dix-sept régions (cf. tableaux 5.1c et 5.1d).

Discussion

En comparant les résultats du présent bilan avec ceux du précédent (cf. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – 4^e bilan*)¹, on constate quelques changements.

Ainsi, au niveau primaire, le nombre d'écoles touchées par au moins un programme est resté sensiblement le même (990 en 2000-2001 contre 993 en 2001-2002) alors que le nombre d'élèves touchés accuse une faible diminution de 9 % (104 177 en 2000-2001 contre 95 275 en 2001-2002). Au niveau secondaire, un progrès se dessine plus nettement, avec une augmentation du nombre d'écoles de 7 % (276 en 2000-2001 contre 296 en 2001-2002) et une augmentation du nombre d'élèves de 42 % (89 435 en 2000-2001 contre 126 646 en 2001-2002). Il est possible que les résultats aient été affectés par des variations dans la façon de considérer la nature des activités ou le type de participation (exemple : compte-t-on les participants qui ont monté un spectacle ou les élèves qui assistent à ce spectacle dans le cas de *La gang allumée* ?) ; par ailleurs, on mentionne que la période de négociation syndicale dans les écoles a empêché la tenue d'activités ; on observe également une fluctuation de 7 % dans le nombre d'écoles existant, ce qui n'est pas conforme à la réalité. Des failles méthodologiques pourraient donc être mises en cause.

En analysant les résultats de chaque programme, on constate un progrès important du nombre d'élèves touchés. Ainsi, *La gang allumée* a vu une augmentation de 43 % de participants, niveaux primaire et secondaire réunis (45 578 en 2000-2001 contre 65 158 en 2001-2002) ; de même, *In vivo* a touché 90 % plus d'élèves (14 032 en 2000-2001 contre 26 600 en 2001-2002). L'augmentation observée reflète un investissement accru dans ces programmes.

Conclusion

L'objectif visé était que, dès 1998, une stratégie de prévention du tabagisme soit appliquée dans toutes les écoles primaires et secondaires du Québec. Selon les données recueillies pour 2001-2002, il s'avère que 43 % des écoles primaires et 40 % des écoles secondaires ont une stratégie de prévention du tabagisme.

C'est dans seulement trois régions (03,10,17) que toutes les écoles et tous les élèves ont été touchés par au moins un programme, tant au niveau primaire qu'au niveau secondaire. Cependant, des efforts sont investis presque partout puisqu'il existe au moins un programme de prévention dans seize régions au niveau primaire et dans dix-sept régions au niveau secondaire ; une seule région (18) n'offre donc aucun programme ni au niveau primaire ni au niveau secondaire.

Dès le premier bilan des priorités nationales, il a fallu se rendre compte que l'objectif était non seulement très élevé, mais difficile à mesurer. Selon la définition adoptée, une stratégie de prévention du tabagisme devait comprendre trois volets : une politique d'interdiction de fumer, un programme inclus dans le programme d'études ainsi que activités parascolaires portant sur la prévention du tabagisme. Les renseignements étant difficiles à recueillir, on a relevé une soixantaine d'écoles sur 2 850 qui avaient une telle stratégie ; mais, pour onze régions, les données étaient approximatives ou inconnues.

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Priorités nationales de santé publique 1997-2002, vers l'atteinte des résultats attendus : 4^e bilan*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 220 p.

Ce n'est qu'au quatrième bilan que l'objectif a pu être de nouveau mesuré. L'interdiction de fumer dans les écoles – tant pour les élèves que pour le personnel – stipulée par la Loi sur le tabac, entrainée en vigueur en décembre 1999 et a entraîné la révision de la définition de *stratégie de prévention du tabagisme*. L'interdiction de fumer étant une politique obligatoire dans toutes les écoles, seuls les programmes ou activités portant sur la prévention du tabagisme ont été considérés dans la définition.

Les résultats des Priorités nationales de santé publique indiquent qu'au total, tant en 2002-2001 qu'en 2001-2002, deux écoles sur cinq au Québec appliquent une stratégie de prévention du tabagisme et un élève sur cinq est touché par ces activités.

Tableau 5.1a Stratégie de prévention du tabagisme – Populations rejointes par des programmes ou activités au niveau primaire, 2001-2002

Régions ¹	La gang allumée		Sam chicotte		Méchant problème		In vivo		Autres	
	Nombre d'écoles	Nombre d'élèves	Nombre d'écoles	Nombre d'élèves	Nombre d'écoles	Nombre d'élèves	Nombre d'écoles	Nombre d'élèves	Nombre d'écoles	Nombre d'élèves
01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02	3	265	0	0	0	0	1	500	119	5 050
03	3	230	0	0	0	0	5	440	175	50 000
04	0	0	5	410	135	4 730	6	150	0	0
05	0	0	0	0	14	1 240	0	0	0	0
06	6	335	0	0	0	0	0	0	0	0
07	2	799	16	950	62	1 728	0	0	79	1 800
08	0	0	0	0	0	0	11	300	25	1 400
09	13	2 120	0	0	0	0	0	0	1	78
10	0	0	0	0	0	0	1	60	8	1 429
11	0	0	0	0	0	0	0	0	5	240
12	0	0	0	0	123	6 720	0	0	0	0
13	6	1 592	0	0	0	0	0	0	27	1 876
14	0	0	48	2 894	0	0	0	0	16	900
15	0	0	0	0	36	2 000	0	0	29	1 350
16	0	0	0	0	109	5 508	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0	14	750
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	33	5 341	69	4 254	479	21 926	24	1 450	498	64 873

1. Voir la liste des régions à la page 15.

Tableau 5.1b Stratégie de prévention du tabagisme – Populations rejointes par des programmes ou activités au niveau secondaire, 2001-2002

Régions ¹	La gang allumée		Sam chicotte		Méchant problème		In vivo		Autres	
	Nombre d'écoles	Nombre d'élèves	Nombre d'écoles	Nombre d'élèves	Nombre d'écoles	Nombre d'élèves	Nombre d'écoles	Nombre d'élèves	Nombre d'écoles	Nombre d'élèves
01	6	3 900	0	0	0	0	4	3 700	0	0
02	7	5 000	0	0	0	0	2	3 500	0	0
03	15	5 770	0	0	0	0	14	1 136	51	35 000
04	0	0	0	0	1	400	6	2 119	0	0
05	10	5 080	0	0	14	2 200	3	1 820	0	0
06	39	14 629	0	0	0	0	0	0	0	0
07	3	1 000	0	0	0	0	1	300	0	0
08	6	1 380	0	0	0	0	7	1 500	3	2 500
09	5	2 651	0	0	0	0	2	327	0	0
10	1	175	0	0	0	0	0	0	5	1 114
11	0	0	0	0	0	0	3	1 500	0	0
12	11	620	0	0	0	0	3	1 768	6	2 200
13	2	968	0	0	0	0	0	0	5	2343
14	12	600	0	0	0	0	4	1 000	0	0
15	4	2 500	0	0	0	0	6	3 800	1	500
16	56	15 544	0	0	0	0	7	2 680	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0	14	1 250
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	177	59 817	0	0	15	2 600	62	25 150	85	44 907

1. Voir la liste des régions à la page 15.

Tableau 5.1c Stratégie de prévention du tabagisme – Populations rejointes par des programmes ou activités au niveau primaire

Régions ¹	Nombre d'écoles primaires où l'on offre au moins un programme	Nombre d'élèves au primaire touchés par au moins un programme	Nombre d'écoles primaires dans la région	Nombre d'élèves au primaire dans la région
01	0	0	136	17 400
02	119	5 815	119	21 000
03	175	50 000	175	50 000
04	146	5 290	210	33 247
05	14	1 240	114	22 300
06	6	335	391	118 453
07	79	5 277	79	28 616
08	36	1 700	106	14 421
09	14	2 198	49	7 032
10	9	1 480	9	1 480
11	5	240	49	7 903
12	123	6 720	158	30 526
13	33	3 468	77	31 210
14	48	2 894	127	33 842
15	65	3 350	138	41 691
16	109	5 508	356	114 573
17	14	750	14	1 857
18	0	0	9	1 823
Total	995	96 265	2 316	577 374

1. Voir la liste des régions à la page 15.

Tableau 5.1d Stratégie de prévention du tabagisme – Populations rejointes par des programmes ou activités au niveau secondaire

Régions ¹	Nombre d'écoles secondaires où l'on offre au moins un programme	Nombre d'élèves au secondaire touchés par au moins un programme	Nombre d'écoles secondaires dans la région	Nombre d'élèves au secondaire dans la région
01	10	7 600	34	12 600
02	9	8 500	35	18 000
03	51	35 000	51	35 000
04	7	2 519	33	26 048
05	25	9 020	25	17 900
06	39	14 629	223	96 109
07	4	1 300	18	18 369
08	16	5 380	22	9 990
09	7	2 978	27	6 320
10	5	1 387	5	1 387
11	3	1 500	21	7 382
12	14	4 588	38	25 500
13	7	3 311	28	18 609
14	16	1 600	25	21 438
15	11	6 800	38	27 800
16	56	18 224	83	69 056
17	14	1 250	14	1 250
18	0	0	9	1 124
Total	294	125 586	729	413 882

1. Voir la liste des régions à la page 15.

5.2 Réduction du tabagisme chez les 15 ans ou plus

Que, d'ici 2002, la population québécoise âgée de 15 ans ou plus composée de fumeurs réguliers ou occasionnels passe de 35,4 % (pourcentage de 1994) à 28 %.

Méthode

Définition

Le fumeur **régulier** ou quotidien est celui qui déclare fumer tous les jours au moment de l'enquête.

Le fumeur **occasionnel** est celui qui dit fumer à l'occasion au moment de l'enquête.

Le fumeur **actuel** est celui qui rapporte fumer au moment de l'enquête. Cette catégorie comprend les fumeurs réguliers et les fumeurs occasionnels.

Indicateurs

- Proportion de fumeurs réguliers parmi la population âgée de 15 ans ou plus ;
- proportion de fumeurs occasionnels parmi la population âgée de 15 ans ou plus.

Collecte des données

L'information relative à la proportion de fumeurs actuels est issue de trois enquêtes : l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* menée par Santé Canada en 1999¹, 2000² et 2001³, l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* menée par Statistique Canada en 2000-2001⁴ et l'*Enquête sociale et de santé 1998*⁵ menée par l'Institut de la statistique du Québec. Dans ces trois enquêtes, le fumeur actuel est celui qui déclare faire usage de la cigarette au moment de l'enquête. Les fumeurs actuels comprennent les fumeurs réguliers (quotidiens) et les fumeurs occasionnels.

Résultats

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2000-2001, 29,5 % des Québécois âgés de 12 ans ou plus sont des fumeurs actuels, 24,9 % fumant tous les jours et 4,6 % à l'occasion. On observe que 31,1 % des femmes et 27,9 % des hommes fument. Le Québec se situe dans les derniers rangs des provinces canadiennes alors que, dans l'ensemble du Canada, on compte 25,9 % de fumeurs parmi la population de 12 ans ou plus.

1. SANTÉ CANADA, *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada : Résultats pour l'année 1999*, Ottawa, Statistique Canada, 2000, site internet : http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/recherches/esutc/esutc_annuels_2000.html, consulté le 30 juillet 2002.
2. SANTÉ CANADA, *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada : Résultats pour l'année 2000*, Ottawa, 2001, site internet : http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/recherches/esutc/esutc_annuels_2000.html, consulté le 30 juillet 2002.
3. SANTÉ CANADA, *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada : Résultats pour l'année 2001*, Ottawa, 2002, site internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/recherches/esutc/index.html#2001>, consulté le 30 juillet 2002.
4. STATISTIQUE CANADA, *L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*, site internet : <http://cansim2.statcan.ca>, consulté le 16 août 2002.
5. S. BERNIER et D. BROCHU, « L'usage du tabac », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 99-115.

Le taux de tabagisme s'avère cependant sensible aux disparités régionales. En effet, la proportion de fumeurs varie selon les régions de 26,3 % à 39,3 % (cf. tableau 5.2a). Toutefois, avant de comparer les régions entre elles, des tests statistiques sont nécessaires pour vérifier si les différences observées sont significatives ou non.

Tableau 5.2a Proportion de fumeurs selon la région au Québec

Région	Fumeurs de 12 ans ou plus
Outaouais	39,3 %
Côte-Nord	35,8 %
Baie-James	34,9 %
Lanaudière	33,3 %
Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	32,7 %
Saguenay – Lac-Saint-Jean	32,3 %
Abitibi-Témiscamingue	32,2 %
Laurentides	31,1 %
Mauricie et Centre-du-Québec	30,9 %
Estrie	29,6 %
Bas-Saint-Laurent	29,3 %
Montréal	29,0 %
Québec	27,8 %
Laval	27,7 %
Montréal-Centre	26,9 %
Chaudière-Appalaches	26,3 %
Nunavik	--
Terres-Cries-de-la-Baie-James	--

Source : *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001.*

C'est donc en Chaudière-Appalaches que le taux de fumeurs serait le plus bas alors qu'il serait le plus élevé en Outaouais, en excluant les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Les données les plus récentes qui couvrent la période 2001-2002 du bilan actuel sont celles de l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* de 2001 où la proportion de fumeurs actuels chez les 15 ans ou plus est de 24,1 % au Québec, soit 25,1 % chez les hommes et 23,1 % chez les femmes. Au Canada, cette proportion s'établit à 21,7 %.

Discussion

Les résultats de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2000-2001 ne peuvent être directement comparés à ceux de l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* puisque les deux études ne portent pas sur une population équivalente quant à l'âge (12 ans ou plus dans la première contre 15 ans ou plus dans la seconde) et que leurs méthodes sont différentes.

Pour sa part, l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada*, qui est menée deux fois par année depuis 1999, permet une comparaison intéressante dans le temps. Ainsi, les deux phases réunies donnaient un taux de tabagisme de 30 % en 1999, de 28 % en 2000 et de 24,1 % en 2001. Ces résultats, quoiqu'ils diffèrent de ceux de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, démontrent une baisse remarquable de six points en deux ans.

Conclusion

Il était visé par les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, que la proportion de fumeurs (réguliers et occasionnels) parmi la population âgée de 15 ans ou plus passe de 35,4 % (pourcentage de 1994) à 28 %. Sur la base des données les plus récentes de l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* de 2001 (24,1 %), il semble que l'objectif soit atteint mais la précaution suivante doit être considérée. En effet, différentes études témoignent de l'évolution du taux de tabagisme durant la période de 1997 à 2002 et leurs résultats ne peuvent être directement comparés puisqu'elles reposent sur des méthodes différentes. De 35,4 %, en 1994, résultat de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*¹, le taux de tabagisme du Québec serait passé à 34 % tant pour l'*Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997*² que pour l'*Enquête sociale et de santé de 1998*. Les années suivantes, l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* établissait pour le Québec des taux de tabagisme de 30 % en 1999, de 28 % en 2000 et de 24,1 % en 2001. Pour sa part, l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (population de 12 ans ou plus), indiquait un taux de 29,5 % pour le Québec.

Bien qu'il existe des différences méthodologiques entre les enquêtes, on peut tout de même constater que le taux de tabagisme a baissé d'au moins cinq points depuis 1994. La baisse de six points démontrée par l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* laisse même croire à un changement très rapide mais il faudra attendre la confirmation de ce progrès dans une enquête plus importante comme l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Il est important de continuer à suivre l'évolution du tabagisme chez les Québécois de 15 ans ou plus afin de voir si la baisse observée se maintiendra.

1. STATISTIQUE CANADA (Division des statistiques sur la santé), *Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) : fichiers de microdonnées à grande diffusion, 1994-1995*, Ottawa, 1995.
 2. SANTÉ CANADA, Le tabagisme au Canada, *Faits saillants de l'Enquête nationale sur le tabagisme 1996-1997*, no 1, janvier 1999.

5.3 Réduction du tabagisme chez les jeunes

Que, d'ici 2002, la proportion des jeunes du secondaire consommant régulièrement ou occasionnellement du tabac baisse de 22 % (pourcentage de 1994) à 13 % chez les garçons, et de 36 % (pourcentage de 1994) à 20 % chez les filles.

Méthode

Définitions

Les **fumeurs actuels** incluent les fumeurs quotidiens et les fumeurs occasionnels ; ils ont fumé au moins 100 cigarettes au cours de leur vie et ils ont fait usage de la cigarette au cours des 30 jours précédant l'enquête (critère supplémentaire depuis 1994).

Les **fumeurs quotidiens** sont les personnes ayant fumé tous les jours au cours des 30 jours précédant l'enquête.

Les **fumeurs occasionnels** sont les personnes ayant fumé la cigarette au cours des 30 jours précédant l'enquête, mais pas de façon quotidienne.

Les **fumeurs débutants** sont les personnes qui ont fumé entre 1 et 99 cigarettes dans leur vie et qui ont fumé au cours des 30 jours précédant l'enquête.

Population : les jeunes de la 1^{re} à la 5^e secondaire des secteurs public et privé, francophones et anglophones, de toutes les régions (sauf les écoles amérindiennes).

Indicateurs

- Proportion de jeunes fumeurs actuels selon le sexe ;
- proportion de jeunes fumeurs quotidiens selon le sexe ;
- proportion de jeunes fumeurs occasionnels selon le sexe.

Collecte des données

L'information sur le tabagisme chez les jeunes est obtenue par l'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire*, menée par l'Institut de la statistique du Québec, menée en 1998¹ et 2000².

Résultats

L'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire* réalisée en 2000 révélait que 29 % des élèves du secondaire ont fait usage de la cigarette dans les 30 jours précédant l'enquête.

1. J. LOISELLE, *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 1999, 105 p.
2. J. LOISELLE, *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2001, 123 p.

Selon cette étude, près de 19 % des élèves sont des fumeurs actuels, soit des jeunes dont l'habitude tabagique est établie car ils ont déjà fumé au moins 100 cigarettes au cours de leur vie ; les fumeurs actuels regroupent les fumeurs quotidiens (12,4 %) et les fumeurs occasionnels (6,2 %). Par ailleurs, 10,4 % des élèves sont des fumeurs débutants, c'est-à-dire des jeunes en période d'expérimentation de la cigarette ; ces jeunes ont fumé moins de 100 cigarettes au cours de leur vie. Cependant, la majorité (54 %) des élèves du secondaire sont des non-fumeurs depuis toujours, soit des jeunes qui n'ont jamais fumé une cigarette au complet.

L'usage de la cigarette croît selon l'année d'études. Entre la 1^{re} et la 5^e secondaire, la proportion de fumeurs actuels passe de 5 % à 28 %, l'augmentation la plus importante se situant entre la 1^{re} et la 2^e secondaire.

La proportion de fumeurs actuels est plus importante chez les filles que chez les garçons (22 % contre 16 %). Elles sont aussi en plus grande proportion à fumer quotidiennement (15 % des filles et 10 % des garçons). Enfin, les taux globaux de tabagisme (fumeurs actuels et fumeurs débutants) suivent la même tendance, avec 33,4 % des filles et 24,7 % des garçons.

Discussion

L'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire* révèle que 19 % des adolescents québécois fréquentant l'école secondaire étaient des fumeurs actuels (quotidiens et occasionnels) en 2000, comparativement à 20 % en 1998. L'usage de la cigarette par cette population est donc demeuré sensiblement le même depuis 1998 ; on observe tout de même un changement parmi le groupe des non-fumeurs : la proportion d'élèves qui n'ont jamais expérimenté la cigarette a augmenté.

Les résultats relativement au sexe ont peu changé puisque les proportions de fumeurs actuels en 1998 étaient de 17,3 % chez les garçons (contre 15,6 % en 2000) et de 22,5 % chez les filles (contre 21,7 % en 2000).

D'après l'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire 2000*, les résultats obtenus semblent vouloir suivre un mouvement similaire à celui observé en Ontario et aux États-Unis où les enquêtes ont montré que l'augmentation de la prévalence du tabagisme chez les jeunes à partir de 1992-1993, a atteint son point culminant vers les années 1996-1997. Avec l'organisation plus systématique des activités pour contrecarrer ce phénomène, la prévalence du tabagisme chez les jeunes a recommencé à diminuer graduellement, mais les taux actuels demeurent plus élevés qu'ils ne l'étaient au début des années 1990.

L'auteur fait le parallèle avec le Québec où le taux de tabagisme chez les jeunes du secondaire était passé de 19 % en 1991 à 29 % en 1994 (22 % chez les garçons et 36 % chez les filles) ; notons qu'il n'y avait pas de distinction entre les fumeurs débutants et les fumeurs actuels dans ces études. Les questions ainsi que la méthode de cueillette d'information ont changé avec les dernières enquêtes, rendant difficile la comparaison des taux de tabagisme ; on obtient des taux globaux (fumeurs actuels et débutants) de 30,4 % en 1998 et de 29 % en 2000 (24,7 % chez les garçons et 33,4 % chez les filles). Pour ce qui est des taux de fumeurs actuels, ils sont respectivement de 19,9 % (1998) et de 18,6 % (2000), la distinction entre les sexes ayant permis d'établir les taux à 15,6 % chez les garçons et à 21,7 % chez les filles en 2000. Aucun de ces types de taux ne correspond à l'objectif visé pour la fin des *Priorités nationales de santé publique*

1997-2002, établi à 13 % pour les garçons et à 20 % pour les filles, même si les taux de fumeurs actuels s'en rapprochent alors que les taux globaux seraient plus semblables aux données de 1994.

Les résultats démontrant que les jeunes filles du secondaire fument dans une proportion plus grande que les garçons sont certes préoccupants, mais il faut considérer qu'à la fin du cycle des études secondaires, la différence observée entre les sexes s'atténue parce que les garçons semblent rattraper les filles en matière de tabagisme. Les chercheurs en concluent que le tabagisme chez les adolescents, avec ses fluctuations de taux entre les sexes et entre les tranches d'âge, est un phénomène mouvant.

Conclusion

L'enquête démontre que le taux d'usage de la cigarette chez les jeunes se serait stabilisé entre 1998 et 2000, mais il est encore élevé par rapport à l'objectif visé. Il est important de rappeler que les différences dans les méthodes, mentionnées plus haut, limitent la comparaison des résultats avec les données initiales de 1994. Ces résultats indiquent que la proportion de filles faisant usage de tabac est plus élevée que celle des garçons. Il faudra certainement intensifier, ou du moins optimiser, les stratégies de prévention du tabagisme auprès des jeunes. En ce sens, la mise en œuvre du Programme national de santé publique pourrait avoir un effet mobilisateur sur le développement d'interventions préventives concernant les saines habitudes de vie dans les milieux de vie (communautés en milieu scolaire). De plus, la reprise de l'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire* permettra de suivre l'évolution des habitudes tabagiques des jeunes.

5.4 Soutien à l'abandon du tabagisme

Que, d'ici 1998, des programmes de soutien à l'abandon du tabagisme soient accessibles à la population dans toutes les régions du Québec et que la promotion de ces programmes soit assurée.

Méthode

Définition

Une méthode d'arrêt tabagique peut être individuelle ou de groupe. Elle peut comprendre un soutien (de nature interpersonnelle) et des outils (documentation, cassette audio, etc.).

Les **services de soutien à l'abandon du tabagisme** ont été classés selon trois types : les services d'information et de référence, les services de counseling individuel et les services (ou méthodes) de groupe.

Le **service d'information et de référence** sur l'abandon tabagique est un service de courte durée (approximativement dix minutes) généralement donné au téléphone et pouvant inclure la transmission de documentation. Ce service comprend toutes formes de renseignements sur la problématique du tabagisme qui pourraient :

- motiver le fumeur à cesser de fumer, comme un dépliant montrant les effets de la consommation de tabac sur la santé ;
- donner au fumeur des moyens pour l'aider à cesser de fumer comme un livret guidant sa démarche ;
- orienter le fumeur vers des services de counseling individuel ou des méthodes de groupe après l'évaluation de ses besoins.

Il s'agit d'une démarche non structurée qui répond à la demande précise de la personne qui fume.

Le **service de counseling individuel** se caractérise par une démarche structurée et séquentielle, étalée dans le temps, et dont la finalité est que la personne cesse de fumer. Le service peut être donné face à face ou au téléphone et les intervenants sont formés selon une approche reconnue. Ces derniers peuvent être soit des professionnels de la santé, soit des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ou mandatés par celui-ci, ou des intervenants spécialistes appartenant à un organisme à but lucratif ou sans but lucratif (OSBL non mandaté par le réseau).

Le **service (ou méthode) de groupe** se caractérise par une démarche structurée et séquentielle, étalée dans le temps, et dont la finalité est que la personne cesse de fumer. Il est donné par un intervenant formé et apte à aider un groupe de fumeurs à cesser de fumer et à vivre une démarche de groupe en ce sens. Il utilise une méthode reconnue (avec ou sans outil) pour soutenir et guider le groupe dans sa démarche. Les intervenants peuvent être soit des professionnels de la santé, soit des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ou mandatés par celui-ci, ou des spécialistes

appartenant à un organisme à but lucratif ou sans but lucratif (OSBL non mandaté par le réseau).

La **promotion des programmes** de soutien à l'abandon du tabagisme consiste à faire connaître les services (ou méthodes) pour cesser de fumer à la population de façon continue. Elle est assurée par les directions de santé publique des régions régionales de la santé et des services sociaux ainsi que par leurs partenaires. Les moyens utilisés pour informer la population sont la distribution sur demande ou la diffusion d'un inventaire des services (ou méthodes) offerts dans certains points de services ou établissements de santé, la distribution de matériel promotionnel (affiches, dépliants ou autres) et la publicité dans les médias.

Accessibilité des services

Afin de préciser le concept de l'accessibilité, deux critères ont été retenus :

- 1) la proximité, soit une distance raisonnable à parcourir pour accéder au service, selon une appréciation régionale, en tenant compte aussi d'un temps raisonnable pour le transport ;
- 2) les coûts relativement abordables en fonction de la population visée par le service.

Indicateurs

- Nombre de régions où sont offerts les trois types de services jugés accessibles dans chaque territoire de CLSC ;
- nombre de régions où la promotion continue des services (ou méthodes) de soutien à l'abandon du tabagisme est assurée par au moins un des moyens énoncés dans la définition.

Collecte des données

Dans toutes les régions, le questionnaire a été rempli et des réponses à la majorité des questions ont été fournies.

Accessibilité des services et renseignements supplémentaires

Pour chaque type de service¹, le questionnaire permettait, dans un premier temps, d'énumérer les services (ou méthodes) offerts dans la région et d'indiquer par qui ils étaient offerts. On devait ensuite préciser le nombre de territoires de CLSC pour lesquels chacun de ces services était jugé accessible.

Dans un second temps, on devait indiquer la population visée par ces services ou méthodes, le coût et le nombre de participants par année.

Promotion des programmes

Le questionnaire portant sur la promotion des services (ou méthodes) pour cesser de fumer offerts dans les régions visait à connaître les moyens utilisés par les régions régionales de la santé et des services sociaux pour informer la population, à savoir :

- la distribution sur demande d'un inventaire des services (ou méthodes) existants ;
- la diffusion, dans certains points de services ou établissements de santé, d'un inventaire des services (ou méthodes) existants ;

1. Les services d'information et de référence, les services de counseling individuel et les services (ou méthodes) de groupe.

- la distribution de matériel promotionnel (affiches, dépliants ou autres) dans les CLSC, les cabinets de médecins, les centres hospitaliers et les lieux de travail ;
- la publicité dans les médias ;
- d'autres moyens (à préciser).

En dernier lieu, on devait indiquer si cette promotion se faisait de façon continue.

Résultats

Accessibilité des services et renseignements supplémentaires

Services d'information et de référence

Dans les dix-huit régions du Québec, on offre au moins un service d'information et de référence dans chaque territoire de CLSC (cf. tableau 5.4a).

Par ailleurs, un service national d'information et de soutien à l'arrêt tabagique a été créé en 2001-2002 ; il s'agit de la ligne téléphonique *J'ARRÊTE*, service offert par la Société canadienne du cancer et le Conseil québécois sur le tabac et la santé. Il existe également des services téléphoniques sans frais qui couvrent tout le territoire du Québec et traitent de tabagisme, tels que la ligne 1 888 Poumon-9 de l'Association pulmonaire du Québec, la ligne du Centre d'information et de référence du Grand Montréal et les services téléphoniques de compagnies pharmaceutiques donnant principalement de l'information sur les thérapies de remplacement de la nicotine.

Dans le tableau 5.4a, seuls les services régionaux ont été répertoriés. Le service le plus souvent mentionné dans l'ensemble des régions est la ligne téléphonique Info-Santé CLSC. On mentionne aussi l'information par téléphone ou la distribution de matériel par les directions de santé publique, par les CLSC ou par des partenaires, souvent des organismes de santé. Dans quelques régions, les professionnels de la santé (médecins, infirmières, pharmaciens) sont considérés comme des fournisseurs d'un service d'information et d'orientation.

Ces services s'adressent à la population de fumeurs en général dans toutes les régions et, dans une région (13), il y a également des services qui visent une population particulière (cf. tableau 5.4a).

Les données relatives à ces diverses activités quant au nombre de participants sont difficilement comptabilisables, mais ces services sont toujours gratuits.

Services de counseling individuel

Les services de counseling individuel sont offerts dans toutes les régions du Québec. Dans treize régions, au moins un service de counseling individuel est offert dans tous les territoires de CLSC (cf. tableau 5.4b).

Ils regroupent les services d'aide aux fumeurs, le counseling par des professionnels de la santé, en personne ou au téléphone, etc.

Ces services peuvent être offerts à la population des fumeurs ou à des populations particulières de fumeurs : femmes enceintes, adolescents, personnes hospitalisées, travailleurs.

Dans toutes les régions, il existe des services accessibles gratuitement dans un établissement de santé ou auprès de professionnels de la santé. Pour certains services privés et quelques autres qui sont offerts par des établissements du réseau, le prix varie de 75 \$ à 300 \$. Dans neuf régions, on a pu fournir de l'information sur le nombre de participants par année qui ont utilisé un service ; ce nombre varie de 5 à 500 personnes, pour un total de 1 667 personnes.

Services (ou méthodes) de groupe

Les services (ou méthodes) de groupe sont offerts dans seize régions. Dans huit de ces régions, ils sont accessibles dans tous les territoires de CLSC (cf. tableaux 5.4c et 5.4e).

Les méthodes et les programmes sont variés : pour les fumeurs en général sont offerts *Santé sans fumée, Plan de 5 jours, Cesser de fumer, Oxygène, Respirez à pleins poumons, Devenir non-fumeur pour la vie, Divorcer de sa cigarette, Un cœur en santé ne fume pas* et, le plus répandu, *Oui, j'arrête*, alors que les adolescents fumeurs se voient offrir *Ça vient de s'éteindre* ou *Jeunes sans fumée*.

La plupart des services (ou méthodes) de groupe visent les fumeurs en général. Certains services s'adressent à une population particulière, comme les personnes à faible revenu, les femmes enceintes, les groupes de femmes, les personnes cardiaques, les personnes ayant des problèmes de santé mentale et les récents ex-fumeurs.

Les services coûtent jusqu'à 250 \$ et, dans six régions, il se trouve des services de groupe gratuits. Dans dix régions où les données sur le nombre de participants par année sont disponibles, ce nombre varie de 30 à 200 personnes pour les services de la région, totalisant 1 156 personnes pour le Québec.

Promotion des programmes

Moyens de promotion utilisés

Dans les dix-huit régions, on utilise au moins un moyen de promotion des programmes (cf. tableau 5.4d). Ainsi, un inventaire des services est fourni sur demande dans douze régions ; l'inventaire se trouve dans les points de services dans quatorze régions ; du matériel promotionnel existe dans quatorze régions et de la publicité est faite dans les médias de quatorze régions. Dans treize régions, on mentionne d'autres moyens de nature variée.

Promotion de façon continue

Dans dix-sept régions, la promotion des services (ou méthodes) pour cesser de fumer se fait de façon continue, soit au moins une fois par an, pour l'ensemble des moyens (cf. tableau 5.4d).

Discussion

Dans sept régions, on offre les trois types de services (jugés accessibles) dans chaque territoire de CLSC (cf. tableau 5.4e). Dans les dix-huit régions, on indique qu'il existe au moins un service d'information et de référence dans tous les territoires de CLSC. En ce qui concerne les services de counseling individuel, ils sont offerts dans tous les territoires de CLSC de quatorze régions. Les services de groupe, quant à eux, sont offerts dans tous les territoires de CLSC de huit régions. Les programmes, les méthodes ou les services d'arrêt tabagique sont différents d'une région à l'autre.

Il est utile de préciser que les trois types de services de soutien à l'abandon du tabagisme existent dans seize des dix-huit régions et, sans être universels, ils se trouvent dans une forte proportion de territoires de CLSC.

Par ailleurs, dans toutes les régions, on fait la promotion des services pour cesser de fumer par au moins un moyen auprès de la population. Dans dix-sept régions, cette promotion se fait de façon continue. Cependant, l'intensité et la fréquence des activités de promotion varient d'une région à l'autre selon les moyens retenus.

En comparant les résultats du présent bilan avec ceux du précédent (cf. tableau 5.4f), on constate quelques changements dans les services de soutien à l'abandon du tabagisme existants et dans l'accessibilité à ces services. Plus précisément, le nombre de régions où sont offerts des services d'information et de référence a augmenté de seize à dix-huit ; pour ce qui est de l'offre des services de counseling individuel dans tous les territoires de CLSC, le nombre est passé de treize à quatorze. Le changement dans la définition des services d'information et de référence, comme dans celle de counseling individuel, a pu influencer les résultats à la hausse pour certaines régions (cf. section 5.4 – Méthode).

En ce qui concerne les services ou méthodes de groupe, ils sont offerts dans tous les territoires de CLSC de huit régions, comme pour le quatrième bilan ; alors que certains services ont accueilli un plus grand nombre de personnes que l'année précédente, d'autres ont reçu trop peu de demandes pour qu'un groupe soit formé dans un territoire de CLSC, de sorte que des régions n'ont pas de service de groupe uniforme pour tous leurs territoires. Pour le cinquième bilan, on note qu'il se fait de la promotion continue dans dix-sept régions, alors qu'il y en avait dix-huit dans le troisième bilan et seize dans le quatrième.

Enfin, la proportion de régions où les trois types de services sont offerts dans tous les territoires de CLSC est passée de 33 % à 39 %, ce qui correspond à une région de plus qu'en 2000-2001 mais à autant qu'en 1999-2000. De plus, on constate qu'au moins deux types de services sont offerts dans tous les territoires de CLSC dans 83 % des régions, comparativement à 78 % dans le troisième bilan et à 66 % dans le quatrième. De même, sont offerts des services de counseling individuel dans tous les territoires de CLSC dans 78 % des régions, comparativement à 72 % dans le bilan précédent.

Conclusion

L'objectif fixé dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* voulait que, dès 1998, des programmes de soutien à l'abandon du tabagisme soient accessibles à la population dans toutes les régions du Québec et que la promotion de ces programmes soit assurée. En 1998, pour le premier bilan, des services de counseling individuel étaient

jugés accessibles dans dix régions et des méthodes de groupe étaient accessibles dans quatorze régions, ces deux types de services étant disponibles dans huit régions.

Au deuxième bilan, la notion d'accessibilité valait pour l'ensemble des territoires de CLSC d'une région, ce qui a changé les résultats : des services individuels et de groupe existaient dans la plupart des régions mais n'étaient pas nécessairement accessibles dans tous les territoires de CLSC. Ce deuxième bilan indiquait que pour cinq régions, les trois types de services (information et référence, counseling individuel et counseling de groupe) étaient jugés accessibles dans tous les territoires de CLSC. Puis, le troisième bilan révélait que, dans sept régions, on offrait les trois types de services dans chaque territoire de CLSC. Le quatrième bilan en dénombrait six et le cinquième en compte sept.

De façon générale, on peut dire que le résultat attendu d'offrir des programmes de soutien à l'abandon du tabagisme à la population dans toutes les régions du Québec et d'assurer la promotion de ces programmes est atteint. Cependant, en ayant fait correspondre la notion d'accessibilité à l'offre des trois types de services (information et référence, counseling individuel, counseling de groupe) dans tous les territoires de CLSC, l'objectif est atteint en 2002 dans moins de la moitié des régions ; on observe cependant une progression depuis 1998. Il est à espérer que l'implantation du Plan québécois d'abandon du tabagisme contribuera à améliorer l'accessibilité des services dans toutes les régions et pour toutes les populations. Ce sera l'occasion de maintenir le suivi de l'accès à des services de counseling et de poursuivre la sensibilisation à l'intervention tabagique auprès des professionnels de la santé.

Tableau 5.4.1 Soutien à l'abandon du tabagisme : services d'information et de référence, 2001-2002

Régions ¹	Services ou méthodes	Accessibilité	Renseignements supplémentaires		
	Nom ou type	Nombre de territoires de CLSC	Population visée	Coûts (\$)	Nombre de participants par année
01	CLSC	8/8	Population en général	0 \$	n.d.
02	Direction de santé publique	6/6	Population en général	0 \$	75
	Info-Santé CLSC	6/6	Population en général	0 \$	0
03	Clinique d'aide aux fumeurs	8/8	Population en général	0 \$	n.d.
	CLSC de la région	8/8	Population en général	0 \$	n.d.
	Direction de santé publique (programme <i>J'arrête</i>)	8/8	Population en général	0 \$	n.d.
04	Répertoire des ressources et services	11/11	Population en général	0 \$	n.d.
	Site Internet de la régie régionale	11/11	Population en général	0 \$	n.d.
05	Info-Santé CLSC	7/7	Population en général	0 \$	n.d.
06	Centre d'information et de référence du Grand Montréal	29/29	Population en général	0 \$	n.d.
07	Info-Santé CLSC, intervenants en cessation tabagique, professionnels formés à l'intervention motivationnelle	7/8	Population en général	0 \$	58
08	Clinique cœur	5/6	Population en général	0 \$	n.d.
	Clinique médicale	6/6	Population en général	0 \$	n.d.
	Direction de santé publique	6/6	Population en général	0 \$	n.d.
	Info-Santé CLSC	6/6	Population en général	0 \$	n.d.
	Pharmacies	6/6	Population en général	0 \$	n.d.
09	Programme d'aide à la cessation tabagique des CH et CLSC	6/6	Population en général	0 \$	n.d.
10	Clinique d'arrêt tabagique	5/5	Population en général	0 \$	n.d.
11	Info-Santé CLSC	5/5	Population en général	0 \$	100
	CLSC	5/5	Population en général	0 \$	800
12	Service d'information et d'orientation des CLSC	11/11	Population en général	0 \$	n.d.
	Direction de santé publique	11/11	Population en général	0 \$	n.d.
13	Ligne d'information et d'inscription régionale Info-Oxygène	4/4	Population en général	0 \$	209
	Info-Santé CLSC	4/4	Population en général	0 \$	n.d.
	Société canadienne du cancer – région de Laval	4/4	Population en général	0 \$	n.d.
	Fondation des maladies du cœur du Québec – région de Laval	4/4	Population en général	0 \$	n.d.

Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – 5^e bilan

Régions ¹	Services ou méthodes	Accessibilité	Renseignements supplémentaires		
	Nom ou type	Nombre de territoires de CLSC	Population visée	Coûts (\$)	Nombre de participants par année
	Programme <i>À Laval, on fait un tabac</i> – professionnels de la santé et intervenants du réseau de la santé et des services sociaux	4/4	Personnes qui consultent les professionnels de la santé et les intervenants formés à la cessation tabagique	0 \$	n.d.
	Conférences sur la cessation tabagique en milieu de travail ou en milieu de vie	4/4	Gestionnaires, propriétaires et employés, locataires, jeunes adultes et médecins	0 \$	25-30
	Stands sur la cessation tabagique	4/4	Population en général	0 \$	447
	Médecins et professionnels – Projet pilote en clinique privée	1/4	Patients de la clinique	0 \$	n.d.
14	Direction de santé publique	6/6	Population en général	0 \$	n.d.
	Info-Santé CLSC	6/6	Population en général	0 \$	n.d.
15	Direction de santé publique, <i>Outils et ressources pour cesser de fumer dans les Laurentides</i> (dépliant)	7/7	Population en général	0 \$	n.d.
	CLSC	7/7	Population en général	0 \$	n.d.
	Info-Santé CLSC	7/7	Population en général	0 \$	n.d.
16	Direction de santé publique	19/19	Population en général et intervenants du réseau de la santé	0 \$	n.d.
	Info-Santé CLSC	19/19	Population en général	0 \$	n.d.
	Professionnels de la santé	19/19	Population en général	0 \$	n.d.
17	<i>Breathing easy</i>	2/2	Population en général	0 \$	n.d.
	<i>How to quit smoking and stay quit</i>	2/2	Population en général	0 \$	n.d.
18	Professionnels de la santé (clinique médicale)	1/1	Population en général	0 \$	n.d.

1. Voir la liste des régions à la page 15.

Tableau 5.4b Soutien à l'abandon du tabagisme : services de counseling individuel, 2001-2002

Régions ¹	Services ou méthodes	Fournisseur	Dispo- ni- bilité	Critères d'accessibilité			Nombre de participants par année
	Nom ou type		Nombre de territoires de CLSC	Proximité	Coûts (\$)	Population visée	
01	Aide aux fumeurs hospitalisés	5 CH	6/8	n.d.	0 \$	Fumeurs hospitalisés	500
	Service d'abandon du tabagisme	CLSC	8/8	n.d.	0 \$	Fumeurs en général	n.d.
	Programme <i>Naître égaux – Grandir en santé</i>	CLSC		n.d.	0 \$	Femmes enceintes et parents fumeurs	n.d.
02	Programme Nicot	GRAP	4/6	20 km	300 \$	Fumeurs en général	n.d.
	Service d'aide à l'arrêt tabagique	CLSC	6/6	30 km	0 \$	Femmes enceintes fumeuses	232
	Service d'aide à l'arrêt tabagique (services courants)	CLSC	6/6	30 km	0 \$	Fumeurs ayant des problèmes de santé	50
03	Clinique d'aide aux fumeurs	Hôpital Laval	8/8	n.d.	150 \$	Fumeurs en général	199
	Clinique d'intervention tabagique	UMF Enfant-Jésus	1/8	n.d.	0 \$	Fumeurs en général	150
	Programme <i>Cesser de fumer</i>	Privé	8/8	n.d.	250 \$	Fumeurs en général	15
	Programmes pour les femmes	YWCA	8/8	n.d.	100 \$	Femmes, femmes enceintes fumeuses	0
	Programme d'intervention du tabagisme	Privé	8/8	n.d.	80 \$	Fumeurs en général	30
04	Counseling par quelques médecins	Professionnels de la santé (médecins)	5/11	30 km	0 \$	Fumeurs en général	n.d.
	Programme sur le sevrage du tabac	Professionnels de la santé (pharmaciens)	1/11	30 km	n. d.	Fumeurs en général	n.d.
	Programme <i>Ça vient de s'éteindre</i>	CLSC en milieu scolaire	8/11		0 \$	Adolescents fumeurs	n.d.
	Programme <i>Ça vient de s'éteindre</i>	Maisons de jeunes	8/11		0 \$	Adolescents fumeurs	n.d.
05	Programme <i>Ça vient de s'éteindre</i>	CLSC en milieu scolaire	7/7	0 km	0 \$	Adolescents fumeurs	n.d.
06	Centre d'abandon du tabac	CHUM	29/29	n.d.	90 \$	Fumeurs en général	n.d.
	Clinique <i>Le poumon rose</i>	Épic	29/29	n.d.	90 \$	Fumeurs en général	n.d.
	Programme <i>Devenir non-fumeur pour la vie</i>	Institut thoracique	29/29	n.d.	0 \$	Fumeurs patients du CUSM	n.d.
	Programme d'abandon du tabac	Hôpital Mont-Sinaï	29/29	n.d.	250 \$	Fumeurs en général	n.d.
	Unité de médecine familiale Médecins omnipraticiens	Jewish General Cliniques médicales	29/29 n.s.p.	n.d. n.d.	0 \$ 0 \$	Fumeurs en général Fumeurs en général	n.d. n.d.

Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – 5^e bilan

Régions ¹	Services ou méthodes	Fournisseur	Dispo- ni- bilité	Critères d'accessibilité			Nombre de participants par année
	Nom ou type		Nombre de territoires de CLSC	Proximité	Coûts (\$)	Population visée	
07	Programme <i>Ça vient de s'éteindre</i>	CLSC	7/8	n.d.	n.d.	Adolescents fumeurs	n.d.
	Programme <i>Santé sans fumée</i>	CLSC	7/8	n.d.	n.d.	Fumeurs en général	n.d.
08	Pharmaciens Counseling bref	Pharmacies Jean Coutu, Uniprix ou autres	6/6	30 km	n.d.	Fumeurs en général	n.d.
	Quelques médecins	Clinique médicale	6/6	30 km	n.d.	Fumeurs en général	n.d.
09	Programme d'aide à la cessation tabagique (PACT)	Centre hospitalier régional Baie- Comeau, CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan, CLSC et Centre de santé des Nord-Côtiers	2/6	0 km	0 \$	Fumeurs hospitalisés et leurs proches	180
	Counseling individuel fait par des médecins	CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan, CLSC et Centre de Santé des Sept-Rivières	2/6	n.d.	n.d.	Fumeurs en général	50
10	Clinique d'arrêt tabagique	Centre régional de la santé et des services sociaux de la Baie- James	5/5	3 km	0 \$	Fumeurs en général	n.d.
	Counseling par les médecins	Cliniques médicales et établissements	5/5	3 km	0 \$	Fumeurs en général	n.d.
11	Counseling par les infirmières en périnatalité	Chaque CLSC	5/5	20 km	0 \$	Femmes enceintes	60
	Counseling individuel	Unités de médecine familiale de Gaspé	1/5		0 \$	Fumeurs en général	n.d.
	Counseling individuel	CLSC de Pabok	1/5		0 \$	Fumeurs en général	n.d.
	Counseling individuel	CH-CLSC-CHSLD de la MRC Denis-Riverin	1/5		0 \$	Fumeurs en général	n.d.
12	Counseling individuel	CLSC	11/11	40 km	0 \$	Fumeurs en général	146
	Counseling individuel par des pharmaciens (projet pilote)	4 pharmacies	1/11	n.d.	0 \$	Fumeurs en général	n.d.
	Programme <i>Ça vient de s'éteindre</i>	CLSC en milieu scolaire	11/11	n.d.	0 \$	Adolescents fumeurs	n.d.
13	Counseling médical antitabagique	Médecins formés	4/4	n.d.	0 \$	Patients des médecins	n.d.
	Projet pilote – clinique médicale privée : counseling bref	Professionnels de la santé de la clinique	1/4	n.d.	0 \$	Patients de la clinique	n.d.
	Projet pilote – clinique médicale privée : counseling intensif	Intervenante spécialisée	1/4	n.d.	0 \$	Personnes envoyées à la clinique	30 (de 11/01 à 03/02)

Régions ¹	Services ou méthodes	Fournisseur	Dispo- ni- bilité	Critères d'accessibilité			Nombre de participants par année
	Nom ou type		Nombre de territoires de CLSC	Proximité	Coûts (\$)	Population visée	
	Méthode <i>Oxygène</i> - version individualisée	CLSC	4/4	15 km	35 \$	Fumeurs en général	5
	Programme <i>À Laval, on fait un tabac</i> , counseling antitabagique – intervention brève	Professionnels de la santé et intervenants du réseau	4/4	n.d.	0 \$	Patients de ces professionnels et intervenants	n.d.
	Programme <i>Ça vient de s'éteindre</i>	CLSC en milieu scolaire	4/4	n.d.	0 \$	Adolescents fumeurs	n.d.
14	Clinique tabac (médecin)	CLSC Joliette	1/6	n.d.	n. d.	Fumeurs envoyés par un médecin	20
15	Counseling individuel par les professionnels de la santé (médecins, infirmières, autres)	CLSC	7/7	n.d.	0 \$	Fumeurs en général	n.d.
	Counseling individuel	Hôpital Saint-Jérôme	1/7	n.d.	0 \$	Fumeurs hospitalisés	n.d.
16	Counseling individuel par certains animateurs de groupes de cessation tabagique	CLSC	4/19	n.d.	0 \$	Fumeurs en général	n.d.
	Médecins	Cliniques médicales et CLSC	19/19	n.d.	0 \$	Fumeurs en général	n.d.
17	Agents pharmaceutiques et counseling par un médecin ou une infirmière	CLSC	2/2	1 km	0 \$	Fumeurs en général	n.d.
18	Par un médecin ou une infirmière	CLSC	1/1	3 km	0 \$	Fumeurs en général	n.d.
	Total connu de participants						1 667

1. Voir la liste des régions à la page 15.

Tableau 5.4c Soutien à l'abandon du tabagisme : services (ou méthodes) de groupe, 2001-2002

Régions ¹	Services ou méthodes	Fournisseur	Disponibilité	Critères d'accessibilité			Nombre de participants par année
	Nom ou type		Nombre de territoires de CLSC	Proximité	Coûts (\$)	Population visée	
01	Atelier <i>Oui, j'arrête</i>	Association du cancer de l'est du Québec ; Domrémy KRTB	8/8	n.d.	25 \$	Fumeurs en général	50
02	Atelier <i>Oui, j'arrête</i>	OSBL mandatés	3/6	20 km	0 \$	Fumeurs à faible revenu	59
03	Programme <i>J'arrête</i>	CLSC de la région	8/8	n.d.	25 \$	Fumeurs en général	100
	Clinique d'aide aux fumeurs	Hôpital Laval	8/8	n.d.	100 \$	Fumeurs en général	0
	Programme <i>Cesser de fumer</i>	Privé	8/8	n.d.	250 \$	Fumeurs en général	n.d.
	Programme pour les femmes	YMCA	8/8	n.d.	40 \$	Femmes, femmes enceintes	0
04	Atelier <i>Oui, j'arrête</i>	CLSC	9/11	15-30 km	0-25 \$	Fumeurs en général	100
	Atelier <i>Oui, j'arrête</i>	OSBL	1/11	15-20 km	0-20 \$	Personnes ayant des problèmes de santé mentale	20
	Atelier <i>Oui, j'arrête</i>	OSBL	1/11	10-30 km	0 \$	Personnes à faible revenu	30
	Atelier <i>Oui, j'arrête</i>	OSBL	2/11	10-30 km	0 \$	Groupes de femmes	20
	Programme <i>Ça vient de s'éteindre</i>	CLSC en milieu scolaire	8/11	0 km	0 \$	Personnes à faible revenu	n.d.
	Programme <i>Ça vient de s'éteindre</i>	OSBL en maison de jeunes	8/11	5-10 km	0 \$	Adolescents fumeurs	n.d.
	Plan de 5 jours	OSBL	1/11	5-30 km	n.d.	Adolescents fumeurs	30
	Programme d'aide à l'arrêt tabagique	Professionnels de la santé	1/11	n.d.	n.d.	Fumeurs en général	n.d.
	Programme <i>Cesser de fumer</i>	Professionnels de la santé				Association des cardiaques	n.d.
05	Programme <i>Divorcer de sa cigarette</i>	Élixir	5/7	n.d.	0 \$	Milieu de travail	n.d.
	Programme <i>Ça vient de s'éteindre</i>	CLSC	7/7	n.d.	0 \$	Femmes en milieu défavorisé	n.d.
06	Programme <i>Devenir non-fumeur pour la vie</i>	Institut thoracique	29/29	n.d.	20 \$	Fumeurs patients du CUSM	n.d.
	Programme de groupe	Association pulmonaire	29/29	n.d.	100 \$	Fumeurs en général	n.d.
07	Programme <i>Jeunes sans fumée</i>	CLSC	2/8	n.d.	n.d.	Adolescents fumeurs	n.d.
	Programme <i>Santé sans fumée</i>	CLSC	4/8	n.d.	n.d.	Fumeurs en général et personnes en réadaptation cardiaque	n.d.
08	Programme <i>Oui, j'arrête</i>	CLSC	5/6	10 km	n.d.	Fumeurs en général	n.d.

Régions ¹	Services ou méthodes	Fournisseur	Disponibilité	Critères d'accessibilité			Nombre de participants par année
	Nom ou type		Nombre de territoires de CLSC	Proximité	Coûts (\$)	Population visée	
09	Programme <i>Oui, j'arrête</i>	CLSC, Centre de santé des Sept-Rivières et Centre de santé de la Basse-Côte-Nord, CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan	3/6	25 km	n.d.	Fumeurs en général	75
	Programme <i>Un cœur en santé ne fume pas</i>	Centre de santé de la Minganie	1/6	25 km	n.d.	Fumeurs en général	8
10	Programme <i>Devenir non-fumeur</i>	CRSSSBJ	1/5	3 km	0 \$	Fumeurs en général	n.d.
11	Programme <i>Oui, j'arrête</i>	CLSC	3/5	50 km	0 \$	Fumeurs en général	150
12	Programme <i>Oui, j'arrête</i>	CLSC	11/11	40 km	25 \$	Fumeurs en général	175
13	Méthode <i>Oxygène</i> : version pour les groupes	CLSC	4/4	15 km	35 \$	Fumeurs en général	43
	Groupe de soutien pour récents ex-fumeurs	CLSC : bénévoles spécialement formés	1/4	30 km	n.d.	Récents ex-fumeurs	71
	Programme <i>Ça vient de s'éteindre</i>	CLSC en milieu scolaire	4/4	n.d.	n.d.	Adolescents fumeurs	n.d.
	Groupe en milieu communautaire	OSBL	1/4	n.d.	n.d.	Clientèle des organismes communautaires	n.d.
14	Programme <i>Oui, j'arrête</i>	Centre d'action bénévole	4/6	40 km	30 \$	Fumeurs en général	30
15	Programme <i>Devenir non-fumeur pour la vie</i>	CLSC	7/7	n.d.	20 \$	Adultes fumeurs	195
16	Groupe d'aide pour cesser de fumer	CLSC	18/19	n.d.	0-25 \$	Fumeurs en général	n.d.
17	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
18	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Total connu de participants						1 156

1. Voir la liste des régions à la page 15.

Tableau 5.4d Promotion des services (ou méthodes) pour cesser de fumer, 2001-2002

Régions ¹	Moyens de promotion utilisés					Promotion de façon continue
	Inventaire sur demande	Inventaire dans des points de services	Matériel promotionnel	Publicité dans les médias	Autres	
01	Oui	Oui	Non	Oui		Oui Pendant la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac et le défi <i>J'arrête, j'y gagne !</i>
02	Oui	Oui	Oui	Non		Oui Par communiqué de presse à l'occasion de la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac et de la Journée mondiale sans tabac.
03	Oui	Oui	Oui	Oui	Dépliants, présentations, rencontres, rapports ; publicité et conférences de presse de la Clinique d'aide aux fumeurs de l'Hôpital Laval et du programme <i>J'arrête</i> des CLSC de la région.	Oui
04	Oui	Oui	Oui	Oui	Répertoire régional des ressources et services distribué dans les établissements de santé et de services sociaux, les cliniques médicales, les pharmacies, les écoles, les milieux de travail et dans certains groupes communautaires. Publicité dans les médias sur les services ou programmes et apposition d'affiches dans les endroits stratégiques. Promotion des services et du défi <i>J'arrête, j'y gagne !</i> par une campagne à la télévision.	Oui
05	Non	Non	Non	Non	Promotion des services offerts aux jeunes (<i>Ça vient de s'éteindre</i>).	Oui Promotion dans les écoles pour le programme <i>Ça vient de s'éteindre</i>
06	Oui	Oui	Non	Non	Mise à jour régulière sur le site Internet de l'inventaire des ressources disponibles en cessation tabagique. Distribution de l'inventaire au moment de la diffusion, en janvier 2002, d'un bulletin de 4 pages portant sur l'abandon du tabac aux médecins omnipraticiens.	Oui Communication écrite aux médecins omnipraticiens au moins deux fois par année et promotion d'outils pouvant les aider, incluant l'inventaire de ressources en cessation tabagique.
07	Non	Oui	Oui	Oui		Oui
08	Oui	Oui	Oui	Oui	Affiches distribuées dans tous les restaurants et toutes les épiceries pour la promotion du défi <i>J'arrête, j'y gagne !</i> et répertoire des services de cessation tabagique disponible dans tous les établissements de santé de la région.	Oui Surtout pendant la période d'inscription au défi <i>J'arrête, j'y gagne !</i>
09	Oui	Oui	Oui	Oui	Publication d'un passeport-santé au début du mois de janvier dans tous les journaux locaux. Promotion, dans tous les hebdomadaires de la région, du défi <i>J'arrête, j'y gagne !</i> et des services locaux de cessation tabagique. Stands d'information dans des CLSC et les centres de santé.	Oui Au cours de la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac, de la Semaine de nutrition et du défi <i>J'arrête, j'y gagne !</i>
10	Non	Oui	Oui	Oui		Oui Deux fois par année.

Régions ¹	Moyens de promotion utilisés					Promotion de façon continue
	Inventaire sur demande	Inventaire dans des points de services	Matériel promotionnel	Publicité dans les médias	Autres	
11	Oui	Non	Oui	Oui	Les CLSC font la promotion des services de soutien un mois avant le début des séances de groupe. La télévision et la radio communautaires sont souvent utilisées.	Non
12	Non	Oui	Oui	Oui		Oui Trois fois par année.
13	Oui	Oui	Oui	Oui	Campagne médiatique en janvier. Campagne d'affichage dans les organismes communautaires. Campagne médiatique au Collège Montmorency. Stands de sensibilisation à la cessation tabagique. Promotion de la méthode <i>Oxygène</i> dans les médias écrits et électroniques. Site Internet de la régie régionale avec liens pertinents.	Oui Automne, hiver et printemps
14	Oui	Oui	Oui	Oui	Stands de promotion dans les cégeps, les écoles secondaires et les centres commerciaux.	Oui Campagne médiatique de janvier à avril, stands dans les endroits publics et envoi massif.
15	Oui	Oui	Oui	Oui	Par les professionnels de la santé formés à la cessation tabagique, les animateurs du programme <i>Devenir non-fumeur pour la vie</i> , Info-Santé CLSC. Napperons promotionnels distribués dans les aires de restauration des grands centres commerciaux et les cafétérias des hôpitaux de la région. Ligne 1-800 accessible 4 mois par année (de janv. à avril). Émissions radiophoniques et de télévision. Conférences de presse au cours de la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac. Concours régional <i>C'est décidé, j'arrête de fumer avec de l'aide</i> (promotion des services de cessation tabagique offerts dans la région).	Oui
16	Oui	Oui	Non	Non	Les CLSC font de la publicité dans leur hebdomadaire concernant les groupes de cessation tabagique.	Oui Promotion à l'occasion de certains événements (la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac, le Défi <i>J'arrête, j'y gagne!</i>)
17	Non	Non	Oui	Oui	Tirage pour personnes ayant arrêté de fumer ou diminué leur consommation de tabac ; la promotion du tirage fait abondamment la promotion des méfaits du tabagisme et des ressources existantes. Promotion de cessation tabagique par un <i>wellness co-ordinator</i> (personne ressource dans les 14 communautés du Nunavik).	Oui Durant la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac.
18	Non	Non	Oui	Oui	Publicité dans les médias et distribution de matériel promotionnel dans les cliniques.	Oui
Total	12	14	14	14		17

1. Voir la liste des régions à la page 15.

Tableau 5.4e **Accessibilité à au moins un service pour cesser de fumer dans tous les territoires de CLSC de la région et promotion continue de ces services par au moins un moyen, 2001-2002**

Régions ¹	Service d'information et de référence	Service de counseling individuel	Service (ou méthode) de groupe	Promotion	
				Par au moins un moyen	De façon continue
01 ²	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
02	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
03 ²	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
04	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
05 ²	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
06 ²	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
07	Oui	Non	Non	Oui	Oui
08	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
09	Oui	Non	Non	Oui	Oui
10	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
11	Oui	Oui	Non	Oui	Non
12 ²	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
13 ²	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
14	Oui	Non	Non	Oui	Oui
15 ²	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
16	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
17	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
18	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Total	18	14	8	18	17

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Région où l'on offre les trois types de services pour arrêter de fumer dans tous les territoires de CLSC.

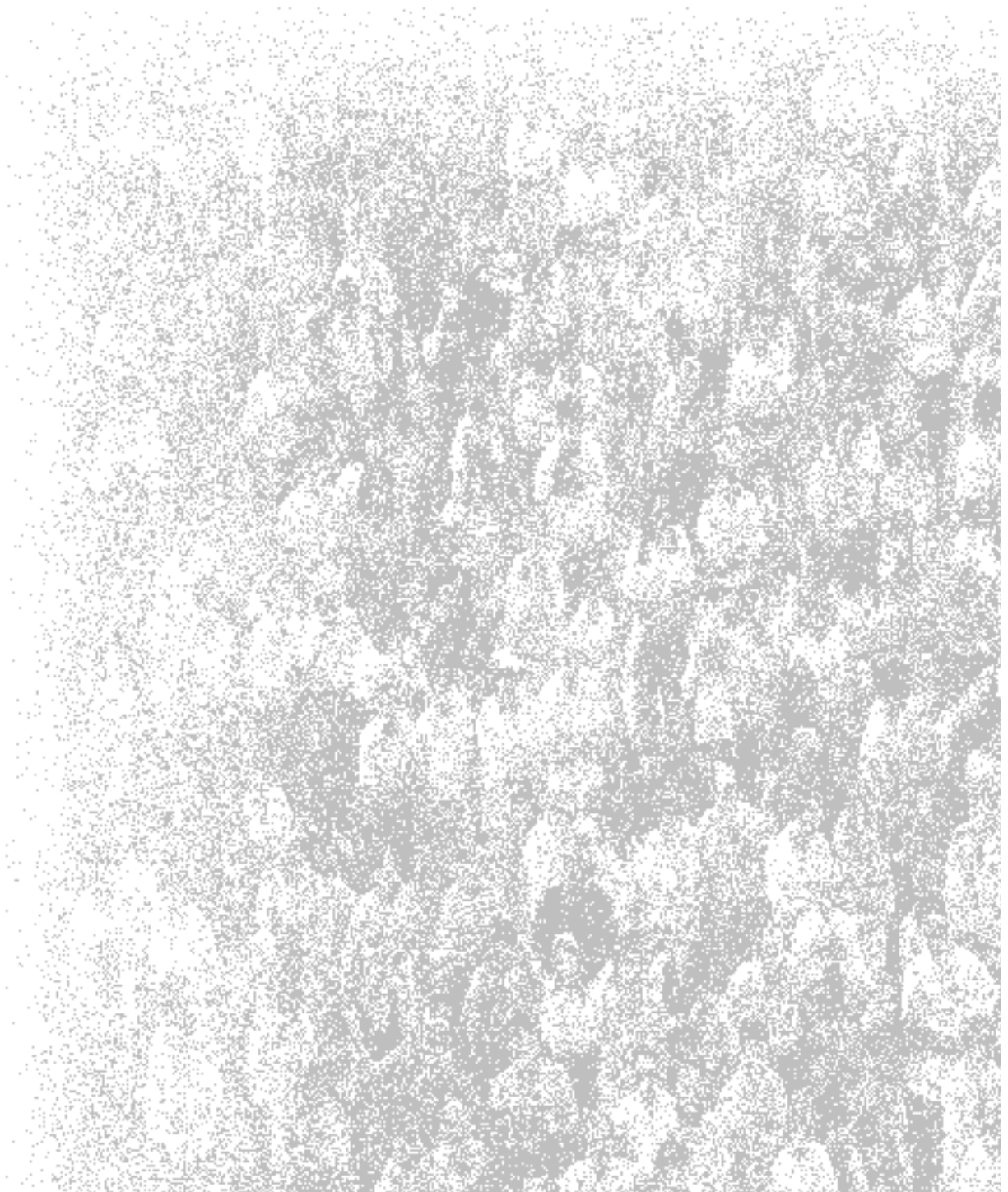
Tableau 5.4f Accessibilité à au moins un service pour cesser de fumer dans tous les territoires de CLSC de la région, 2000-2001

Régions ¹	Service d'information et de référence			Service de counseling individuel			Service (ou méthode) de groupe		
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	1999-2000	2000-2001	2001-2002	1999-2000	2000-2001	2001-2002
01	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
02	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
03	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
04	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui
05	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
06	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
07	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non
08	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
09	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non
10	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
11	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non
12	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
13	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
14	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
15	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui
16	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non
17	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
18	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
Total	16	16	18	11	13	14	9	8	8

1. Voir la liste des régions à la page 15.

PRIORITÉ 6

*LES TRAUMATISMES
NON INTENTIONNELS*



Faits saillants

Quatre résultats sont attendus quant aux traumatismes non intentionnels. Le premier porte sur la prévention des blessures à domicile, le deuxième, sur la prévention des chutes dans les établissements, le troisième, sur la diminution du nombre de cas associés à la conduite avec facultés affaiblies, tandis que le quatrième rend compte de l'adoption de lois et de règlements visant à promouvoir la sécurité et à prévenir les traumatismes.

Depuis l'année 1997-1998, des projets ayant trait à la prévention des blessures à domicile ont été réalisés dans la majorité des régions pour différents types de traumatismes. Comme ceux qui l'ont précédé, le présent bilan permet de conclure que l'objectif concernant l'expérimentation de cinq projets pilotes a été largement atteint, bien que la démonstration de l'efficacité pour réduire les blessures reste à faire.

En ce qui concerne la prévention des chutes dans les établissements, le *Guide de prévention des chutes en établissement*, préparé dans la région de Québec, n'avait toujours pas fait l'objet d'une évaluation au 31 mars 2002 faute de financement.

Pour une cinquième année consécutive, des programmes d'application sélective (PAS) visant la conduite sans alcool ont été mis en œuvre dans dix-sept régions du Québec, au printemps et à l'automne 2001. Le taux de conduite avec facultés affaiblies demeure conforme à celui qui était attendu, soit moins de 1 % au moment de l'application de ce programme.

En ce qui a trait aux législations et aux réglementations des professionnels de la DGSP, assistés d'experts du réseau de la santé publique, ont été appelés à se prononcer sur quelques projets de loi en sécurité routière.

6.1 Prévention des blessures à domicile

Que, d'ici 1999, cinq projets pilotes visant la prévention des blessures à domicile aient été expérimentés et évalués.

Qu'en 2002, les mesures dont l'efficacité aura été démontrée par ces projets pilotes aient été appliquées dans toutes les régions du Québec.

Méthode

Définition

Par *projet pilote*, on entend toute action de santé publique visant à tester une intervention. Pour être qualifié de *pilote*, le projet doit comporter une composante novatrice et se situer dans une perspective de gain de connaissances en vue de sa généralisation. Divers aspects de l'intervention peuvent être testés par un projet pilote : sa faisabilité, son acceptabilité et sa capacité de produire les résultats attendus.

Indicateur

- Nombre de projets pilotes en voie de réalisation selon le type de blessures et la population visée ;
- nombre de projets pilotes réalisés et évalués selon le type de blessures et la population visée.

Collecte des données

Les données proviennent d'un questionnaire rempli, dans chaque région, par des personnes intervenant en matière de prévention des blessures à domicile. Comme dans le bilan précédent, la cinquième année d'évaluation permet d'inventorier les projets de prévention des blessures à domicile réalisés dans l'ensemble des régions du Québec. Il convient également de préciser que le présent bilan met uniquement en évidence les projets conformes à la définition énoncée plus haut. En conséquence, les autres activités organisées par les directions de santé publique dans ce domaine ou tenues avant la période indiquée sont exclues.

Résultats

Au 31 mars 2002, treize des dix-huit régions comptabilisaient vingt-sept projets mis en œuvre depuis 1997-1998. Ces projets concernent principalement deux populations visées au regard de la prévention des blessures à domicile, soit les personnes âgées et les enfants (cf. tableau 6.1a).

Parmi les projets recensés, onze ont fait l'objet d'une évaluation, cinq sont en voie de réalisation et sept ont été réalisés sans que l'on indique si une évaluation a été faite ou est en cours. Pour la grande majorité des projets, les objectifs de l'intervention sont définis.

À ce jour, sur les onze projets ayant fait l'objet d'une évaluation, huit rapports d'évaluation ont été déposés.

Discussion

Afin de porter un jugement sur l'efficacité des mesures présentées depuis le premier bilan et sur la pertinence de les étendre à d'autres régions du Québec, le groupe responsable a effectué, dès le deuxième bilan, une analyse des projets réalisés et a produit un document d'évaluation. Pour l'année visée par le présent bilan, aucune information relative aux nouveaux projets n'a été déposée.

En conséquence, les constats établis à l'occasion des bilans antérieurs sont maintenus, dont le fait que les projets portent principalement sur les habitudes de vie, l'environnement physique ou le système de services et qu'ils sont surtout axés sur des méthodes d'éducation au regard de la santé.

Conclusion

Comme dans les bilans précédents, aucun projet ne permet d'obtenir des résultats probants sur la diminution des blessures ou de définir les conditions nécessaires à une implantation généralisée.

En ce qui concerne les objectifs de la prévention des blessures à domicile, on constate qu'il y a eu effectivement expérimentation et évaluation de plus de cinq projets pilotes. Néanmoins, la démonstration de l'efficacité des actions eu égard à la cible finale – les blessures – reste à faire. C'est pourquoi les conclusions des années précédentes sont maintenues dans le cinquième bilan, à savoir que le travail relatif à l'évaluation doit se poursuivre pour soutenir la prise de décision quant à l'application des mesures dans toutes les régions du Québec. De même, il est toujours à propos d'envisager de mettre en place l'ensemble des conditions nécessaires à l'évaluation des effets de chaque projet, notamment au regard de leur durée et de leur financement.

Tableau 6.1a Projets pilotes en prévention des blessures à domicile, de 1997 à 2002

Régions	Nombre de projets pilotes	Année de la mise en œuvre	Catégories						Populations			État d'avancement?	Information telle qu'elle est rapportée par les répondants						Commentaires
			Intoxication	Brûlures	Chutes	Noyades	Suffocation	Autres (préciser)	Enfants	Aînés	Autres (préciser)		Obj. d'interv.	Rapport d'implantation	Obj. d'éval.	Devis d'éval.	Rapport d'évaluation	Autres (préciser)	
01	1	97-98	x	x	x						x				x (1999)				
02	1	97-98			x						x				x (1999)				
03	1	97-98	x	x		x													
04	1	97-98	x		x						x				x (1999)				
	1	97-98	x		x						x				x (1999)				
	1	99-00																	
	1	00-01			x						x								
	1	01-02			x														
05	1	97-98			x						x				x (2000)				
06	1	97-98			x										x (2000)				
	1	98-99	x	x							x								
	1	00-01			x														
07	1	97-98	x	x	x														
	1	97-98	x	x							x								
	1	00-01																	
08																			
09																			
10																			
11	1	97-98			x														
12	1	98-99	x	x															
	1	99-00																	
13	1	97-98			x														
	1	00-01																	
14	1	97-98			x														
	1	99-00																	
15																			
16	1	97-98					x												
17	1	97-98	x	x	x														
	1	97-98			x														
	1	98-99	x	x															
	1	98-99																	
18																			

1. Voir la liste des régions à la page 15.
2. A = abandonné ; V = en voie de réalisation ; R = réalisé ; E = évalué.

Tableau 6.1b Documentation reçue sur les projets pilotes visant la prévention des blessures à domicile, 2001-2002

Régions ¹	Projets	Évaluation						
		Implantation			Effet sur les facteurs de risque			Effet sur les blessures
		Objectif	Devis	Rapport	Objectif	Devis	Rapport	
Évaluation en voie de réalisation								
12 (jeunes enfants)	Programme de prévention des blessures à domicile et sur la route auprès des enfants	x	Non	n.s.p.	Aucune précision			–
13 (aînés, chutes)	Projet régional de prévention des chutes à domicile pour les aînés (Laval)	x	x	À venir	x	x	À venir	–
14 (aînés, chutes)	Programme de prévention des chutes à domicile pour les aînés	x	Non	Résultats prélim.	Aucune précision			–
Évaluation réalisée								
01 (jeunes enfants)	Évaluation d'une trousse de prévention des traumatismes à domicile pour les jeunes enfants	x	x	x	x	x	x	–
02 (aînés, médicaments)	Centre d'information et de référence sur les médicaments pour les aînés (CIRMA)	x	x	x	x	x	x	–
04 (aînés, chutes)	Étude de l'implantation d'un projet de service lié à la prévention des chutes et à l'adaptation mineure du domicile	x	x	x	Non			–
04 (jeunes enfants)	Rapport d'évaluation de la trousse RAPPID	x	x	x	x	x	x	–
05 (aînés, chutes)	Programme de prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées	x	x	x	x	x	x	x Résultats non significatifs
06 (aînés, chutes)	Évaluation du Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) pour la prévention des chutes chez les aînés	x	x	x	x	x	x	–
06 (jeunes enfants)	La sécurité à domicile pour les tout-petits	x	x	x	Sans objet			–
11 (aînés, chutes)	Sécurité dans la salle de bain : aménagement, entretien et comportements sécuritaires	x	x	x	Sans objet			–

1. Voir la liste des régions à la page 15.

6.2 Prévention des blessures dans les établissements

Que, d'ici 1999, soit évaluée la contribution du *Guide de prévention des chutes en établissement* à la diminution des chutes chez les personnes âgées.

Que, d'ici 2002, l'utilisation de ce guide se soit généralisée si son efficacité est démontrée.

Note

Le *Guide de prévention des chutes en établissement*, préparé dans la région de Québec, a fait l'objet d'un protocole d'évaluation et de demandes de subvention auprès de différents organismes. Des demandes de subvention ont été déposées auprès du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) à l'automne 1999. Suite à ces démarches, le *Guide de prévention des chutes en établissement* n'a pu être évalué faute de financement.

6.3 Programmes d'application sélective

Que, dans toutes les régions du Québec, soient régulièrement mis en œuvre des programmes d'application sélective (PAS) visant notamment la conduite sans alcool et le port du casque à vélo¹.

Qu'au moment de l'application de ces programmes, on observe un pourcentage inférieur à 1 % de conduite avec alcool et un taux de 40 % du port du casque à vélo.

Méthode

Définition

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

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

Indicateur

Nombre de PAS réalisés selon la thématique et la région. Taux de conduite avec alcool lorsqu'un PAS sur l'alcool est réalisé.

Collecte des données

Les données concernant les PAS sur l'alcool proviennent de la Société de l'assurance automobile du Québec.

Résultats

En juin et en décembre 2001, des PAS sur l'alcool au volant ont été réalisés dans dix-sept régions du Québec (cf. tableau 6.3). Aucune région ne présentait une proportion de conducteurs avec facultés affaiblies supérieure à l'objectif fixé de 1 %.

L'information recherchée concernait également la mise en œuvre de PAS sur d'autres sujets que l'alcool. Selon les données recueillies, aucun projet n'a eu lieu au cours de l'année 2001-2002.

1. La Loi sur le port du casque à vélo n'ayant pas été adoptée, aucun PAS ne peut être réalisé à l'égard de cet objet.

Conclusion

À l'égard du résultat attendu, énonçant que des PAS sur l'alcool au volant doivent être réalisés dans toutes les régions du Québec d'ici 2002, l'objectif a été atteint dans dix-sept régions et l'action doit être maintenue.

Tableau 6.3 Programme d'application sélective (PAS), de 1997-1998 à 2001-2002

Régions ¹	PAS sur l'alcool en 1997		PAS sur l'alcool en 1998		PAS sur l'alcool en 1999		PAS sur l'alcool en 2000		PAS sur l'alcool en 2001	
	Taux (%) de conduite avec alcool		Taux ² (%) de conduite avec alcool		Taux (%) de conduite avec alcool		Taux (%) de conduite avec alcool		Taux (%) de conduite avec alcool	
	Mai-octobre		Mai-juin	Nov.-déc.	Mai-juin	Nov.-déc.	Mai-juin	Nov.-déc.	Mai-juin	Nov.-déc.
01	0,6		0,5	0,9	1,3	0,5	0,5	0,9	0,4	0,3
02			0,7	0,6	0,7	0,2	0,4	0,4	0,7	0,3
03			0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,3	0,5
04a			0,5	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2
04b			0,4	0,4	0,2	0,2	0,2	0,6	0,4	0,1
05			0,5	0,4	0,4	0,6	0,2	0,5	0,6	0,3
06	0,4		0,7	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,2
07			0,4	0,4	0,4	0,1	0,1	0,1	0,3	0,4
08	0,7		0,8	0,7	0,7	0,0 (< 0,1)	0,3	0,3	0,4	0,1
09			0,6	0,4	0,6	1,0	0,1	0,7	0,1	0,5
10	6,0		1,1	0,7	0,7	45,5 ³	Aucun	1,9	0,0	0,0
11			1,3	0,7	1,0	Aucun	Aucun	0,4	0,5	0,6
12	1,3		0,5	0,5	0,3	0,2	0,4	0,5	0,3	0,5
13	0,3 (05/97) et 0,6 (10/97)		n.d.	1,0	0,1	0,0 (< 0,1)	0,8	0,5	0,4	0,3
14	0,3		0,4	0,3	0,3	0,6	0,4	0,3	0,4	0,3
15			0,5	0,4	1,0	0,4	0,4	0,3	0,4	0,7
16	0,4		0,3	0,4	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3	0,2
17										
18										
Total			0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3
Nombre de régions	8		17	17	17	16	15	17	17	17

1. Voir la liste des régions à la page 15. Depuis 1998, les régions 17 et 18 n'ont pas participé aux activités réalisées dans le cadre du PAS sur l'alcool au volant organisées par la SAAQ et les services policiers.

2. Nombre de conducteurs dépassant la limite légale d'alcoolémie mesurée à l'alcootest par 100 conducteurs interceptés au moment des barrages routiers.

3. Il s'agit d'un très petit nombre de conducteurs (11) interpellés et soumis à une évaluation du taux d'alcoolémie. Il faut donc interpréter ce résultat avec prudence.

6.4 Législation et réglementation

Que, d'ici 2002, des gains importants aient été accomplis en matière de législation et de réglementation visant la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes.

Législation et réglementation provinciales

Au moment de faire le premier bilan des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* en mars 1998, la majorité des lois et des règlements mentionnés dans ces priorités avaient été adoptés ou étaient en voie de l'être.

Le présent bilan traite donc des lois et des règlements adoptés depuis mars 1998, de l'entrée en vigueur des dispositions adoptées depuis ce temps et des autres ajouts législatifs qui vont dans le sens des objectifs déjà fixés dans les priorités nationales.

Nouvelles lois et réglementations

Les efforts de concertation intersectorielle ont permis d'améliorer quelques lois en sécurité routière. Une première intervention s'est concrétisée par la délégation de deux représentants de la santé au sein du comité interministériel « Plan d'action alcool 2001 » mis en place par le ministre des Transports, monsieur Guy Chevrette, afin de proposer de nouvelles solutions à ce problème de sécurité routière. Au terme des travaux du comité, le projet de loi qui avait été déposé a été adopté en juin 2001. Par ailleurs, les échanges entre les professionnels de la santé et des transports ont également permis de mettre à jour les dispositions législatives relativement aux normes d'utilisation des sièges d'auto pour enfants ainsi qu'à la circulation des véhicules jouets sur la voie publique (autorisation de l'utilisation de la bicyclette assistée et interdiction de la trottinette motorisée).

Entrée en vigueur de lois et de règlements

Parmi les modifications aux lois provinciales ou fédérales déjà mentionnées dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, la santé publique a collaboré avec un groupe de travail pour élaborer la nouvelle réglementation sur les produits chimiques et les contenants de consommation. Ainsi, le Règlement sur les produits chimiques et contenants de consommation (RPCCC 2001) a été adopté et est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2001. Il couvre notamment cinq nouvelles catégories de risque – produits toxiques, corrosifs, inflammables ou adhésifs à la peau ainsi que contenants sous pression – et il définit les exigences relatives tant à l'étiquetage qu'à l'emballage de ces produits. Les fabricants et les importateurs ont eu jusqu'au 30 septembre 2002 pour s'y conformer. De plus, des modifications à l'annexe 1 de la Loi sur les produits dangereux, au Règlement sur les aliments et drogues et au Règlement sur les cosmétiques ont aussi été publiées dans une notification.

Ajouts législatifs en préparation

Le ministre des Transports a fait connaître certaines dispositions issues du *Livre vert sur la sécurité routière au Québec*, à savoir :

- la poursuite d'un projet pilote sur le virage à droite au feu rouge (VDFR) et la généralisation de cette mesure au Québec, à l'exception de Montréal ;
- les orientations sur le contrôle de la vitesse par photo-radar.

Dans une autre veine, les actions du réseau de la santé publique (ministère de la Santé et des Services sociaux et directions de santé publique des régions régionales) au regard des lois et des règlements adoptés ou en préparation ont porté surtout sur le suivi du projet pilote de VDFR et les mesures à prendre afin d'en minimiser les conséquences sur la sécurité des usagers plus vulnérables (piétons, personnes âgées, personnes handicapées, etc.), sur la mise à jour des banques de données et des connaissances, sur la réalisation d'études particulières et sur la sensibilisation des responsables de la législation et de la réglementation.

Par ailleurs, il n'y a pas eu de suite au rapport du comité provincial permanent sur les piscines privées (projet de règlement type destiné aux municipalités). On rappelle que ce projet de règlement a été présenté en janvier 2001 au ministère des Affaires municipales, qui a suggéré qu'il soit plutôt examiné par un comité interministériel placé sous la responsabilité du MSSS pour en déterminer le contenu et la pertinence.

Réglementation municipale

Peu d'activités en région ont été réalisées dans des dossiers qui font notamment appel à l'approche d'intervention axée sur la réglementation en milieu municipal (exemples : aires de jeu, morsures de chien, noyades dans des piscines résidentielles, circulation en motoneige, véhicules tout-terrain, aménagement de corridors récréotouristiques).

Adoption de la Loi sur la santé publique

Dans le cadre de l'adoption de la Loi sur la santé publique, des ajustements seront à prévoir par les instances de la DGSP relativement au type de suivi à accorder aux projets de lois et de règlements ayant des conséquences sur la santé de la population qui sont présentement à l'étude. Cette loi permet de mieux définir les liens à maintenir avec les partenaires sectoriels intéressés (article 54).

À ce sujet, la mise en place des mesures d'implantation de la Loi sur la santé publique devra faire l'objet d'une attention particulière dans le domaine de la prévention des traumatismes non intentionnels, compte tenu de l'importance du suivi des modifications aux lois et aux règlements qui doit être fait dans ce secteur d'activité.

Conclusion

Au regard des législations et des réglementations, des gains ont été obtenus en matière de prévention des traumatismes. Ils se rapportent principalement à la sécurité routière, mais également à la sécurité des médicaments (alcool et drogues), des produits dangereux et des produits toxiques.

Même si nous pouvons conclure à l'atteinte de l'objectif fixé il y a cinq ans, il nous faut rappeler que ce champ d'activité est constamment soumis aux fluctuations des pressions

publiques qui sont tantôt favorables ou défavorables à la sécurité de la population. Dans ce sens, les décideurs dans le domaine de la santé publique doivent assurer un suivi continu des lois et des règlements portant sur la sécurité afin de maintenir et d'accroître les gains qui peuvent être obtenus par l'entremise du cadre législatif. La mise en œuvre des modalités d'application stipulées à l'article 54 de la Loi sur la santé publique constitue un outil de premier plan pour assumer ce rôle.

PRIORITÉ

6a

LES TRAUMATISMES INTENTIONNELS

La violence envers les personnes



Faits saillants

Pour le présent bilan, les résultats attendus quant à la priorité relative aux traumatismes intentionnels liés à la violence envers les personnes sont :

- la mise en place de projets pilotes ou d'initiatives visant la promotion des comportements pacifiques et la prévention de la violence envers les personnes, et ce, dans toutes les régions du Québec ;
- l'élaboration et la mise en application, dans toutes les régions du Québec, de protocoles de référence interorganismes.

Dans neuf régions, on a implanté quatorze nouveaux projets pilotes ou initiatives, soit six de moins que l'an dernier. Il y a toujours deux régions où l'on ne signale ni projet pilote ni initiative depuis le début du suivi de l'implantation des priorités nationales. Près de la moitié des projets pilotes ciblent les jeunes.

Au Québec, 89 protocoles sont maintenant en application et 7 en sont à l'un ou l'autre des divers stades de préparation. Dans seize régions, on applique un ou plusieurs protocoles de référence interorganismes et, dans douze de ces régions, les protocoles couvrent l'ensemble du territoire. Selon les réponses obtenues, il appert que près de 70 % des ententes prévoient un mécanisme d'évaluation et que plus de 40 % d'entre elles prévoient de la formation.

6a.1 Sensibilisation au phénomène de la violence faite aux femmes

Que, d'ici 1999, une campagne de sensibilisation comprenant plusieurs stratégies relatives au phénomène de la violence faite aux femmes ait été réalisée au niveau national et dans toutes les régions du Québec.

Méthode

Définition

La campagne de sensibilisation nationale comprend :

- un volet publicitaire, incluant au moins une publicité télévisée ;
- un volet sur les relations publiques, incluant des actions en relations publiques (émission de télévision, point de presse, porte-parole, événement) ;
- un volet sur l'information, incluant la production d'outils d'information et de sensibilisation fournis aux différents réseaux implantés en région ;
- un volet pour les jeunes, incluant différentes actions visant les adolescents de 13 et de 14 ans.

La campagne porte sur deux aspects : la violence conjugale et les agressions sexuelles.

Indicateurs

- Nombre de régions où ont été organisées une ou des activités en rapport avec la campagne de sensibilisation ;
- nombre de régions où a été produit du matériel régional lié à la campagne de sensibilisation ;
- nombre de régions où ont été utilisés les résultats du sondage intitulé *Étude de perception à l'endroit de la violence faite aux femmes* et réalisé par Léger et Léger en 2000 ;
- nombre de régions où un responsable du dossier de la violence envers les personnes est désigné pour s'occuper des aspects de la promotion et de la prévention.

Collecte des données

Aucune collecte de données n'a été effectuée cette année vu que la dernière phase de la campagne nationale de sensibilisation à la violence faite aux femmes a eu lieu en 2001. Cependant, nous présentons les grandes conclusions concernant ce résultat attendu dans le cadre du dernier bilan des PNSP.

Conclusion

En 1997-1998, dans douze régions, on a réalisé au moins une activité. Dans la moitié des cas, il s'agissait d'études ou de la mise en place de stratégies et de plans d'action. En 1998-1999, la campagne s'est enclenchée avec des actions dans seize régions. En 1999-2000 et en 2000-2001, la participation aux deux dernières phases de cette campagne triennale a été effective dans seulement douze régions.

Dans une seule région il n'y aura eu, en date du 31 mars 2001, aucune activité organisée pendant la campagne ; les résultats sont ainsi presque atteints. Le quatrième bilan des Priorités nationales de santé publique, soit celui de l'an dernier, a donc marqué la fin du suivi de la priorité concernant la sensibilisation au phénomène de la violence faite aux femmes.

6a.2 Promotion des comportements pacifiques et prévention de la violence envers les personnes

Que, d'ici 2002, toutes les régions du Québec aient mis sur pied des projets pilotes ou des initiatives ayant pour objet la promotion des comportements pacifiques et la prévention de la violence envers les personnes.

Méthode

Définition

Par *projet pilote*, on entend toute action de santé publique visant à tester une intervention et, le cas échéant, à la généraliser. Pour être qualifié de *pilote*, le projet doit comporter une composante novatrice et se situer dans une perspective de gain de connaissances en vue de sa généralisation. Divers aspects de l'intervention peuvent être testés par un projet pilote : sa faisabilité, son acceptabilité et sa capacité de produire les résultats attendus.

Indicateur

Nombre de régions ayant mis sur pied des projets pilotes de prévention de la violence et de promotion du pacifisme correspondant à la définition précédente.

Collecte des données

Les données proviennent d'un questionnaire électronique rempli, dans les régions, par des intervenantes et intervenants en matière de violence envers les personnes.

Résultats

En 2001-2002, quatorze nouveaux projets pilotes ou initiatives ont vu le jour dans neuf régions. Dans les neuf autres régions, aucun nouveau projet pilote n'a été déclaré.

Les jeunes forment la population privilégiée au cours des cinq périodes d'observation ; en 2001-2002, près de la moitié des projets s'adressaient à eux (cf. tableau 6a.2).

Parmi les projets qui ciblaient les jeunes, deux portaient précisément sur la prévention des agressions sexuelles. Un autre projet portait sur la violence envers les femmes handicapées et s'adressait quant à lui aux intervenantes et intervenants de divers milieux. Parmi les quatorze projets pilotes répertoriés ici, quatre sont en cours, huit en sont à la phase d'implantation et deux ont été réalisés (cf. tableau 6a.2).

Discussion

La plupart des projets pilotes mentionnés en 2001-2002 concernent le dépistage et l'intervention en matière de violence conjugale ou la violence dans les relations amoureuses. Les jeunes en milieu scolaire demeurent la population cible de plusieurs projets, à laquelle s'est ajoutée celle des femmes handicapées.

Selon les informations dont nous disposons, près de la moitié des projets pilotes ont été financés, en tout ou en partie, par des fonds de santé publique ou par les régions régionales. Nous ne disposons d'aucune information nous permettant de connaître les redditions des comptes demandées par les organismes subventionnaires.

La première année a été la plus fructueuse au regard du nombre, avec 29 projets pilotes. Cela peut sans doute s'expliquer par la disponibilité de fonds provinciaux dans chacune des directions de santé publique pour mettre en œuvre de tels projets. Ce nombre n'a plus jamais été atteint et la dernière période d'évaluation rapporte seulement 14 projets pilotes.

La publication des *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, en mars 2001, semble avoir été un élément de motivation dans près de la moitié des régions, où l'on a choisi d'expérimenter des projets de prévention portant sur cette thématique.

Parmi les difficultés éprouvées au moment de l'analyse de ce résultat attendu, il y a l'interprétation du caractère novateur des projets soumis. En effet, certains projets comportaient des activités préventives courantes qui, en fonction des réponses inscrites dans le questionnaire, ne pouvaient répondre au critère relatif à l'innovation.

Enfin, il est dommage de constater que nous ne disposons d'aucune information concernant l'efficacité des projets, la poursuite du soutien financier et leur insertion dans un plan d'action plus large. Les rapports d'évaluation des projets n'ont été demandés qu'au moment de préparer le troisième bilan, mais aucun rapport n'avait alors été acheminé à l'équipe d'évaluation.

Conclusion

En date du 31 mars 2002, eu égard au caractère innovateur et expérimental dont il est fait mention dans la définition de *projet pilote*, l'absence de tels projets au cours de l'ensemble des périodes d'observation ne se remarquait que dans deux régions. Le résultat attendu, fixant l'échéance en 2002 pour entreprendre un projet novateur, n'est donc pas atteint.

Tableau 6a.2 **Portrait des projets pilotes et des initiatives visant la promotion des comportements pacifiques et la prévention de la violence envers les personnes, 2001-2002**

Régions ¹	NOMBRE DE PROJETS		PORTRAIT DES PROJETS PILOTES RÉALISÉS EN 2001-2002					
	2000-2001	2001-2002	Type de projet	Problématique	Population cible	Financement	État d'avancement	Nombre de personnes rencontrées
01	0	0						
02	0	0						
03	2	1	Programme de prévention	Violence conjugale	Femmes victimes de violence conjugale	n.s.p.	En cours de réalisation	
04	0	n.r.						
05	0	2	Programme de développement des compétences	Violence dans les écoles	Jeunes du niveau primaire	n.s.p.	Terminé	n.s.p.
					Jeunes du niveau primaire		Terminé	854 enfants
06	2	2	Guide de réflexion	Violence envers les femmes handicapées	Intervenants des secteurs social, communautaire et de la réadaptation	Direction de santé publique 120 000 \$ CQRS et RRSS	En cours	n.s.p.
			Programme de dépistage et d'intervention	Violence conjugale	Professionnels des centres hospitaliers		En cours	n.s.p.
07	0	0						
08	1	1	Programme de prévention	Agressions sexuelles	3 ^e et 4 ^e sec.	28 441 \$	En cours	465 élèves
09	1	0						
10	0	0						

Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – 5^e bilan

Régions ¹	NOMBRE DE PROJETS		PORTRAIT DES PROJETS PILOTES RÉALISÉS EN 2001-2002					
	2000-2001	2001-2002	Type de projet	Problématique	Population cible	Financement	État d'avancement	Nombre de personnes rencontrées
11	1	3	Programme de prévention	Agressions sexuelles	Jeunes du niveau primaire	n.r.	En voie de réalisation	n.r.
			Programme de prévention	n.r.	n.r.	n.r.	En voie de réalisation	n.r.
			Programme de prévention	Violence dans les relations amoureuses	Jeunes de 16-17 ans	n.r.	En voie de réalisation	n.r.
12	3	0						
13	2	1	Journée de sensibilisation	Violence interpersonnelle	Intervenants jeunesse	n.r.	En voie de réalisation	150
14	1	1	Programme de prévention	Violence et négligence	Les enfants et leurs parents, les représentants des communautés visées	Programme fédéral de mobilisation des communautés et député de la région	En voie de réalisation	n.r.
15	1	1	Programme de prévention	Violence dans les relations amoureuses	Adolescents	n.r.	En voie de réalisation	n.r.
16	4	2	Évaluation d'un programme de prévention	Enfants exposés à la violence conjugale	Jeunes de 9-12 ans ayant été exposés à la violence conjugale	9 500 \$	En voie de réalisation	
			Adaptation d'un programme de prévention		Jeunes de 6-8 ans ayant été exposés à la violence conjugale	6 000 \$	En voie de réalisation	
17	0	0						
18	2	0						
Total	20	14						

1. Voir la liste des régions à la page 15.

Tableau 6a.2.1 Projets pilotes selon le type de violence¹ pour les années 1997-1998 à 2001-2002

Régions ²	Agressions sexuelles ³	Jeunes en milieu scolaire	Relations amoureuses	Violence conjugale	Violence territoriale	Violence familiale	Milieu du travail	Envers les aînés	Traitement dans les médias	Milieus de jeunes ⁴
01	1	1	1							
02		3								
03		1		6	4		1	1		
04										
05		4		1						
06	1	2	2	3	4					
07		1								
08	1		1							
09	1	2		2				1		
10										
11 ⁶	1		2							
12			4							
13		1	1							2
14		3				1				
15		5	2		1	2				
16 ⁵	2	2	1	5	2	3		1	1	
17										
18		1		1		1				
Total	7	26	13	18	11	7	1	3	1	2

1. Pour l'année 1999-2000, les projets ont été classés selon le principal type de violence abordé et en fonction des milieux de vie ou des populations auxquels ils s'adressent. Aucun changement n'a été fait pour les projets des années antérieures.
2. Voir la liste des régions à la page 15.
3. Nouvelle catégorie en 1999-2000.
4. Nouvelle catégorie en 2000-2001.
5. Un projet pour lequel le type de violence n'a pas été précisé n'est pas répertorié en 2000-2001.
6. Un projet pour lequel le type de violence n'a pas été précisé n'est pas répertorié en 2001-2002.

6a.3 Protocoles de référence interorganismes

Que, d'ici 1999, des protocoles de référence interorganismes aient été élaborés dans toutes les régions du Québec et mis en application sur tout leur territoire.

Méthode

Définition

Par protocole, on entend une entente formelle entre des organismes (gouvernementaux, institutionnels et communautaires) visant la coordination et la concertation des actions pour venir en aide aux personnes victimes de violence. Il existe trois types de protocoles :

- le protocole sociojudiciaire, qui vise particulièrement les services à offrir dans le cadre du processus judiciaire criminel et est habituellement signé entre les corps policiers et les maisons d'aide et d'hébergement, les centres de femmes ou le CAVAC (centre d'aide aux victimes d'acte criminel) ;
- le protocole de suivi psychosocial, qui vise particulièrement les services de nature psychosociale à offrir et est habituellement signé entre les corps policiers et les CLSC ;
- le protocole de référence psychosocial et sociojudiciaire, qui décrit les procédures usuelles d'accueil, d'intervention et de suivi dans les organismes auxquels font appel les femmes violentées et agressées ainsi que les modalités de la collaboration entre les organismes. Ce protocole peut concerner plusieurs ressources, notamment les CLSC, les maisons d'aide et d'hébergement, les corps policiers, les CAVAC, les centres de femmes et les CALACS (centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel).

Indicateurs

- Nombre de régions disposant d'un protocole de référence interorganisme qui est en application, selon le type de protocole et la couverture de l'entente ;
- nombre de régions où le protocole mis en application prévoit un mécanisme d'évaluation et une formation ;
- nombre de régions où il existe un projet de protocole de référence interorganisme, selon le type de protocole.

Collecte des données

Les données proviennent d'un questionnaire électronique rempli, dans les régions, par des intervenantes et intervenants en matière de violence envers les personnes.

Résultats

Les protocoles de référence interorganismes

Au Québec, 89 protocoles sont en application et 7 autres en sont à l'état de projets, dont l'avancement est variable.

En 2001-2002, des protocoles interorganismes étaient en application dans seize régions. L'ensemble du territoire est couvert dans douze de ces régions. À titre comparatif, pour la première année d'évaluation de ce résultat, de tels protocoles s'appliquaient dans huit régions et dans trois régions les ententes couvraient l'ensemble des territoires de CLSC (cf. tableau 6a.3.1).

L'étendue des territoires couverts par les protocoles s'avère relativement complexe à cerner. Dans certaines régions, tous les organismes visés souscrivent à la même entente. Dans d'autres régions, les ententes sont de divers types et couvrent certaines parties du territoire d'un CLSC. De plus, le découpage local de certains territoires occasionne l'application de plus d'un protocole. En 2001-2002, nous estimons néanmoins que plus de la moitié des régions où existent des protocoles sont couvertes dans l'ensemble de leur territoire (cf. tableau 6a.3.1).

Les types de protocole

Les protocoles concernent le suivi sociojudiciaire dans près de 45 % des cas, répartis dans dix régions. Le suivi psychosocial constitue 14 % des protocoles en application dans six régions. Enfin, plus de 37 % de l'ensemble des protocoles en application sont du type psychosocial et sociojudiciaire (cf. tableau 6a.3.1).

Évaluation et formation

L'évaluation des mécanismes de l'entente ainsi que la formation des intervenants et intervenantes sont des conditions essentielles de réussite de ces ententes¹. Selon les réponses obtenues, il appert que près de 70 % de ces ententes prévoient un mécanisme d'évaluation et que plus de 40 % d'entre elles prévoient de la formation (cf. tableau 6a.3.1).

Discussion

L'absence d'ententes formelles (protocoles) dans une région ne signifie nullement qu'aucune intervention concertée et efficace n'y est menée afin de venir en aide aux personnes victimes de violence. Dans plusieurs régions, on mentionne des activités telles que des tables de concertation et la diffusion de bottins de ressources.

Nous avons peu d'information concernant l'utilisation des protocoles pour les femmes victimes de violence ainsi que sur les différentes actions menées par les intervenants des organismes signataires de ces ententes pour assurer une continuité et une utilisation optimale de cette action de concertation intersectorielle.

1. H. CADRIN, F. ALARY et M.-J. PINEAULT, *Le Protocole sociojudiciaire en matière de violence conjugale du Bas-Saint-Laurent : Conception, mise en œuvre, expérimentation et évaluation*, Rimouski, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1999, 136 p.

L'analyse des données nous permet de constater que des progrès ont été observés, année après année, quant au nombre de protocoles en préparation et quant à l'amélioration de la couverture des territoires par les protocoles de référence interorganismes. Par ailleurs, nous ne possédons aucune information quant à la qualité des services offerts dans le cadre de ces protocoles et quant à la reconnaissance accordée à ceux-ci par les partenaires. Il importe donc de demeurer prudent quant à l'interprétation de ces résultats et d'étudier ceux-ci en tenant compte des différents rapports d'évaluation qui ont été produits sur ce sujet par plusieurs directions de santé publique.

Conclusion

En date du 31 mars 2002, deux régions n'ont toujours pas de protocoles ni en élaboration, ni en application. Le résultat n'est donc pas atteint.

Les protocoles de référence interorganismes demeurent des outils de concertation intersectorielle efficaces à condition de faire partie intégrante des services offerts en matière de violence et que leurs applications fassent l'objet d'un suivi rigoureux. Le présent bilan ne nous permet pas, à lui seul, de rendre compte de ces différents éléments.

Tableau 6a.3.1 Protocoles de référence interorganismes, 2001-2002

Régions ¹	Nombre de protocoles	TYPES				ÉTAT D'AVANCEMENT				% du territoire (de CLSC) couvert par un protocole	Évaluation prévue (%)	Formation prévue (%)	DATE D'ÉCHÉANCE PRÉVUE	
		Sociojudiciaire	Psychosocial	Psychosocial et sociojudiciaire	Autre	En application	En discussion	En rédaction	En voie d'approbation				OUI	NON ²
01	8	1		7		7			1	100 %	100 %	100 %		8
02	3	1		1	1	3				17 %	66 %	0 %		3
03	7	5	2			7				100 %	100 %	43 %		7
04	8	8				1				100 %	100 %	0 %	1	
05	4		1		3	4				100 %	100 %	100 %		4
06	15	8	1	6		14	1			100 %	65 %	40 %	1	14
07	8	1	2	5		8				100 %	10 %	20 %		8
08	1			1					1	100 %	100 %	0 %	1	
09	6	6				6				17 %	83 %	0 %		6
10	1			1				1		100 %	100 %	100 %	1	
11	1	1				1				100 %	0 %	0 %		1
12	12	11	1			12				100 %	10 %	0 %		12
13	0													
14	6	0	6			3			3	100 %	100 %	100 %	3	3
15	2			2		2				14 %	0 %	0 %		2
16	13			13		13				95 %	77 %	77 %		13
17	1	1				1				100 %	100 %	100 %		1
18	0													
TOTAL	96	43	13	36	4	89	1	1	5	84 %	69 %	43 %		

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Les protocoles n'ayant pas de date d'échéance sont, dans la plupart des cas, appliqués de façon continue.

PRIORITÉ

6b

LES TRAUMATISMES INTENTIONNELS

Le suicide



Faits saillants

Les résultats attendus quant à la priorité relative aux traumatismes intentionnels liés au suicide sont le taux de suicide au Québec et le nombre de projets pilotes financés en prévention du suicide.

Les données les plus récentes sur la mortalité attribuable au suicide couvrent l'année 1999. Sans égard au sexe, le taux de suicide était cette année-là de 21,8 pour 100 000 habitants. En 1998, 1997 et 1996, les taux étaient respectivement de 18,6, de 18,9 et de 20,1 pour 100 000 habitants. En 1999, le taux de suicide était près de quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes – 35,0 comparativement à 8,9.

Au chapitre des projets pilotes d'intervention ou d'évaluation du risque relativement au suicide, dix-sept étaient financés dans onze régions en 1999. Les populations visées étaient principalement les personnes à risque pour ce qui est du suicide ou de la tentative de suicide. La population masculine était particulièrement visée par ces projets mais aussi les jeunes dans leur ensemble.

6b.1 Taux de suicide au Québec

Que, d'ici 2002, la progression du taux de suicide soit ralentie.

Méthode

Définition

Le suicide est défini comme un acte posé par l'individu pour se donner la mort. Le nombre de décès attribuables au suicide provient des fichiers du Bureau du coroner du Québec.

Indicateur

Taux de suicide au Québec.

Collecte des données

Les données obtenues sont tirées directement des fichiers de l'Institut de la statistique du Québec et du MSSS. Aux fins de l'évaluation, la période étudiée va de 1996 à 1999.

Résultats

Les données les plus récentes sur la mortalité attribuable au suicide couvrent l'année 1999. Sans égard au sexe, le taux de suicide était cette année-là de 21,8 pour 100 000 habitants. En 1998, 1997 et 1996, les taux étaient respectivement de 18,6, de 18,9 et de 20,1 pour 100 000 habitants. En 1999, le taux de suicide était près de quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes – 35,0 comparativement à 8,9 (*cf.* tableau 6b.1).

Tableau 6b.1 Mortalité attribuable au suicide au Québec, 1996-1999

Taux de mortalité par suicide (taux pour 100 000 habitants)												
Âge	Hommes				Femmes				Total			
	1996	1997	1998	1999*	1996	1997	1998	1999	1996	1997	1998	1999*
10-14 ans	3,4	5,6	4,8	2,6	1,8	1,8	3,7	0,9	2,6	3,8	4,3	1,8
15-19 ans	33,5	31,2	28,0	34,0	7,0	9,1	12,9	8,0	20,6	20,5	20,7	21,4
20-24 ans	45,3	38,9	41,5	46,2	7,3	8,1	8,8	4,9	26,7	23,8	25,5	26,1
25-29 ans	44,6	32,3	40,5	47,1	8,1	9,6	9,4	6,9	26,8	21,2	25,3	27,5
30-34 ans	40,4	39,1	39,1	46,5	8,5	6,8	10,0	10,9	24,8	23,3	24,9	29,1
35-39 ans	49,4	38,4	39,4	50,9	15,5	10,1	12,0	12,8	32,6	24,4	25,9	32,1
40-44 ans	45,4	46,8	37,4	53,3	18,3	10,1	12,1	21,0	31,9	28,5	24,8	37,2
45-49 ans	35,3	49,2	41,6	52,1	18,7	16,0	11,1	16,6	27,0	32,5	26,3	34,3
50-54 ans	36,0	36,9	36,8	38,8	11,9	12,2	12,2	10,2	23,9	24,4	24,4	24,4
55-59 ans	30,5	33,7	33,7	32,8	14,7	7,6	9,3	9,9	22,5	20,4	21,3	21,1
60-64 ans	30,0	29,0	32,4	28,4	4,9	10,0	6,9	10,5	17,0	19,1	19,1	19,1
65-69 ans	32,5	25,9	17,6	33,0	4,5	4,5	8,3	12,8	17,4	14,4	12,6	22,3
70-74 ans	35,4	32,9	28,3	35,3	5,9	8,8	8,7	3,6	18,5	19,1	17,2	17,4
75-79 ans	28,4	28,4	35,7	36,7	6,0	4,8	6,5	4,5	14,7	14,0	18,0	17,2
80-84 ans	38,6	29,8	21,2	28,6	4,4	7,1	2,8	5,5	16,2	14,9	9,1	13,5
85 ans ou +	9,5	41,0	21,6	40,8	1,8	5,1	1,6	6,2	3,9	14,9	7,1	15,6
Total**	31,6	30,4	29,1	35,0	8,9	7,7	8,4	8,9	20,1	18,9	18,6	21,8

* Les données de 1999 sont provisoires, l'Ontario n'ayant pas transmis les données se rapportant aux décès de résidents québécois en sol ontarien.

** Taux ajusté.

Source : Registre des événements démographiques du Québec, ISQ-MSSS (fichier des décès).

Calculs du MSSS, Direction générale de la santé publique, Service de la surveillance de l'état de santé.

6b.2 Projets pilotes en prévention du suicide

Que, d'ici 2001, des projets relatifs à la prévention aient été expérimentés et évalués dans certaines régions du Québec auprès des groupes pour lesquels le risque est le plus élevé en ce qui a trait au suicide.

Méthode

Définition

Un projet pilote en prévention du suicide se définit comme un projet d'intervention ou d'évaluation mené auprès de groupes pour lesquels le risque de suicide ou de tentative de suicide est accru.

Indicateur

Nombre de projets pilotes en prévention du suicide au Québec.

Collecte des données

Les données sur le nombre de projets pilotes financés sont tirées directement des fichiers du MSSS. Ces projets pilotes ont commencé à l'automne 1999 dans plusieurs régions du Québec et se termineront en 2003. Au moment de préparer le présent bilan, plusieurs données relatives à ces projets pilotes sont disponibles. Bien que nous soyons au-delà de la date limite d'observation, soit celle du 31 mars 2002, nous jugeons opportun de faire une mise à jour des projets pilotes selon les données disponibles, particulièrement dans le contexte où le cinquième bilan des PNSP est le dernier. Par ailleurs, vu que les projets pilotes font partie intégrante de la Stratégie québécoise d'action face au suicide, des données préliminaires ont aussi été recueillies en ce qui concerne l'évaluation de l'implantation de la Stratégie afin de bien cerner l'univers des actions à l'intention des personnes suicidaires.

Résultats

Dix-sept projets pilotes d'intervention ou d'évaluation du risque relativement au suicide, répartis dans onze régions, ont été financés en 1999 (*cf.* tableau 6b.2). Les populations visées étaient principalement les personnes ayant des idées ou des comportements suicidaires sérieux et celles qui souffraient de troubles mentaux ou qui avaient une dépendance à l'alcool et aux drogues, dépendance à laquelle s'ajoutent des facteurs de risque. L'intervention ciblait les milieux de travail, rural, carcéral et de réadaptation. La population masculine était particulièrement visée par ces projets mais aussi les jeunes dans leur ensemble (*cf.* tableau 6b.2).

Parmi les principaux résultats, on constate qu'en milieu de travail, un programme de prévention du suicide semble être en général apprécié des personnes à risque, chez qui l'on note une diminution de la dépression et des idées suicidaires après l'intervention.

Discussion

Les données statistiques actuelles démontrent qu'en 1999, le taux de suicide était plus élevé qu'en 1996 au Québec. Les différents projets pilotes de prévention du suicide soutenus financièrement par le Ministère vont sans aucun doute aider à mieux connaître les façons les plus appropriées d'intervenir auprès des groupes pour lesquels les risques de suicide et de tentative de suicide sont les plus élevés. Déjà, à la lumière de quelques résultats préliminaires, des enseignements encourageants peuvent en être dégagés. Une analyse des résultats complets de ces projets, qui permettra le transfert des connaissances, est prévue pour 2003.

Évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide : quelques résultats préliminaires

Introduction

Il s'avère utile d'évaluer le degré d'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide afin de vérifier dans quelle mesure la réalisation de cette stratégie a été conforme à ce qui était prévu initialement, tout en cernant les modifications survenues en cours de route. L'évaluation permet également de déterminer les améliorations à apporter à la Stratégie d'action, tant par rapport à ses moyens d'action qu'à leur implantation, et ce, en tenant compte de l'expérience acquise au moment de sa mise en place dans toutes les régions du Québec.

Le moyen retenu pour faire cette évaluation est l'entrevue de groupe. Près de soixante rencontres ont ainsi eu lieu avec les régies régionales, les partenaires régionaux du réseau de la santé et des services sociaux, différents ministères, groupes de chercheurs, associations et regroupements professionnels. La collecte des données s'est effectuée du mois de février 2002 jusqu'en mai 2002. Les résultats préliminaires de cette évaluation ont fait l'objet d'une première publication¹ ainsi que de présentations à l'occasion d'un colloque² et d'un congrès³. Nous en reprendrons ici quelques-uns parmi les principaux.

Quelques constats généraux

Les personnes rencontrées pendant la consultation reconnaissant, en grande majorité, la nécessité et l'importance de la Stratégie d'action. Elles souhaitent de plus des mesures énergiques, durables, qui permettront de la poursuivre, et elles insistent sur l'urgence de la situation. La majorité des interlocuteurs manifeste également son appui à la Stratégie d'action et son accord avec les principales orientations que cette dernière contient.

Cependant, plusieurs ont déploré l'absence de priorités clairement établies et le manque de précision de la Stratégie d'action sous certains aspects : objectifs insuffisamment clairs, actions visant les groupes à risque mal définies et pratiques ou programmes à mieux camper. Plusieurs de nos interlocuteurs regrettent également l'absence d'un plan d'action pour encadrer l'implantation de la Stratégie d'action. Par ailleurs, beaucoup ont eu l'impression qu'il fallait tout faire en même

-
1. N. POTVIN, *L'évaluation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide : quelques résultats préliminaires*, Québec, Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, 2002.
 2. Association québécoise de suicidologie, *Créer de l'humanité*, Dixième colloque de l'AQS, Hull, Université du Québec à Hull, mai 2002.
 3. Société francophone de prévention du suicide, *Prévention du suicide et pratiques de réseaux*, Deuxième congrès international de la francophonie en prévention du suicide, Palais des Congrès de Liège (Belgique), novembre 2002.

temps et, par conséquent, l'intensité et l'envergure des actions leur semblent avoir été délaissées au profit de la diversité, soit de couvrir l'ensemble des objectifs de la Stratégie d'action.

Malgré cette adhésion assez générale à la pertinence de la Stratégie d'action, preuve de l'intérêt de nombreux acteurs, nous avons été à même de percevoir beaucoup d'attentes et de besoins en matière d'expertise professionnelle à rendre accessible, d'orientations à donner et de soutien à accorder au moment de l'implantation. De plus, si nos interlocuteurs adhèrent généralement à la nécessité de la Stratégie d'action, tous n'en ont cependant pas la même interprétation, qu'il s'agisse des objectifs généraux relatifs à la promotion de la santé mentale et à la prévention du suicide, de la nature des pratiques d'intervention les plus pertinentes ou encore des niveaux d'action prioritaires (services, promotion de la santé mentale et prévention du suicide ou information). Finalement, selon certains, la Stratégie d'action semble contenir principalement des actions visant les individus sans que l'on y trouve une approche plus sociale du problème.

L'implantation de la Stratégie d'action

La Stratégie d'action a été implantée sur tout le territoire, à l'exception des régions du Grand Nord, par les régions régionales et leurs partenaires. Toutes les régions ont désigné au moins un répondant, la plupart d'entre elles ont un plan d'action ou une stratégie régionale et plusieurs ont mis en place un comité régional rassemblant les principaux acteurs de leur territoire. Nous sommes donc à même d'observer une réelle amélioration de la mobilisation et de la concertation, mais les frontières entre les réseaux demeurent assez étanches et les acteurs, à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux comme à l'extérieur (éducation, sécurité publique, etc.), ne se sentent pas tous aussi concernés les uns que les autres. De plus, les milieux hospitaliers et médicaux semblent encore s'arrimer difficilement avec les autres partenaires du Ministère. Dans la même perspective, de nombreux partenaires, dont plusieurs réseaux nationaux, sont peu ou pas touchés par la Stratégie d'action (ordres professionnels, syndicats, milieux de travail).

D'un point de vue global, la majorité des actions implantées concerne les premiers objectifs de la Stratégie d'action (gamme de services, amélioration des compétences, groupes à risque). Elles sont très centrées sur l'intervention de crise, incluant les efforts de formation – laquelle est assurée en grande partie par les centres de prévention du suicide dans la majorité des régions. Par ailleurs, si beaucoup d'efforts ont été faits en région pour améliorer l'arrimage avec les ressources et les établissements qui peuvent contribuer au suivi et au traitement de la crise suicidaire, nous constatons qu'il reste beaucoup à faire pour assurer tant la continuité entre les services et les ressources que la multidisciplinarité dans l'intervention. Dans la même veine, les pratiques relatives à l'évaluation et à l'intervention ne sont pas uniformes ; il n'existe pas de normes de qualité à suivre et les « règles de l'art » ne sont pas les mêmes pour tous.

Enfin, certains volets de la Stratégie d'action ont été nettement plus favorisés que d'autres, à des degrés variables toutefois selon les régions ; ce sont la réponse téléphonique, la formation à l'intervention de crise, la préoccupation du suicide chez les hommes et la sensibilisation des omnipraticiens au phénomène.

Nous présentons maintenant certains résultats sommaires de l'évaluation, en fonction de quelques-uns des grands objectifs de la Stratégie d'action.

La gamme de services et l'amélioration des compétences

Par rapport à la gamme de services, l'accent a été mis sur l'intervention de crise, surtout par l'intermédiaire de l'accessibilité téléphonique. Il existe, d'une part, de grandes lacunes en ce qui concerne l'intervention d'urgence dans le milieu, la prise en charge et le suivi de la personne ainsi que l'hébergement provisoire et, d'autre part, de sérieux problèmes de continuité qui touchent tous les réseaux. Soulignons encore qu'il y a fort peu de suivi des personnes suicidaires à moyen et à long terme.

Par ailleurs, les différents intervenants se sont encore peu questionnés sur la pertinence et la qualité des pratiques au-delà de l'intervention de crise. Les activités de formation ont également été centrées sur l'intervention de crise. Pour leur part, les mécanismes de soutien clinique sont demeurés plutôt ténus et assez peu utilisés.

Enfin, malgré les progrès évidents par rapport à la formation des intervenants de première ligne – notamment grâce au programme de l'Association québécoise de suicidologie –, il n'y a pas eu de démarche d'envergure pour enrichir le cursus universitaire des professionnels les plus concernés par l'intervention en matière de suicide : psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs, enseignants et médecins. De plus, il y a encore peu de distinction entre la formation sur l'intervention de crise, celle qui porte sur le dépistage (des sentinelles, entre autres) et la formation sur mesure de certains acteurs ayant un rôle plus particulier, comme les policiers, les ambulanciers et le personnel qui s'occupe de la santé au travail).

Les groupes à risque

Beaucoup d'efforts ont été faits, notamment par les centres de prévention du suicide, pour mieux aider les hommes, notamment en milieu de travail, par de nouveaux partenariats avec les syndicats et des programmes d'aide. Ce groupe a donc été ciblé, mais il reste beaucoup à faire pour bien informer toute cette population et lui offrir des services adaptés à ses besoins.

Des efforts importants ont également été fournis par les centres jeunesse et les pédopsychiatres pour venir en aide aux jeunes en difficulté, mais l'insuffisance des ressources et les problèmes d'arrimage avec les services médicaux freinent les démarches en cours. Par ailleurs, bien que les jeunes adultes détiennent les taux les plus élevés de mortalité, peu de projets d'intervention ont été mis en place à leur intention. Enfin, les populations autochtones n'ont pas bénéficié des programmes dans la majorité des cas.

La promotion de la santé mentale et la prévention du suicide auprès des jeunes

Dans les régions, les efforts portent de plus en plus sur des programmes globaux de promotion et de prévention du type « Écoles en santé » par lesquels on mise sur le développement des compétences. Cependant, il y a peu de liens entre ces activités générales menées par la santé publique, les CLSC ou le milieu scolaire et les activités plus directement liées à la prévention du suicide menées par d'autres intervenants, comme les centres de prévention du suicide.

D'un point de vue concret, les efforts ont eu pour objet l'organisation des milieux (guides d'intervention, comité de prévention du suicide dans l'école, etc.), la formation de sentinelles adultes (personnel de l'école, enseignants) et l'implantation de protocoles de prévention. Toutefois, ces activités ne touchent encore que la minorité des écoles et leur implantation est souvent aussi incomplète que

discontinue. Tous nos interlocuteurs se posent également des questions en ce qui concerne la sensibilisation des jeunes et la pertinence des groupes de pairs aidants constitués de jeunes. Finalement, les jeunes qui sont hors du milieu scolaire ont été très peu rencontrés, sauf par quelques travailleurs de rue.

Les autres sujets sur lesquels porte l'évaluation

Mentionnons que l'évaluation porte également sur différents autres éléments clés de la Stratégie d'action, dont la publication mentionnée au début de ce texte fait état plus largement. Il s'agit, notamment, des outils de coordination mis en place par les intervenants et les gestionnaires, de la réduction de l'accès aux moyens par lesquels une personne peut se suicider, de la banalisation et de la dramatisation du suicide, du rôle des médias ainsi que de la recherche et de l'évaluation.

Évidemment, il faut souligner que la dimension budgétaire a aussi fait l'objet de bon nombre de commentaires de la part de nos interlocuteurs ; indiquons seulement la question des critères de financement, celle de la reconduction des projets d'intervention et d'évaluation financés dernièrement par le Ministère et, surtout, la nécessité d'investir en proportion de la gravité et de l'urgence du problème. Plusieurs groupes nous ont également manifesté leur intérêt pour un suivi plus étroit de la mise en œuvre de la Stratégie d'action, pour l'évaluation des actions sur le plan régional et la surveillance plus serrée de la situation au moyen des systèmes d'information.

Conclusion

Au début du troisième millénaire, nous sommes unanimes : le suicide demeure un véritable fléau pour notre société et nous devons unir nos efforts pour le contrer. Le taux de suicide demeure élevé au Québec, particulièrement chez les hommes. Nous croyons que les différents projets d'intervention et les expériences menées par certains organismes sensibilisés à la problématique du suicide vont aider à consolider le filet de sécurité autour des personnes à risque.

En ce qui concerne l'évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide, les résultats complets de l'évaluation seront bientôt accessibles dans une publication du Ministère. Pour l'instant, rappelons que les défis sont nombreux : consolider la gamme de services, assurer la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide, développer la mise en réseaux ainsi que fortifier la planification régionale et nationale.

Finalement, soulignons, en écho à cette évaluation, que le Ministère élabore présentement un plan d'action qui sera composé de mesures concrètes destinées à consolider sa Stratégie d'action. Ce plan d'action contiendra également de nouvelles mesures permettant de combler les lacunes décelées dans le cadre de la présente évaluation.

Tableau 6b.2 Projets pilotes financés en prévention du suicide, 2001-2002

Projets pilotes financés en prévention du suicide				
Région ¹	Titre et organisme	Populations visées	Principaux objectifs	Principaux résultats
01	Titre : Formation de sentinelles en milieu de travail Organisme : Trajectoires Hommes et Centre Ressources Intervention Suicide Gilles Gagné et Marie-Josée d'Amours	Tout homme adulte qui travaille dans l'une des MRC suivantes : Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata et Les Basques.	<ul style="list-style-type: none"> • Développer des habiletés à déceler les signes de détresse chez les hommes qui ont besoin d'aide et à agir ; • utiliser l'approche des pairs aidants. 	Formation de quatre groupes. Formation de 42 sentinelles. Projet apprécié des entreprises.
01	Titre : Les éléments déterminants de la lutte contre le suicide et la conception d'une approche pour l'intervention dans le secteur sécuritaire de l'établissement de détention de Rimouski Organisme : Établissement de détention de Rimouski France-Sylvie Loisel et Séraphin Niamba	Personnes contrevenantes du secteur sécuritaire présentant une grande prédisposition au suicide.	<ul style="list-style-type: none"> • Produire une grille d'évaluation du risque suicidaire en milieu carcéral ; • déterminer et évaluer les principaux facteurs de risque. 	Les détenus et les prévenus, hommes et femmes, risquent de faire des tentatives de suicide. Le nombre de tentatives de suicide dans le secteur sécuritaire est important.
01	Titre : La détection du risque suicidaire chez les personnes qui fréquentent le Centre de réadaptation en toxicomanie du Bas-Saint-Laurent et intervention auprès de ces personnes Organisme : Centre de réadaptation en toxicomanie du Bas-Saint-Laurent Jean-Paul Huard	Personnes qui fréquentent le Centre (hommes et femmes).	<ul style="list-style-type: none"> • Faire l'inventaire des outils existants ; • développer des techniques efficaces visant le dépistage des personnes à risque ; • fournir aux intervenants des outils concrets ; • produire un guide qui recense les sentinelles de la région. 	
02	Titre : Évaluation d'un projet pilote de parrainage d'hommes adultes qui sont aux prises avec des problèmes de dépendance à l'alcool, aux drogues ou aux autres substances psychotropes, ou des problèmes d'abus de telles substances, et qui ont une prédisposition au suicide sur le territoire du Saguenay	Hommes alcooliques et toxicomanes.	<ul style="list-style-type: none"> • Former deux groupes (groupe supervisé et groupe témoin ; • évaluer la gravité des problèmes liés au syndrome d'abus, les idées suicidaires, l'état dépressif, l'estime de soi, l'état de santé et le réseau de soutien social ; • choisir les parrains ; • former les parrains ; • évaluer les participants du groupe supervisé et du groupe témoin. 	

Projets pilotes financés en prévention du suicide				
Région ¹	Titre et organisme	Populations visées	Principaux objectifs	Principaux résultats
03	<p>Organisme : Centre de prévention du suicide 02</p> <p>Titre : Intervention de suivi communautaire intensif auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide</p> <p>Organisme : Centre de prévention du suicide de Québec</p>	<p>Toute personne ayant eu besoin d'aide après une tentative de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir aux personnes suicidaires une intervention individualisée adaptée à leurs besoins (suivi individuel, familial et dans le milieu d'appartenance) ; • mieux connaître les caractéristiques des personnes suicidaires, de l'intervention elle-même, des intervenants et des modalités organisationnelles. 	<p>De grandes différences sont observées entre les deux établissements.</p> <p>On note des taux élevés en ce qui concerne les antécédents suicidaires, la gravité de ces antécédents, le risque et l'urgence suicidaires ainsi que les troubles mentaux.</p> <p>La plupart des tentatives de suicide ont été faites hors des murs des prisons.</p> <p>Le dépitage et la prise en charge ne sont pas toujours bien assurés (35 % des détenus ayant tenté de se suicider sont pris en charge formellement).</p> <p>L'échelle d'évaluation du risque suicidaire est exacte.</p>
04	<p>Titre : Dépistage systématique et prise en charge des personnes incarcérées qui sont suicidaires</p> <p>Organisme : Université du Québec à Trois-Rivières Marc Daigle</p>	<p>Hommes à risque qui sont en détention et qui présentent des problèmes multiples (toxicomanie, troubles mentaux).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la probabilité de suicide, poser un diagnostic selon les axes I et II du DSM-IV, évaluer l'urgence et le risque suicidaires ainsi que la gravité des événements présumés être des tentatives de suicide ; • prendre en charge des détenus en difficulté ; • effectuer une étude psychométrique pour s'assurer de l'exactitude de l'échelle d'évaluation du risque suicidaire. 	<p>La Semaine de prévention du suicide a des effets sur le niveau de conscientisation des hommes.</p> <p>Connaissance plus grande chez les hommes sensibilisés par la campagne.</p> <p>Pas d'effet significatif en ce qui concerne les changements dans les attitudes.</p> <p>Pas de différences significatives entre les hommes sensibilisés par la campagne et ceux qui ne l'ont pas été pour ce qui est de leur intention de demander de l'aide.</p> <p>Pas de différence significative relativement aux connaissances sur la Semaine de prévention du suicide entre les hommes ayant eu des idées suicidaires et ceux qui n'en ont pas eu.</p> <p>Les hommes sans idées suicidaires manifestent une plus ferme intention de demander de l'aide.</p>
04	<p>Titre : La Semaine de prévention du suicide : La modification des connaissances et des attitudes</p> <p>Organisme : Université du Québec à Trois-Rivières Marc Daigle</p>	<p>Hommes âgés de 20 à 40 ans.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les activités organisées pendant la Semaine de prévention du suicide (qui existe depuis 1989) ; • évaluer la préparation et les retombées des activités organisées en 2000 et 2001 auprès des hommes pour qui le risque de se suicider est le plus élevé. 	<p>La Semaine de prévention du suicide a des effets sur le niveau de conscientisation des hommes.</p> <p>Connaissance plus grande chez les hommes sensibilisés par la campagne.</p> <p>Pas d'effet significatif en ce qui concerne les changements dans les attitudes.</p> <p>Pas de différences significatives entre les hommes sensibilisés par la campagne et ceux qui ne l'ont pas été pour ce qui est de leur intention de demander de l'aide.</p> <p>Pas de différence significative relativement aux connaissances sur la Semaine de prévention du suicide entre les hommes ayant eu des idées suicidaires et ceux qui n'en ont pas eu.</p> <p>Les hommes sans idées suicidaires manifestent une plus ferme intention de demander de l'aide.</p>

Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – 5^e bilan

Projets pilotes financés en prévention du suicide				
Région ¹	Titre et organisme	Populations visées	Principaux objectifs	Principaux résultats
05	Titre : La concertation pour la vie de nos jeunes Organisme : Centre jeunesse de l'Estrie	Jeunes des centres jeunesse hébergés pour troubles mentaux et problèmes de comportement graves.	<ul style="list-style-type: none"> Développer l'expertise et un langage commun en ce qui concerne tant le dépistage que l'évaluation des problèmes mentaux et des risques de faire une tentative de suicide ; offrir aux jeunes et à leurs parents les services dont ils ont besoin ; assurer aux intervenants et aux partenaires intéressés la formation et la supervision professionnelles nécessaires ; évaluer les retombées du projet sur les jeunes et les intervenants ; déterminer les conditions de succès et d'efficacité du projet. 	
06	Titre : Intervention systémique concernant l'établissement d'un contrat de non suicide entre le patient et son réseau personnel Organisme : Centre hospitalier de St.Mary Suzanne Lamarre, Nathalie Belda et Suzanne Marcotte	Femmes et hommes adultes s'étant présentés à l'urgence pour un problème lié au suicide.	<ul style="list-style-type: none"> Compiler des données sur la prévalence des cas suicidaires ; vérifier l'efficacité d'une intervention systémique engageant le patient et les membres de son réseau personnel. 	On note une difficulté pour ce qui est du recrutement et un nombre considérable d'abandons. Parmi les personnes qui se sont présentées à l'urgence, 33 % ont des idées suicidaires, 17 % ont élaboré un plan et 13 % ont tenté de mettre fin à leurs jours au cours des deux semaines précédentes. En ce qui concerne l'efficacité de l'intervention, on note une diminution de la dépression et des idées suicidaires ainsi qu'une satisfaction des services offerts.
06	Titre : Projet novateur « Aide-moi à aider tes "chums" ! » Organisme : Mouvement Viviane Doré-Nadeau et Marc Daigle	Jeunes à risque de 14 à 19 ans, personnes ayant fait plusieurs tentatives de suicide, jeunes aux habitudes de vie néfastes sans appartenance fixe à un milieu de vie (travail ou scolaire).	<ul style="list-style-type: none"> Rencontrer les jeunes pour qui le risque de suicide est élevé et concevoir un outil d'intervention auprès de cette population ; produire un cahier d'art sur le thème de la prévention du suicide chez les jeunes. 	
06	Titre : Évaluation de sept projets pilotes d'aide aux hommes suicidaires âgés de 20 à 55 ans par l'intermédiaire de leurs proches Organisme : Suicide Action Montréal B. Lavoie et B. L. Mishara	Hommes de 20 à 55 ans, toxicomanes ou ayant des problèmes de santé mentale.	<ul style="list-style-type: none"> Intervenir auprès des proches afin de favoriser la prise en charge de l'intervention par le réseau de soutien naturel ; arriver à une solution satisfaisante de la crise suicidaire des hommes soutenus par leurs proches ; alléger le fardeau psychologique des proches dans la gestion de la crise de la personne suicidaire. 	

Projets pilotes financés en prévention du suicide				
Région ¹	Titre et organisme	Populations visées	Principaux objectifs	Principaux résultats
06	<p>Titre : Évaluation du programme de prévention du suicide chez les policiers et policières de la Communauté métropolitaine de Montréal</p> <p>Organisme : Programme d'aide aux policiers et policières de la CUM (PAE), Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) Brian L. Mishara</p>	<p>Policiers et policières de la ville de Montréal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prévenir le suicide chez les policiers et les policières ; • sensibiliser et informer la communauté policière sur la problématique du suicide ; • permettre au personnel d'acquiescer de nouveaux réflexes pour favoriser le dépistage précoce du risque suicidaire chez les policiers en difficulté ; • innover sur le plan organisationnel afin de mettre en place des services liés à la gestion des employés en difficulté ; • évaluer les quatre volets du plan d'action du programme et fournir des suggestions pour améliorer ce programme. 	<p>Programme en général très apprécié. Peu de personnes semblent utiliser le service téléphonique. Renforcement des connaissances des gestionnaires. Peu de personnes semblent connaître le programme <i>Ensemble pour la vie</i>. Exemple de suggestion : offrir les activités de formation tous les trois ou quatre ans afin d'atteindre de nouveaux membres.</p>
07	<p>Titre : Réseau d'entraide pour les hommes de Pontiac</p> <p>Organisme : CLSC, CHSLD et CH du Pontiac Paul Drouin</p>	<p>Hommes de 20 à 55 ans qui vivent en milieu rural.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Établir, dans le cadre d'une approche globale (violence, suicide, itinérance), un réseau de sentinelles dans la communauté ; • former des personnes au dépistage et à l'intervention auprès des hommes à risque. 	<p>Protocole de recherche mis en place. Actualisation du projet.</p>
12	<p>Titre : Implantation d'un programme de formation de sentinelles</p> <p>Organisme : Comité régional de prévention du suicide de la région de la Chaudière-Appalaches</p>	<p>Toutes les personnes intéressées à suivre une formation après avoir participé à une session de sensibilisation. Ces personnes sont recrutées dans différents milieux, dont les entreprises, organismes communautaires, milieux scolaires, clubs de tous genres, milieux policiers, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser différents groupes importants pour les hommes de la région de la Chaudière-Appalaches ; • former des personnes volontaires pour agir à titre de sentinelles ; • établir différentes formes de soutien pour les sentinelles. 	<p>Plus de 3 700 personnes de 117 milieux différents ont participé aux rencontres de sensibilisation ; 441 personnes, dont 60 % de femmes venant de 59 milieux différents, ont été formées comme sentinelles. Les entreprises de 50 employés et plus ainsi que les organismes communautaires représentent tout près de 50 % des milieux où l'on a donné la formation de sentinelles. Tout près de 40 sentinelles ont accompagné un total de 66 personnes, soit 28 hommes (42 %) et 38 femmes (57 %). La majorité des personnes qui ont bénéficié d'un accompagnement ont entre 25 et 50 ans ; 42 % d'entre elles vivaient une situation d'urgence suicidaire élevée, selon l'évaluation de la sentinelle. Près de 85 % des sentinelles ont pris le temps d'écouter les personnes suicidaires et</p>

Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – 5^e bilan

Projets pilotes financés en prévention du suicide				
Région ¹	Titre et organisme	Populations visées	Principaux objectifs	Principaux résultats
13	<p>Titre : Santé mentale et intervention précoce auprès des jeunes filles en difficulté, une expérience lavalloise de recherche-action</p> <p>Organismes : UQTR, RRSST de Laval, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Commission scolaire de Laval Réal Labelle</p>	Jeunes filles à risque de 14 à 19 ans.	<ul style="list-style-type: none"> Mobiliser les intervenants pour établir un protocole régional de recherche permettant de rencontrer la population visée et d'intervenir auprès d'elle ; Appliquer et évaluer une action thérapeutique comprenant l'appréciation de la santé mentale, la liaison entre les services et la prise en charge des adolescentes. 	la majorité leur a donné de l'information sur les ressources d'aide et a communiqué avec ces personnes.
15	<p>Titre : Projet de prévention du risque de suicide s'adressant aux hommes qui vivent la rupture d'une relation amoureuse</p> <p>Organisme : CLSC d'Argenteuil Dominique Martelle et Richard Paquette</p>	Hommes adultes qui vivent la rupture d'une relation amoureuse.	<ul style="list-style-type: none"> Fonder un groupe de soutien pour les hommes qui vivent la rupture d'une relation amoureuse ; dépister les hommes à risque et promouvoir le développement des ressources et des services adaptés aux besoins de cette population. 	
16	<p>Titre : Programme de prévention du suicide offert à une population à risque en contact avec les médecins omnipraticiens : expérimentation et évaluation de l'implantation</p> <p>Organisme : DSP de la RRSST de la Montérégie Michel Préville et Marie Julien</p>	Personnes ayant des idées suicidaires sérieuses ou des comportements suicidaires, personnes ayant un trouble mental et personnes toxicomanes consultant un omnipraticien	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la capacité du médecin à reconnaître les personnes à risque, à intervenir et à orienter ces personnes vers les ressources et les services dont elles ont besoin si nécessaire ; améliorer l'arrimage avec les ressources communautaires pour assurer un suivi des personnes suicidaires dans la communauté (CPS et autres organismes communautaires). 	

1. Voir la liste des régions à la page 15.

Conclusion

Le présent bilan trace un portrait du niveau d'atteinte des résultats visés par les priorités d'action que nous nous étions données collectivement en matière de santé publique pour la période 1997-2002.

Rappelons que sept priorités d'action ont été fixées : 1) le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes, 2) les maladies évitables par l'immunisation, 3) le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement, 4) le dépistage du cancer du sein, 5) le tabagisme, 6) les traumatismes non intentionnels, 7) les traumatismes intentionnels (la violence envers les personnes et le suicide) ainsi que l'alcoolisme et les toxicomanies. De ces priorités découlent 53 résultats attendus. Mentionnons également que les priorités s'appuient sur quatre principes directeurs, soit : 1) agir et comprendre, 2) s'engager davantage auprès des communautés, 3) s'engager davantage dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être, et 4) intervenir de façon concertée et coordonnée.

Compte tenu de l'ampleur du mandat, nous n'avons évalué que les résultats attendus des Priorités nationales de santé publique (PNSP)¹. L'année 1997-1998 a donné lieu à une première collecte de données. La collecte effectuée la deuxième année a suivi de près le même modèle. Cependant, pour les trois collectes suivantes, nous avons modifié certains indicateurs ou certaines questions à la lumière de l'expérience des première et deuxième années. Dans la mesure du possible, nous avons tenté de faire en sorte que les éléments soient comparables d'une année à l'autre. Des gains ont été obtenus grâce aux améliorations apportées, notamment en ce qui concerne la qualité et la disponibilité des données ainsi que l'architecture générale de la grille de collecte de données et des bilans. Par ailleurs, pour les quatrième et cinquième collectes, les questionnaires utilisés ont été informatisés afin de faciliter la collecte, la saisie, le transfert et le traitement des données recueillies. Quant aux principes directeurs qui sous-tendent les priorités nationales, ils font l'objet d'une recherche évaluative menée par l'Institut national de santé publique du Québec. À la fin de la présente section, nous faisons état des enseignements que l'on peut tirer de cette évaluation pour l'un des trois cas étudiés, soit la prévention du VIH-sida dont les résultats ont été publiés en 2002. Quant aux deux autres cas (NEGS et violence conjugale), les résultats seront connus après la publication du cinquième bilan des PNSP.

Le cinquième et dernier bilan permet de prendre conscience du chemin parcouru depuis l'établissement des PNSP. On note des réalisations au regard de six priorités dans chacune des régions et une progression appréciable est constatée pour plusieurs de ces priorités.

Les résultats

En ce qui concerne le **développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes**, les données recueillies auprès des CLSC pendant cinq ans en ce qui a trait à l'atteinte de la population cible par un programme intégré en périnatalité du type NEGS et à l'offre de ces programmes ont permis de faire ressortir la difficulté d'obtenir des

1. Seule la priorité portant sur l'alcoolisme et les toxicomanies n'a pu être évaluée vu l'absence de résultats attendus. Les orientations prévues ont toutefois été publiées à l'automne 2001.

données comparables entre les premiers et les derniers bilans et de colliger l'information sur toutes les composantes d'un tel programme. On observe que la proportion des femmes pauvres et sous-scolarisées qui sont rejointes par un tel programme est en progression et que l'objectif d'en faire bénéficier 50 % de celles-ci est atteint dans quelques régions. On observe également qu'environ quatre CLSC sur cinq sont engagés dans la mise en place d'un programme du type NEGS. Cependant, très peu de CLSC proposent un programme intégral, c'est-à-dire qui présente tous les volets et toutes les composantes d'un tel programme. Au terme de cette cinquième année d'implantation, il semble en effet toujours difficile pour les CLSC d'offrir toutes les composantes de NEGS, particulièrement celles qui se rapportent au suivi postnatal. L'implantation de NEGS sera poursuivie dans le cadre du Programme national de santé publique, NEGS faisant partie des activités privilégiées à consolider d'ici 2005.

Des travaux ont dû être menés dans le cadre du suivi des priorités nationales afin de définir le concept de *programmation intégrée en milieu de garde*. Ce n'est qu'en 2001 qu'une collecte systématique de données a pu être faite. Cette première collecte a permis de constater que l'objectif visé ne serait pas atteint en ce qui a trait à la mise en place de programmes intégrés en milieu de garde. Bien que les données dont nous disposons ne nous permettent pas de vérifier l'atteinte de l'objectif quant au nombre d'enfants à rejoindre, il est toutefois fort probable que nous soyons encore loin des résultats attendus. Les efforts pour implanter de tels programmes se poursuivront dans le cadre du Programme national de santé publique.

Par ailleurs, on peut s'attendre à ce que les activités relatives à l'allaitement et à la programmation intégrée en milieu scolaire, absentes des bilans des priorités nationales ou peu traitées dans ces bilans, fassent l'objet d'un suivi dans le Programme national de santé publique puisqu'elles constituent des activités à consolider au cours du premier cycle du programme (2003-2005). Enfin, le thème de la valorisation du rôle du père sera repris à l'intérieur des activités qui concernent, de façon générale, les activités de promotion et de prévention relatives à la santé et au bien-être des enfants et des adolescents.

En ce qui a trait aux **maladies évitables par l'immunisation**, des résultats sont déjà atteints relativement à certaines de ces maladies. Au regard de la couverture vaccinale, très peu de données régionales sont fournies pour les enfants de 2 ans, ceux qui ont l'âge de fréquenter l'école ou les adolescents. L'implantation du système d'information (SIV) sur la couverture vaccinale n'a que légèrement progressé par rapport au premier bilan et il s'avère toujours impossible, en fin de parcours, de mesurer adéquatement la couverture vaccinale des Québécois faisant partie de ces groupes d'âge. Cependant, le SIV tel qu'il était envisagé au moment du lancement des PNSP, où il était prévu que les données de vaccination devaient être transférées des vaccinateurs aux DSP, ne correspond pas à ce qui est maintenant indiqué dans la Loi sur la santé publique. C'est plutôt un registre de vaccination où les données seront saisies chez le vaccinateur qui devrait être mis en oeuvre. Par ailleurs, les résultats sont atteints en 2001 ce qui concerne l'absence de cas de diphtérie et de poliomyélite, alors que les cas de rougeole, de rubéole et d'oreillons restent très faibles en 2001. Des variations minimales dans les taux d'incidence de ces maladies sont observées selon les années, mais le passage de ces taux sous le seuil d'élimination est chose faite. Quant à l'incidence des infections à *Haemophilus influenzae* de type b, le résultat attendu (moins de 50 cas par année) est maintenu puisqu'il était atteint avant même la publication des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Pour ce qui est de la couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en CHSLD, elle est en constante progression depuis

la parution de ce document et le résultat attendu (d'au moins 80 %) est atteint depuis trois ans. Quant à la couverture vaccinale des personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert, elle atteint 57 % en 2001-2002, selon les données obtenues dans 13 des 18 régions, soit presque le résultat attendu de 60 %. Pour l'hépatite A et l'hépatite B, l'objectif de diminuer le nombre de cas de 50 % est atteint, alors que pour la coqueluche, cet objectif n'est pas atteint. Quant à la conservation des produits immunisants, soit le pourcentage de vaccins achetés non utilisés (à moins de 5 %) et la proportion des vaccins soumis à une température inadéquate (à 2 %), on peut affirmer que les résultats attendus semblent atteints, mais le dernier résultat doit être interprété avec prudence.

Pour ce qui est de la priorité touchant le **VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement**, des gains ont été faits. Les mesures préventives à l'intention des groupes vulnérables ont sensiblement progressé au fil des ans. Ce n'est pas tant le nombre de régions où l'on offre des programmes de prévention, qui est passé de seize à dix-sept, que le nombre de programmes offerts sur ces territoires qui a légèrement augmenté dans l'ensemble. Au sujet des centres de détention provinciaux qui rendent accessibles les condoms et l'eau de Javel, la situation n'a guère changé depuis cinq ans ; 75 % d'entre eux s'acquittent toujours de cette tâche. Depuis 1997, la majorité des régions (88,8 %) comptent des centres d'accès aux seringues stériles ; l'augmentation observée du nombre de centres est surtout attribuable à la participation plus grande des pharmacies. Par ailleurs, l'accès au traitement à la méthadone s'est accru de façon significative depuis 1998, que l'on pense au nombre de régions, au nombre de bénéficiaires ou au nombre de médecins ayant prescrit de la méthadone. Quant au programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse, son implantation est en partie faite dans toutes les régions du Québec, mais les efforts doivent être maintenus afin d'arriver à ce que tous les médecins offrent le test de dépistage du VIH aux femmes enceintes ou à celles qui désirent le devenir.

Au regard du **dépistage du cancer du sein**, on compte quinze régions où le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) est implanté, ce qui correspond à 83 % de l'objectif. Précisons toutefois qu'au moins 95 % de la population visée a accès au programme. Malgré des débuts marqués par les difficultés liées au contexte de la transformation du réseau et des restrictions budgétaires ainsi qu'au système d'information et à l'ajustement nécessaire des centres pour assurer le contrôle de la qualité, l'ensemble des régions bénéficiera du PQDCS avant la fin de 2002. Il s'agit là d'un succès important. L'objectif portant sur l'implantation du programme étant à toutes fins utiles atteint, les efforts viseront de plus en plus l'assurance de la qualité pour tous les aspects du PQDCS, tel que cela est précisé dans le Programme national de santé publique.

Relativement au **tabagisme**, la proportion de fumeurs québécois âgés de 15 ans ou plus au Québec semble être en baisse selon les dernières enquêtes. Il est important de continuer à suivre l'évolution du tabagisme dans cette population afin de vérifier si la baisse observée se maintiendra. *L'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire*, menée en 2000, montre une stabilisation depuis 1998, alors que la proportion de jeunes fumeurs avait considérablement augmenté entre 1991 et 1994 ; les enquêtes subséquentes permettront de suivre l'évolution des comportements tabagiques des jeunes. Par ailleurs, on peut affirmer que le résultat attendu d'offrir des programmes de soutien à l'abandon du tabagisme à la population dans toutes les régions du Québec et d'assurer la promotion de ces programmes est atteint. Quant à la stratégie de prévention du tabagisme dans les écoles, respectivement 43 % des écoles primaires et 40 % des écoles secondaires ont pu être rejointes par au moins un programme de prévention.

Pour ce qui est des **traumatismes non intentionnels**, des projets ayant trait à la prévention des blessures à domicile ont été réalisés dans la majorité des régions pour différents types de traumatismes depuis l'année 1997-1998. Comme ceux qui l'ont précédé, le présent bilan permet de conclure que l'objectif concernant l'expérimentation de cinq projets a été largement atteint, bien que la démonstration de l'efficacité pour réduire les blessures reste à faire. En ce qui concerne la prévention des chutes dans les établissements, le *Guide de prévention des chutes en établissement*, préparé dans la région de Québec, n'a pas été évalué faute de financement. Pour une cinquième année consécutive, des programmes d'application sélective (PAS) visant la conduite sans alcool ont été menés dans dix-sept régions du Québec. Quant au taux de conduite avec facultés affaiblies, il demeure conforme à celui qui était attendu, soit moins de 1 % au moment de l'application de ce programme. Enfin, au regard des législations et réglementations, des gains ont été obtenus en matière de prévention des traumatismes.

Relativement aux **traumatismes intentionnels liés à la violence envers les personnes**, dans presque toutes les régions du Québec (seize sur dix-huit), on a participé à une phase ou à l'autre de la campagne de sensibilisation nationale comprenant plusieurs stratégies relatives au phénomène de la violence faite aux femmes et les résultats sont presque atteints. Dans neuf régions, on a implanté quatorze nouveaux projets pilotes ou initiatives, soit six de moins que l'an dernier. Plus de la moitié des projets pilotes ciblent les jeunes. Au chapitre des protocoles de référence interorganismes, des progrès ont été observés, année après année, quant au nombre de protocoles en préparation et quant à l'amélioration de la couverture des territoires par ce type de protocole, mais il faudra continuer d'agir en ce domaine si l'on désire atteindre l'objectif visé, et cela, sur l'ensemble des territoires.

En ce qui a trait aux **traumatismes intentionnels liés au suicide**, les données les plus récentes couvrent l'année 1999 ; le taux de suicide était alors plus élevé qu'en 1996 au Québec. Les différents projets pilotes de prévention du suicide soutenus financièrement par le ministère de la Santé et des Services sociaux vont sans aucun doute aider à mieux connaître les façons les plus appropriées d'intervenir auprès des groupes pour lesquels les risques de suicide et de tentative de suicide sont les plus élevés. Déjà, à la lumière de quelques résultats préliminaires, des enseignements encourageants peuvent être dégagés. Une analyse des résultats de ces projets, qui permettra le transfert des connaissances, est prévue pour 2003.

Les enjeux de l'évaluation

Depuis 1998, l'évaluation des Priorités nationales de santé publique est demeurée une opération descriptive dont l'objectif a été de rendre compte du degré d'atteinte des résultats visés. Il est apparu essentiel d'informer rapidement les acteurs du domaine de la santé publique sur la progression de l'implantation des PNSP en vue d'appuyer la nécessaire mobilisation du réseau au regard des résultats escomptés. C'était aussi la toute première fois que la santé publique québécoise était conviée à rendre des comptes aussi précis sur ses priorités d'action.

En fin de parcours, il est impératif de tirer profit des cinq années d'évaluation des PNSP et les bilans faits de ces PNSP seront exploités au maximum pour en dégager les points positifs mais aussi les difficultés rencontrées. Nous présentons ici les principaux constats qui pourront être utiles à l'évaluation du Programme national de santé publique.

Points positifs

Parmi les effets positifs, on a noté :

- des interventions soutenues dans l'implantation de plusieurs priorités ;
- la mise en œuvre de mécanismes de suivi des PNSP pour s'assurer de l'atteinte des résultats attendus ;
- des résultats catalyseurs dans l'ensemble ;
- la contribution de l'évaluation des PNSP au renforcement de la pratique d'évaluation.

Difficultés éprouvées

La première difficulté porte sur les données recueillies, *qui n'ont pas toujours eu la validité recherchée.*

Les causes possibles en sont que :

- le recours aux définitions des différentes variables était rarement systématique ;
- les données recueillies pour certains indicateurs étaient souvent de valeur inégale d'une région à l'autre quant aux sources utilisées ;
- les personnes engagées pour la collecte pouvaient être différentes d'une année à l'autre ;
- les questionnaires n'étaient pas toujours remplis de façon uniforme ;
- les outils informatiques manquaient de compatibilité ;
- certaines questions manquaient de clarté ;
- les établissements ont éprouvé des difficultés à recueillir l'ensemble des données ;

La deuxième difficulté concerne *la mobilisation parfois faible des ressources* pour la collecte des données.

On peut évoquer les raisons suivantes :

- le manque de ressources ;
- la différence de perception quant à l'importance de l'évaluation des PNSP dans les régions et les établissements ;
- les progrès très lents dans l'implantation de certaines priorités, en raison du financement insuffisant ;
- l'augmentation des tâches ces dernières années, ayant rendu plus difficile l'exercice d'une évaluation annuelle ;
- les rôles et responsabilités non définis des personnes engagées dans le processus de la collecte des données ;
- la lourdeur du processus d'évaluation (questions nombreuses, délai court pour la collecte, etc.).

La troisième difficulté porte sur les *données manquantes.*

Les principales causes inhérentes à cette situation sont les suivantes :

- certains systèmes d'information sont peu implantés ;
- certains indicateurs ne peuvent être calculés vu l'absence de fichiers de population fiables (dénominateur réel).

Enseignements

Parmi les enseignements qui peuvent être dégagés de l'expérience de l'évaluation des Priorités nationales de santé publique, soulignons l'importance :

- d'établir clairement les rôles et responsabilités des acteurs en santé publique, et ce, à chacun des niveaux (national, régional et local). En ce qui concerne le Programme national de santé publique, ces responsabilités sont définies par la Loi sur la santé publique (LSP, c. II). Cela va permettre de clarifier les rôles qui incombent aux acteurs en santé publique à chacun des niveaux et faciliter l'implantation du programme ;
- de se donner une vision commune de l'évaluation, avec des objectifs clairs et un questionnement précis, en déterminant d'abord la nature de l'information dont nous avons réellement besoin, c'est-à-dire l'information essentielle qui permettra de répondre aux questions posées par l'évaluation, en déterminant également la périodicité selon laquelle il faut recueillir l'information et en orientant les mises à jour afin de soutenir le Programme national de santé publique ;
- de recourir au maximum aux systèmes d'information existants et de les adapter au besoin ;
- de se servir des pratiques porteuses de succès.

Un autre enseignement que l'on peut tirer des cinq bilans a trait à l'évaluation de l'actualisation des principes directeurs des PNSP. Rappelons que les principes avancés dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* concernent en premier lieu les pratiques planificatrices et partenariales des institutions publiques, par lesquelles sont le plus souvent mobilisés les intervenants et les communautés pour la poursuite d'objectifs de santé publique. Puisque certains résultats visés par les PNSP sont plus sensibles que d'autres à l'actualisation des principes directeurs, trois cas ont été étudiés sur cette base.

Parmi les cas étudiés, celui qui porte sur la prévention du VIH-sida chez les hommes gais de Montréal a fait l'objet, en juin 2002, d'une publication par l'INSPQ¹. L'analyse montre que les principes directeurs ont été actualisés par les acteurs des paliers central et régional engagés dans la prévention du VIH-sida. Ces acteurs sont parvenus à instaurer une dynamique partenariale de coopération favorisant la mise en commun des savoirs, ce qui résulta en des programmes mieux ancrés dans leur contexte et ayant à leur base des modèles d'action plus solides ainsi qu'en des programmes s'étant montrés viables, c'est-à-dire capables de réduire le problème auquel ils devaient s'attaquer. Cette dynamique participative a également été suffisante pour soutenir, jusqu'à ce jour, le renouvellement de l'intervention au fur et à mesure de l'évolution du problème. Ainsi, dans ce cas, les principes directeurs ont été actualisés à un degré suffisant pour contribuer à la qualité du résultat. Quant aux deux autres cas (NEGS et violence conjugale), les enseignements qui pourront en être dégagés seront connus plus tard en 2003.

1. A. BILODEAU, C. LEFEBVRE et D. ALLARD, *Les Priorités nationales de santé publique 1997-2002 : Une évaluation de l'actualisation de leurs principes directeurs. Le cas des programmes de prévention du VIH/Sida chez les hommes gais dans la région de Montréal-Centre*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2002, 120 p.

Poursuivre le travail

À la lecture du cinquième bilan, nous pouvons affirmer qu'un bon nombre des objectifs visés par la santé publique en 1997 ont été atteints. Toutefois, pour certaines priorités, beaucoup de chemin a été parcouru tandis que, pour d'autres, on est encore loin du résultat envisagé et certains efforts seront encore nécessaires pour y arriver. À cet effet, les acteurs du domaine de la santé publique devront continuer à mettre en commun leurs forces vives, et ce, pour l'atteinte des objectifs qui ont été convenus collectivement dans le cadre du Programme national de santé publique.

