



*Pour une  
**mission**  
en santé*



Revue des départements  
Santé Communautaire

**Cahier  
post-colloque**

WA  
100  
C714  
1983  
décembre 1983

INSPO - Montréal



3 5567 00002 9451

Institut national de santé publique du Québec  
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200  
Montréal (Québec) H2J 3G8  
Tél.: (514) 597-0606



## TABLE DES MATIÈRES:

## PAGES

|     |                                                                                                                                                                        |    |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.  | Notes liminaires.                                                                                                                                                      | 4  |
| 2.  | Mot du comité organisateur.                                                                                                                                            | 5  |
| 3.  | Le programme.                                                                                                                                                          | 7  |
| 3.1 | Les objectifs.                                                                                                                                                         | 8  |
| 3.2 | Les activités.                                                                                                                                                         | 9  |
| 4.  | Les conférences.                                                                                                                                                       | 12 |
| 4.1 | Discours d'ouverture, monsieur René Tremblay<br>président du comité organisateur.                                                                                      | 13 |
| 4.2 | The Primary Task of Public Health Today:<br>Implementing the Second Epidemiologic<br>Revolution.                                                                       | 19 |
| 4.3 | La santé pour tous en l'an 2000: L'expé-<br>rience européenne de planification de la<br>santé. Monsieur Paul Lamarche de l'Orga-<br>nisation mondiale de la santé.     | 32 |
| 4.4 | Discours du sous-ministre adjoint à la<br>santé au ministère des Affaires sociales,<br>monsieur Guy Rivard.                                                            | 42 |
| 4.5 | Allocution de madame Claire Dutrisac, jour-<br>naliste, Affaires sociales et santé publique<br>collaboratrice La Presse-Plus.                                          | 50 |
| 4.6 | Allocution de monsieur André-Pierre<br>Contandriopoulos, professeur, Faculté de<br>médecine, Université de Montréal, Dépar-<br>tement de l'administration de la santé. | 56 |
| 4.7 | Allocution de monsieur Alexander S.<br>MacPherson, chef du Département de santé,<br>Ville de Toronto, Ontario.                                                         | 71 |
| 4.8 | Allocution de monsieur Jean Rochon, Doyen<br>de la Faculté de médecine, Université de<br>Laval, Québec.                                                                | 79 |
| 5.  | Les conférences-carrousel                                                                                                                                              | 88 |
| 5.1 | La santé dentaire à l'heure 1984. Madame<br>Monique Douville-Fradet D.S.C. Enfant-<br>Jésus.                                                                           | 89 |

|       |                                                                                                                                                                                            |     |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5.2   | Elaboration d'une politique de santé communautaire en matière de santé environnementale. Monsieur Jacques Normandeau D.S.C. Valleyfield.                                                   | 101 |
| 5.3   | Les maladies infectieuses: Pour une mission en santé il faut d'abord être bien immunisé. Monsieur Jean-Guy Bonnier D.S.C. Verdun.                                                          | 116 |
| 5.4   | La santé des jeunes. Madame Huguette Crête, D.S.C. Cité de la santé de Laval et madame Sylvie Veilleux D.S.C. Beauceville.                                                                 | 142 |
| 5.5   | Emergence d'une approche provinciale à la prévention en santé mentale communautaire. Madame Chantal Perrault et monsieur Paul Landry D.S.C. Maisonneuve-Rosemont.                          | 159 |
| 5.6   | La santé femme-famille. Madame Murielle Forget et madame Isabelle Laporte D.S.C. Sainte-Justine.                                                                                           | 181 |
| 5.7   | Systèmes d'information pour la planification socio-sanitaire. Monsieur Marc Dionne D.S.C. Beauceville.                                                                                     | 201 |
| 5.8   | La santé au travail: perspective de développement pour les D.S.C. Monsieur Louis Drouin D.S.C. Cité de la santé de Laval.                                                                  | 217 |
| 5.9   | La concertation D.S.C.-C.R.S.S.S. en périphérie. Monsieur Réal Lacombe D.S.C. Rouyn-Noranda.                                                                                               | 239 |
| 5.10  | Le vieillissement de la population: problème de santé ou de société? Monsieur Roger Brosseau D.S.C. Cité de la santé de Laval.                                                             | 256 |
| 6.    | Les plénières.                                                                                                                                                                             | 278 |
| 6.1   | La plénière des conférences-carrousel.                                                                                                                                                     | 279 |
| 6.2   | La plénière des ateliers de travail.                                                                                                                                                       | 298 |
| 6.2.1 | La synthèse des ateliers de travail.                                                                                                                                                       | 299 |
| 6.2.2 | Les recommandations.                                                                                                                                                                       | 335 |
| 7.    | Les sondages.                                                                                                                                                                              | 337 |
| 7.1   | Le transfert des services de premières lignes et les réalisations des D.S.C. en planification socio-sanitaire de 1981 à 1983: Bulletin d'information numéro 3 «Pour une mission en santé». | 338 |

|      |                                                                                            |     |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 7.2- | Vers une stratégie commune.                                                                | 347 |
| 8.   | Les communications.                                                                        | 351 |
| 8.1  | La liste des participants-tes et des départements<br>et directions de santé communautaire. | 352 |
| 8.2  | La liste des exposants et commanditaires.                                                  | 360 |
| 8.3  | La conférence parallèle du groupe SYBIS.                                                   | 362 |
| 8.4  | Les commentaires des participants-tes.                                                     | 371 |
| 8.5  | La couverture de presse.                                                                   | 375 |

NOTES LIMINAIRES:

Le cahier post-colloque de «Pour une mission en santé», publié à 500 copies, se veut un document de référence. Les quelques 399 pages qui suivent contiennent 18 conférences et près d'une douzaine d'autres textes du type programme, bulletin d'information, sondages, listes, etc... en rapport avec cet événement. Nous tenons à vous aviser que vous y trouverez plusieurs sortes de caractère d'imprimerie et de dactylographie d'où l'irrégularité du cahier à ce sujet. Veuillez ne pas nous en tenir rigueur.

Des copies supplémentaires de ce cahier seront disponibles au coût de 15,00\$ l'unité et ce jusqu'à épuisement des stocks. Vous êtes priés-es d'en faire la demande à l'adresse suivante:

«Pour une mission en santé»  
D.S.C. de la Cité de la Santé de Laval  
1755, boulevard René Laënnec  
VIMONT (Ville de Laval) H7M 3L9

Toute demande devra inclure un chèque ou mandat libellé comme suit:

«Pour une mission en santé»  
D.S.C. de la Cité de la Santé de Laval

TOUTE REPRODUCTION TOTALE OU PARTIELLE DES TEXTES DU CAHIER POST-COLLOQUE «POUR UNE MISSION EN SANTÉ» DOIT FAIRE MENTION DE LA SOURCE.

## MOT DU COMITÉ ORGANISATEUR:

Les 12, 13 et 14 décembre 1984 se déroulait à Laval un colloque réunissant des représentants des 32 départements et directions de santé communautaire. Au total, plus de 350 personnes venues de tous les coins du Québec pour échanger sur l'avenir de la santé communautaire et des D.S.C. sur le thème de «Pour une mission en santé».

Les membres du comité organisateur sont fiers de vous présenter le cahier post-colloque de «Pour une mission en santé». En publiant ce document, le comité veut fournir aux participants l'ensemble des communications dont ce colloque fut l'objet. Le comité veut également rendre accessible cette information aux autres membres des D.S.C. qui n'ont pu participer à cet événement ainsi qu'à toute autre personne. Ces communications comprennent le programme, les conférences, la synthèse des travaux en atelier, les plénières, la liste des participantes et certaines autres informations diverses. Nous espérons que ce document reflète bien la nature des travaux qui s'y sont déroulés.

De l'avis de plusieurs, ce colloque - une première pour les D.S.C. - fut l'occasion pour nombre de professionnels-elles de faire connaissance entre elles-eux ou de renouer des liens d'amitié et d'échanger sur leur vécu face à leur mission en santé communautaire. Après deux jours et demie, c'est d'abord sur la coordination du réseau des D.S.C. que l'unanimité fut entendue. Une coordination qui se veut entre les différents niveaux de responsabilité soit, d'une part entre les D.S.C. eux-mêmes et d'autre part, avec leurs partenaires, soit entre les professionnels-elles du réseau des D.S.C. Voilà l'essence même des recommandations adoptées le mercredi matin. Quant à la santé communautaire, plusieurs pistes ont été soulevées tout au long du colloque, dont une

ouverture aux besoins sociaux de la population, d'où la recherche de nouveaux indicateurs de santé, une publicisation des dossiers prioritaires de santé d'où la nécessité de politiser les interventions et, enfin, une présence plus active dans les différents milieux de vie de la population d'où une planification socio-sanitaire coordonnée à la base. Somme toute, une réflexion qui a fait surgir de nouvelles orientations pour les D.S.C.

En terminant, nous désirons profiter de l'occasion pour remercier tous ceux et celles qui, de près ou de loin, ont participé à la réalisation de cet événement. Mentionnons tout particulièrement, le personnel clérical et professionnel du D.S.C. de la Cité de la Santé de Laval, pour son soutien technique tout au long de cette opération, le département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal, pour son apport au sondage pré-colloque sur le transfert des services de première ligne, nos commanditaires et exposants, ainsi que tous les membres du comité organisateur.

Monsieur René Tremblay, président du  
Comité organisateur, D.S.C. Mauricie

Les autres membres du comité:

Monsieur Michel Beauchemin, D.S.C. Laval  
Monsieur Louis Bernard, D.S.C. C.H.U.L.  
Monsieur Michel Bissonnette, D.S.C. Laval  
Madame Martine Blanc, D.S.C. Laval  
Monsieur Réal Lacombe, D.S.C. Rouyn-Noranda  
Monsieur Richard Lessard, D.S.C. Laval  
Monsieur Raynald Pineault, Université de Montréal, Médecine  
sociale et préventive

### 3. L E P R O G R A M M E

#### 3.1 LES OBJECTIFS

#### 3.2 LES ACTIVITÉS

## LES OBJECTIFS :

Le colloque «Pour une mission en santé» a pour objectifs spécifiques de permettre aux professionnels des départements de santé communautaire:

### **1. faire le point sur les récentes réalisations en planification socio-sanitaire à l'extérieur du pays et au Québec. C'est-à-dire:**

1.1 renseigner les professionnels des D.S.C. sur une ou des expériences de démarche concertée européenne et américaine relatives aux choix des problèmes prioritaires de santé et des moyens mis de l'avant pour les solutionner et les confronter avec les réalités québécoises;

1.2 informer les professionnels des D.S.C. sur l'état de la situation de l'ensemble des D.S.C., sur le transfert et/ou la décentralisation des services de première ligne et susciter l'échange entre eux sur les différentes expériences de planification socio-sanitaire au Québec.

### **2. Connaître les points de vue de différents représentants du milieu de la santé publique et communautaire, sur ce qu'ils attendent des D.S.C. en planification socio-sanitaire dans l'orientation des politiques de santé au Québec. C'est-à-dire:**

2.1 connaître les attentes du Ministère des Affaires sociales quant à la mission et aux fonctions des D.S.C. et de leurs rôles sous-régionaux, régionaux et provinciaux dans l'identification de dossiers prioritaires santé desquels découleraient des programmes provinciaux.

2.2 susciter l'échange entre les professionnels des D.S.C. et d'autres professionnels intéressés au domaine de la santé communautaire sur la problématique des politiques de santé au Québec.

### **3. Dégager une stratégie commune face à l'élaboration de dossiers prioritaires santé sous-régionaux, régionaux et provinciaux en 1984. C'est-à-dire:**

3.1 susciter l'échange entre les professionnels des D.S.C. sur la pertinence d'établir, pour chacun des D.S.C., des dossiers prioritaires santé au printemps 1984 et de les mettre en commun aux niveaux régional et provincial à l'été 1984.

3.2 susciter l'échange entre les professionnels des D.S.C. sur le principe de développer au Québec des programmes provinciaux de santé découlant de la mise en commun des dossiers prioritaires santé.

3.3 susciter l'échange entre les professionnels sur les différents moyens nécessaires pour établir des dossiers prioritaires santé, notamment au niveau de la coordination inter-D.S.C.

## LES ACTIVITÉS:

**Lundi, 12 décembre****11h00** Accueil - Inscription **Foyer****13h30** Ouverture du colloque et mot de bienvenue du Président

Monsieur René Tremblay, D.S.C. - Centre Hospitalier Régional de la Mauricie

**Salon Duvernay-Chomedey**

*En présentant les enjeux du colloque et la démarche des trois journées de «Pour une mission en santé», le Président dévoilera les résultats de l'enquête téléphonique pré-colloque, réalisée entre le 1er et le 11 novembre, auprès de l'ensemble des D.S.C. au sujet du transfert des services de première ligne ainsi que sur les réalisations des D.S.C. depuis 1981 et celles en cours.*

**Après-midi:** La planification socio-sanitaire en Europe et aux États-Unis: conférences

*Par cette activité, nous ferons le point sur les récentes réalisations en planification socio-sanitaire à l'extérieur du pays.*

*A tour de rôle, les deux conférenciers invités aborderont les points suivants:*

- les moyens utilisés pour la priorisation des problèmes de santé et le choix des moyens d'intervention;

- les éléments stratégiques de cette démarche dans le contexte de la concertation et la coordination entre divers intervenants, compte tenu du rôle conseil joué par l'organisme;

- les contraintes présentes et difficultés rencontrées ainsi que les leçons à dégager au sujet des conditions de réussite ou d'échec de la démarche;

- l'évaluation des résultats obtenus et leur interprétation.

**Salon Duvernay-Chomedey****14h00** 1er - Organisation mondiale de la santé - O.M.S. la santé pour tous en l'an 2000 Bilan et perspective

Monsieur Paul Lamarche de l'Organisation mondiale de la santé

**14h45** 2e - Healthy People: Promoting Health, Preventing Disease

Monsieur Milton Terris, rédacteur en chef, Journal "Public Health Policy", États-Unis

**15h30** Pause-santé**16h00** Période de questions**18h00** Cocktail «Brise-Glace»**Foyer****18h30** Souper-conférence**Salon Duvernay-Chomedey**

L'Honorable Pierre-Marc Johnson, Ministre des Affaires sociales du Québec.

*Le ministre Johnson nous entretiendra sur l'orientation du Ministère des Affaires sociales du Québec en regard de la santé communautaire et du rôle attendu des différents partenaires en présence.*

**Soirée:** Le Québec a-t-il besoin de politiques de santé?

C'est à cette question que quatre invités spéciaux, intéressés au domaine de la santé communautaire tenteront de répondre tout en nous indiquant leurs attentes face au D.S.C.

**20h30** Panel-échange**Salon Duvernay-Chomedey**

Animatrice: Madame Claire Lamarche, animatrice à Radio Québec

Invités-es:

Madame Claire Dutrisac, journaliste, Affaires sociales et santé publique, collaboratrice La Presse-Plus

Monsieur André-Pierre Contandriopoulos, Professeur, Faculté de médecine, Université de Montréal, Département de l'administration de la santé

Monsieur Alexandre S. MacPherson, Chef du Département de santé, Ville de Toronto, Ontario

Monsieur Jean Rochon, Doyen de la Faculté de médecine, Université Laval, Québec

**21h15** Période de questions et discussion**23h00** Fin des activités du lundi.**Mardi, 13 décembre****Avant-midi:** La planification socio-sanitaire au Québec: conférences-carrousel.

*Pour commencer cette deuxième journée, nous ferons le point sur quelques actions caractérisant le réseau des D.S.C. en planification socio-sanitaire au Québec, à partir de projets de concertation provinciale, régionale et sous-régionale en cours.*

Plus de dix conférences se dérouleront simultanément. Chacune dressera un portrait de la situation du projet, de son origine à ce jour en indiquant en quoi et comment cela contribue à l'amélioration de la santé de la population et dans quelles conditions cette action doit se poursuivre. Les conférences-carrousel durent quarante-cinq (45) minutes et elles se répètent deux (2) fois au cours de l'avant-midi. Cette méthode nous permettra donc de participer à deux (2) d'entre-elles. À la fin de chacune des conférences-carrousel, l'opportunité nous est offerte de laisser par écrit des questions de fond ayant trait aux enjeux du colloque lesquelles seront répondues lors de la plénière qui suit immédiatement, par les responsables de ces projets.

**Note:** Le choix de conférences-carrousel se fait sur place à l'inscription.

**08h30** Première série de conférences-carrousel**09h15** Pause-santé**09h30** Deuxième série de conférences-carrousel

**10h15** Pause-santé**10h45** Plénière

Animateur: Monsieur Michel Beauchemin

1 - La santé dentaire: **Salon Fabreville**  
Madame Monique Fradet, Membre du Comité  
Santé dentaire de l'A.D.D.S.C.

2 - La santé environnementale:  
**Salon Laval-sur-le-Lac**  
Monsieur Jacques Normandeau, Membre du  
Comité consultatif environnemental

3 - Les maladies infectieuses:  
**Salon Ste-Dorothée**  
Monsieur Jean-Guy Bonnier, Président du  
Comité des maladies infectieuses de l'A.D.D.S.C.

4 - La santé des jeunes: **Salon Auteuil**  
Madame Huguette Crête et Madame Sylvie  
Veilleux, Membres du Comité provincial de la  
santé des jeunes

5 - La santé mentale: **Salon Vimont**  
Monsieur Paul Landry et Madame Chantal  
Perreault, Membres du Comité santé mentale  
communautaire de l'A.D.D.S.C.

6 - La santé femme-famille:  
**Salon St-Martin**  
Madame Isabelle Laporte et Madame  
Murielle Forget, D.S.C. Ste-Justine

7 - L'information socio-santaire:  
**Salon Des Rapides**  
Monsieur Marc Dionne, Membre du Comité  
sur l'information socio-santaire de l'A.D.D.S.C.

8 - La santé au travail:  
**Salon Des Prairies**  
Monsieur Louis Drouin, Membre du Comité  
provincial santé au travail

9 - La concertation D.S.C. - C.R.S.S.S. en péri-  
phérie:  
**Salon Chomedey**  
Monsieur Réal Lacombe, D.S.C. Rouyn-  
Noranda

10 - Le vieillissement de la population: pro-  
blème de santé ou de société?  
Monsieur Roger Brosseau et Monsieur  
André Bergeron, Membres du Comité régional  
en gérontologie de la région 06-A

**Salon Duvernay**

**12h00** Déjeuner libre

**Après-midi:** Vers une stratégie commune:  
ateliers de travail.

*A cette étape, nous approfondirons en petits groupes et individuellement, les enjeux du colloque soit ceux relatifs au troisième objectif du colloque. Il sera question de l'établissement de dossiers prioritaires santé au printemps 1984 et de la mise en commun aux niveaux régional et provincial à l'été, du principe de développer des programmes provinciaux de santé, et finalement des conditions nécessaires pour réaliser ces buts.*

C'est ainsi que nous identifierons nos besoins réciproques, face à ces questions, en vue de la plénière du mercredi matin.

**14h00** Ateliers de travail:

Animateur: Monsieur Michel Beauchemin

**Note:** La répartition des participants dans les ateliers se fait sur place à l'inscription

| Atelier no.: | 1  | Salon: | Fabreville       |
|--------------|----|--------|------------------|
| " "          | 2  | "      | Laval-sur-le-Lac |
| " "          | 3  | "      | Ste-Dorothée     |
| " "          | 4  | "      | Auteuil          |
| " "          | 5  | "      | Vimont           |
| " "          | 6  | "      | St-Martin        |
| " "          | 7  | "      | Des Rapides      |
| " "          | 8  | "      | Des Prairies     |
| " "          | 9  | "      | Piscine          |
| " "          | 10 | "      | Chomedey-A       |
| " "          | 11 | "      | Chomedey-B       |
| " "          | 12 | "      | Duvernay-A       |
| " "          | 13 | "      | Duvernay-B       |
| " "          | 14 | "      | Ste-Rose         |
| " "          | 15 | "      | Pont-Viau        |

**15h30** Pause-santé**15h45** Ateliers de travail - suite -**18h00** Fin du travail en ateliers**19h30** Buffet et soirée du Président:

**Salon Duvernay-Chomedey**

*A cette occasion, nous soulignerons de façon spéciale, la contribution à la santé communautaire de Monsieur Jean-Paul Fortin de la Direction de la santé communautaire et des politiques de santé au Ministère des Affaires sociales.*

**23h00** Fin de la deuxième journée**Mercredi, 14 décembre**

**Avant-** Vers une stratégie commune:

**midi:** plénière du colloque

*A cette dernière étape, nous dégagerons une stratégie commune face à l'élaboration de dossiers prioritaires santé sous-régionaux, régionaux et provinciaux en 1984. Ensemble, nous échangerons sur la synthèse des discussions en ateliers du mardi après-midi et conclurons ce colloque de réflexion.*

**08h30** Plénière

Animateur: Monsieur Michel Beauchemin

**09h45** Pause-santé**10h00** Plénière (suite)**11h00** Conclusion et clôture du colloque

**Salon Duvernay-Chomedey**

**12h00** Cocktail de fermeture du Comité Organisateur  
**Foyer****13h00** Fin du colloque - Pour une mission en santé-

*En guise d'accompagnement aux trois journées de notre colloque «Pour une mission en santé», l'opportunité nous est offerte de nous familiariser sur le thème de l'informatique médicale. C'est ainsi qu'une conférence pré-colloque et une post-colloque sont présentées par un groupe spécialisé en informatique médicale, - SYBIS - Le thème de la conférence est «l'informatique à l'heure des D.S.C.» Cette conférence aura lieu le lundi, 12 décembre, à 10h00 et se répètera le mercredi, 14 décembre, à 13h30. Il faut également noter que SYBIS assumera sur place un service complet d'informatique permettant l'inscription des participants au colloque, la répartition de ceux-ci pour le travail en ateliers ainsi que la collecte des données relatives à ces mêmes ateliers.*

### **Lundi, 12 décembre**

**10h00** L'informatique à l'heure des D.S.C. conférence  
Monsieur Rhéal Blanchard de SYBIS Informatique Médicale Inc.

À cette conférence, il sera notamment question de:

- 1 - les différentes raisons d'être de l'informatique;
- 2 - comment identifier l'intérêt d'une application informatique et quoi surveiller;
- 3 - tour d'horizon de l'application de l'informatique en pratique privée et publique;
- 4 - la micro-informatique: avantages, inconvénients, coûts typiques.

**Salon Laval-des-Rapides**

### **Mercredi, 14 décembre**

**13h30** L'informatique à l'heure des D.S.C. conférence  
Monsieur Rhéal Blanchard de SYBIS Informatique Médicale Inc.

Idem: lundi **Salon Laval-des-Rapides**

#### 4. L E S · C O N F É R E N C E S

4.1 DISCOURS D'OUVERTURE, MONSIEUR RENÉ TREMBLAY  
PRÉSIDENT DU COMITÉ ORGANISATEUR

DISCOURS D'OUVERTURE DE MONSIEUR RENÉ TREMBLAY, PRÉSIDENT DU  
COMITÉ ORGANISATEUR:

Chers(es) collègues et distingués(es) invités(es),

C'est avec beaucoup de plaisir que je vous souhaite la bienvenue à cet important colloque des Départements de santé communautaire du Québec qui s'inscrit sous le thème de «Pour une mission en santé».

Pour nous tous, ce colloque est l'occasion de participer à une réflexion essentielle à l'orée d'une période qui s'avère cruciale dans l'évolution de la santé communautaire au Québec. Mais avant de parler de cette période cruciale, permettez-moi d'abord d'élaborer sur l'évolution des Départements de santé communautaire.

Le concept de la santé communautaire est une chose relativement récente chez nous. Son éclosion, mais surtout son développement, origine comme nous le savons tous des réformes qui ont profondément marqué le domaine de la santé au Québec dans les années '70. Ce concept, dérivé de la notion de santé publique des Anglo-saxons, a connu une évolution telle qu'il constitue maintenant un élément distinctif de notre système de santé.

Si nous devons parler de l'évolution des Départements de santé communautaire, ce n'est pas que les fonctions qui avaient été attribuées aux D.S.C. vers 1973 ont été modifiées; mais c'est plutôt parce que les D.S.C. ont dû et ont encore à assumer la responsabilité de dispenser des services directs à la population, responsabilité dont, grâce à vous, professionnels-elles des équipes oeuvrant dans les Départements de santé communautaire, et grâce à vos compétences, nous nous sommes très bien acquittés jusqu'à présent.

Si nous sommes donc appelés à parler de l'évolution des D.S.C., c'est que le réseau des établissements des Affaires sociales au Québec s'est considérablement développé et que les D.S.C. voient enfin arriver le moment où ils peuvent réaliser leur mandat propre. Ce mandat, je le résumerai en quatre points principaux: 1) Analyse de l'état de santé et identification des problèmes et des besoins de la population; 2) Développement de programmes pour solutionner ces problèmes; 3) Coordination des actions afin d'assurer une utilisation maximale des ressources disponibles; 4) Evaluation des programmes et des interventions en rapport avec l'atteinte des objectifs fixés et leur impact sur l'état de santé de la population.

Nous en sommes donc rendus comme D.S.C. au moment où il nous faut accélérer la réalisation de notre mandat propre; c'est ce que je qualifiais un peu plus tôt de période cruciale pour les D.S.C. au

moment où je vous parle, vous avez sûrement pris connaissance des résultats du sondage qui a été mené auprès de chacun des 32 D.S.C. du Québec, en novembre, sur la situation des transferts des services de première ligne aux C.L.S.C. Ces résultats sont révélateurs: près du tiers des D.S.C. ont complété ce transfert; près de la moitié des D.S.C. sont en bonne voie de les effectuer, si l'on tient compte des services directs dispensés à partir de modules.

Concrètement, cela signifie que notre travail ne sera plus le même, que nos besoins en personnel, par exemple, ne seront plus ceux que nous connaissions. Ces changements sont certes de nature à inquiéter, à bon droit, toutes les personnes qui oeuvrent dans les équipes de dispensation de services et qui peuvent ne pas se sentir suffisamment préparées pour assumer de nouvelles tâches. Que nous soyons préoccupés, inquiets même, parce que nous estimons ne pas avoir encore toute la préparation nécessaire est tout à fait normal et sain. Ce colloque est en bonne partie axé sur ce problème. D'ailleurs, nous avons invité les quatre directeurs des Départements universitaires de santé communautaire à venir échanger avec nous, durant ce colloque, pour faire le point sur nos besoins en formation et sur les moyens pour y remédier.

Malgré ces inquiétudes, l'ensemble des professionnels-elles des équipes des D.S.C. ont clairement manifesté leur volonté de participer activement à la mission en santé de leur D.S.C. Votre présence, fort nombreuse, aujourd'hui, de même que l'ardeur que plusieurs d'entre vous ont mis dans la préparation du colloque, laquelle s'est d'ailleurs illustrée par une série de réunions pré-colloque ce matin, sont un témoignage de cette vitalité nécessaire à la réalisation de notre mandat.

Si vous voulez bien, j'aborderai la tournée d'information que nous avons effectuée il y a quelques semaines dans toutes les régions du Québec. Au cours de toutes ces rencontres pré-colloque, vous nous avez fait part de problèmes importants auxquels nous devons faire face et trouver réponses. Vous nous avez dit que les Départements de santé communautaire étaient peu organisés, que la communication entre les D.S.C. et à l'intérieur des D.S.C. se faisait mal et que la concertation entre vous était plutôt l'exception que la règle. Plusieurs d'entre vous nous ont aussi expliqué que des demandes d'information dans les D.S.C. restent souvent sans réponse. Chez nous aussi nous avons des problèmes, ainsi, il nous a fallu un an et demi au sein de notre exécutif pour approuver une «cédule» unique de vaccination pour le Québec.

Par ailleurs, plusieurs d'entre vous ont déploré le fait de ne pas avoir eu la chance de participer concrètement à la définition des orientations de l'A.D.D.S.C. où, il est vrai, ils ne se retrouvent pas. Il vous apparaît aussi que la réalisation du mandat de planification socio-sanitaire des D.S.C. en

concertation avec d'autres établissements autonomes, pose beaucoup de problèmes pratiques en ce que les D.S.C. eux-mêmes ne sont pas autonomes.

C'est de tout cela dont nous parlerons durant ce colloque et je m'engage formellement à ce qu'après avoir discuté et étudié avec vous de solutions à ces problèmes qui nous confrontent d'y donner suite.

Le comité organisateur a retenu comme objectif principal du colloque «Pour une mission en santé» d'en arriver à ce qu'il se dégage une volonté d'action commune en rapport avec notre mandat. Plus précisément, nous souhaitons que tous ceux et celles qui travaillent dans les Départements de santé communautaire soient associés-es à la réalisation de leur mandat, la première étape étant de définir les besoins réels de santé de la population. Cela implique, si nous nous entendons ensemble pour dégager cette volonté commune, que chacun des D.S.C. de la province se mette à l'oeuvre le plus rapidement possible, si ce n'est déjà fait, pour identifier spécifiquement les problèmes de santé les plus aigus de la population dans son territoire.

Une fois cette démarche réalisée, nous en arriverons à établir (1) un portrait des besoins au niveau sous-régional et (2) un portrait de ces besoins au niveau provincial. Les problèmes prioritaires retenus, à tous les niveaux, feront l'objet d'une concertation entre tous les D.S.C. Finalement, si cette formule est retenue, nos actuels comités provinciaux auront la tâche d'analyser en priorité ces problèmes qui, en pratique, deviendront leur principale raison d'être, tout en étant aussi la raison d'être de l'action concertée des D.S.C. pour améliorer la santé des Québécois et des Québécoises.

Peut-être alors sera-t-il possible d'éviter ce que les gens du Nord appellent avec raison l'écholalie des D.S.C. ... qui se traduit par une multiplication des efforts «indépendants» sur des problèmes identiques, gaspillant ainsi des énergies inutilement, alors que la concertation entre nous porterait des fruits beaucoup plus résistants, plus mûrs aussi.

Par surcroît, toute recommandation que nous serons amenés à proposer pour améliorer la santé, fondée sur une démarche venant de la base, sera nettement plus justifiable et recevable. Pour nous des D.S.C., cela veut dire que nous nous serons donnés - à nous-mêmes - une action et une volonté communes. En ce sens, l'amélioration des communications et de la concertation entre les D.S.C. qui en résultera augmentera sans aucun doute notre efficacité sociale et, partant de là, notre crédibilité. Nous serons donc amenés durant ce colloque à nous prononcer sur cette vision de l'action concertée entre les Départements de santé communautaire, à partir du mandat de base des D.S.C.: L'identification des besoins de la population.

Les réponses à cet ensemble de questions devraient nous conduire d'abord à nous situer collectivement, ensuite à nous prononcer sur les enjeux du colloque et finalement à indiquer comment nous poursuivrons notre action l'année prochaine. En toile de fond, je reprends ici les mots de plusieurs personnes qui se reconnaîtront certainement, existe un contexte de mutation, de métamorphose ou de survie pure et simple de la santé communautaire dans le réseau de la santé au Québec.

Je vous dirai que le comité organisateur partage ce questionnaire et, tout comme vous, qu'il souhaite que les réponses permettent de dégager une orientation commune.

Nos travaux des prochains jours, j'en suis sûr, nous permettront d'y arriver. Ainsi, cet après-midi, nous prendrons connaissance d'expériences diverses en santé communautaire: celles de l'Europe avec l'Organisation mondiale de la santé et des Etats-Unis avec Healthy People. Au souper, le sous-ministre, Guy Rivard, en l'absence du ministre Pierre-Marc Johnson qui a fait faux bond à la dernière minute pour remplacer en chambre le Premier ministre et le Vice-premier ministre retenus tous les deux à l'extérieur du Québec, nous livrera le message préparé pour la circonstance, lequel exprime la volonté du gouvernement et sa perception à l'égard du rôle des Départements de santé communautaire. Ce soir, quatre panélistes nous demandent: Le Québec a-t-il besoin de politiques de santé? Compte tenu de notre mandat, c'est un «droit de parole» qui nous revient!

Demain et mercredi, nous travaillerons ensemble en ateliers et en plénières sur les thèmes qui nous préoccupent le plus: La planification socio-sanitaire, la concertation, le rattachement institutionnel, ainsi que sur les problèmes prioritaires en santé et le développement d'une démarche commune à entreprendre. C'est au terme de ces travaux que nous pourrons mesurer nos possibilités de jouer un rôle efficace dans la détermination des politiques de santé et dans la mise en place de véritables programmes provinciaux découlant des priorités de santé.

Avant de conclure, j'aimerais insister sur le fait que je crois sincèrement que même si la santé communautaire est la préoccupation unique des D.S.C., elle n'est cependant pas notre apanage exclusif. Depuis nos débuts, en 1973, la collaboration et la concertation avec les autres intervenants du réseau de la santé et des Affaires sociales ont toujours été primordiales dans les D.S.C. Sans elles, notre action aurait été impossible. Mais à la lumière des transformations que nous subissons présentement, il importe pour nous de bien dégager nos champs d'action, d'analyser en profondeur nos expériences et d'identifier avec le plus de justesse possible ce que nous pourrons faire, de même que les conditions nécessaires à la réalisation de notre mission en santé.

Si cela s'appelle «dégager une stratégie commune face à la priorisation des dossiers de santé», cela signifie aussi et surtout l'émergence d'une véritable solidarité entre nous. Il faudra y mettre beaucoup d'effort et de réflexion, partager nos expériences, nos attentes, en un mot, il faudra continuer à se parler.

Les Départements de santé communautaire ont un rôle-clé à jouer pour la santé au Québec par la promotion de solutions intelligentes et articulées aux problèmes que rencontre la population. Nous, travailleurs et travailleuses de la santé communautaire, sommes invités dans les jours qui viennent à définir les conditions qui nous permettront de mieux jouer ce rôle.

JMCN

84-01-31

4.2 THE PRIMARY TASK OF PUBLIC HEALTH TODAY:  
IMPLEMENTING THE SECOND EPIDEMIOLOGIC REVOLUTION

The Primary Task of Public Health Today:  
Implementing the Second Epidemiologic Revolution\*

Milton Terris, M.D., M.P.H.\*\*

In 1946, I left the position of Assistant District Health Officer in the Buffalo district of the New York State Health Department to gain the staff of the subcommittee on Medical Care of the American Public Health Association. My first task was to serve as the staff person for the newly-formed Joint Committee on Chronic Disease of the American Hospital Association, American Medical Association, American Public Health Association, and American Public Welfare Association. The following year we produced a joint statement, "Planning for the Chronically Ill", which was officially adopted by the four organizations. That policy statement declared that:

"the basic approach to chronic disease must be preventive. Otherwise the problems created by chronic diseases will grow larger with time, and the hope of any substantial decline in their incidence and severity will be postponed for many years" (2). It is this orientation that became epitomized in the concept of the primary of prevention, the validity of which is beyond any doubt. The enormous declines in morbidity and mortality from infectious diseases during the past 100 years have resulted primarily from economic and social changes, environmental control measures, immunization, health education, and other public health activities. Treatment services have played a secondary role. It is only during the past few decades that the advent of the new chemotherapeutic and antibiotic agents has enabled medical care to make a greater contribution to the health of the public through definitive treatment and cure of infectious diseases.

When we turn to the non-infectious diseases, the evidence is clear that the contribution of medical care to lowering mortality and morbidity is useful but limited; although curative in some, it is only partially effective or ineffective in most of these diseases. This weakness is largely inherent in medical care, for once the pathological changes have reached the stage where they produce symptoms requiring treatment, it may no longer be possible to reverse the disease process.

\* Presented to the Colloque des Départements de Santé Communautaire, Laval, Québec, December 12, 1983.

\*\* Editor, Journal of Public Health Policy, and President, National Association for Public Health Policy, 23 Pheasant Way, South Burlington, Vermont 05401.

Treatment, therefore, is only a secondary line of defense. That is why programs designed to prevent the occurrence of disease need to be given first priority. Epidemiology needs to be moved to the front rank of research activity, and the development of new preventive methods and techniques should have primary emphasis. Social policy for health must be based squarely on the principle of the primacy of prevention.

Unfortunately, however, experience has shown that this principle is easier to proclaim than to implement. Prevention is a relatively abstract concept, while treatment for pain and suffering is a response to immediate human needs which must be satisfied. The constituency for prevention is vague and general, while important sections of the public demand better access to medical care and the expansion of specific treatment services.

As a result, though folk wisdom holds that an ounce of prevention is worth a pound of cure, the priority of treatment is well entrenched. Vast sums are spent for treatment services and very little for prevention. Huge medical centers are built in testament to public belief in the importance of treatment. The folk heroes of medicine, enshrined in books, magazines, movies, and television programs, are the surgeons and other clinicians who work miraculous cures in hospital settings. And those who have status and influence in health affairs are the heads of the clinical departments of medical schools, the representatives of medical societies, the trustees and administrators of hospitals, and the administrators of medical care programs. Under such circumstances, where faith in medical care is buttressed by an abundance of power and prestige, the voice of prevention is heard only faintly in the land.

Nevertheless, the times are changing. The enormous escalation of medical care costs is forcing a reexamination of priorities, and it is becoming increasingly apparent both in and out of government that, to rephrase the proverb, "a penny for prevention is worth a pot of gold for cure". The primacy of prevention is therefore no longer a concept, but an inescapable necessity.

### The Second Epidemiologic Revolution

It is curious that nowhere in the 1947 joint statement on "Planning for the Chronically Ill" -neither in the section on prevention nor in the section on research-does the work epidemiology appear. This is not too surprising perhaps; Goldberger's pioneer epidemiologic studies on pellagra had been completed in the twenties, and the work on smoking and lung cancer did not burst upon the world until 1950. Since then we have witnessed what I have called the second epidemiologic revolution. In the short span of

thirty years, epidemiologists have discovered the etiology of almost all cases of lung cancer; learned enough about the epidemiology of dental caries to be able to prevent a sizable portion of this disease; delineated the health effects of radiation exposures and stimulated adoption of control measures; discovered important risk factors in coronary heart disease and tested the possibility of achieving effective preventive programs; enlarged considerably our knowledge of the various diseases caused by tobacco and alcohol; and begun to study a broad spectrum of diseases, including drug-induced and other iatrogenic disorders, in a serious way. Indeed, they have become bold enough to study medical care services from the epidemiologic standpoint, that is, with regard to their impact on health status. Epidemiologists have also extended the boundaries of their discipline by including injuries from accidents and violence among their concerns. And finally, they have begun to develop studies in the epidemiology of health-of human vitality and well-being — including major investigations of the relation of prenatal and infant nutrition to the mental and physical development of children.

The new epidemiology has achieved a record of brilliant successes within a relatively short period of time. It has extended the concept of public health control from the limited area of infectious diseases to encompass all causes of illness, disability, and death, and in so doing has opened new vistas for public health action.

How does this second epidemiologic revolution — the conquest of non-infectious diseases — differ from the first epidemiologic revolution — the conquest of infectious diseases?

### The Role of Epidemiology

One major difference is that while epidemiology played an important role in the first epidemiologic revolution, its role was very closely tied, and in a sense secondary, to the basic sciences of bacteriology, virology, and immunology. This stands in sharp contrast to the situation in the second epidemiologic revolution, where the primary role has been played by the science of epidemiology. The laboratory scientists have still not caught up with the epidemiologists, and we are in a position to achieve major reductions in the most important non-infectious diseases entirely, or almost entirely, on the basis of the epidemiologic findings alone. In this situation it is the laboratory sciences which have so far played the secondary role.

Another difference is that in the first epidemiologic revolution control was directed against living agents: bacteria, viruses, and other microorganisms. Today the agents we must combat are primarily physicochemical in nature. They represent, as a result of the phenomenal growth of science, technology, and industry, a bewildering and ever-growing number of dangerous,

disease-producing substances. These include not only tobacco, alcohol, and saturated fats, but radiation from military, industrial, and medical sources; drugs and vaccines used in preventive and therapeutic medicine; hormones in medicine and in animal husbandry; physical and chemical agents in industry, agriculture, and building construction; food additives, cosmetics; chemical pollutants of the air, soil, and water; automobiles and other vehicles; industrial and farm machinery; and handguns, rifles, knives, and over more formidable weapons of destruction.

. Faced with the difficulties of unraveling the epidemiologic consequences of exposure to these agents, some epidemiologists have claimed that there is "multiple causation" in the non-infectious diseases, in contrast to the alleged single causes of infectious diseases. But there are no single causes of infectious diseases; their causes are also multiple, entwined in a web of causation which is often more complex than that of many noninfectious diseases. It is well known that the causes of cholera in India today go back hundreds of years in India's history, to the British invasion and destruction of once-flourishing textile industries; the maintenance of archaic systems of land ownership and tillage; the persistence of the caste system and of poverty, hunger, and crowding; the consequent inability to afford the construction of safe water supplies and sewage disposal systems; and almost incidentally, the presence of cholera vibrios.

It can be argued that no case of cholera can occur without the presence of the cholera vibrio, whereas 10% of lung cancer cases occur among non-smokers. But it is also true that no case of scurvy occurs without vitamin C deficiency, whereas there are multiple bacterial and viral causes of upper respiratory infections, bronchitis, pneumonia, gastroenteritis, meningitis, and encephalitis.

The concept of the web of causation is not only basic to epidemiologic thinking but has significant bearing on the measures taken for prevention and control. Despite general acceptance of this concept, many non-infectious disease epidemiologists are guilty of the same error that was made by their infectious disease predecessors, who tended to focus attention primarily on the microorganism. Now it is the particular agent, or risk factor, or vehicle that is the center of attention; this is considered to be the cause, while the whole complex of social and other environmental factors that create that cause, and bring it into effective contact with the host, tends to be ignored. This narrow view is one of the foremost obstacles to successful implementation of the second epidemiologic revolution.

Despite the difference in types of agents involved in the two epidemiologic revolutions, the methods of control are, with one exception, almost identical. They include health education, screening for early detection and treatment, and, above all, the creation of environmental barriers between

agent and host. The exception is immunization, which has played so important a role in the conquest of the agents responsible for infectious diseases, and which, so far at least, is inapplicable to those involved in non-infectious diseases.

### Impact on the Economy

Although the methods of control are essentially the same, there is a basic difference between the first and second epidemiologic revolutions, namely, their impact on the economy and society as a whole. The conquest of the infectious diseases could be carried out with relatively little disruption of established interests. Merchants objected to isolation and quarantine provisions, the private water companies resisted the development of public water supply systems, and farmers objected to legislation requiring the pasteurization of milk. Perhaps the most important resistance came from the medical profession.

On the whole, however, the effect of the first epidemiologic revolution on established interests was peripheral to the economy. Also, while isolation and quarantine interfered to some extent with personal freedom, as did compulsory smallpox vaccination and the ban on raw milk, these personal deprivations did not interfere too greatly with established habits. Compare this with the present situation, epitomized in the story of the man who followed the epidemiologists' advice: first he cuts out smoking then he cuts out alcohol, then he cuts out butter, cheese, and rich desserts — and then he cuts out paper dolls. We chronic disease epidemiologists have been driven by our science to become modern Puritans, people who interfere with the ingrained habits of most of the population, behaviors which provide pleasure and solace in this difficult world of the twentieth century.

More important, however, is our potential effect on the economy. The reverberations of our epidemiologic findings are felt throughout the United States, among the wine growers of California and New York, the tobacco farmers of the Southeast, the dairy farmers of the Northeast and Midwest, and the poultry, hog, and cattle farmers across the land. They affect some of the most powerful of the nation's industries: tobacco; spirits, wine, and beer; dairy products; meat packing; automobiles; chemicals; packaged foods; legal and illegal drugs; and guns and other weapons of destruction. Furthermore, the epidemiologists impinge on almost all of industry as they determine the health effects of occupational exposures, pollution of the air, soil, and water, and other environmental hazards.

These effects are not limited to the United States; they are felt in all industrialized and industrializing nations.

This is an unprecedented situation in the history of public health. It means that the public health issues of our time are not merely issues of public health policy, peripheral matters so to speak, but have become basic questions of economic and social policy, ranking among the major issues which governments must face and decide. In moving to protect and safe-guard the health of the public, we cannot help but come into direct confrontation with some of the most powerful economic and political forces in the nation.

### Health Education

There are a number of ways of responding to this situation. One is exemplified by the official position taken in both Canada and the United States, as expressed in the 1974 statement, *A New Perspective on the Health of Canadians* (12), and in the 1979 Surgeon General's report on *Healthy People* (10). These place almost the entire emphasis on health education to change individual lifestyles; very little is said about measures designed to cope with the factors in the social environment that determine those lifestyles.

This approach, despite its limitations, has been surprisingly effective in the United States. Health education of the public has had a significant effect in reducing the dietary intake of saturated fat (13), lowering the expected prevalence of cigarette smoking in both men and women (14), and increasing the proportion of the population reporting participation in regular exercise (15). The educational, screening, and treatment-maintenance activities of the national hypertension program, which began in 1972 under the leadership of the Public Health Service, has caused a remarkable improvement in the detection and effective control of hypertension (13). Primarily as a result of these changes, the age-adjusted death rate from cerebrovascular disease in the United States declined by 38%, and the age-adjusted death rate from coronary heart disease declined by 25%, in the ten-year period from 1968 to 1978.

Much more needs to be done, however. Expanded public health control programs could bring the death rate from cerebrovascular disease in the U.S. down to a third or a quarter of the 1978 rate of 80 per 100,000 population. The coronary heart disease rate could be lowered to about 40% of the 1978 rate of 294, to approximate the 1978 rates in Switzerland (139) and France. (95) We the United States need to emulate the United Kingdom and lower our cirrhosis mortality rate of 14 to approach their rate of 4 per 100,000. Deaths from other important diseases, such as lung cancer and chronic obstructive lung disease, should decrease by at least 50% as intensified public health programs accelerate the decline in cigarette smoking. And a really serious effort to control accidents and violence would lower the toll from these major causes of death by at least a third. These goals are realistic and feasible; they can be not only achieved but surpassed.

To accomplish these objectives, we shall have to increase the health education budgets of our federal, state, and local health departments in the United States far beyond the miniscule amounts that are currently budgeted. Compare, for example, the less than \$2 million allotted for the Office on Smoking and Health of the Public Health Service with the advertising budgets of the tobacco companies, which are estimated to be \$1000 million a year.

A massive increase in health education budgets is essential for another reason. To implement the second epidemiologic revolution effectively, we shall have to go beyond health education and early detection. As in the first epidemiologic revolution, a fundamental strategy will be to place environmental barriers between agent and host. A wide variety of methods were used in the earlier period, such as improved water supply and sewage disposal systems, regulations requiring pasteurization of milk and sanitary food preparation, housing ordinances, compulsory vaccination, and hospitalization of individuals with tuberculosis and other infectious diseases. Often these measures met with opposition from private vested interests; none of them could have been applied without public support. In the current period, the opposition is far more powerful, and public understanding of the issues is therefore of the utmost importance.

#### Comprehensive approaches

What are the additional approaches that are needed to implement the second epidemiologic revolution? There is no simple formula that can be applied, since the methods used must be adapted to the specific disease or agent.

Let us take some examples. A serious, comprehensive approach to smoking prevention should include the following:

1. A health education budget for smoking prevention that goes far beyond the miniscule sums now allotted for this purpose.

Major emphasis should be placed on children and youth, and on reaching less highly educated groups in the population. Available evidence indicates that lifestyle education has been more effective among the more highly educated groups, who smoke less, drink less, are less overweight, and exercise more (17).

2. Prohibition of all tobacco advertising, as recommended by the International Epidemiological Association, and the cessation of all forms of tobacco promotion, as recommended by the International Union Against Cancer and the International Union Against Tuberculosis (18). In order to minimize opposition to these measures from the mass media, it is essential that health departments

make full use of their resources in order to make up, at least in part, for their loss of revenue from tobacco advertising.

3. Prohibition of smoking in public areas.
4. Sharp increases in taxation of cigarettes to achieve a four-to-five-fold increase in price.

Similar considerations apply to alcohol policy. In addition, there is a need to remove from the tax laws the hidden federal subsidies, amounting to billions of dollars, for the production, marketing, and consumption of alcoholic beverages (19). Legislation to raise the drinking age (20) and measures to lower the incidence of driving while intoxicated are very much in order. It should be noted, finally, that the United Kingdom long ago achieved a remarkable reduction in its cirrhosis mortality rate, primarily by the imposition of increasingly high taxation on alcoholic beverages (21).

The prevention of coronary heart disease and cerebrovascular disease requires the development of large scale educational programs in this key area. As indicated earlier, these need to be targeted primarily at the less highly educated sections of the population (17). Legislation should be enacted requiring the use of unsaturated fats in commercial baking and packaged foods, taxing foods high in saturated fats to increase their relative costs, subsidizing the production of foods rich in unsaturated fats in order to lower the price assisting farmers to change cattle feed in order to produce beef low in saturated fats, and providing scientific, technical, and other assistance to both agriculture and the food industry to enable them to shift as painlessly as possible to the production of foods compatible with the "prudent diet". An immediate priority is the great expansion of current hypertension control programs for screening, health education, and, most important of all, the continued maintenance of preventive treatment. This will require annual federal appropriations starting at the level of \$150 to \$200 million a year.

In the prevention of accidents, public policy should be guided by the general rule formulated by Suzan Baker, that the likelihood that a protective measure will be effective varies inversely with the frequency with which action is required of individuals, and with the amount of effort needed (22). A case in point is the expenditure of millions of dollars in the almost twenty-year-long campaign to persuade individuals to use seat belts; despite this enormous outlay, only about 10% of auto front-seat occupants wear safety belts (23). That is why airbags or other forms of passive restraint are essential.

Protection against other environmental and occupational hazards must also follow this rule. Health education plays only a secondary role in this major aspect of preventive services, and the main thrust of public policy must therefore be to create legal, regulatory, or other barriers between agent and host.

### Healthy People: Objectives for the Nation

With this background, let us review the development of national public health objectives in the United States.

In July 1979, Dr Julius B. Richmond submitted the first Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention. That report, Healthy People, reviewed present preventable threats to health, and identified fifteen priority areas in which, with appropriate actions, further gains can be expected over the decade. The report established broad national goals — expressed as reductions in overall death rates or days of disability — for the improvement of the health of Americans at the five major life stages. Specifically, the goals established were:

- . To continue to improve infant health, and, by 1990, to reduce infant mortality by at least 35 percent, to fewer than nine deaths per 1,000 live births.
- . To improve child health, foster optimal childhood development, and, by 1990, reduce deaths among children ages one to 14 years by at least 20 percent, to fewer than 34 per 100,000.
- . To improve the health and health habits of adolescents and young adults, and, by 1990, to reduce deaths among people ages 15 to 24 by at least 20 percent, to fewer than 93 per 100,000.
- . To improve the health of adults, and, by 1990, to reduce deaths among people ages 25 to 64 by at least 25 percent, to fewer than 400 per 100,000.
- . To improve the health and quality of life for older adults and, by 1990, to reduce the average annual number of days of restricted activity due to acute and chronic conditions by 20 percent, to fewer than 30 days per year for people aged 65 and older.

In the Fall of 1980, the Surgeon General issued a second report, Promoting Health/Preventing Disease: Objectives for the Nation, which set out specific and quantifiable objectives necessary for the attainment of these broad goals. Objectives were established for each of the

15 priority areas identified in the Surgeon General's report: high blood pressure control; family planning; pregnancy and infant health; immunization; sexually transmitted diseases; toxic agent control; occupational safety and health; accident prevention and injury control; fluoridation and dental health; surveillance and control of infectious diseases; smoking and health; misuse of alcohol and drugs; physical fitness and exercise; and control of stress and violent behavior. A number of different objectives were specified for each of the 15 areas. There was a total of 226 specific objectives.

Each of the reports focuses on one of the 15 prevention areas and is presented in a standard format allowing a review of:

- . the nature and extent of the problem, including health implications, status and trends;
- . prevention/promotion measures illustrative of approaches in education and information, services, technology, legislation and regulation, and economic incentives, followed by observations on the relative strength of these measures;
- . a specific national objectives for:
  - improved health status
  - reduced risk factors
  - improved public/professional awareness
  - improved services/protection
  - improved surveillance/evaluation;
- . the principal assumptions that underlie the framing of the objectives;
- . the data necessary for tracking progress.

The objectives were the result of a year long effort involving more than 500 individuals and organizations from both the private and governmental sectors. First drafts were drawn up by 167 invited experts at a conference held in Atlanta, Georgia, on June 13 and 14, 1979, sponsored by the then Department of Health, Education, and Welfare. The conference, organized into work groups for the 15 subject areas, was a joint effort of the Center for Disease Control and the Health Resources Administration, coordinated by the Office of Disease Prevention and Health Promotion of the Office of the Assistant Secretary for Health.

An invitation for public comment on these drafts was published in the Federal Register and the volume containing them was also circulated widely to people and agencies concerned with the various subjects. During the fall of 1979 the objectives and reports were revised according to the suggestions received. In early 1980 the revised objectives were circulated within the Department of Health and Human Services, to other relevant Federal agencies, and to Atlanta conference work group chairpersons to elicit further comment. Final revisions were made in the spring of 1980.

### Progress Toward The 1990 Objectives

At the present time, Public Health Reports is publishing current reports on progress toward achieving the 1990 objectives: surveillance and control of infectious diseases, in May-June 1983; occupational safety and health, in July-August 1983; immunization and alcohol and drug misuse, in September-October 1983. A supplement to the September-October 1983 issue has also been published, "Promoting Health/Preventing Disease: Public Health Service Implementation Plans for Attaining the Objectives for the Nation".

It is still too early to evaluate the progress made. For diseases preventable by vaccination in childhood, progress has been more apparent: the targets for diphtheria, paralytic poliomyelitis, and congenital rubella syndrome have already been met. Large reductions have already occurred for mumps, rubella and measles, but there has been no reduction in pertussis incidence. For other infectious diseases, such as hepatitis B, pneumococcal pneumonia, bacterial meningitis, and nosocomial infections, no reductions in incidence have yet been reported. For tuberculosis, there were 13.1 cases per 100,000 population in 1978, the target was 8, and the provisional 1982 figure was 11.9. But, as the report noted, "From 1968 through 1978, the incidence of tuberculosis declined about 6 percent per year. From 1979 through 1981, however, the decline slipped to only 3 percent per year".

The current reports on progress toward the 1990 objectives for occupational safety and health and for alcohol and drug misuse appear to present primarily activities rather than accomplishments.

Whether the United States will reach the 1990 objectives is problematical. Immediately on taking office in 1980, President Reagan and his Republican and Democratic supporters in the Congress instituted a 25% reduction (actually 35% because of inflation) in federal aid to the states for preventive health programs and other community health services. Drastic cuts have been made in the budgets of the Environmental Protection Agency, the Occupational Safety and Health Administration, the Centers for

Disease Control, the Smoking and Health Program, and the Consumer Product Safety Commission. Major reductions have been made in school lunch, food stamps, WIC (Women, Infants and Children), nutrition education, and other nutrition programs. Serious cuts have been made in Medicaid, Medicare, and the National Health Service Corps, as well as in health professions education, including biostatistics, Epidemiology, Health Administration, Mental Health, and Occupational and Environmental Health. You will find further details in the Journal of Public Health Policy for the past three years, and in an editorial in the American Journal of Public Health, written in January 1983 by the then President of the American Public Health Association, Dr Anthony Robbins, which describes the Reagan Administration's attach on each of the 15 priority areas established in the Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention. The title of that editorial is: "Can Reagan Be Indicted for Betraying Public Health?"

Let me conclude by paraphrasing the title of this paper, I am convinced that the primary task of public health workers today is to carry out the second epidemiologic revolution, that is, to conquer the noninfectious diseases which are now the major causes of illness, disability and death. This is a grave responsibility, and I applaud your determination to implement the objectives which you will discuss and determine at this colloquium and in the coming year. You have much to learn in this endeavor both positive and negative — from the experience of your colleagues in the United States. I hope you will study that experience thoroughly — both sympathetically and critically — to develop your own objectives and methods of work based on the realities and progressive traditions of Quebec. I wish you every success in achieving those objectives.

NOTE: Pour plus d'information au sujet de «Promoting Health, preventing disease: objectives for the Nation» écrire à

Superintendent of documents  
U.S. Government Printing Office  
WASHINGTON D.C. 20402

ou téléphoner à: 1-202-783-3238

/JMCN

4.3 LA SANTÉ POUR TOUS EN L'AN 2000: L'EXPÉRIENCE  
EUROPÉENNE DE PLANIFICATION DE LA SANTÉ,  
MONSIEUR PAUL LAMARCHE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

LA SANTÉ POUR TOUS EN L'AN 2000: L'EXPÉRIENCE EUROPÉENNE DE PLANIFICATION DE LA SANTÉ. MONSIEUR PAUL LAMARCHE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.

EXTRAIT DE L'ENREGISTREMENT DE L'ALLOCUTION DE MONSIEUR PAUL LAMARCHE PRO-  
NONCÉE LE 12 DECEMBRE 1983 AU COLLOQUE DE «POUR UNE MISSION EN SANTÉ» À  
L'HOTEL SHERATON DE LAVAL

---

Monsieur le président  
Mesdames  
Mesdemoiselles  
Messieurs  
Chers collègues

Il m'est très agréable de me retrouver ici cet après-midi pour démarrer avec vous «Pour une mission en santé». Ma participation à ce colloque des départements de santé communautaire me permettra de renouer contact avec des personnes et des amis que je n'avais pas vus depuis mon départ pour Copenhague. Egalement, ma venue à Montréal, à cette période de l'année, me permettra, ainsi qu'à ma famille, de passer les Fêtes avec les nôtres. Je suis fière de m'associer à la très heureuse initiative du comité organisateur d'amorcer ce colloque en permettant aux gens qui travaillent dans les départements de santé communautaire de prendre connaissance d'expériences hors Québec, dans le domaine de la planification, avant de lancer plus à fond leur propre mission en santé. Il y a énormément d'affinités entre la scène sanitaire québécoise et la scène européenne. Il est certes intéressant, et possiblement utile pour le Québec, de prendre connaissance de ce qui se passe de l'autre côté de l'Atlantique, si ce n'est pour se convaincre de la véracité du dicton: «Plus on se regarde, plus on se désole; plus on se compare, plus on se console». Ainsi, on peut aussi se rendre compte que ce dicton possède aussi certaines exceptions qui en confirment la règle.

La tâche qui m'a été confiée par les organisateurs de ce colloque, cet après-midi, est assez ambitieuse, je dois l'admettre. On me demande de vous faire part de mon expérience actuelle, en regard de l'opérationnalisation en Europe de la politique de santé pour tous, d'ici l'an 2000, en insistant entre autres, sur les points suivants: les moyens utilisés pour la priorisation des problèmes de santé et choix des moyens d'intervention; les éléments stratégiques de cette démarche dans le contexte de la concertation et de la coordination entre divers intervenants, compte tenu du rôle-conseil joué par l'Organisation mondiale de la santé; les contraintes présentes, les difficultés rencontrées et leçons à dégager, concernant les conditions de réussites ou d'échecs de cette démarche; finalement, l'évaluation des résultats obtenus à date et leur interprétation. Vous conviendrez avec moi que, ni le temps, ni ma courte expérience avec le bureau d'Europe de l'O.M.S. me permet d'aller en profondeur sur chacun de ces sujets. Je me limiterai donc, au cours des minutes qui viennent, à vous faire part de l'expérience de planification sanitaire, vécue par le bureau d'Europe de l'Organisation mondiale de la santé, en faisant ressortir, lorsque cela est possible et pertinent, certains aspects des éléments que je viens de mentionner. Pour ce faire, j'aimerais

développer les quatre points suivants:

- 1) L'objectif fondamental qui est à la base de la planification sanitaire au bureau d'Europe de l'O.M.S.;
- 2) Les tous derniers résultats de cette démarche que sont les cibles ou les buts précis pour la région européenne ainsi que les principaux éléments de la stratégie sanitaire permettant de les atteindre;
- 3) Les messages fondamentaux qui ressortent de cette démarche;
- 4) Finalement, j'aimerais en faire ressortir certaines applications pour le Québec.

L'objectif que poursuit l'Organisation mondiale de la santé a été popularisé, au cours des dernières années, sous le thème de «Santé pour tous d'ici l'an 2000». Cet objectif provient d'une résolution adoptée unanimement par les quelques 160 pays membres de l'Assemblée mondiale de la santé. Cette résolution stipule que le principal objectif social de tous les gouvernements et de l'Organisation mondiale de la santé, au cours des prochaines décennies, est l'atteinte pour toute la population du monde, d'ici l'an 2000, d'un niveau de santé leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive. Cet objectif contient trois éléments qui, j'en conviens, mérite d'être précisés davantage: la santé, «le» pour tous et l'an 2000. Par cet objectif, l'Organisation mondiale de la santé réaffirme clairement sa conception initiale de la santé. Comme vous le savez, la santé n'est pas uniquement l'absence de maladie ou d'infirmité, elle est aussi, et possiblement surtout, un élément essentiel qui permet aux individus de mener une vie socialement et économiquement active et productive. Mais l'implication majeure de cette conception de la santé se situe au niveau de l'intervention. Pour satisfaire les aspects de cette conception, l'intervention, c'est-à-dire les politiques, les programmes, les priorités, les efforts et aussi la location de ressources, ne doivent pas être orientés uniquement vers la réduction de la maladie ou de la mortalité, comme ce fut le cas au cours des dernières décennies dans plusieurs systèmes de santé à travers le monde. Les efforts doivent aussi, et possiblement surtout, visés à procurer aux personnes les conditions et les possibilités de développer et de maintenir leur santé, de même que d'offrir les opportunités d'utiliser pleinement cette santé, qu'elle soit totale ou partielle, dans la conduite d'une vie active et productive.

Le deuxième élément de cet objectif soulève toute la question de l'équité des peuples et des personnes face à la santé. Il est évident qu'un niveau de santé égal pour tout le monde, et pour tous et chacun, est une utopie; mais en incluant cette notion de «pour tous» dans son objectif, l'O.M.S. préconise d'offrir à toutes les personnes du monde la même chance d'atteindre et de maintenir un niveau de santé qui leur permettra de jouir d'une vie active et productive. L'an 2000 n'est certainement pas la date fatidique à partir de laquelle aucun problème de santé n'existera plus sur cette Terre. L'an 2000 témoigne, pour l'O.M.S., de l'urgence d'agir immédiatement si des améliorations sensibles sont apportées à la santé des gens dans un proche avenir. C'est sur cette base de la santé pour tous, en l'an 2000, que chacune des six régions de l'Organisation mondiale de la santé a amorcé sa propre planification sanitaire afin de s'adresser de façon spécifique aux besoins

ou problèmes prioritaires de leur région. C'est donc aussi sur cette base que s'est amorcée cette opération au sein de la région européenne.

Comme dans toute bonne démarche de planification sanitaire, l'opération «santé pour tous en l'an 2000» s'est amorcée par une analyse de la situation, afin de dégager, d'une part, les problèmes prioritaires les plus importants et, d'autre part, les principaux actes d'intervention à privilégier. Une contrainte majeure à l'analyse épidémiologique fût le manque de données concernant les aspects sanitaires autre que la mortalité, tout en reconnaissant qu'une bonne analyse de la santé doit porter simultanément sur la mortalité, la morbidité, les incapacités et aussi les handicaps. L'analyse, qui s'est principalement effectuée en Europe, tout au moins jusqu'à ce jour, a été centrée essentiellement sur la mortalité et sur ses principales causes. De cette analyse, quatre observations majeures ressortent. La première et vous le savez, c'est qu'en comparaison à des standards mondiaux, l'Europe jouit d'un niveau de santé fort acceptable. En 1980, l'espérance de vie à la naissance, en Europe, était de 70 ans, tandis qu'elle était d'un peu plus de 57 ans pour le monde entier et de 55 ans dans les pays en voie de développement. De plus, au cours des dernières 25 années, l'espérance de vie à la naissance s'est accrue de près de 7 années en Europe et il est de plus prévu que, si la même tendance se poursuit, l'espérance de vie à la naissance s'accroîtra encore d'un autre cinq années.

Une bonne partie de cet allongement de l'espérance de vie à la naissance est attribuable uniquement à la baisse des taux de mortalité infantile. En effet, les taux de mortalité infantile étaient de 40 pour 100 000 naissances vivantes, en 1980, comparativement à des taux de mortalité infantile de 100 et même de 200 pour 1000 naissances vivantes, dans la plupart des pays en voie de développement. En comparaison avec ce qui peut exister, ici au Québec, la mortalité infantile peut vous sembler relativement élevée, mais je dois ici faire une parenthèse et mentionner que la région européenne de l'Organisation mondiale de la santé contient trois pays dits en voie de développement. Ce sont le Maroc, l'Algérie et la Turquie. C'est ce qui peut expliquer que ce taux semble relativement élevé à vos yeux. La deuxième principale observation est que l'écart entre les pays, la notion de «pour tous», s'est considérablement réduite au cours des dernières années, tout au moins en ce qui concerne certains indicateurs classiques de santé. En effet, pour les 25 pays européens pour lesquels des données sont disponibles, l'écart entre le pays ayant l'espérance de vie à la naissance la plus élevée et celui ayant l'espérance de vie à la naissance la plus faible était de près de 10 ans en 1960, il était de 8 ans en 1980 et on prévoit que cet écart se rétrécira davantage d'ici l'an 2000 pour se situer aux environs de 5 années. Une partie importante de ce rétrécissement est aussi attribuable à la diminution de l'écart de la mortalité infantile entre les pays. En effet, au cours des 25 dernières années, il y eut une diminution de près de 70% de la mortalité infantile dans les pays où les taux étaient très élevés en 1960. Cette diminution fût de 50% dans les pays qui avaient un taux de mortalité faible à cette époque. L'effet net fût donc une réduction de près des 2/3 de l'écart entre les pays ayant le taux le plus élevé en ce domaine et ceux ayant les taux les plus faibles. La troisième constatation est que, malgré ces améliorations significatives de l'état de santé de la population européenne, il subsiste encore des inégalités criantes entre d'importants groupes de la population européenne.

Je voudrais brièvement insister ici sur les inégalités entre les pays, entre les sexes et entre les groupes socio-économiques. Malgré certaines améliorations observées au cours des 20 dernières années, il réside encore d'importantes inégalités d'un niveau de santé de différents pays européens. Considérant, cette fois-ci, les 33 pays de la région européenne, l'espérance de vie à la naissance varie de 55 ans à 77 ans avec le 4/5 des pays ayant déjà atteint une espérance de vie à la naissance de plus de 72 ans. De plus, il a été démontré que, dans les pays les moins fortunés, les enfants ont près de 18 fois plus de chance de mourir avant d'atteindre l'âge d'un an que leurs collègues dans les pays plus développés. Ils ont quatre fois plus de chance lorsqu'ils sont âgés de un à quatre ans et il réside quand même de deux à trois plus de chance quand ils sont âgés de 5 à 14 ans. Mais la principale caractéristique de l'évolution de la mortalité en Europe, au cours des dernières décennies, est l'écart grandissant de l'espérance de vie entre les hommes et les femmes. En 1980, l'écart de l'espérance de vie à la naissance entre les hommes et les femmes était de 7 ans; au cours des 20 dernières années, cet écart s'est considérablement accru dans tous les pays européens, sauf un. L'accroissement de cet écart résulte essentiellement d'une détérioration de l'espérance de vie chez les hommes et surtout à des âges adultes. Tous les pays européens ont observé une augmentation de l'espérance de vie des femmes, que ce soit à la naissance, à 15 ans, à 45 ans ou à 65 ans. Le portrait est sensiblement différent pour les hommes. En effet, dix pays européens sur 25, pour lesquels des données sont disponibles, ont observé des baisses de l'espérance de vie des hommes à 65 et 45 ans. Huit ont observé une baisse de l'espérance de vie chez les hommes à la naissance. A tous les âges, la mortalité masculine est supérieure à la mortalité féminine. Cette surmortalité est attribuable aux accidents, aux empoisonnements, aux homicides, aux suicides, au cancer du poumon, aux maladies coronariennes et à la cirrhose du foie. Bref, à des causes reliées aux habitudes de vie et à certaines conditions de l'environnement.

Cette tendance à la détérioration de l'espérance de vie chez les hommes ne semble pas vouloir se modifier dans un proche avenir. Compte tenu de cette tendance, l'espérance de vie des hommes, à des âges adultes, peut possiblement constituer un meilleur indicateur de santé dans les pays développés, que l'espérance de vie à la naissance ou que les indicateurs classiques de mortalité infantile et mortalité maternelle. Des inégalités importantes existent aussi entre les groupes socio-économiques à l'intérieur des pays. De fait, en se basant sur les données disponibles en Angleterre, en France, en Norvège, au Danemark, en Finlande et aussi en Algérie, il y a lieu de croire qu'il existe actuellement autant de différences dans l'état de santé des groupes socio-économiques à l'intérieur d'un même pays, qu'il en existe entre les pays développés et les pays sous-développés de la région européenne. A titre d'exemple, il est estimé, en Angleterre, que l'espérance de vie à la naissance des hommes de classes sociales favorisées est de 72 ans tandis qu'elle n'est que de 65 ans pour les hommes de classes sociales plus défavorisées. En Norvège et au Danemark, les travailleurs non-spécialisés âgés de 30 à 40 ans ont une surmortalité de 40 à 50% par rapport à l'ensemble de la population. En Algérie, les enfants nés de parents dits professionnels peuvent espérer vivre en moyenne 13 années de plus que les enfants nés de parents dits employés ou de marchands. Cette surmortalité semble se retrouver principalement au niveau de la mortalité post-néonatale, des accidents, des homicides, des suicides, c'est-à-dire, à des causes fortement influencées par les conditions de l'environnement dans lesquelles vivent

ces personnes. Ces différentes inégalités entre les pays, les sexes et les groupes socio-économiques sont tellement importantes qu'elles doivent être réduites de façon significative, si la notion de «pour tous» dans l'objectif de l'O.M.S. veut être atteinte.

La quatrième constatation est à l'effet que, plusieurs des problèmes de santé, auxquels font face actuellement la majorité des pays d'Europe, sont des problèmes de civilisation ou de fabrication humaine, c'est-à-dire, des problèmes reliés aux habitudes de vie et aux conditions physiques, économiques et sociales de l'environnement dans lesquelles vivent les gens mais aussi à des problèmes reliés au vieillissement de la population. De fait, les principales causes de décès, survenant avant l'âge de 65 ans, sont reliées aux maladies cardiovasculaires, au cancer et à des causes externes telles les accidents, les suicides et les homicides. 40% des décès survenant entre 1 et 14 ans sont dus à des accidents, 50% de ces décès sont reliés à des accidents de véhicules à moteur, mais la moitié d'entre eux impliquent des piétons, l'autre 60% des décès surviennent principalement à domicile et sont majoritairement reliés à des chutes et des empoisonnements. Entre 15 et 34 ans, près de 55% des décès sont dits d'origine externe; encore une fois les accidents de véhicules à moteur, des accidents domestiques, des accidents de travail, le suicide, les homicides, 25% sont reliés aux maladies coronariennes et 15% au cancer. Sur des âges plus avancés, 70% des décès sont reliés aux maladies coronariennes et au cancer, incluant principalement le cancer du poumon. A ces problèmes majeurs de santé, il faut ajouter des causes importantes d'incapacité, telles les maladies mentales, les maladies de l'appareil musculo-squelettique. Le vieillissement de la population va inévitablement avoir un impact sur les personnes souffrant d'incapacité. On estime en général que près de 1 à 2% des personnes âgées de moins de 35 ans souffrent d'incapacité physique, ce pourcentage s'accroît à plus de 30% chez les personnes de plus de 75 ans. Or, en 1980, près de 12% de la population européenne était âgée de 65 ans et plus. Ce pourcentage atteindra les 17% en l'an 2000. Le support aux personnes souffrant d'incapacité tant physique que psychologique prendra donc une place de plus en plus importante au cours des 20 prochaines années. Une politique qui entend s'adresser véritablement aux problèmes majeurs de santé auxquels font face actuellement la majorité des pays d'Europe et qui entend s'inspirer de la conception de santé de l'objectif de «santé pour tous en l'an 2000» doit simultanément:

- 1) s'attaquer autant que possible aux facteurs de risque et ses principaux problèmes, c'est-à-dire, aux habitudes de vie et à certaines conditions de l'environnement qui les influencent;
- 2) de permettre aux personnes atteintes d'incapacité, d'utiliser au maximum leur capacité résiduelle dans la conduite d'une vie aussi active, productive et autonome que possible.

C'est sur cette base que les pays européens, par l'intermédiaire du bureau d'Europe de l'Organisation mondiale de la santé, ont amorcé l'élaboration d'une stratégie collective de la santé. C'est la première fois, qu'ensemble, les pays européens s'entendent ou identifient les problèmes majeurs de santé auxquels ils font face, et pour se tracer des axes communs d'intervention. La stratégie sanitaire de l'Europe vise donc deux objectifs fondamentaux: le premier est de réduire les inégalités, auxquelles j'ai fait référence tantôt,

qui existent entre les différents pays de la région, de même qu'aux différents groupes à l'intérieur de ces pays, que ce soit les groupes socio-économiques ou les sexes. Il est actuellement proposé que ces différences soient réduites de 50% d'ici l'an 2000. Deuxièmement, de stimuler les pays européens à mettre autant d'emphasis sur la promotion, le maintien et l'utilisation de la santé des gens, que sur la réduction de la maladie et de ses conséquences. En terme plus populaire, et tel que ressorti récemment dans un document, il est suggéré qu'autant d'efforts et même de ressources soient déployés par les pays pour accroître la vie aux années ajoutées à la vie, que d'accroître des années à cette vie. Pour ce faire, la stratégie européenne entend privilégier quatre axes majeurs d'intervention. Le premier est de garantir à tous ce qu'il est maintenant convenu d'appeler «les préalables indispensables à la santé».

Parmi ces préalables, on retrouve, en tout premier lieu, la notion fondamentale d'équité sociale, qui vise une distribution équitable des ressources, tant entre les pays, qu'entre les différents groupes à l'intérieur des pays, afin d'assurer à tous un minimum de revenus leur permettant de satisfaire à leurs besoins fondamentaux. D'autres préalables concernent la possibilité d'obtenir une quantité suffisante de nourriture, une éducation minimale, de même qu'un logement décent. L'écart, qui existe dans le niveau de santé des groupes socio-économiques dans les pays développés, laisse entrevoir qu'une partie de leur population ne semble pas posséder ces conditions indispensables à la santé. Sur le plan international, un des préalables fondamentaux concerne l'élimination de la crainte de la guerre et le rétablissement d'une paix véritable. La guerre constitue la menace la plus grave pour la santé. La dévastation que provoquerait une guerre nucléaire, en terme de tuer, de blesser, d'handicaper, dépasse grandement l'entendement humain. Il en est de même des dégats qui surviendraient à l'environnement. Il a été estimé qu'une explosion d'une bombe d'un mégatone, au-dessus d'une grande ville, causerait la mort de plus de 1.5 million et engendrerait des blessés d'un nombre semblable. Une guerre nucléaire limitée, qui utiliserait des armes tactiques plus petites, pourrait engendrer des décès de l'ordre de 9 millions de personnes. Il est évident qu'aucun système de santé à travers le monde est capable de répondre à des besoins qui pourraient résulter d'une telle circonstance.

Pour le bureau d'Europe de l'O.M.S., toutes ces conditions préalables sont tellement essentielles que, sans elles, les efforts qui seront déployés, dans les autres secteurs, n'auront que très peu d'impacts sur l'évolution de la santé de la population en général. Le deuxième axe de la stratégie est de favoriser le développement de style de vie sain, plus spécifiquement, la stratégie s'attaque au tabagisme, à la consommation d'alcool et de drogues, à la conduite dangereuse ou imprudente, tout en voulant stimuler le conditionnement physique et de saines habitudes alimentaires. Il faut reconnaître que le développement d'un comportement ou de style de vie n'est pas seulement, et possiblement pas principalement, le résultat du libre choix des individus, choix qui serait pris essentiellement dans le but d'éviter ou d'accepter des risques pour la santé. Ce choix dépend aussi, et possiblement surtout, des possibilités physiques, économiques, sociales et culturelles, que l'environnement offre aux individus ou, encore, des limites imposées à leur choix. Pour influencer le développement de style de vie, il est suggéré d'agir simultanément sur trois niveaux. Sur l'éducation sanitaire, afin de permettre aux personnes

de connaître les risques et les avantages de leur propre choix de style de vie, mais aussi, surtout, de développer un système social, afin de procurer aux gens, une motivation et un support à l'adoption de style de vie sain, mais enfin, et principalement, une politique de développement d'une politique publique qui offre à tous la possibilité de choisir, tout en procurant les incitatifs physiques et financiers, permettant aux comportements les plus simples d'être les plus faciles à choisir.

Le troisième axe de la stratégie européenne est la réduction de risques liés à l'environnement et la création, bien sûr, d'environnement que ce soit le domicile ou le milieu de travail qui minimise l'exposition à ces risques. L'emphase est placée sur la réduction des risques reliés à la pollution physique, chimique et biologique tant de l'air, de l'eau que de l'alimentation. Ici encore, la sensibilisation du public, des groupes intéressés et des professionnels, face aux risques reliés à l'environnement, ne semblent pas suffisant pour modifier sensiblement ces risques. Il faudra, de plus, accroître la motivation et la mobilisation du public et des groupes concernés, afin de demander et, possiblement d'exiger, l'application de mesures de lutte efficaces contre ces facteurs de risque. Un autre élément essentiel est le constat que l'environnement physique ne peut plus être considéré comme étant uniquement une caractéristique nationale. En effet, l'extraordinaire rapidité des moyens de communication, de diffusion et d'échange, qui sont actuellement disponibles, augmentent grandement le risque de voir un produit dangereux développé dans un pays et devenir un polluant mortel dans un autre. Les polluants, qui se répandent dans un pays, peuvent aussi traverser la frontière pour causer des dégâts importants dans d'autres pays. C'est certainement le cas de la pollution des cours d'eau, tels le Danube et la Méditerranée, mais c'est aussi le cas, qui vous est beaucoup plus familier, des pluies acides au Québec. La dimension internationale de la protection de l'environnement doit donc être clairement saisie afin de pouvoir identifier des moyens efficaces d'interventions.

Le quatrième et dernier axe d'intervention est la réorientation des systèmes de santé qui devrait permettre de répondre plus adéquatement aux problèmes majeurs de santé des populations. Au cours des dernières années, une quantité appréciable de ressources a été investie dans le domaine de la santé; aux environs des années 1960, 4% du produit national brut était investi dans la santé. Actuellement, plusieurs pays se trouvent au niveau des 8 et même 10%, par contre la majorité de l'accroissement de ces investissements ont été faits dans le secteur hospitalier, plutôt que de les investir ou de diversifier ces investissements pour s'attaquer tant à la promotion, à la prévention ou à la réduction des facteurs de risques. Cette nouvelle orientation, que préconise l'O.M.S., n'est pas uniquement de mettre l'emphase sur la promotion, elle a aussi des implications un peu plus de structures, c'est-à-dire, que les mesures devraient être utilisées le plus possible, là où effectivement les gens sont exposés, c'est-à-dire au niveau de la première ligne. Quels sont les messages fondamentaux de cette démarche? Très rapidement il me semble en voir quatre.

Le premier est que, jamais l'accroissement du niveau de santé de la population dépend autant des choix politiques qui s'exercent dans les sociétés et de la volonté d'orienter des ressources en conséquence. Bien sûr que ces choix devront être effectués à l'intérieur même des systèmes de santé, mais ces choix,

encore plus importants, devront être faits dans d'autres secteurs afin d'assurer à tous les pré-requis à la santé, auxquels j'ai fait référence, de même que de procurer les conditions de l'environnement au choix d'un style de vie sain et de diminuer les risques de cet environnement. Le deuxième message est que le secteur de la santé n'a lui-même qu'une influence très limitée sur plusieurs des déterminants de la santé. Le rôle crucial d'interventions revient à d'autres secteurs de la société. Par contre, le secteur de la santé a certes une place de choix à jouer si ce n'est que d'identifier les problèmes majeurs de santé que vivent les populations, de faire ressortir les facteurs de risques, mais principalement d'identifier l'intervention que doivent prendre d'autres secteurs de la société afin de régler des problèmes majeurs. Le troisième est la participation des individus de la communauté. Essentiellement, la participation active de la communauté est requise pour favoriser une prise en charge de la santé de la part des gens eux-mêmes, de la famille et de la communauté. Elle est aussi requise, parce qu'il est possible que personne mieux qu'eux-mêmes connaissent les besoins réels qu'ils ont dans le domaine de la santé mais elle est aussi requise, parce qu'elle peut procurer un moyen essentiel d'influencer les décisions politiques requises auxquelles j'ai fait référence tantôt. Cette implication de la communauté est une caractéristique essentielle de la santé pour tous en l'an 2000. De fait, la philosophie de base est que les changements qui sont requis ne le sont pas uniquement pour les gens, avec les gens, mais aussi, et principalement, par les gens. Le quatrième message est que plusieurs des problèmes de santé possèdent une dimension internationale et qu'une intervention efficace ne pourra être faite qu'avec un accroissement d'une coopérative internationale. Ceci est vrai au niveau des transferts des ressources requises entre les pays mais ceci est aussi vrai pour être capable d'intervenir efficacement sur la diffusion de certains facteurs de risques qui peuvent traverser les frontières, mais principalement, sur les modèles, ou les habitudes de vie, qui sont maintenant développés dans certains pays et transférés dans d'autres.

Il est évident que, pour l'Organisation mondiale de la santé, une telle démarche d'intervention implique un changement relativement radical d'orientation. De fait, il est reconnu que par le lancement de l'objectif de santé pour tous en l'an 2000, l'Organisation mondiale de la santé a déplacé un peu les assises de son intervention, elle est passée d'une intervention essentiellement technique à une intervention qui se veut de plus en plus politique, c'est-à-dire, qu'elle entend participer à l'élaboration ou à l'identification des problèmes prioritaires auxquels font face des populations des pays membres, de même qu'influencer les grands axes d'intervention qui seront retenus pour solutionner ces problèmes. Il reste, bien sûr, à pouvoir par la suite développer des mécanismes qui faciliteraient la location de ressources en fonction de ces interventions. La difficulté rencontrée, par une organisation-conseil telle l'Organisation mondiale de la santé, en adoptant une telle orientation est certainement multiple. Premièrement, la difficulté de faire reconnaître ou accepter une certaine légitimité d'intervenir, non pas uniquement sur le plan technique, mais sur le plan politique de la santé. De plus, une légitimité de suggérer des priorités dans d'autres secteurs de la société que le secteur santé en vue d'atteindre des objectifs de santé. Aussi la difficulté de modifier un peu l'orientation du personnel à l'intérieur de l'Organisation mondiale de la santé, compte tenu de l'approche relativement nouvelle qu'elle entend adopter dans ce domaine.

Quelles sont les implications, pour le Québec ou pour les D.S.C., de ces constatations fondamentales? Je voudrais uniquement en énumérer quelques-unes. La première est que, tout comme dans la majeure partie de l'Europe, dans les pays développés d'Europe, le Québec ressent des problèmes de santé, des facteurs de risques et de l'évolution des systèmes de santé passablement semblables à plusieurs pays d'Europe. Il est donc plausible de croire que des axes d'intervention de même ordre pourraient effectivement s'appliquer au Québec. C'est-à-dire, mettre l'emphasis à réduire les inégalités dans le domaine de la santé qui existent entre les groupes de la population québécoise que ce soit des groupes socio-économiques, que ce soit des groupes géographiques ou encore les sexes. Il faudrait aussi, tout comme il est suggéré à l'intérieur de la politique, de vraiment s'assurer que les pré-requis essentiels et indispensables à la santé puissent être assurés à l'ensemble de la population. Enfin, il faudrait aussi être capable d'intervenir, de façon concertée, avec d'autres secteurs qui sont terriblement impliqués et dont l'action a un impact déterminant sur la santé de la population mais enfin, et surtout, si l'on veut effectivement que ces changements se produisent, il faudrait s'assurer la mobilisation de la population, c'est-à-dire, être capable de l'informer des choix qui ont été faits, être capable de la sensibiliser à l'approche définie et par la suite, être capable d'obtenir son appui afin de pouvoir influencer ses décisions politiques, dans le nouveau rôle que les D.S.C. entendent se donner, compte tenu qu'ils se libèrent graduellement de la dispensation de services. Il est clair que la concertation, auquel vous avez fait allusion tantôt, n'existe pas uniquement à l'intérieur des organismes du réseau des Affaires sociales et qu'effectivement, cette concertation doit aller chercher tous les secteurs impliqués et dont l'action a une influence déterminante de la santé. Il est clair aussi que, pour vraiment assurer, non pas uniquement l'élaboration mais aussi la mise en place de ces programmes qu'une participation, une implication ou une sensibilisation énormes des principaux concernés, c'est-à-dire, la population elle-même, soient carrément développées.

Je vous remercie beaucoup.

NOTE: Pour plus d'informations au sujet de «Santé pour tous en l'an 2000» écrire à:

Association canadienne d'hygiène publique  
1335, avenue Carling  
Suite 210  
OTTAWA (Ontario)  
K1Z 8N8

Ou téléphoner à: (613) 725-3769

4.4 DISCOURS DU SOUS-MINISTRE ADJOINT A LA SANTÉ  
AU MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, MONSIEUR GUY RIVARD

DISCOURS DU SOUS-MINISTRE ADJOINT A LA SANTÉ AU MINISTÈRE DES  
AFFAIRES SOCIALES, MONSIEUR GUY RIVARD:

EXTRAIT DE L'ENREGISTEMENT DU DISCOURS DE M. GUY RIVARD, SOUS-  
MINISTRE ADJOINT A LA SANTE AU MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES

PRONONCE LE 12 DECEMBRE 1983 AU COLLOQUE DE L'ASSOCIATION DES  
DIRECTEURS DES DEPARTEMENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE «POUR UNE  
MISSION EN SANTE»

HOTEL SHERATON LAVAL

NOTE: Ces extraits sont le résumé du discours de Monsieur Rivard,  
préparé par le service de presse du colloque. Les cita-  
tions intégrales sont placées entre guillemets. Les liens  
entre les paragraphes et les phrases sont du service de  
presse du colloque et sont placés entre parenthèse.

---

Bonsoir tout le monde,

«Le ministre des Affaires sociales, monsieur Pierre-Marc Johnson, s'excuse de ne pouvoir participer à votre colloque. (...) Croyez bien que cette impossibilité dans laquelle il a été de ne pouvoir être des vôtres ne signifie en aucune façon un manque d'intérêt pour la mission de santé communautaire, au contraire».

«Le message que je vous livre ce soir est celui-ci: le ministre des Affaires sociales a l'intention de travailler davantage, de façon croissante, de façon plus importante avec le réseau, et ce sera drôlement vécu par la Direction générale de la santé (au M.A.S.)».

«Si monsieur Johnson était ici, en guise de préambule, il (vous) remercierait sans doute pour la façon dont vous avez assuré un certain transfert de ressources récemment entre les Départements de santé communautaire et les Centres locaux de services communautaires (CLSC). (...) Aussi, il aurait réaffirmé, comme vous le savez sans doute, son intention de parachever le réseau des CLSC et le réseau des services de première ligne au Québec».

(...) «Si je décote bien les objectifs du colloque, vous souhaitez connaître les attentes du ministère des Affaires sociales quant à la mission et aux fonctions des D.S.C.; vous souhaitez aussi réfléchir sur vos rôles sous-régionaux, régionaux et provinciaux en matière d'élaboration de politiques et de programmes (de santé). Si j'écoute ce que l'on dit de vous, des Départements de santé communautaire, (...) on vous situe actuellement à une croisée de chemins (...); on vous décrit comme une charnière importante du système socio-sanitaire du Québec».

«Les uns vous voient grandir, les autres envisagent comme possible votre atrophie, sinon votre disparition; on parle de vos tiraillements avec d'autres éléments du réseau. On vous dit même, parfois, moroses. Certains sont inquiets certainement et je pense cette inquiétude inhérente à toute recherche d'une meilleure définition de votre rôle, de vos fonctions, de votre mission; et pourtant, le temps n'est pas à la morosité, certainement pas. Le temps est à l'action pour vous et ce sera l'essentiel de mon message (ce soir)».

«La santé communautaire est devenue une marque de commerce de notre système socio-sanitaire, ce système qui présente plus d'avantages que de désavantages, de force que de faiblesse; ce système que l'on nous envie, quand on l'étudie en dehors de nos frontières. Et pourtant, quand je dis que le temps n'est pas à la morosité mais à l'action, (c'est que) vous êtes près des gens, vous êtes près de leurs problèmes, de leurs besoins; vous savez des choses que le Ministère ne doit pas savoir parce qu'il ne doit pas faire le travail que vous avez à faire comme Départements de santé communautaire. Vous êtes responsables de territoires à taille raisonnable, vos problèmes ont une dimension humaine, une taille humaine. (...) Que voilà des choses intéressantes pour ceux qui veulent vraiment travailler à la solution de ces problèmes. Votre morosité, si elle existe, ne saurait être une source d'attentisme».

«C'est pourquoi, plutôt que de vous faire des commentaires sur ce passé où vous étiez coincés entre votre mission fondamentale, celle que vous cherchez à explorer davantage au cours de ces journées, et entre le rôle que vous aviez de dispenser des services concrets normalement dévolus aux CLSC. (Donc) Au lieu d'examiner ce passé, je voudrais vous faire part de certaines préoccupations, de certaines questions (...) en me rattachant à trois thèmes qui sous-entendent toute ma philosophie d'action au ministère des Affaires sociales, ces trois thèmes étant l'équilibre, la régionalisation et les clientèles cibles.

## L'EQUILIBRE

(...) «Quand on regarde l'évolution du ministère des Affaires sociales, depuis quelques années, on s'aperçoit que, suite à l'apparition des contraintes budgétaires, le Ministère a été perçu beaucoup plus comme un organisme distributeur de contraintes, vérificateur et grand contrôleur de l'utilisation des fonds publics que comme un organisme apte à poser des questions sur l'état de santé de la population, (que comme organisme) apte à élaborer des politiques et à mettre en place des programmes (de santé)».

L'équilibre, pour moi, c'est quoi? Je vais vous redire probablement des choses que vous connaissez. L'équilibre, c'est (celui) de la santé-maladie, c'est l'équilibre entre prévention et réadaptation d'une part, programmes où les ressources sont modestes et

d'autre part, programmes sur le diagnostic de la maladie et recouvrement de la santé où l'on injecte beaucoup de ressources. (L'équilibre joue aussi) entre la planification et l'organisation du système, (entre) la dispensation de services et la planification. (...) L'équilibre c'est aussi l'équité entre les régions, au point de vue des ressources de toutes sortes et (c'est) l'accessibilité. (C'est également) l'équilibre des études qui n'en finissent plus, (parfois on est coupable de ça, ces études qui commandent d'autres études, qui (elles) commandent (aussi) d'autres études)» et les programmes d'action rendus évidents par les problèmes eux-mêmes que l'on constate dans la population. (C'est) l'équilibre (...) entre ce qu'il faut pour le patient couché dans un lit d'hôpital ultra-sophistiqué et ultra-spécialisé et ce qu'il faut pour l'homme et la femme qui sont debouts avec leurs peines, leurs angoisses et leurs joies». (...)

«Permettez-moi de vous poser des questions très simples et très précises (quant) à votre mission: Dans votre rôle, êtes-vous et serez-vous des chefs de file en promotion de la santé? Avez-vous innové, innovez-vous, innoverez-vous en promotion de la santé? Est-ce vous, ou le Conseil des Affaires sociales et de la famille qui publiera les quatre prochains ouvrages remplis de questions et de réflexions sur la santé des Québécois? Où en êtes-vous dans votre travail de recherche d'indicateurs de besoins, qui permettrait au Ministère - et c'est sa responsabilité - de mieux répartir les ressources socio-sanitaires entre les régions? Où en est rendue l'élaboration de cette stratégie qui vous permettrait d'apporter une contribution absolument essentielle (dans) la remise en question de la façon dont nous formons nos professionnels-elles de la santé?»

«Est-ce bien seulement à l'été 1984 que vous allez mettre en commun aux niveaux régional et provincial des dossiers prioritaires en santé? Dites-vous bien qu'en matière d'études sur la santé, qu'en matière d'élaboration de politiques et de programmes, vous pouvez devenir vraiment pour nous la pierre angulaire du système (de santé). Dites-vous également qu'en rapprochant dans une seule Direction générale de la santé, la santé communautaire et les politiques de santé, mon intention est claire: la santé pour tous en l'an 2000, c'est bon aussi pour les Québécois, et les politiques de santé n'ont un sens que si elles concernent de vrais problèmes qui conduisent à de vraies actions».

«Vous êtes vraiment une charnière et nous entendons utiliser votre expertise. (...) Vous aurez parfois à travailler sur des projets émanant du ministère des Affaires sociales; très souvent, et de façon croissante, au fur et à mesure que votre expertise se développera, vous travaillerez avec nous à partir de problématiques locales, sous-régionales et contribuerez à développer une pensée socio-sanitaire québécoise».

«Au plan des moyens, vous avez entendu parler du cadre de références visant la formation de comités consultatifs d'experts.

Ce cadre veut assurer au Ministère la collaboration des intervenants-tes concernés-es dans le réseau des Affaires sociales pour la définition d'orientation ou (pour) l'élaboration (...) de la mission du réseau. (...) La coordination de cette opération sera plus immédiatement confiée (...) à la Direction concernée au Ministère».

«Au plan des moyens également, un mot sur le programme de subventions (sur les projets en santé communautaire). Ici encore, le cadre de références (...) vise à préciser les responsabilités de chacun dans la mise en opération systématique de ce programme, comme complément essentiel à la réalisation spécifique en santé communautaire, et ceci dans toutes les régions du Québec. En structurant ce programme de subventions, le Ministère (entend) supporter les Conseils régionaux des établissements dans le développement de projets qui permettront d'améliorer la connaissance des problèmes socio-sanitaires de la population du Québec et de développer des moyens d'intervention originaux et efficaces permettant de solutionner ces problèmes et de les prévenir. Les Conseils régionaux doivent s'assurer que ces programmes s'élaborent et se réalisent en mettant à contribution le plus possible les ressources de la santé, les services sociaux, les universités et la communauté».

«Il est clair que les budgets disponibles doivent servir à compléter ces ressources et non pas (être) utilisés pour les remplacer ou les «dupliquer». Inutile de vous dire que nous vous mettons carrément au défi de nous amener à refuser des projets de valeur présentés dans le cadre de vos responsabilités et de celles des Conseils régionaux».

«En terminant sur ce chapitre de l'équilibre, et je serai plus bref, (...) deux remarques: la première, ne vous gênez surtout pas, en même temps que vous travaillez aux politiques et aux programmes et en même temps que vous faites des études, pour intervenir dans des questions d'actualités. Ne refilez pas cette responsabilité d'intervenir dans des questions concrètes à d'autres (intervenants)».

«Des dossiers m'ont été cités en exemple: les pesticides à Rimouski, l'incidence élevée du cancer dans un certain quartier de Chomedey, à Laval, l'enquête Expro, l'hépatite à Louis-H. Lafontaine, les lignes à haute tension en Estrie. Ce ne sont pas des amusettes. On peut en rire, parfois, parce que le sujet nous intéresse plus ou moins; ces dossiers existent, les gens en parlent. Les politiciens les amènent sur le parquet de l'Assemblée nationale. Il n'y a pas de meilleure preuve de l'existence d'un dossier que de le retrouver à l'Assemblée nationale. Veuillez vous en préoccuper, vous en occuper. C'est une question d'équilibre, je crois, entre les études que vous avez à faire et les interventions que vous avez à faire également dans la communauté, dans la société, dans l'environnement. Vous y êtes! Une autre remarque sur l'équilibre: relisons le rapport Lalonde, Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens. Rappelons-nous ensemble

que les trois déterminants de la santé: biologie, environnement et habitudes de vie, font chemin avec un quatrième, celui de l'organisation des services de santé».

«Vous avez un mot à dire concernant également ce sujet, d'abord comme coordonnateur de ressources communautaires, c'est-à-dire, de toutes les ressources de la communauté et les différents éléments du réseau socio-sanitaire sont des ressources de la communauté; vous avez un mot à dire aussi comme évaluateur de l'impact des programmes socio-sanitaires, programmes étant pris ainsi dans son sens le plus large, (soit) un ensemble cohérent d'activités et de services mis en place pour répondre à des besoins concrets de la population».

«Dans ce dossier, cependant, comme dans les autres, vous n'êtes pas seuls».

## LA REGIONALISATION

(...) «Ceci m'amène à parler brièvement de mon deuxième thème: la régionalisation».

«Le Québec est un pays de régions. (...) Nous sommes des amateurs de découpage du pays. Nous découpons cela en régions socio-sanitaires, nous inventons des Conseils régionaux, des Centres de services sociaux qui, (à leur tour) découpent eux aussi le pays québécois. Nous découpons en 32 territoires de DSC, certains ont d'ailleurs à s'occuper de régions absolument épouvantables en terme de dimension (...). On découpe aussi en territoires de MRC, où on essaie d'établir (par exemple) une correspondance aussi étroite que possible entre ce territoire de MRC et celui des CLSC. A la limite, régionalisation, ou approche de régionalisation-décentralisation, ça pourrait vouloir dire une administration très décentralisée (...) qui pourrait aller jusqu'au vote par les élus à l'Assemblée nationale d'enveloppes budgétaires régionales que les administrateurs (régionaux) utiliseraient ensuite pour mettre en place des services concrets (...). On est bien loin de cela (...) mais nous cheminons rapidement dans (ce dossier)».

«Pour le Ministère, et que cela soit clair, les Conseils régionaux sont des partenaires qui doivent participer (et faire) participer toute la région à la définition des problèmes, au choix des priorités d'interventions et à l'organisation d'un réseau de services. Le mandat des Conseils régionaux ne peut s'exercer sans l'in-put (...) de votre expertise en santé communautaire. La méthode peut varier de région en région, chacune (d'entre elles) pouvant être originale dans sa façon de promouvoir la collaboration entre le ou les DSC et le Conseil régional. Le MAS est favorable à l'exploration de méthodes et de moyens innovateurs de collaboration entre les DSC et les Conseils régionaux».

«Pensez régions, pensez territoires. N'attendez pas toujours des mandats trop clairs pour faire des choses, pour échanger des informations à caractère régional avec d'autres DSC; évitez surtout de «dupliquer» le travail des autres. Et attention, attention à l'isolement, attention à la tour d'ivoire; vous n'êtes pas seuls, pas plus que le centre hospitalier qui, en milieu urbain, ne peut répondre de façon isolée à tous les problèmes, à toutes les clientèles qui se présentent n'importe quand en frappant à n'importe quelle porte pour n'importe quel genre de problématiques. Vous n'êtes pas seuls, vous ne pouvez avoir la solution à tous les problèmes; vous ne pouvez, et nous ne pouvons nous permettre d'avoir de supers équipes partout pour faire les recherches en santé communautaire. Ce n'est pas possible. Il y a énormément de profits à retirer d'une action conjointe entre vous. Vous devez voir à ce que des solutions concrètes soient trouvées».

## LES CLIENTELES CIBLES

«En ce qui concerne le troisième thème, les clientèles cibles, je serai très bref. Vous les connaissez ces clientèles (...) et ces thèmes comme la santé au travail, la santé des jeunes, la santé mentale, la santé des personnes âgées... Vous êtes des convertis, en fait. Mais pensez à d'autres genres de problèmes aussi quand vous abordez ces clientèles cibles. Dites-vous qu'en santé mentale, il y a des choses qui, peut-être, pressent dans le dossier du suicide, qui pressent plus (en fait) que dans d'autres dossiers. Pensez à la toxicomanie aussi. Quant aux personnes âgées, comme coordonnateur et comme planificateur des ressources communautaires, vous avez un rôle absolument important et essentiel à jouer. Nous allons devoir trouver pour notre population qui est vieillissante, et on est chanceux, on est relativement jeune au Québec, nous allons devoir trouver des moyens originaux pour (leur) permettre de rester le plus possible dans un cadre de vie qui ressemble (...) à un milieu naturel. Un vrai foyer, pas un foyer pour vieillards; (mais) un home, pas un «nursing home», mais un home comme dans l'expression «home sweet home». C'est cela à quoi vous devez travailler avec les autres intervenants-tes des régions et des sous-régions».

«Votre colloque est un moment de réflexion sur votre passé et de contemplation de votre futur. La plupart d'entre vous avez bénéficié de privilèges de formation qui vous procurent des compétences particulières. Comme tout privilège implique une responsabilité correspondante, chacun de vous a à donner à cette société quelque chose en retour de ce qu'il a reçu».

(...) «Je répète mon message: soyez visibles, faites-vous connaître, faites-vous un devoir de publier, de diffuser ce que vous savez. (...) Présentez au Ministère, aux autorités, à vos supérieurs des projets pour publication, vous allez voir comme on va être «accommodant». La population étant de mieux en mieux informée, elle s'attend à ce que nous rendions des comptes de plus en plus détaillés sur la façon dont nous dépensons les fonds publics. Ceci réfère bien entendu à la qualité et à l'efficacité des

5.2 ÉLABORATION D'UNE POLITIQUE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

EN MATIÈRE DE SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

MONSIEUR JACQUES NORMANDEAU, D.S.C. VALLEYFIELD

programmes que nous choisissons de mettre en place pour répondre aux (besoins) de la population. Vous devez être sensibles aux préoccupations des gens pour leur santé et la qualité de leur milieu de vie. **Vous devez** vous impliquer, vous prononcer, non seulement identifier les problèmes, mais (aussi), comme je l'ai dit tout à l'heure, trouver des solutions opportunes en temps approprié. (Il vous faut aussi) trouver des solutions applicables, parfois très simples, qui tiennent compte des contraintes traditionnelles qui mettent à l'épreuve, parfois, les ressources de la communauté et qui tiennent compte également des contraintes qui viennent de la conjoncture politique».

«Compte tenu de vos compétences, on vous a confié des responsabilités particulières. (...) Vous devez considérer le DSC, milieu qui vous regroupe, comme un lieu de travail fonctionnel qui vous amène à collaborer avec le Ministère, avec les autres DSC, avec les autres éléments du réseau socio-sanitaire, avec les partenaires régionaux du MAS que sont les Conseils régionaux, le tout, pour la promotion de la santé des Québécois».

«Les attentes à votre égard sont grandes. Votre pouvoir sera égal à votre compétence. Gagnez votre place grâce à votre expertise (...). Faites la démonstration de cette compétence et de son utilité. Aucun budget protégé, aucune loi, aucun règlement, aucune circulaire, aucune directive, aucune «allocution», fut-elle celle d'un sous-ministre adjoint à la santé, ou même d'un ministre, ne peut fabriquer votre «niche écologique». Votre compétence est la pierre angulaire de votre succès, de votre autorité, du respect et du support que le Ministère et votre environnement vous prêteront toujours».

«Notre société a eu une bonne idée en vous donnant le jour; elle ne souhaite pas votre mort, mais bien votre santé. En terminant, si vous me permettez de plonger dans mon passé de pédiatre, je vous rappellerai que pour les organisations comme pour les humains, la croissance s'accompagne toujours d'un peu de douleur». (...)

4.5 ALLOCUTION DE MADAME CLAIRE DUTRISAC, JOURNALISTE  
· AFFAIRES SOCIALES ET SANTÉ PUBLIQUE COLLABORATRICE LA PRESSE-PLUS ·

ALLOCUTION DE MADAME CLAIRE DUTRISAC, JOURNALISTE, AFFAIRES SOCIALES  
ET SANTÉ PUBLIQUE, COLLABORATRICE LA PRESSE-PLUS:

Mesdames,  
Messieurs,

C'est avec beaucoup d'humilité, je vous prie de le croire, et même avec une certaine confusion, que j'ai accepté l'honneur de prendre la parole devant un aréopage aussi distingué que celui des professionnels-elles de DSC.

Ça y est! J'ai donné dans le travers du siècle qui ne s'exprime plus que par sigles! Dans le seul domaine des Affaires sociales, ces raccourcis demeurent incompréhensibles pour le profane. Nous en avons toute une pléiade: le MAS, les CRSSS XYZ ou VSOP, (celui du Montréal métropolitain s'est d'abord offert le luxe de supprimer le «R» pour ensuite le réintroduire, mais à la fin des trois «S»), les CSS, les DSC, le sigle le moins connu, le plus méconnu peut-être aussi, les CLSC, les CHCD, les CAH, la RAMQ, la RRQ. J'en oublie peut-être.

Ces sigles indiquent le mode de distributions des soins de santé et donnent une idée de la complexité de nos structures.

Mais le Québec a-t-il besoin de politiques de santé? La question est subtile. Répondre non, c'est affirmer que tout va bien, qu'il ne restera rien à bâtir. Répondre oui, ce n'est pas non plus soutenir qu'aucune initiative ou tentative de planification n'ont eu lieu. La création des DSC en remplacement des unités sanitaires, l'élargissement de leur mandat, dans l'esprit du rapport Castonguay tout au moins, en est une preuve.

La question qui devrait être posée serait plutôt: le Québec a-t-il besoin d'une politique de santé? Et j'entends, par ce singulier, souligner l'importance d'une politique globale, avec des objectifs généraux communs, comme la prévention des maladies, leur traitement, la qualité de vie autant que la longévité, la planification des actions aptes à atteindre ces objectifs et une certaine latitude pour ceux qui ont à mettre cette politique à exécution. Je pense particulièrement aux besoins régionaux ou aux besoins de secteurs, de quartiers, qui peuvent varier d'un coin du pays à l'autre.

Les mandats devraient être clairement exprimés, les champs d'action délimités, la complémentarité des établissements et des organismes bien établie. Dans ce cadre, chacun saurait ce qu'il peut, ce qu'il doit faire. Les structures devraient garder suffisamment de souplesse pour tenir compte des cas entre deux chaises, afin que l'humain prévaille sur la lettre de quelque programme, loi ou directives qu'il s'agisse.

Dans le passé, le peuple québécois était habitué à se faire acheter son vote. Le Parti libéral de monsieur Taschereau, que j'ai très peu connu mais dont j'ai entendu parler, et l'Union nationale de monsieur Duplessis n'avaient pas vraiment de politiques de santé ni de prévention; ils avaient le souci de leur élection et réélection. C'était, en avant-garde, le système achat-revente de voitures que la compagnie Renault a rendu populaire pour les touristes! On offrait là, un hôpital, ailleurs, une école ou un chemin; ou le toit d'une église, bref, c'était du porte à porte, du «j'achète ta demande, tu me vends ton vote!»

Avec la Révolution tranquille, le peuple a secoué un peu sa somnolence. Il a pris davantage part aux débats portant sur sa santé et son bien-être. Oh, de bien loin. Il reste que l'opinion publique comptait, maintenant, pour un politicien. Si bien que c'est la collectivité plutôt que des individus ou des villages que l'on tentait d'amadouer.

La population exposait davantage ses doléances. C'est ainsi que sont nées des mesures sociales, comme, par exemple, l'Assurance-hospitalisation, en 1961. Nous avons tous applaudi à ce geste du gouvernement, sauf les administrateurs d'hôpitaux qui voyaient ainsi leur entière autonomie mise en jeu.

Mais les plus clairvoyants, certains d'entre vous peut-être, évoquant à ce moment l'élément prévention, ont-ils pensé qu'il aurait mieux valu instaurer l'assurance-maladie avant l'assurance-hospitalisation?

Moi, j'avoue humblement ne m'y être arrêtée qu'un peu plus tard, un peu trop tard. C'est que je connaissais les situations qui prévalaient, à l'époque, dans les diverses couches de la population. Les très pauvres fréquentaient les dispensaires des hôpitaux, et les très riches les cabinets privés des médecins. L'hospitalisation de ces deux groupes ne posaient pas de problèmes, les premiers bénéficiant de la gratuité (tout en étant bien étiquetés!) et les seconds ayant de bons revenus. Restait la grande masse des «économiquement faibles» dont certains n'avaient même aucune assurance contre la maladie. Que faisaient-ils? Ils ne soignaient pas, ou peu, ou mal et l'hospitalisation devenait obligatoire, engloutissant les économies de leur vie, ou les endettant pour longtemps. La prévention, avec cette mesure, en a pris pour son rhume!

C'est un exemple; on pourrait en citer d'autres. Comme la plus récente des politiques gouvernementales dans les Affaires sociales: celles des coupures de budgets, des coupures de salaires. Je n'insisterai pas; elles sont de celles que l'on n'oublie pas.

On ne peut pas dire que les divers gouvernements qui se sont succédés depuis 1960 n'aient pas tenté d'élaborer des plans pour répondre aux besoins de la population en matière de santé et de soins. Des ministères des Affaires sociales, très sincères, durent pourtant renoncer à des projets qu'ils estimaient prioritaires devant l'indifférence de leurs collègues du Cabinet. Ou devant leur opposition.

Avec le rapport Castonguay, notre société fit un grand pas en avant. Mais ce ne fut pas sans mal ni sans grands combats. Des intérêts particuliers et professionnels prenaient souvent le pas sur l'intérêt général. Par exemple, la création des CLSC donna lieu à des «chapelles» politiques. Les conseils d'administration étaient noyautés parfois par des libéraux, d'autres fois, par des péquistes, qui tous en oubliaient leurs responsabilités. Les cliniques privées médicales et paramédicales virent le jour, concurrençant les CLSC. La complémentarité des établissements et des organismes était plutôt transformée en lutte de prestige, de pouvoir, indépendamment des besoins. Un exemple encore: les centres de jour. Allaient-ils être greffés aux CLSC ou aux CAH? J'ai aussi connu maints projets-pilotes qui n'ont jamais piloté qu'eux-mêmes, les meilleurs demeurant sans suite.

Tout cela démontre que la planification, si bien réussie soit-elle sur papier, doit, dans la réalité, affronter l'humain, le trop humain! C'est-à-dire, le refus du changement, l'âpreté au gain, les traditions désuètes auxquelles on s'accroche comme à des absolus, etc.

On vit aussi et on voit encore les divers professionnels-elles de la santé s'entrechoquer: les médecins versus les infirmières, les infirmières diplômées versus les infirmières auxiliaires, les auxiliaires familiales diplômées versus les autres sans diplômes, etc. Chacun trouvait sa part du gâteau trop petite.

Dans cette bataille, on entendit très peu la voix des DSC. Qu'est-ce qu'un DSC? Récemment, j'ai posé la question à des gens ordinaires, à des infirmières (dans un centre hospitalier où se trouve justement un DSC), les premiers ignoraient tout, le sigle lui-même; les secondes ont pu me dire qu'il s'agissait d'un département de santé communautaire, rien de plus. Mon ignorance est à peine moins grande que la leur.

J'ai entendu parler des DSC à quelques occasions, particulièrement lorsqu'ils annexèrent, à Montréal, la Société des Infirmières visiteuses. Je savais, bien sûr, qu'ils devaient s'occuper de prévention. Mais où? Comment?

Faut-il, mesdames, messieurs, vous reprocher votre discrétion? Aurisque de vous paraître impertinente, je vous demanderai si vous saviez exactement ce que l'on attendait de vous? Aujourd'hui, j'ai l'impression que, un peu coïncés, vous cherchez votre voie, vous voulez faire préciser votre rôle, votre mandat, votre pouvoir. En matière de santé plutôt qu'en matière de maladie. Pour tout dire, dans le domaine de la prévention.

Je me pose des questions auxquelles, j'en suis sûre, vous saurez répondre, tout au long de ces trois jours de réflexion.

-Les DSC sont-ils bien acceptés dans les hôpitaux? Sont-ils traités en parents pauvres ou ont-ils droit de céans? Ne seraient-ils pas

mieux perçus par la population s'ils avaient pignon sur rue?

- J'ai cru comprendre que les soins de première ligne que vous distribuez actuellement allaient être remis aux CLSC de même que les services subsidiaires que vous rendez là où n'existent pas de CLSC.
- Les CRSSS se sont engagés dans un rôle de planification des soins. Saura-t-on tracer la ligne de partage entre prévention et soins? Ou assisterons-nous, entre ces organismes et les vôtres à un combat de prestige et d'intérêt? Votre nouveau rôle dans l'évaluation des cas de placement des personnes âgées rentre-t-il dans vos plans? Les mêmes interrogations subsistent entre la CSST et les DSC quant à la santé au travail.
- Apprendrons-nous ce que vous faites pour nous, où vous le faites et comment? Ce serait vous rendre justice que de faire connaître votre action.

La prévention est un bien beau mot. On en truffe beaucoup de discours. Mais peut-être n'est-elle pas assez voyante, assez valorisante? Bien sûr, elle est difficile à mesurer, à identifier. Pour connaître ses résultats, nous disposons de deux principaux paramètres: la longévité et les décès.

Cependant, certaines mesures, comme l'assurance-dentaire pour les enfants (puisque, pour une partie, les plus vieux n'ont plus à sauver que leurs prothèses!) sont aisément perçues par la population. Tout comme le dépistage de certaines maladies.

Mais, encore un coup, si on demandait au public d'où viennent ces initiatives, on serait surpris des réponses.

La prévention touche aussi des secteurs sur lesquels les DSC n'ont pas d'autorité directe, si ce n'est la possibilité de faire des recommandations qui risquent de rester lettre morte. Je pense à l'habitation, aux habitudes alimentaires, ces deux facteurs étant reliés au revenu et à l'éducation, je pense aux lieux de travail, au genre de travail, etc...

On peut aussi se demander si l'on a la foi dans la prévention? Tant ceux qui la prônent que ceux qui doivent la mettre en oeuvre. Un peu plus et j'allais écrire: ceux qui doivent la subir!

Avons-nous aussi des professionnels-elles préparés-es, convaincus-es, aptes à convaincre à leur tour?

J'ai l'impression, messieurs, que la tâche qui vous attend est noble et grande, qu'il y a énormément de types d'intervention qui peuvent être instaurés. Il y faudra de la persuasion, de la psychologie et une autorité morale certaine.

Cette autorité, il vous reste à la créer. Elle sera plus forte que toutes les lois et directives émanant d'un ministère. Peut-être serez-vous d'éternels Sysiphe, roulant sans cesse tout au haut de la montagne un rocher qui retombe? En matière de prévention, pourrait-il en être autrement?

Je vous laisse avec le conseil de Boileau: «Cent fois sur le métier, remettez votre ouvrage. Polissez-le sans cesse et le repolissez». Il vaut son pesant d'or.

/JMCN  
84-02-06

4.6 ALLOCUTION DE MONSIEUR ANDRE-PIERRE CONTANDRIOPOULOS,  
PROFESSEUR, FACULTÉ DE MÉDECINE,  
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, DÉPARTEMENT DE L'ADMINISTRATION DE LA SANTÉ

ALLOCUTION DE MONSIEUR ANDRE-PIERRE CONTANDRIOPOULOS, PROFESSEUR, FACULTÉ DE MÉDECINE, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, DÉPARTEMENT DE L'ADMINISTRATION DE LA SANTÉ.

## LE QUEBEC A-T-IL BESOIN D'UNE POLITIQUE DE SANTE ? OUI, PLUS QUE JAMAIS

### INTRODUCTION

En guise d'introduction, j'aimerais vous faire part de trois constatations qui sont à l'origine de la réponse que je donne d'emblée à la question qui nous est posée.

1ère constatation: Cette année, les Québécois ont dépensé pour leur santé plus de 6 000 000 000 \$<sup>1</sup>. Malgré l'importance de cette somme (plus de 1000 \$ par personne), tout le monde reconnaît que le système de soins a subi plus que sa part de coupures et de contraintes budgétaires. Le ministre des Affaires sociales du Québec a clairement indiqué qu'il n'est plus "question de couper encore dans le système de soins"<sup>2</sup>. Il semblerait même très souhaitable à plusieurs d'y investir plus<sup>3</sup>.

2ième constatation: Parallèlement à ce discours, un autre point de vue reste lancinant depuis le milieu des années 70. Celui de l'efficacité problématique des systèmes de soins à résoudre les problèmes de santé de la population<sup>4</sup>.

3ième constatation: Impossibilité d'accroître de façon substantielle les sommes dont disposent les pouvoirs publics. Ceci est associable à la crise économique très profonde qui a ébranlé les pays occidentaux au début

des années 80 et à la crise de la fiscalité qui témoigne de la crise de confiance qui existe envers les pouvoirs publics. La timide reprise économique actuelle ne devrait pas, me semble-t-il, permettre de croire que tout va rentrer dans l'ordre.

Il faudrait au contraire en profiter pour mettre en place des mécanismes nouveaux, innovateurs dans le domaine de la santé<sup>5</sup>. C'est en gardant à l'esprit ces trois constatations que j'aimerais aborder la question de la nécessité d'une politique de santé au Québec.

Mon exposé est divisé en trois sections. La première traite de la question de la définition d'une politique de santé, la deuxième permet de s'interroger sur les relations qui existent entre une politique de santé et la rationalisation, la troisième tente de montrer que si une politique de santé est indispensable, son influence réelle sur la santé dépend du système de gratification qui lui est associé. En conclusion, j'essayerais de situer le rôle des Départements de Santé Communautaire (D.S.C.) dans l'élaboration et l'utilisation d'une politique de santé.

## I. UNE POLITIQUE DE SANTE ET NON DES POLITIQUES DE SANTE

On peut schématiquement définir une politique de santé comme:  
premièrement, un ensemble cohérent d'objectifs de santé à atteindre (cohérent signifiant organisé selon un ordre de priorités établies à partir de l'importance des problèmes de santé, de l'ordre chronologique de leur mise en oeuvre et leur interdépendance); deuxièmement, une définition des moyens

envisagés pour atteindre ces objectifs et troisièmement, l'existence de mécanismes d'évaluation de la pertinence des objectifs et de leurs degrés d'atteinte.

L'objet d'une politique de santé étant la santé de la population, elle devra porter sur tous les déterminants de la santé. On peut, en reprenant la terminologie de Pineault et Lessard<sup>6</sup>, concevoir qu'une politique de santé se compose d'éléments portant sur les facteurs déterminants des problèmes de santé d'une population, soit l'environnement, les habitudes de vie, les facteurs biologiques<sup>7</sup>; d'éléments portant sur les services de santé et enfin d'éléments portant sur les ressources mobilisées pour produire les services.

L'avantage de concevoir une politique de santé d'une façon aussi globale réside dans la possibilité de mettre en relief les interactions qui existent entre les différents déterminants de la santé et donc de resituer à sa juste place le rôle du système de soins par rapport à tous les autres facteurs qui ont une influence sur la santé.

Ceci permet, entre autres, de mettre en évidence le fait que la santé ou son absence ne peuvent être considérées comme étant extérieures à l'individu et à la société dans laquelle il vit. Et cela permet de mieux comprendre l'évolution historique<sup>8</sup> des principaux facteurs d'amélioration de la santé dans les pays développés. On observe en effet, en gros, que de 1700 à 1850, la cause principale de l'amélioration de la santé est la nutrition, la

période 1850-1930 est marquée par l'introduction des grandes mesures d'hygiène publique. A partir de 1930 et jusque vers le milieu des années 60, les gains de santé sont en grande partie attribuables au développement du système de soins et des méthodes de prévention. Par contre, depuis une quinzaine d'année, on peut se demander si les gains additionnels en termes de santé ne sont pas, de nouveau, à attendre des modifications de l'environnement et des habitudes de vie. C'est en quelque sorte le pari à gagner de la santé communautaire. Ce pari reposant, toutefois, sur une définition large des facteurs explicatifs de la santé.

La notion de politique de santé ayant été définie, il faut maintenant essayer d'indiquer pourquoi l'existence d'une telle politique est indispensable au Québec actuellement.

## II POLITIQUE DE SANTE ET RATIONALISATION: DEUX CONCEPTS INDISSOCIABLES

La crise économique, la crise budgétaire, la crise de confiance envers les pouvoirs publics ainsi que l'érosion dans la croyance dans l'efficacité de la médecine contraignent les pouvoirs publics à porter une attention particulière à la façon dont les fonds publics sont utilisés dans le domaine de la santé<sup>9</sup>. Cette préoccupation se traduit par la mise en place de politiques de rationalisation\* dans l'utilisation des ressources de façon à éviter les

---

\* La rationalisation peut être définie de façon générale comme: l'organisation d'une activité selon des principes rationnels d'efficacité fondée sur des études scientifiques, l'efficacité étant la relation entre les relations et les moyens mis en oeuvre pour les atteindre.

dédouplements de services, à limiter l'existence de capacité de production sous-utilisée (services partagés, regroupement de la pédiatrie et de l'obstétrique, etc) et d'une façon générale, à tenter d'allouer les ressources disponibles en fonction des besoins prioritaires de la population.

La rationalisation ne peut donc pas se contenter d'être une politique de restriction budgétaire conçue pour soulager le trésor public. Elle demande que les effets du rationnement des ressources soient évalués en termes de santé ou au moins que ce rationnement s'applique en priorité sur les secteurs les moins prioritaires en termes de la santé de la population.

Ceci implique qu'une politique de rationalisation ne peut réellement exister sans qu'il existe en même temps une véritable politique de santé.

La nécessité d'avoir une politique cohérente de santé est d'autant plus impérieuse que les choix qu'ont à faire les pouvoirs publics sont plus contraignants. En période de développement, le pire qu'il puisse arriver, d'une décision prise en l'absence d'une politique de santé, c'est qu'elle produise des résultats inférieurs pour la collectivité à ce qu'aurait pu apporter une autre décision. En période de coupures, les conséquences en termes de santé d'une décision qui ne s'appuie pas sur une politique de santé, sont d'une toute autre importance. Elles peuvent entraîner une dégradation des services, ainsi qu'une détérioration de la santé de la population (pensons à la situation des urgences dans plusieurs hôpitaux, à la maladresse qui a présidé aux recommandations visant le changement de vocation de trois

hôpitaux à Montréal, etc). Ainsi la rationalisation sans une politique de santé n'est au mieux qu'un exercice adéquat de gestion des ressources, et au pire un risque inacceptable pour la santé de la population.

Concrètement, toute nouvelle intervention dans le système de santé, qu'elle soit de rationnement ou de développement, devrait être précédée d'une analyse sérieuse qui permettrait de répondre aux questions suivantes<sup>10</sup>:

1. L'intervention porte-t-elle sur un problème important, c'est-à-dire est-elle cohérente avec les politiques de santé en vigueur?
2. L'objectif de l'intervention est-il clairement et opérationnellement défini?
3. Connaît-on les moyens à mettre en oeuvre pour atteindre l'objectif?
4. Les résultats espérés sont-ils supérieurs aux coûts de l'intervention?
5. Quels seraient les résultats probables, en termes de santé, si les sommes allouées à cette intervention étaient utilisées à d'autres fins? Répondre à cette question c'est fournir une estimation des coûts d'opportunité associés à un choix. Si ces coûts sont supérieurs aux résultats espérés de l'intervention choisie, cette dernière ne devrait pas être retenue.

6. En plus de ces résultats directs espérés, une intervention a généralement des conséquences. Le solde net de ces conséquences est-il positif? Si ce n'est pas le cas, c'est la pertinence du programme qu'il faut reconsidérer en établissant un arbitrage entre les résultats espérés et les conséquences négatives probables. Les conséquences d'une intervention doivent tenter de tenir compte des valeurs culturelles, politiques et sociales de la collectivité concernée. En effet, la meilleure intervention techniquement possible ne pourra être envisageable que dans la mesure où elle est compatible avec les valeurs qui prévalent dans la société.

Cette dernière remarque m'amène à mon troisième point. En effet, si une politique de santé est un élément indispensable à l'organisation d'un système de santé efficace, elle n'est pas pour autant suffisante. Pour produire des effets, une politique de santé doit être enchassée dans un système de gratification qui soit cohérente avec elle.

### III. UNE POLITIQUE DE SANTE , ELEMENT NECESSAIRE MAIS PAS SUFFISANT A L'AMELIORATION DE LA SANTE

J'ai tenté de montrer dans le premier point de cet exposé qu'une politique de santé devrait porter non seulement sur les ressources et les services du système de soins mais aussi sur les facteurs déterminants des problèmes de santé d'une population (l'environnement, les habitudes de vie, les facteurs biologiques). Une véritable politique de santé ne peut donc

se limiter à guider les choix dans le système de soins, elle doit aussi présider deux choix qui sont pris dans tous les secteurs d'activité d'une collectivité. Ceci implique que la santé est une valeur collective, qui cesse d'être sous la seule responsabilité des individus et du système de soins.

Idéalement, cette responsabilité collective envers la santé devrait se manifester par l'existence d'un système collectif de gratification qui fasse en sorte que toutes interventions ayant un impact positif sur la santé soient récompensées alors que des pénalités soient associées à toute intervention pouvant créer des problèmes de santé<sup>11</sup>. Il est clair qu'un tel système de gratification n'existe pas à l'heure actuelle, on peut même penser qu'il existe un système pervers de gratification. A titre d'exemple mentionnons: les bénéfices monétaires pour les entreprises associées au déversement dans l'environnement de leurs déchets (pollution de l'eau, de l'air, de l'atmosphère); aux énormes profits liés à la production et à la vente de l'alcool, du tabac, etc; aux stimulants (paiement à l'acte) qui incitent les médecins, et le système de soins en général<sup>12</sup> à produire des services inutiles et souvent même dangereux; à l'ignorance des conséquences en termes de santé, des phénomènes comme le chômage, les mises à pied, etc.

Tant qu'il n'y aura pas plus de cohérence entre le système actuel de gratification et des objectifs de santé, il est illusoire de croire qu'une politique de santé puisse réellement donner des résultats.

Pour qu'une véritable politique de santé puisse exister, il faudrait que l'ensemble de la société se transforme de façon à collectivement privilégier la santé. Ceci devrait se manifester à tous les niveaux de l'activité collective et être orchestré par le pouvoir public grâce à un système cohérent de gratification. Un élément essentiel d'un tel système devrait consister dans la mise en place de mécanismes obligeant les agents à rendre des comptes sur leurs actions ayant des répercussions sur la santé. Cette exigence de rendre des comptes n'étant que le reflet du fait que la santé est perçue comme une responsabilité collective.

Si une telle perspective était acceptée, il faudrait qu'un suivi systématique soit fait sur l'évolution de la santé de la population (par exemple au moyen d'enquêtes sur la santé faites de façon régulière. Ceci permettrait, entre autres, d'apprécier l'évolution globale de la santé, d'évaluer les avantages associés à la mise en oeuvre de différentes politiques et de prévoir l'émergence de nouveaux problèmes de santé. Il faudrait aussi que la perspective santé soit intégrée à l'ensemble du système économique et social. Cela pourrait, par exemple, se manifester par la publication de rapports annuels sur la santé, par les entreprises. Ces rapports pourraient contenir des informations sur les politiques internes de l'entreprise (description des avantages santé, politiques internes concernant la vente et l'usage du tabac, existence d'une véritable cafétéria, programme d'exercices physiques, etc.), ainsi que sur les mécanismes instaurés pour limiter la pollution sous toutes ses formes, pour accroître la sécurité des travailleurs et pour favoriser leur stabilité d'emploi, etc.

L'ensemble de ces informations en plus de leur caractère public pouvaient aussi être à l'origine d'une modulation du système fiscal de façon à favoriser les entreprises dont l'action sur la santé est positive et à pénaliser celles qui contribuent à détériorer la santé.

Cette brève incursion en Utopie, nous a permis de saisir les exigences qui me semblent associées à la mise en oeuvre d'une véritable politique de santé. Mais en attendant d'en arriver là, que peuvent faire les départements de santé communautaire? C'est sur cette question que je veux conclure.

#### CONCLUSION

Les D.S.C ont et auront de plus en plus, à mesure que leur rôle de suppléance dans la distribution de services disparaît, comme responsabilité d'élaborer, de coordonner, et d'évaluer les programmes de santé communautaire et de promotion de la santé pour la population de leur territoire. Cette responsabilité envers la santé d'une population définie, ne prend de véritable sens que si elle est encadrée par une politique générale de santé pour l'ensemble du Québec. Il est bien évident qu'il ne peut et, ne doit pas y avoir autant de politiques de santé qu'il y a de D.S.C. Mais par ailleurs, il est tout aussi évident que les D.S.C. ont un rôle particulier à jouer dans l'élaboration, la mise à jour, l'application et l'évaluation d'une politique de santé.

Ce ne sont pas les D.S.C. qui sont les premiers responsables de l'élaboration d'une politique de santé. Ce rôle doit revenir à un organisme

central comme le ministère des Affaires sociales. Ils ont par contre, un rôle indispensable à jouer en fournissant des informations fines et détaillées sur les problèmes spécifiques de santé de leur population ainsi que sur les ressources et les services qui existent sur leur territoire.

Le rôle du D.S.C. devient par contre beaucoup plus important lors de la mise en oeuvre de la politique et lors de son évaluation.

Il est facile de concevoir qu'à partir du moment où il existe une véritable politique de santé, chaque D.S.C. pourra établir ses propres objectifs d'intervention en fonction des particularités de son territoire et des besoins spécifiques de sa population.

Il exercera une responsabilité complète dans la coordination et l'organisation des moyens à mettre en oeuvre pour atteindre ses objectifs propres. Cette décentralisation dans la mise en oeuvre de la politique de santé devrait non seulement permettre de mieux répondre aux besoins locaux mais aussi d'expérimenter différents moyens pour atteindre des résultats similaires et par là de permettre d'évaluer différentes interventions par des études inter-D.S.C.. C'est en effet aux D.S.C. que revient naturellement la responsabilité de collecter l'information sur tout ce qui a été fait dans le domaine de la promotion et de la restauration de la santé, de publiciser ces informations, d'en tirer des éléments qui leur permettront de remplir une autre fonction essentielle: l'évaluation.

Les évaluations effectuées dans chaque D.S.C. seront facilitées et rendues beaucoup plus cohérentes par l'existence d'une politique générale de santé. Politique qui en quelque sorte donne un langage commun en précisant quels sont les objectifs que collectivement il a été choisi d'atteindre.

Ces évaluations faites par chaque D.S.C. associées aux évaluations plus globales, portant sur des éléments qui débordent le territoire d'un D.S.C., permettront d'évaluer le degré d'atteinte des différents objectifs de la politique générale de santé ainsi que la pertinence de certains éléments de cette politique.

Dans cette perspective, il est facile de voir le rôle absolument essentiel du D.S.C. C'est lui qui permet à la politique générale de santé d'être réaliste et articulée sur les besoins des différentes populations du Québec tout en restant suffisamment générale pour permettre à chaque D.S.C. de se sentir partie d'un tout.

Ce sont les D.S.C. qui peuvent innover dans la façon d'obtenir des résultats et ce sont aussi eux qui sont à la base de l'évaluation de la politique et de sa remise à jour permanente.

Si les D.S.C. jouent ce rôle, la question de leur avenir, à mon avis, ne se posera plus, mais le veulent-ils, le peuvent-ils?

## Notes et références

- 1) Régie de l'Assurance-maladie du Québec "Statistiques annuelles 1982", Décembre 1983.  
Pour une analyse plus détaillée des dépenses en santé voir A.P. Contandriopoulos "Economie du système de soins", in Traité d'Anthropologie médicale, édité par J. Dufresne, à paraître, 1984.
- 2) L'Actualité médicale, 21 septembre 1983.
- 3) Cette tendance est très présente dans le débat qui a lieu sur le projet de loi C3 du ministre fédéral de la santé nationale et du bien-être social: "Loi sur la santé au Canada", 1983.
- 4) Voir en particulier: Illich, I., Nemesis médical: l'expropriation de la santé. Seuil, Paris, 1975.  
: McKeown, T., The role of medicine: dream, mirage or nemesis? Nuffield Provincial Hospital Trust, Londres 1976.  
: Cochrane, A.L., L'inflation médicale: Réflexions sur l'efficacité de la médecine, Galilée, Paris, 1977.  
Et plus récemment au Québec: Dillard, S., Durée ou qualité de la vie, collection La santé des Québécois, ministère des Affaires sociales, Québec, 1983.  
: Roy, L., Des victoires sur la mort, collection: La santé des Québécois, ministère des Affaires sociales, Québec, 1983.
- 5) Vingré, Michel, Le social c'est fini!, collection Autrement, Paris, 1980.  
Gosselin, R. (ed), Dans l'austérité: Décadence ou innovation, Actes du 4e colloque J.-Y. Rivard, Les éditions Administration de la santé, 1983.  
Blain, G. (ed), L'Assurance-maladie a cent ans 1883-1983, Actes du 5e colloque J.-Y. Rivard, Les éditions Administration de la santé, Montréal, 1984.
- 6) Pineault, R., Lessard, R. Le système de santé du Québec: objectifs de soins ou objectifs de santé? Union Médicale du Canada, à paraître 1984.
- 7) Cette terminologie empruntée à M. Lalonde, Nouvelle Perspective de la santé des Canadiens, Ottawa, 1974.
- 8) McKeown, T., Les déterminants de l'état de santé des populations depuis trois siècles, in Médecine et Société des années 80, édité par Bozzini et al., Edition Albert St-Martin, Québec, 1981.
- 9) DeKervasdoué, J.; Kimberly, J.; Rodwin, V., La santé rationnée, Economica, Paris, 1981.

- 10) Un exemple de ce type d'analyse est fourni dans: G. Tessier et al. "Analyse avantages-coûts de la fluoruration de l'eau", Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Faculté de Médecine, Université de Montréal, Février 1983 (64 pages).
- 11) White, K., "Ill Health and its amelioration: individual and collective choices", in Future directions in Health Care: A new Public Policy, edited by Carlson, R. and Cunningham, R., Ballinger, Mass. 1978.
- 12) Rapport du comité d'étude sur la rémunération des professionnels de la santé du Québec; Le système des honoraires modulés, ministère des Affaires sociales, mars 1980.

4.7 ALLOCUTION DE MONSIEUR ALEXANDER S. MACPHERSON,  
CHEF DU DÉPARTEMENT DE SANTÉ, VILLE DE TORONTO; ONTARIO

ALLOCUTION DE MONSIEUR ALEXANDER S. MACPHERSON, CHEF DU DÉPARTEMENT DE SANTÉ,  
VILLE DE TORONTO, ONTARIO:

It gives me a great deal of pleasure to return to Quebec and I am well aware of the honour of being invited to join this panel.

It is now two-and-a-half years since I left Quebec. Some of my perspectives have changed, particularly with respect to the role of community health in environmental matters. Nevertheless, I still frequently cite the Quebec experience as a model with many strengths for the Ontario system to learn from.

Ontario has recently gone through an exercise in priorities setting. The Ontario Council of Health sponsored a conference attended by 250 invited representatives of most interested parties in the health field. The conference operated using a method known as Strategic Planning. This conference resulted in a series of position papers and preliminary recommendations. The conference was followed by six regional consultations in which professional groups, board members from health related institutions, and some representatives

of the general public participated. The results of the consultations have been collated and are now under study by technical groups.

I am suggesting here that a process of strategic planning which involves the health professionals and public, is a desirable next step in determining priorities in Quebec.

In the absence of such a process in Quebec at the moment, I propose the following priorities:

1. INSTITUTE THOSE MEASURES THAT HAVE BEEN DEMONSTRATED TO WORK ELSEWHERE.

I refer to: (i) fluoridation of water;

(ii) immunization of school children.

It is surprising that Quebec has not yet instituted immunization of school children.

## 2. DEVELOP A COMPREHENSIVE STRATEGY OF HEALTH PROMOTION.

Health promotion is not just health education but a much more complex and sophisticated approach carried out at the local level, but preferably in collaboration between several levels of government.

Let me briefly mention our health promotion activities to reduce smoking. While the programme may be of interest in itself, it can also be a model for other promotion activities. If one wishes to be credible in the classroom with health education for school children, there must be a coherent set of messages from all parts of the society. These are at many levels. First, legislation. The City of Toronto has an anti-smoking bylaw which prohibits smoking in public places, including elevators, banks, doctors' waiting rooms. People are confronted everywhere with "No Smoking" signs. We have attempted to get legislation creating no-smoking areas in restaurants - this is important primarily for the publicity value, although some people are seriously bothered by smoke. We have published and distributed widely a pamphlet listing restaurants with no-smoking areas and are working with the industry to develop a satisfactory bylaw.

Second, counter-publicity and media exposure. We work closely with the federal government and have produced posters coherent with the message seen on television. We stage special events. Last year we challenged Vancouver to see which city could get more people to agree to stop smoking during non-smoking week. We utilize the media very widely. During non-smoking week we have 28 different stories in local newspapers, and television exposure almost daily. A number of celebrities renounced smoking publicly. We attempt to encourage public figures to be discreet in their smoking habits. Third, when we enter a neighbourhood our Community Workers meet with the parents and interested citizens' groups, explain the objectives of the programme, indicate what they can do to help - including pressure on local merchants not to sell cigarettes to minors.

In this context we can enter the classrooms and begin direct persuasion and teaching about the hazards of cigarette smoke. Recent evidence in Ontario indicates that comprehensive programmes of this nature can, in fact, delay the onset of smoking behaviour.

In our Department we have placed substance abuse, including tobacco, as a top priority. We are now considering a similar approach to alcohol.

This is much more difficult. In my opinion, the health promotion approach to diet may well be the next step. All of the lifestyle related health problems may be approached in this way.

### 3. GET SERIOUS ABOUT HIGH RISK GROUPS.

Why are poverty and health so related? In our Department we have a multicultural co-ordinator whose job is to make contact with ethnic minorities, assist in access to health services and determining barriers to healthy lifestyles among these immigrant groups.

Because of the special problems of the South-East Asian group, we have a second co-ordinator working exclusively with them. In all we have 12 staff working full time in health related community organizations.

#### 4. PAY MORE ATTENTION TO ENVIRONMENTAL HAZARDS.

Much of my time is spent dealing with the problem of the quality of Toronto drinking water. Here is a substance which, as in Montreal, millions of people are exposed to daily. When I was in Montreal, I was not even aware of the composition of Montreal water - except Yves Bergevin informed me that snails would not live in Montreal tap water. With a large chemical industry downstream at Valleyfield there is no great reason for complacency. In Toronto, the City no longer uses herbicides in the parks. We are uneasy about the widespread use of pesticides. We are aware of recent work indicating the possible effect of low levels of lead on learning and behaviour in children. Perhaps one of the differences between social classes is differential exposure to some environmental hazards.

As our attention has moved from bacterial to chemical contamination of the environment, let us not forget contamination by radioactive products, including the massive contamination of the last epidemic, nuclear war. Community health must continue to be anti-nuclear.

Here then is a possible blueprint for Quebec. You will notice that I have not used the word "system" at all - I believe public health should return to more fundamental roots, return to a role of advocacy with respect to known efficacious methods, develop techniques of health promotion and look to the elimination of the physical and chemical hazards in the environment, even as our predecessors looked to the bacterial contaminants.

oOo

4.8 ALLOCUTION DE MONSIEUR JEAN ROCHON,  
DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE, UNIVERSITÉ DE LAVAL; QUÉBEC

COLLOQUE  
DES DÉPARTEMENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE  
POUR UNE MISSION EN SANTÉ

La question posée aux membres de la table ronde comprend deux volets: 1) Le Québec a-t-il besoin de politiques en santé? et 2) Quelle est la mission des départements de santé communautaire? Comme les autres participants ont traité le premier aspect de la question, mes commentaires porteront surtout sur le rôle des départements de santé communautaire.

Quant au besoin de politiques de santé, je crois que la réponse est nettement affirmative pour deux raisons. D'abord il me semble que la seule option alternative connue, à savoir l'application des règles du marché libre, est devenue inacceptable pour une société qui veut réaliser une distribution équitable des services de santé. En effet, il est maintenant bien établi que ceux qui ont le plus besoin des services de santé peuvent le moins y recourir à cause des contraintes sociales et économiques. Même si le retrait de la barrière économique ne solutionne pas tous les problèmes de distribution des services de santé, il est un préalable essentiel pour réaliser des objectifs d'équité sociale face aux problèmes découlant de la pauvreté et de la maladie. De plus, l'expérience du Québec, à l'instar de plusieurs pays, a démontré que la façon la plus sûre, sinon la seule vraiment efficace, d'améliorer l'état de santé d'une population consiste à répartir les ressources en fonction d'objectifs précis et à organiser les services de santé selon les priorités établies par un consensus social et politique. Parmi plusieurs exemples que l'on pourrait utiliser, je crois que la planification du Québec dans le domaine de la santé maternelle et infantile représente

une démonstration éloquente de la nécessité d'une politique de santé pour atteindre des objectifs.

Quant au rôle des départements de santé communautaire, il me semble important de distinguer le rôle de la santé communautaire et celui d'une structure comme le département de santé communautaire dans un système de santé. Dix ans après la création des départements de santé communautaire, il peut être utile de se rappeler les raisons et le contexte de cette décision pour mieux prévoir l'évolution souhaitable au cours de la prochaine décennie. En effet, il faut se rappeler que le département de santé communautaire a été retenu comme moyen pour intégrer la fonction de santé communautaire dans un système de planification régionale des services de santé. Les questions doivent donc se poser dans les termes suivants: Est-ce que le moyen choisi a permis d'atteindre les objectifs visés? Si non, quelles modifications doivent être apportées? Si oui, quelle structure pourra le mieux maintenir la fonction de santé communautaire dans le système de santé?

#### La création des nouvelles structures

Au début de la décennie 1970, la réforme des services de santé au Québec s'amorçait sur les principes 1<sup>o</sup> de l'organisation régionale pour remplacer les nombreux systèmes parallèles existant au niveau provincial et 2<sup>o</sup> de l'intégration des aspects préventifs et curatifs pour aborder les problèmes de santé. Le réseau des unités sanitaires existant à l'époque avait démontré une efficacité en son temps mais ne pouvait subsister à l'extérieur des régions de santé. Le groupe de travail dont les recommandations devaient mener à la création des départements de santé communautaire avait d'abord rappelé l'essence de la fonction de santé communautaire (ou de santé publique) dans un système de santé. Cette fonction était résumée en quatre éléments:

- L'identification des problèmes de santé;
- l'élaboration de programmes de santé en fonction de problèmes bien définis et de populations-cibles;
- la coordination des ressources communautaires pour la réalisation des programmes;
- l'évaluation des résultats des programmes en regard des objectifs établis.

Au moment de la mise en place de nouvelles structures comme les Conseils régionaux des services de santé et des services sociaux (CRSSS) et les Centres locaux de services communautaires (CLSC), il était difficile de prévoir leur rôle en regard de la santé publique. Car, ces nouvelles organisations devaient d'abord établir leur rôle spécifique par rapport aux centres hospitaliers dont les vocations régionales et communautaires étaient mal définies et surtout mal coordonnées. Il est donc apparu important pour le groupe de travail 1<sup>o</sup> de concentrer la fonction de santé communautaire dans le système régional proposé et 2<sup>o</sup> d'investir cette fonction dans une organisation possédant déjà une identification par rapport à la population. La dilution de la fonction de santé communautaire entre plusieurs éléments du système régional et la création d'une autre structure autonome, à l'instar des CRSSS et des CLSC, apparaissaient alors trop risquées dans un système qui devait s'accommoder de plusieurs changements simultanés. Ainsi, une trentaine de centres hospitaliers se sont vus imposer la mission d'intégrer les activités d'environ soixante-quinze unités sanitaires et de deux services de santé municipaux (Montréal et Québec) en plus de réorganiser la santé publique sur une base régionale et en fonction des politiques de santé du Québec. Il n'est donc pas surprenant que santé communautaire et DSC soient devenus presque des synonymes.

### L'évolution des structures

Dans l'ensemble, je crois que les DSC ont bien rempli leur rôle jusqu'à présent. Les activités des unités sanitaires ont été intégrées et réorganisées dans le cadre de programmes de santé. Des équipes multidisciplinaires ont été structurées à partir du personnel des unités sanitaires et de professionnels possédant une formation en santé publique et en sciences sociales. L'approche de population, intégrant la prévention, le traitement et la réadaptation, a trouvé sa place dans le système de santé régional. Cependant, le CRSSS et le CLSC ont graduellement établi leur rôle pendant cette période et réclament maintenant une participation à la fonction de santé communautaire. Cette évolution m'apparaît comme le principal succès de l'opération: la greffe de la fonction de santé communautaire a réussi puisque chaque partie du système de santé réclame sa participation à cette fonction.

Les prétentions des CRSSS et des CLSC en regard de la santé communautaire constituent-elles une usurpation qu'il faut contrer ou une évolution souhaitable qu'il faut encourager? L'organisation régionale des services de santé constituant un système complexe, il est normal que des ajustements périodiques soient requis pour adapter le système aux changements de l'environnement. Pour que ces ajustements soient harmonieux et efficaces, il faut que chaque partie du système précise son rôle primordial par rapport aux objectifs de l'ensemble du système, de même que des propres limites à l'égard des autres éléments du système. Cette brève présentation ne permet pas de tracer un tableau comparatif exhaustif des rôles réciproques des CRSSS, des CLSC et des DSC. Pour fins de discussion, limitons-nous à suggérer ce qui semble être devenu la tâche principale de chacun de ces éléments du système régional pour comprendre comment cette évolution peut affecter la répartition de la fonction de santé communautaire.

### CRSSS

Parmi les différentes tâches assumées par les conseils régionaux, la coordination entre les établissements de services de santé et de services sociaux apparaît être la fonction prédominante. Pour ce faire, les CRSSS possèdent deux pouvoirs déterminants: 1<sup>o</sup> la répartition des budgets entre les établissements à l'intérieur des allocations faites par le MAS entre les programmes-cadres ou les secteurs d'activités et souvent selon des règles établies par le ministère après consultation avec les conseils régionaux; 2<sup>o</sup> l'analyse de la performance administrative des établissements en regard des objectifs de rationalisation fixés par le MAS.

### CLSC

Les CLSC ont développé de façon particulière la distribution de certains services de première ligne complétant ainsi la gamme des services offerts par les autres établissements du réseau régional et par les praticiens exerçant en cabinet privé. De plus, la majorité des CLSC semble remplir très efficacement un rôle d'animation et de coordination des ressources communautaires tant pour sensibiliser des groupes-cibles aux problèmes de santé que pour promouvoir une prise en charge autonome.

### DSC

L'enquête réalisée par le comité organisateur de ce colloque et publiée dans le troisième bulletin d'information en décembre 1983 révèle que, même si la distribution de services est demeurée une occupation importante des DSC, un effort notable a été consacré à l'analyse des problèmes de groupes-cibles de la population. Si les projets

d'évaluation sont peu nombreux, quelques DSC semblent préoccupés par le développement d'instruments permettant de mieux définir le dénominateur des groupes-cibles pour des programmes de santé.

### Le rôle des DSC

En présumant que cette esquisse ne déforme pas trop la réalité, on peut s'interroger sur les prévisions quant au rôle futur des DSC. Une première réaction pourrait consister à contester le rôle des CRSSS ou des CLSC dans des éléments de la fonction de santé communautaire. A mon avis, cette attitude serait une vaine négation de l'évolution normale d'un système régional de santé. En effet, si le fait d'investir l'ensemble de la fonction de santé publique dans les DSC seulement pouvait constituer une bonne stratégie de départ, il faut reconnaître que cette fonction est trop vaste pour être restreinte à un seul élément du système de santé. En général, il semble qu'on accepte assez bien qu'il revient au CRSSS de planifier l'allocation des ressources et d'évaluer la performance des établissements. Il faut aussi accepter que ceux-ci sont mieux situés dans le système pour gérer les ressources et les programmes. En termes systémiques, on peut dire que le CRSSS contrôle les "inputs" et que les établissements sont responsables du processus. En regard de la santé communautaire, ces rôles représentent une majeure partie de l'élaboration des programmes et l'essentiel de la coordination des ressources.

Il reste deux éléments importants de la fonction de santé communautaire qui ne peuvent être assumés adéquatement par le CRSSS ou les établissements car ils seraient à la fois juges et parties à savoir, l'identification des problèmes de santé et l'évaluation des résultats. Ce rôle de conscience critique du système doit être rempli par un autre sous-système. Je crois que le DSC, situé au niveau d'une sous-

région ou d'une petite région (population d'environ 250,000 habitants), occupe une position stratégique pour remplir ce rôle. Si les DSC actuels n'étaient pas capables de concentrer leurs efforts sur ce rôle d'analyse et d'évaluation, il faudrait les réinventer! De ce rôle primordial découlent, à mon avis, deux rôles corollaires pour les DSC: 1<sup>o</sup> fournir les compétences techniques et, au besoin, assurer le leadership pour l'élaboration des programmes de santé et 2<sup>o</sup> assurer l'encadrement technique et professionnel et, au besoin, participer à la formation continue, pour l'ensemble des professionnels de santé communautaire oeuvrant sur leur territoire quels que soient les établissements ou structures auxquels ils sont rattachés. Quoique corollaires, ces deux rôles n'en sont pas moins importants. Ils permettent aux DSC de s'impliquer de façon concrète plutôt que de se réfugier uniquement dans un rôle d'analystes critiques, d'une part et d'assumer un leadership dans le développement de la compétence et d'une pensée commune au sein de la région, d'autre part.

Pour tous ceux et celles qui veulent faire une carrière dans le domaine de la santé communautaire, il m'apparaît important de développer et de maintenir une compétence dans un champ de la santé communautaire et de s'identifier d'abord à leur groupe professionnel et à la fonction de santé communautaire plutôt que de s'isoler dans une structure. Celle-ci est par nature temporaire, alors que celle-là doit évoluer et se maintenir. La mise en commun d'expériences diverses entre professionnels d'un même domaine est toujours enrichissante et le changement de place dans un système est en général stimulant.

Ainsi, il me semble que tous les professionnels de la santé communautaire peuvent maintenant trouver une place qui convient à leurs activités dans le système régional. Par ailleurs, les DSC n'ont pas à se chercher un nouveau rôle. Après avoir réussi l'intégration de la

fonction de santé publique dans le système de santé, ils peuvent enfin concentrer leurs efforts sur l'analyse des problèmes de santé et l'évaluation des résultants des programmes, ce pourquoi ils ont été créés.

le 17 avril 1984

## 5. - L E S C O N F É R E N C E S - C A R R O U S E L

5.1 LA SANTÉ DENTAIRE A L'HEURE 1984

MADAME MONIQUE DOUVILLE-FRADET, D.S.C. ENFANT-JÉSUS

LA SANTE DENTAIRE A L'HEURE 1984

COLLOQUE "POUR UNE MISSION EN SANTE"

par: Monique Douville-Fradet, md

DECEMBRE 1983

## LA SANTE DENTAIRE A L'HEURE DE 1984

### RESUME:

Les problèmes de santé dentaire dont le plus connu est celui de la carie sont prévalents dès le tout jeune âge et leur traitement occasionne un coût social important. L'histoire naturelle des problèmes, assez bien connue, permet cependant la mise en évidence de plusieurs possibilités d'interventions dont certaines à la fois efficientes et efficaces par une approche de santé communautaire. L'enquête santé dentaire Québec ADDSC-MAS prouve qu'il existe à l'intérieur du réseau, des ressources capables de se coordonner et de se concerter en vue d'objectifs communs en même temps que d'assurer une approche scientifique et rationnelle des problèmes de santé. Elle pose par ailleurs à ce même réseau le défi d'améliorer les indicateurs d'impact qui seront ainsi mis en évidence, à condition de tenir compte de ce qui a été fait, de véritablement privilégier des interventions, d'innover et d'améliorer les stratégies et les structures de concertation déjà en place par un leadership assumé.

## LA SANTE DENTAIRE A L'HEURE DE 1984

### Préambule

Mille-neuf-cent quatre-vingt-quatre (1984) est à nos portes et les départements de santé communautaire ont fort à faire pour assurer leur mission **"en santé"**. L'image actuelle des indicateurs de mortalité et de morbidité pose à nos professionnels des défis de taille, dont les composantes sont complexes et les interventions coûteuses et laborieuses. Pourtant, le temps se doit d'être à l'action et, **en santé dentaire**, nous soutenons que le défi peut être relevé.

Notre intention n'est pas de faire de la santé dentaire la priorité du siècle ou d'exposer, par un long et pénible plaidoyer défensif, la justification des actions entreprises. Nous tenterons plutôt de **situer la santé dentaire et l'enquête-action actuellement en cours, en fonction de leur contribution respective à l'amélioration de la santé des Québécois**. Nous insisterons surtout, non sur le contenu et le processus du projet, mais plutôt sur les **éléments déterminants** de sa structure et sur les **véritables enjeux** qui le sous-tendent. Nous formulerons enfin certaines conditions essentielles à la poursuite de l'action, puisque notre intention n'est pas non plus de clore le dossier et d'en signer l'épitaphe.

## I. LES PROBLEMES DENTAIRE DES QUEBECOIS, UNE PRIORITE SANTE OU L'IDEE FIXE DE QUELQUES MORDUS?

---

Les problèmes de santé dentaire, dont le plus connu est celui de la carie, sont prévalents dès le tout jeune âge et pourtant, pour beaucoup de Québécois, considérés comme l'apanage courant de la vie quotidienne. Sur l'échelle des besoins, les problèmes dentaires n'atteignent certains sommets que lorsque la douleur fait rage et la perspective de la "torture" imposée par le dentiste, imminente. Le port du dentier est trop souvent encore chez-nous, un symbole de maturité et nous n'évoquons pas un à un les mythes reliés de près ou de loin à l'appareil masticateur. Le traitement est par ailleurs coûteux et l'accessibilité aux soins non uniforme et universelle.

D'autre part, l'histoire naturelle des problèmes dentaires les plus prévalents est bien connue et l'on sait que l'absorption de fluorures jusqu'à l'adolescence surtout, une hygiène buccale adéquate et une alimentation saine sont des mesures efficaces et efficientes de prévention. L'on sait aussi que la planification et l'offre de services de santé reliés devraient reposer tant sur l'analyse des besoins que sur les éléments clés de la problématique. Les problèmes dentaires n'influencent ni les taux de mortalité ni l'espérance de vie. Leur coût social est néanmoins élevé et certaines des ressources actuellement affectées à leur traitement pourraient être avantageusement réallouées, le défi une fois relevé.

**Le leadership des départements de santé communautaire est essentiel** dans ce domaine. Les armes sont reconnues, encore faut-il savoir tirer!. Le réseau public ne saurait cependant être le seul sur le front. Nous devons agir en concertation avec l'ensemble des partenaires concernés par ces problèmes et faire preuve de créativité afin de développer les stratégies innovatrices nécessaires aux changements de comportement inhérents à la prévention. L'amélioration de la santé des Québécois ne passe pas en priorité par l'amélioration de leur santé dentaire; néanmoins si, lors-

que l'histoire naturelle est bien connue et les moyens d'intervention accessibles, efficaces et efficients, nous n'atteignons pas une amélioration drastique des principaux indicateurs de santé concernés, il faudra s'interroger sur nos capacités d'atteindre d'autres objectifs où le tableau est encore trop souvent plus mal dessiné.

## 2. LE PROJET SANTE DENTAIRE QUEBEC ADDSC-MAS

---

Nous avons commencé à relever le défi, ensemble et avec d'autres partenaires. Nous sommes déjà riches de l'expérience passée et le projet **Enquête santé dentaire Québec ADDSC-MAS**, actuellement en cours, marque un tournant dans notre capacité d'agir ensemble en fonction des mêmes objectifs.

### 2.1 Origine du projet

A l'été 1982, l'ADDSC, consciente des opportunités qu'offrait le domaine de la santé dentaire au niveau de l'action, mandatait des professionnels de différentes disciplines et selon un modèle de représentativité régionale, afin de proposer une **mesure standardisée d'indicateurs de santé dentaire à l'échelle provinciale**. Les objectifs poursuivis étaient d'éliminer la production de données utiles certes mais non comparables et de faciliter aux DSC l'évaluation de l'impact des programmes mis en oeuvre et la planification de l'ensemble des services nécessaires à l'amélioration de la santé dentaire des Québécois. L'échange avec les autres partenaires du réseau a permis de constater la convergence potentielle des objectifs de chacun et la nécessité, compte tenu des besoins exprimés et du souci d'utilisation rationnelle des ressources, de réaliser dès septembre 1983, simultanément dans toute la province, le projet actuel.

## 2.2 Nature du projet

Le projet n'est pas une enquête épidémiologique classique. Le directeur de la santé communautaire au ministère des Affaires sociales qualifie à juste titre l'opération **d'enquête action**, puisqu'il s'agit d'une première tentative de rapprochement de préoccupations à la fois scientifiques et opérationnelles des différents niveaux d'intervention du réseau.

Le projet rejoint effectivement certaines préoccupations tant du MAS, des CRSSS, des DSC que des CLSC. Il permet de créer des liens dans un domaine commun, celui de l'évaluation. Il permet aussi d'éviter la multiplication des enquêtes locales qui, pour être comparables auraient nécessité une infrastructure de standardisation permanente. Le projet évite enfin la duplication d'un ensemble d'activités devant être réalisées en 32 exemplaires.

## 2.3 Les déterminants du projet

Les objectifs spécifiques du projet sont de:

- . créer en 1983, une base de référence pour permettre l'évaluation de l'impact des programmes préventifs sur la condition dentaire et fournir des indicateurs clés pour la planification des services dentaires, à tous les niveaux d'intervention.
- . uniformiser les méthodes utilisées
- . exercer la concertation des établissements concernés dans un projet d'envergure

La population cible comprend un échantillon représentatif à

l'échelle des territoires de CLSC d'enfants de 2<sup>e</sup> et de 6<sup>e</sup> année et un échantillon provincial d'enfants de 13-14 ans, comparable à celui utilisé par Stamm en 1977 et permettant de mesurer l'évolution des indicateurs en fonction des programmes de soins dentaires préventifs développés.

**Les indicateurs mesurés sont:**

- . l'indice CAO sur face visuel
  - . mesure la prévalence de la carie et ses niveaux et évalue des besoins en traitement
- . l'indice modifié de Russel
  - . mesure les problèmes périodentaires
- . des paramètres d'occlusion et un indice de malocclusion, mesure nécessaire chez les 13-14 ans pour des fins de planification de services.
- . un indice de débris, le brossage et l'utilisation de la soie dentaire
  - . évaluent les problèmes d'hygiène buccal

**La structure opérationnelle de concertation est à certains niveaux fort complexe. Le tableau suivant nous en donne un aperçu.**

## STRUCTURE OPERATIONNELLE DE CONCERTATION

| LES GRANDES ETAPES DU PROJET                                         | PRINCIPAUX PARTENAIRES                                                         | LEADERSHIP DE L'ACTION                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Conception du projet                                                 | Comité de santé dentaire - MAS - Université                                    | Dr Martin Payette, St-Luc - Dr Michel Marchand, Chicoutimi, Dr Jean-B. L'Heureux, Maisonneuve |
| Structuration du projet                                              | Comité de santé dentaire - ADDSC - MAS                                         | Comité de santé dentaire                                                                      |
| Coordination du projet                                               | MAS - DSC - CLSC                                                               | DSC                                                                                           |
| Coordination stratégique                                             | MAS - ADDSC - Comité de santé dentaire                                         | ADDSC                                                                                         |
| Coordination scientifique                                            | MAS - DSC - Université                                                         | Dr Martin Payette, St-Luc                                                                     |
| Coordination technique                                               | DSC                                                                            | Dr Jean-B. L'Heureux, Maisonneuve                                                             |
| Coordination opérationnelle                                          | DSC - CLSC<br>Ecoles primaires et secondaires                                  | Coordonnateurs régionaux<br>Responsables de dossiers en sous-régions                          |
| Echantillonnage                                                      | DSC - CLSC - MAS                                                               | Dr Rejean Plante, St-Luc<br>Dr Jean-Claude Payette, Joliette                                  |
| Calibrage                                                            | DSC - Université<br>Dentistes examinateurs : secteur public<br>: secteur privé | Dr Martin Payette, St-Luc<br>Dr Jean-B. L'Heureux, Maisonneuve                                |
| Collecte des données                                                 | Ressources DSC - CLSC<br>Dentistes examinateurs : public<br>: privé            | DSC                                                                                           |
| Analyse et production des résultats                                  | DSC - Université - MAS                                                         | Dr Martin Payette, St-Luc<br>Dr Jean-B. L'Heureux, Maisonneuve - DSC                          |
| Ressources utilisées<br>: matérielles<br>: humaines<br>: financières | DSC<br>RAMQ<br>MAS                                                             | DSC                                                                                           |

## 2.4 Les véritables enjeux du projet

Nous aborderons maintenant les véritables enjeux du projet soit l'épreuve de la **concertation**, le tour de force de la **coordination** et l'impératif des **suites** à donner. C'est par rapport à ces enjeux que les difficultés les plus importantes ont été vécues et sont encore pressenties. Elles sont d'autant plus nombreuses que le projet constitue une première dans le domaine.

Si nous parlons d'épreuves en abordant la **concertation**, c'est que l'exercice, sans doute fort enrichissant, peut s'avérer à certaines étapes, douloureux. Bien que nous ayons constaté au départ la convergence des objectifs des différents partenaires concernés, force nous a été de constater l'écart et l'effort consensuel indispensable à leur traduction dans l'ensemble des activités nécessaires à la réalisation du projet. Autant de partenaires autant d'idées sur l'ensemble des décisions devant être prises et autant d'imprécisions et de questionnements suscités par les difficultés de maintenir l'information exacte et uniforme à tous les niveaux. Nous ne saurions évaluer le nombre de concessions que chacun a dû faire et le nombre d'actes de foi nécessaires à la poursuite de l'action, les perceptions et les contraintes n'étant pas les mêmes à chaque niveau.

Si nous parlons de tour de force de **coordination** c'est qu'il n'est pas difficile de le croire lorsqu'il s'agit d'orchestrer dans le temps et l'espace un nombre aussi important d'organisations et d'intervenants. Les lourdeurs administratives, les feux à éteindre, les concessions à négocier, les pressions à exercer pour persuader et avoir des résultats concrets et la gestion des enjeux politiques ont été et sont

encore le pain quotidien des coordonnateurs.

Mais il ne faut pas sous-estimer le dernier enjeu, soit l'impératif des suites à donner à un projet d'une telle envergure. Les indicateurs mis en évidence devront être améliorés par la mise en oeuvre de services dentaires adéquats, par des programmes dentaires préventifs efficaces et efficients et surtout par l'établissement d'une véritable politique de santé dentaire axée sur les éléments constitutifs de ces programmes. Le défi doit être relevé tant sur le plan opérationnel que stratégique et politique.

## 2.5 Les limites

Cette enquête action n'est pas la seule base d'évaluation sur laquelle nous devons compter. Les indicateurs réfèrent à l'impact des programmes. D'autres projets d'évaluation seront nécessaires afin de mettre en évidence les meilleures stratégies de changement de comportement. La concertation et la coordination des efforts à l'échelle régionale et provinciale permettrait d'éviter, là encore, les duplications inutiles.

## 2.6 L'évaluation du projet

L'évaluation du projet devra porter à priori sur les forces et les faiblesses des structures de concertation et de coordination et sur l'analyse coût efficacité et coût efficience du projet. Certaines données sont déjà recueillies à cet effet.

# 3. LES CONDITIONS ESSENTIELLES A LA POURSUITE DE L'ACTION

---

L'enquête santé dentaire Québec ADDSC-MAS constitue comme nous l'avons déjà souligné une base pour l'action. Le projet prouve

qu'il existe à l'intérieur du réseau, des ressources capables de se coordonner et de se concerter en vue d'objectifs communs en même temps que d'assurer une approche scientifique et rationnelle des problèmes de santé. Il pose par ailleurs à ce même réseau le défi d'améliorer les indicateurs d'impact qui seront mis en évidence. La cohérence entre les actions passées et futures est essentielle. Celle-ci implique cependant:

- . **la reconnaissance de la validité de la méthodologie et des résultats du projet.** Les enquêtes locales destinées à mettre en évidence ces mêmes indicateurs de santé ne devraient plus avoir leur raison d'être à court terme.
- . **la reconnaissance des éléments déterminants de la problématique** en termes d'intervention préventive, soit l'absorption systémique et l'application topique de fluorures la pratique de saines habitudes d'hygiène buccale et l'alimentation équilibrée. La volonté de changement des stratégies d'intervention et la créativité sont nécessaires à l'innovation des pratiques d'éducation sanitaire.
- . **la reconnaissance mutuelle des compétences** afin que toutes soient utilisées à la réalisation des objectifs. La santé dentaire n'est pas seulement l'affaire des professionnels de la santé dentaire et des responsabilités doivent être prises à tous les niveaux. Il est enfin essentiel que l'ensemble des ressources soient mobilisées en fonction des objectifs prioritaires.
- . **enfin la reconnaissance des forces et des faiblesses de la concertation et la volonté d'améliorer les stratégies et les structures** déjà en place par un leadership assumé, partagé et concerté à partir du micro jusqu'au macro système.

DOCUMENT DE TRAVAIL

ELABORATION D'UNE POLITIQUE DE SANTE COMMUNAUTAIRE  
EN MATIERE DE SANTE ENVIRONNEMENTALE

DOCUMENT DE TRAVAIL

Jacques Normandeau  
Département de santé communautaire  
de Valleyfield

Novembre 1983.

## Elaboration d'une politique de santé communautaire en matière de santé environnementale

### a) Problématique

Plusieurs épisodes environnementaux, ayant eu un impact négatif sur la santé de certaines communautés, ont amené la société à s'interroger sur les effets néfastes de certaines activités humaines sur la santé publique. Ainsi, la contamination de la baie de Minamata au Japon par des déchets mercuriels d'une industrie, a provoqué parmi plusieurs centaines de résidents une forme nouvelle d'hydrargyrisme causé par le méthylemercure originant de la transformation bactériologique du mercure dans les sédiments contaminés. Des épisodes de pollution aérienne sulfurée («smog» acide), tels ceux de la Vallée de la Meuse en Belgique (1930), de Donora en Pennsylvanie (1948) et de Londres (1952) ont provoqué plusieurs milliers de décès en excès; plus récemment, la contamination du sol par des dioxines a amené le gouvernement américain à évacuer deux communautés: Love Canal (Niagara Falls, New York) et Times Beach (Missouri). La santé environnementale possède déjà ses propres pathologies telles la maladie de «Minamata» décrivant le syndrome de l'intoxication chronique au méthyle-mercure, la maladie «Itai-Itai» qui est une décalcification osseuse identifiée au Japon (Baie de Toyama) chez les intoxications chroniques au cadmium et la maladie de «Yusho» qui est un syndrome cutané identifié au Japon lors d'intoxication aux biphényles polychlorés. Tous ces épisodes représentent des situations où la contamination environnementale était très élevée; depuis, on a pu identifier certaines situations environnementales «insidieuses», où la contamination ne provoque pas de pathologies spectaculaires, mais contribue à l'augmentation de la morbidité dans la population exposée. Ainsi, une eau potable riche en sodium élèvera l'incidence de l'hypertension, alors qu'une eau potable pauvre en calcium provoquera une augmentation des

cardio-myopathies; une contamination par l'arsenic augmente les cancers de la peau, alors que la présence excessive de cobalt provoque un goître. Les exemples sont multiples, ainsi d'ailleurs que les situations environnementales qui n'ont pas encore été évaluées.

La qualité de l'environnement revêt une grande importance au niveau de la santé communautaire. En 1976, un groupe de travail de l'Institut national des sciences de la santé environnementale (E.U.) émettait un rapport concernant les besoins de recherche sur le domaine, en s'appuyant sur les considérations suivantes:

- « - Les coûts du diagnostic et du traitement médical sont astronomiques et en croissance: une augmentation additionnelle des investissements dans ces domaines ne produira pas d'amélioration significative de la longévité moyenne, de la productivité ou de la qualité de la vie;
- La prévention de la maladie, du handicap et du décès prématuré produira les plus grands bénéfices pour la société; et
- L'identification, l'évaluation et la modification subséquente du rôle des facteurs environnementaux causant la maladie et le décès prématuré produira rapidement des bénéfices majeurs dans la prévention et le contrôle de maladie.»

Il apparaît donc essentiel, dans une optique d'amélioration ou de maintien de l'état de santé de la population, de pouvoir identifier, évaluer et contrôler les facteurs environnementaux délétères responsables d'un accroissement de la morbidité ou de la mortalité précoce.

### Situation québécoise

Le Québec possède déjà un bref historique d'épisodes environnementaux. L'histoire québécoise de la santé environnementale comprend d'ailleurs deux grands types d'intervention: une situation environnementale connue dont on recherche les impacts au niveau de la santé publique ou une situation de santé connue dont on recherche les causes environnementales. Ainsi, dans la première catégorie, on retrouvera le projet «Rouyn-Noranda» coordonné par le défunt Bureau d'étude des substances toxiques, où l'on a évalué l'effet sur la population de la contamination du milieu par des métaux lourds; l'étude sur les effets du mercure chez les Amérindiens du Nord-Ouest québécois effectuée par le ministère des Affaires sociales; l'évaluation des taux de mercure dans la population blanche de certaines régions à risque du Québec effectuée par le Centre de toxicologie du Québec. Dans la seconde catégorie, on retrouvera les cardio-myopathies des buveurs de bière contenant 1 ppm de cobalt; les leucémies non-lymphoïdes de la région de St-Hyacinthe.

Les exemples sont très limités, du fait même de la faible activité québécoise dans le domaine. Les situations environnementales pouvant faire l'objet d'une étude d'impact au niveau de la santé existent pourtant au Québec, tant au niveau local (émissions de métaux lourds par l'incinérateur de résidus organiques industriels Tricil de Ville Mercier) qu'au niveau régional (qualité des eaux de consommation de la Montérégie) ou provincial (grain contaminé par des mycotoxines, gestion des déchets industriels et domestiques, arrosage forestier de pesticides).

Cette situation résulte du développement récent de la santé environnementale; un hybride du champ traditionnel de la santé et du champ plus récent de l'environnement. La dimension environnementale rend les organismes de santé inconfortables pour l'intervention dans cette sphère d'activités, alors que la dimension santé a le même effet sur les organismes environnementaux. Le dossier n'a évolué qu'à travers des interventions ponctuelles générées par des problèmes se manifestant dans l'opinion publique.

Il est intéressant d'observer que plusieurs de ces dossiers ont été menés par des D.S.C. Ce phénomène traduit bien les préoccupations de ces organismes dans ce domaine, du fait de leur approche préventive des populations-cibles. Ceci a d'ailleurs été confirmé par une lettre que le sous-ministre des Affaires sociales, monsieur Jean-Claude Deschênes adressait le 31 mai dernier à son collègue du ministère de l'Environnement, monsieur Pierre B. Meunier et qui se lisait comme suit:

*«Finalement, j'aimerais aussi vous souligner que le ministère des Affaires sociales entend impliquer de plus en plus ses trente-deux départements de santé communautaire dans l'évaluation des impacts sur la santé publique. Cette politique m'apparaît justifiée puisque la responsabilité des départements de santé communautaire est de protéger la santé publique, d'autant plus que plusieurs projets ont souvent un caractère local ou régional. Dans le cas de projets à caractère nettement supra-régional ou provincial, plusieurs départements de santé communautaire doivent être impliqués.»*

Le réseau de la santé communautaire, de par son expérience et son mandat, est la structure privilégiée pour intervenir en santé environnementale. La première action concertée consistera pour le réseau, à définir son

rôle en matière de santé environnementale à travers une politique. Celle-ci devrait contenir le rôle du réseau, les modes d'intervention privilégiés, les mécanismes de coordination avec les divers intervenants et les ressources requises pour réaliser ce mandat.

La formation d'un comité de travail en santé environnementale aura pour effet de rationaliser les efforts visant l'élaboration de la politique.

Le développement de la santé environnementale au sein de la santé communautaire nécessitera certains investissements, comme l'ont exigé les autres programmes et nous devons accepter ces coûts si nous voulons en retirer les bénéfices que nous sommes en droit d'attendre d'un tel programme.

b) Objectifs

Le présent projet vise l'élaboration d'une politique de santé communautaire en matière de santé environnementale. Cette politique devra éventuellement amener le développement d'un programme de santé environnementale visant à identifier et à solutionner des problèmes locaux, régionaux et provinciaux de santé environnementale à travers la démarche de santé communautaire.

c) Echéancier

Il est essentiel de créer un consensus au sein du réseau de santé communautaire en matière de santé environnementale de façon à entreprendre une action cohérente dans ce domaine. L'identification de modes d'intervention efficaces et l'uniformisation des politiques feront reconnaître le réseau comme meneur en santé environnementale.

Le comité aura comme première tâche d'analyser l'historique de la santé environnementale au Québec, afin de dégager les éléments essentiels de la problématique et d'identifier des solutions potentielles.

*«1° Définir, dans une perspective historique, la problématique québécoise en matière de santé environnementale;»*

Le comité devra ensuite se pencher sur la problématique d'autres provinces et d'autres pays, afin de valider l'analyse effectuée précédemment et d'élargir l'éventail des solutions possibles. L'expérience étrangère, prise dans son contexte, pourra permettre d'éliminer des orientations susceptibles d'être nuisibles au développement de la santé environnementale.

*«2° Effectuer une analyse comparative de la problématique québécoise et d'autres problématiques rencontrées dans d'autres provinces et d'autres pays;»*

Le comité devra aussi scruter attentivement la loi sur la santé publique, la loi sur la qualité de l'environnement, la loi sur les services de santé et les services sociaux et tous les autres textes de lois québécois pertinents, afin de bien identifier le cadre légal à travers lequel le réseau pourra intervenir. Cette revision permettra aussi de bien cerner les responsabilités des divers intervenants et d'identifier les lignes formelles de communications entre eux. Enfin, l'étude de la législation permettra de définir le rôle du réseau en matière de santé environnementale et éventuellement de proposer des amendements à la législation actuelle en ce domaine.

*«3° Inventorier et analyser la législation québécoise pertinente en vigueur;»*

La réalisation des étapes précédentes fournira au comité les éléments nécessaires à la formulation de la politique. Celle-ci comportera essentiellement différents scénarios qui seront autant d'alternatives sur lesquelles le réseau aura à se pencher pour la prise de décision. Il n'appartient pas au comité de décider, en ne soumettant qu'une seule orientation: le comité a cependant comme rôle de fournir au niveau décisionnel les données nécessaires pour une décision éclairée.

*«4° Elaborer les différents scénarios d'une politique de santé communautaire en matière de santé environnementale;»*

La disponibilité des ressources, étant un facteur important dans la solution de problèmes et conséquemment dans la prise de décision au niveau de la politique, le comité évaluera les ressources requises pour chaque scénario, afin de prévoir les différents niveaux de développement requis.

*«5° Définir les ressources requises par chaque scénario;»*

Le document produit devra faire l'objet d'une consultation intensive à travers le réseau pour être validé et pour amorcer les discussions qui devraient produire un consensus en matière de santé environnementale. Le comité soumettra le document produit aux directeurs de D.S.C., fournira les éclaircissements nécessaires lors de la consultation, recueillera et analysera les modifications proposées.

Il est important que tout le réseau soit impliqué au niveau de la critique du document et une certaine animation devrait être prévue afin d'assurer le dynamisme de la consultation.

*«6° Consulter le réseau de la santé communautaire sur la politique élaborée et fournir le support requis lors de la consultation;»*

Le comité rédigera ensuite la politique finale, la cédula d'implantation requise et les priorités d'intervention déjà identifiées qu'il soumettra au comité aviseur.

*«7° Rédiger la politique finale et déposer  
la cédula d'implantation et les priorités  
identifiées.»*

Lors de la complétion de ces étapes, l'existence et le rôle du comité de travail en santé environnementale sera défini par la politique sanctionnée.

Le diagramme de la page suivante illustre les prévisions de réalisation des différentes étapes. La cédula prévue pourra éventuellement être perturbée par la disponibilité des ressources.

# CECULE DE REALISATION

| ETAPES PREPARATOIRES      |                          |                  | REDACTION                          | CONSULTATION            | FINALISATION                     |       |     |
|---------------------------|--------------------------|------------------|------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|-------|-----|
|                           |                          |                  |                                    |                         | Cédule d'implantation            |       |     |
| Problématique hors Québec |                          |                  | Prévision des ressources           | Sélection des priorités | Rédaction des priorités          |       |     |
| Organisation du comité    | Problématique québécoise | Analyse des lois | Rédaction de la politique proposée | Consultation            | Rédaction de la politique finale |       |     |
| Octobre                   | Novembre                 | Décembre         | Janvier                            | Février                 | Mars                             | Avril | Mai |

d) Formation du comité de travail en santé environnementale

En conformité avec le mandat ci-haut présenté, le comité se composera:

- 1° d'un responsable assurant la continuité et le suivi du mandat. La personne choisie a la responsabilité du comité et de l'organisation du travail et possède une formation et une expertise en environnement et en santé communautaire.
- 2° de professionnels provenant du réseau selon les ressources nécessaires pour la réalisation des différentes étapes du premier mandat:
  - médecin
  - hygiéniste de l'environnement
  - démographe
  - épidémiologiste
  - administrateur

Les conditions de libération seront soumises à l'approbation des directeurs concernés.

Le comité devra aussi bénéficier d'un support clérical adéquat, de locaux appropriés et d'un budget suffisant pour l'exécution de son mandat. Afin de réduire la capitalisation et de favoriser un meilleur contrôle, le responsable sera rattaché à un D.S.C. Le comité de travail agira sous la supervision du comité consultatif en santé environnementale auquel il communiquera, ainsi qu'aux directeurs de département de santé communautaire, un rapport mensuel d'activités et d'avancement des travaux. La participation du responsable du comité de travail aux sessions du comité consultatif en santé environnementale favorisera une meilleure coordination entre les deux comités.

e) Organismes impliqués

Le réseau de santé communautaire, le ministère de l'Environnement et le ministère des Affaires sociales seront les principaux organismes consultés lors de l'élaboration de la politique. Le ministère de l'Energie et Ressources, le ministère de l'Agriculture, Santé et Bien-être Canada, le Département américain de la santé et des services humains, l'Agence américaine de protection de l'environnement et le Centre américain pour le contrôle des maladies seront aussi consultés. Il est possible que d'autres organismes, telle la Commission de santé environnementale du Massachussets, soient contactés.

f) Disponibilité des ressources

Le réseau de santé communautaire dispose déjà des compétences requises. Il sera cependant nécessaire de faire appel à des consultants extérieurs sur certaines matières et de prévoir l'embauche d'un responsable au niveau du comité de travail.

BIBLIOGRAPHIE

Nelson N., prés., «Human health and the environment - some research needs», Report of the second task force for research planning in environmental health science, DHEW # NIH 77-1277, Washington, 1977, 497 pages.

Délisle A., «Bombes à retardement», Québec-Science 18 (12): 12-21 (1980).

Bonhomme J.P., «Les poisons industriels qui tuent», La Presse, édition du 10 janvier 1981, p. A 5.

Godin P., «Les robinets qui tuent», L'Actualité 7 (9): 70-79 (1982).

( ), «Projet région Rouyn-Noranda», Rapport final, bureau d'étude sur les substances toxiques, services de protection de l'environnement, 1979.

Weber J.P., Bourbonnais R., Savoie J.Y., «Evaluation des taux de mercure», Centre régional de toxicologie, Editeur officiel du Québec, 1978.

Pampalon R., «Environnement et cancer», ministère des Affaires sociales, Editeur officiel du Québec, 1978.

Bonhomme J.P., «Un inventaire des sites où des déchets toxiques ont été enfouis est réclamé», La Presse, 19 juin 1980.

Bonhomme J.P., «Le golfe St-Laurent menacé par les pollutions industrielles», La Presse, 26 juillet 1980.

Tardif A., «Tricil de Mercier entreprend de nettoyer ses écuries d'Augias», Le Devoir, 27 août 1980.

BIBLIOGRAPHIE (suite)

Wilson F., «Quebec probes waste dump» The Gazette, 7 novembre 1980.

Weber H., Barbeau D., «La problématique des substances toxiques dans l'environnement», Tome V, l'inventaire sommaire des activités dans le domaine des substances toxiques dans l'environnement, Bureau d'étude sur les substances toxiques, services de protection de l'environnement, 1977.

Casarett, L.J., Doull J., éditeurs, «Toxicology-the basic science of poisons» McMillan Publishing Co., New York, 1975, 768 p.

( ) «Risques pour la santé du fait de l'environnement» O.M.S., Genève, 1972, 406 p.

5.3 LES MALADIES INFECTIEUSES: POUR UNE MISSION EN SANTÉ

IL FAUT D'ABORD ÊTRE BIEN IMMUNISÉ

MONSIEUR JEAN-GUY BONNIER, D.S.C. VERDUN

Colloque des départements de santé communautaire  
«Pour une mission en santé»

Conférence-carrousel de mardi 1e 13 décembre 1983  
sur les maladies infectieuses

Jean-Guy Bonnier D.S.C. Verdun  
Président du comité des maladies  
infectieuses de l'A.D.D.S.C.

SUJET: Pour une mission en santé il faut d'abord être bien immunisé

INTRODUCTION:

Ce titre n'est pas une simple boutade mais il veut vous signifier qu'en 1983 le problème des maladies infectieuses demeure la première priorité des organismes de santé. Le docteur René Tremblay, président de l'A.D.D.S.C., écrivait récemment que le problème des maladies infectieuses est «fondamental et peut-être le seul dont les assises légales sont les plus claires pour l'ensemble des D.S.C.». Nous sommes conscients que les problèmes de santé reliés aux accidents, aux maladies cardio-vasculaires, aux maladies chroniques, au cancer constituent le nouveau défi pour les responsables de la santé publique mais, n'oublions pas que les maladies infectieuses constituent la cause de morbidité la plus importante dans le monde, que les micro-organismes s'adaptent aux changements de l'environnement et que l'apparition de souches de bactéries antibiorésistantes et de nouvelles maladies (SIDA-Légionnellose) constitueront un défi permanent qui impose une mise-à-jour continuelle des méthodes de prophylaxie et de contrôle des maladies infectieuses (bio-vigilance).

Les intervenants-tes en maladies infectieuses de divers niveaux des organismes de santé communautaire vivent une période d'insécurité, d'inquiétude sur le devenir du contrôle des maladies infectieuses. Au cours de ce colloque sur la planification socio-sanitaire, il vous appartiendra d'apporter des réponses sinon des éléments de réponses aux préoccupations de ces responsables des maladies infectieuses.

C'est à titre personnel et non au nom du comité des maladies infectieuses que je discuterai avec vous les paragraphes suivants du chapitre des maladies infectieuses:

1. Quelques données et commentaires généraux sur les maladies infectieuses.
2. Le sort des maladies infectieuses dans l'histoire des commissions d'enquête sur la santé.
3. La législation des maladies infectieuses: son effet pour le ministère des Affaires sociales et les départements de santé communautaire.
4. Quelques exemples de coordination des départements de santé communautaire dans les programmes des maladies infectieuses.

Au niveau provincial: Comité des maladies infectieuses de l'A.D.D.S.C.

Au niveau régional: Comité des programmes des D.S.C. de la région 06-A. Programme régional des maladies transmises sexuellement.

5. La décentralisation des services: est-ce applicable au contrôle des maladies infectieuses?
6. Y a-t-il une volonté ferme et unanime des départements de santé communautaire à se définir des objectifs de santé en maladies infectieuses et à accorder une priorité aux interventions nécessaires? Deux dossiers-types vous sont soumis:

.Statut d'immunisation des enfants

.Eradication de la rougeole indigène au Québec

1. Quelques données et commentaires généraux sur les maladies infectieuses. - «Food for thought».

Nous n'avons pas l'intention de vous donner un cours de statistiques sur les maladies infectieuses mais pour vous situer dans le sujet, nous ferons un bref rappel de certaines données et nous y ajouterons quelques commentaires.

#### 1.1 Quelques données:

- a) Les maladies infectieuses étaient la quatrième cause de décès aux Etats-Unis en 1976. (Voir tableau 1: Public Health Report May-June 1983 Vol. 98, No 3).
- b) Les maladies infectieuses étaient la première cause de morbidité aux Etats-Unis en 1981. (Voir tableau 2: Public Health Report Mai-June 1983 Vol. 98, No 3).
- c) Les M.T.S. représentent plus de 50% des maladies à déclaration obligatoire au Canada en 1976. (Voir tableau 3: Canadian Journal of Public Health Vol. 71, January-February 1980).
- d) Les programmes d'immunisation ont contribué à la régression de la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la rubéole et de la poliomyélite. (Voir tableau 4, 5 et 6: Canadian Journal of Public Health, Vol. 71, January-February 1980).

Toutefois rappelons que le Rapport de l'enquête santé Canada signale que le degré d'immunité de la population du Québec, principalement contre la poliomyélite, n'est pas suffisant.

- e) La morbidité due à la tuberculose régresse constamment pour l'ensemble de la population du Québec. Certains groupes cependant représentent un risque majeur en raison de leur taux élevé. (Voir tableau 7: Bulletin-Laboratoire de santé publique, No 2, 1983).
- f) Les Centers for Disease Control (C.D.C.) estiment que chaque année l'hépatite B (H.B.V.) est à l'origine de 200,000 infections dont 67,000 causeront un ictère et près de 4,000 seront causes de décès. La principale cause de décès associée à cette infection est la cirrhose (3,500) suivie de l'hépatite aiguë et du cancer du foie. On estime qu'aux Etats-Unis le traitement de l'hépatite B coûte environ 1 million de dollars par jour. Le défi majeur est de vacciner les homosexuels/ bisexuels mâles et les utilisateurs de drogues intra-veineuses avant qu'ils soient exposés à l'infection si on veut que le vaccin ait un effet sur la santé publique. (Voir tableau 8: Public Health Reports May-June 1983, Vol. No 3).
- g) Un nouveau problème de santé publique très important nous est apparu récemment: celui du S.I.D.A. (Syndrome d'immuno-déficience acquise). (Voir tableau 9: Public Health Reports May-June 1983, Vol. No 3).
- h) Environ 5 à 6% des patients admis dans les hôpitaux développent durant leur séjour une infection nosocomiale. On estime qu'aux Etats-Unis ces infections coûtent annuellement 1 milliard de dollars.

## 1.2 Commentaires:

- a) Le portrait des maladies infectieuses est incomplet car, il y a sous-déclaration des maladies à déclaration obligatoire.
- b) Notre système de surveillance des maladies infectieuses au Québec est déficient.
- c) Tandis que la qualité des agents immunisants tend à s'améliorer, la qualité des programmes ne suit pas toujours la même tendance.
- d) Pour avoir des informations statistiques sur les maladies infectieuses on doit consulter le M.M.W.R., Centers for Disease Control des Etats-Unis ou le Rapport hebdomadaire des maladies au Canada. (Santé et Bien-être social Canada). Les seules données disponibles au Québec sont les rapports annuels de la Division des maladies infectieuses du M.A.S. On y retrouve des pages et des pages de chiffres sans analyse et le système n'est pas informatisé. Ces rapports

ont peu de chance d'être consultés par les professionnels-elles du D.S.C. sauf par quelques personnes oeuvrant en maladies infectieuses. Il y aurait avantage à publier un bulletin avec des textes explicatifs qui seraient susceptibles d'intéresser tous les travailleurs-euses de la santé. A titre d'exemples, je vous montre le Epidemiological Bulletin de la Saskatchewan. On pourrait aussi mentionner le récent Bulletin du laboratoire de santé publique du Québec.

- e) Les vaccins demeurent encore une des grandes aubaines dans le domaine de la santé. Aux Etats-Unis, on estime que le coût total des vaccins nécessaires pour compléter le calendrier d'immunisation chez un enfant - 5 doses de D.C.T., 4 doses de Sabin et 1 dose de M.M.R. coûte moins de 10 dollars. Le mode des achats des produits biologiques au Québec a subi plusieurs transformations au cours des récentes années et on constate qu'il n'y a pas d'uniformité dans la rigueur et la façon de comptabiliser les coûts des produits biologiques, des transports et d'administration et des pertes possibles par la non-utilisation des produits biologiques. Le coût global des vaccins est parti de 900,000\$ en 1977-78 à 2,700,000\$ (estimation) en 1981-82. (Tableau 10: Produits biologiques. Commission des achats de groupe du C.R.S.S.S. de la région 06-A). Mentionnons que les prix des principaux vaccins utilisés par les D.S.C. ont augmenté de 187,5% depuis 5 ans soit une augmentation annuelle de 37,5%. Les produits achetés à l'Institut Armand-Frappier ont subi une hausse moyenne de 380% en 5 ans, ceux de Connaught de 245%. Merck Sharp & Dohme affiche une augmentation moyenne de 51% pour les 5 dernières années. Malgré l'augmentation des coûts des produits biologiques, les coûts relatifs aux programmes de vaccination constituent un petit pourcentage des dépenses totales des fournitures et un très faible pourcentage du budget global du D.S.C. pour un programme qui ne peut se détériorer, sans compromettre la santé publique et dont les analyses coût-profit s'avèrent très positives.
- f) L'un des paradoxes du domaine des maladies infectieuses, c'est que plus le programme de lutte est couronné de succès, plus le problème semble devenir mineur ce qui entraîne une complaisance accrue, un scepticisme de la part de la société (à tous les niveaux), une compétence de diagnostic moindre chez les médecins qui ne rencontrent plus ces types de maladie, une détérioration des normes et soudainement, une réapparition potentielle ou une mutation du problème initial.
- g) Devant un tel tableau vous voyez l'importance d'un travail de coordination entre le ministère des Affaires sociales, la Commission des achats du C.R.S.S.S. (06-A), les départements de santé communautaire et les fabricants des vaccins.

## 2. Le sort des maladies infectieuses dans l'histoire des Commissions d'enquête sur la santé.

Depuis 20 ans, nous avons été témoins de plusieurs enquêtes sur la santé et au Québec nous avons vécu une réforme majeure dans les services de santé et les services sociaux au début des années 1970. Regardons succinctement ce que ces Commissions disaient ou ne disaient pas au sujet des maladies infectieuses.

### 2.1 Commission Royale d'Enquête sur les services de santé 1964 - (Rapport Hall)

On lit dans le volume 1 «que la lutte victorieuse menée contre des maladies comme la variole, la diphtérie, la tuberculose, la poliomyélite et la coqueluche a fait reculer ce groupe de maladies de sa place de problèmes de santé numéro 1 à un rang qui vient après celui des maladies chroniques et des accidents...».

On ajoute: «On ne devrait pas laisser les succès obtenus masquer le fait que l'on doit continuer à appliquer des mesures de lutte et les intensifier dans certains cas si nous voulons continuer à combattre efficacement ces maladies».

Dans le cadre de cette Commission, on retrouve deux monographies d'intérêt pour les maladies infectieuses: une sur la «tuberculose» et l'autre sur les «Services de santé communautaire organisés».

### 2.2 Rapport de la Commission d'Enquête sur la Santé et le Bien-être social. Gouvernement du Québec 1967

Dans le volume 1, on affirme que l'assurance-maladie est un élément essentiel à la réalisation d'une politique sociale véritablement basée sur la prévention.

Au chapitre des médicaments on rappelle que certains médicaments, tels que les vaccins peu coûteux, ont un rendement considérable tandis que d'autres, se sont après un certain temps, révélés des dangers publics.

Donc, on y retrouve des énoncés généraux mais, rien de spécifique sur les maladies infectieuses.

Un annexe de ce rapport traite de «l'évolution des modes de distributions des soins au Québec. Etude rétrospective et prospective». Novembre 1967 - J.Y. Rivard, G. Blain, J.C. Martin, Y. Taylor.

Dans ce document on y retrouve une bonne étude rétrospective des services d'hygiène publique et de leur rôle dans le contrôle des maladies infectieuses.

Dans l'étude prospective (la futurologie) les auteurs sont silencieux sur le sujet des maladies infectieuses.

2.3 Rapport de la Commission d'Enquête sur la Santé et le Bien-être social (1966-1970). (Rapport Castonguay - Nepveu)

Dans le tome I du vol. IV, on y retrouve un rappel historique des initiatives en santé publique et de leur rôle dans le contrôle des maladies infectieuses et la protection du milieu.

Dans l'analyse de l'état de santé de la population, on fournit quelques statistiques sur la mortalité infantile et la tuberculose. On est silencieux sur le rôle des programmes de vaccination...

Dans le tome II du vol. IV, on recommande que les «bureaux de santé actuels communément appelés «Unités sanitaires» deviennent des C.L.S.C. ou soient intégrés à des C.C.S. ou à des C.H.U. selon le cas.

C'est aux O.R.S. qu'on recommande de confier l'exécution des tâches de santé publique (inspection des établissements industriels et commerciaux, inspection des aliments, contrôle sanitaire de la pollution, etc... (Tableau 10).

L'O.R.S. établira sous la direction générale de la planification et de la recherche, un service des programmes de santé publique comprenant des sections: prévention et étude du milieu.

Par ailleurs, on recommandait que le ministère de la Santé soit chargé de la planification et de la définition de la politique générale de la santé au Québec:

«Que les diverses tâches découlant de la santé publique (sécurité, salubrité, qualité du milieu et des produits), réalisées actuellement par divers organismes centraux, soient intégrées au programme de protection de la santé publique du ministère de la Santé».

Il appartenait à la direction générale de la planification et de la recherche du ministère de la Santé au Québec et de recueillir entre autres l'information nécessaire par la tenue de registres provinciaux sur les maladies infectieuses ... etc.

Selon Pineault et Lessard, on constate que le «premier objectif de la réforme en est un d'accessibilité économique et que le deuxième en est un de contrôle des coûts et que les autres concernent la continuité des soins, leur globalité et leur qualité (disponibilité). La promotion de la

santé et la prévention sont considérées dans ce rapport comme partie intégrante du système de soins et aucune attention particulière n'y est réservée».

En fait, durant cette période d'étude de la Commission sur la réforme de la santé et des services sociaux au Québec, on assiste à une période de stagnation des activités des unités sanitaires du ministère de la Santé et son directeur affirmait, qu'avec les ressources allouées, il ne pouvait plus assumer les responsabilités de la protection de la santé publique au Québec.

Réalisant que des propositions concrètes n'avaient pas été présentées par la Commission à l'égard des programmes de prévention, le ministère des Affaires sociales confiait en 1971, à un groupe de travail, le mandat précis de faire des recommandations sur l'organisation du secteur de la santé publique. Encore ici on ne peut dire qu'il s'agissait d'une véritable préoccupation de santé de la part du Ministère mais plutôt d'une volonté de réorganiser le système des unités sanitaires et des services de santé municipaux. La recommandation principale de ce groupe de travail de créer les départements de santé communautaire se concrétise dans les règlements à la Loi des services de santé et des services sociaux».

On retiendra que le rapport Mc Donald intègre au ministère des Affaires sociales et à l'organisme régional les fonctions épidémiologiques de la santé, fonctions qui doivent être développées en étroite collaboration avec les centres de recherches universitaires.

Donc, on constate dans la réforme l'absence d'une politique globale de santé et d'objectifs spécifiques à atteindre pour des problèmes de santé particuliers; cette constatation s'applique aux maladies infectieuses incluant les M.T.S.

Pineault et Lessard signalent que les «Etats-Unis, par l'intermédiaire de leur département de la santé publique, se sont préoccupés de plus en plus, pendant les dernières années, d'établir des objectifs de santé à l'intérieur desquels différentes actions préventives et curatives pourraient s'inscrire...» et ils vont même jusqu'à avancer que compte tenu du contexte du Québec et notamment du réseau communautaire déjà existant, une telle politique pourrait retrouver au Québec un accueil plus favorable qu'aux Etats-Unis.<sup>9</sup>

Dans ces objectifs de santé qui s'inscrivent dans le cadre de la deuxième révolution en santé publique (la première concernait les maladies infectieuses et la salubrité) on retrouve avec les nouveaux problèmes de santé (contrôle

de l'hypertension, planification familiale, prévention des accidents, du tabagisme, etc...) le maintien des objectifs de services préventifs tels l'immunisation, les M.T.S. et la surveillance et le contrôle des maladies infectieuses.

A titre d'information, vous voyez une liste des objectifs que les américains visent pour 1990. (Tableau 12) Que diriez-vous de les adopter?

3. La législation des maladies infectieuses: son effet pour le ministère des Affaires sociales et les départements de santé communautaire.

Il peut paraître paradoxal de rappeler les exigences que le législateur vous impose mais l'expérience nous a appris que ces exigences étaient souvent méconnues sinon oubliées. Aussi, nous citerons ces législations et ferons un bref rappel de certains articles.

3.1 La liste des lois et règlements:

- .Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., Chap. p. 35)
- .Règlement d'application de la loi de la protection de la santé publique (R.R.Q., 1981 Chap. p. 35 r.1)
- .Décret 975-83, 18 mai 1983 (L.R.Q., Chap. p. 35)
- .A.C. 1444-74 17 avril 1974 Règ. 77-186 1974
- .A.C. 3171-76 15 septembre 1976 Règ. 76-524 17 septembre 1976
- .Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.Q. Chap. 5-5)
- .Règlement en vertu de la loi sur les services de santé et les services sociaux
- .Loi 27
- .Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (Projet)

3.2 Bref rappel de certains articles:

- A. Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q. Chap. p. 35)

La responsabilité de protection de la santé publique, des services de prévention et d'immunisation contre certaines maladies relève du ministère des Affaires sociales. L'obligation d'une immunisation peut être décrétée par le gouvernement après consultation du Bureau de l'ordre des médecins du Québec.

(Rappelons qu'aucune immunisation n'est obligatoire au Québec. Nous reviendrons sur ce sujet quand nous parlerons de l'éradication de la rougeole).

- B. Règlement d'application de la Loi de la protection de la santé publique (R.R.Q. 1981 Chap. p. 35)

Selon l'article 38, le chef du service des maladies infectieuses au ministère des Affaires sociales de même que le chef du département de santé communautaire d'un centre hospitalier doivent prendre les mesures nécessaires pour prévenir et enrayer la contagion et protéger la santé de la population lorsqu'une maladie à déclaration obligatoire leur a été signalée.

- C. Le décret 975-83 du 18 mai 1983 modifie cet article en abolissant le rôle du chef du service des maladies infectieuses du M.A.S. pour laisser l'entière responsabilité au chef du D.S.C. Dans ce même décret on relève que le chef du département de santé communautaire adresse un relevé des maladies à déclaration obligatoire non plus au Service des maladies infectieuses mais à une Direction que je ne connais pas soit la Direction des systèmes d'information.

La loi confirme donc une vive inquiétude dont nous parlerons ultérieurement à savoir le danger imminent de l'abolition d'un service des maladies infectieuses du M.A.S. en ne remplaçant pas le responsable depuis son départ...

On note dans ce décret un article important qui oblige les laboratoires de transmettre au chef de D.S.C. le résultat positif d'un examen de laboratoire ou de département biologie médicale associé à une maladie à déclaration obligatoire.

- D. Selon l'article 40 du règlement modifiant le règlement en vertu de la Loi de la protection de la santé publique «tout employeur doit s'assurer que toute personne à son service qui agit à titre de manipulateur d'aliments, de préposés aux soins, aux malades ou à la garde des enfants se soumette aux examens cliniques et diagnostiques ainsi qu'aux mesures de prophylaxie déterminées par le chef de département de santé communautaire».

Effectivement l'A.D.D.S.C. en mars 1977, émettait des recommandations spécifiques quant aux mesures de prophylaxie concernant une personne qui agit à titre de préposé aux soins des malades ou à la garde des enfants. Des mesures de prophylaxie concernaient:

- rubéole
- tuberculose
- diphtérie
- poliomyélite
- hépatite B

Rappelons qu'il ne s'agit là que d'une simple recommandation faite par une association non décrite dans la loi. Il ne sera donc pas surprenant de constater que ces recommandations ne sont tout simplement pas appliquées par certains D.S.C. ou appliquées de diverses façons.

Au chapitre des vaccinations, la législation et ses règlements ne déterminent aucune norme. Ce sont des circulaires et des directives annulant ou complétant un document antérieur qui déterminent réellement le rôle des D.S.C. pour le programme des vaccinations. Sauf sur le plan des achats et la distribution de certains types de vaccins à des médecins et à des établissements, chaque D.S.C. est complètement autonome.

- E. Dans le projet de règlement sur l'organisation et l'administration des établissements on note que les articles 10 et 11 remplacent les articles 3.8.1, 3.8.2, 3.8.3, 3.8.4.

Il y a peu de changement entre le projet de l'article 10 et les articles 3.8.1 et 3.8.2 qui seront remplacés. Cet article impose à l'établissement de prendre les mesures qui s'imposent pour prévenir et enrayer la contagion et l'infection.

L'article 3.8.3 qui imposait à l'établissement de soumettre son personnel à un examen médical à l'engagement et annuellement est remplacé par l'article passe-partout 10 qui se lit ainsi:

«Un établissement doit s'assurer que chaque personne y oeuvrant se soumette à des normes d'hygiène et à des mesures de prophylaxie et de contrôle microbiologique et chimique».

Selon ce projet de règlement c'est la complète autonomie de chaque établissement mais si le règlement

modifiant le règlement en vertu de la Loi de la protection de la santé publique a priorité c'est au D.S.C. qu'il appartiendra de déterminer ces normes.

Il serait aberrant que chaque D.S.C. définisse ces normes pour les établissements de son territoire sans qu'il y ait coordination provinciale pour une entente inter-D.S.C. pour les divers types d'établissements de santé dans la province.

On peut croire que l'article 4.3.1.1, i i sur le rapport de l'examen médical et le certificat de bonne santé sera aboli.

A l'article 55, 160 on voit apparaître pour la première fois la notion d'infection noso-comiale sans que celle-ci ne soit définie au chapitre de l'interprétation.

L'article 73 du projet de règlement remplacerait l'article 4.5.2.3 qui définit les fonctions du chef du département de santé communautaire.

#### TEXTE PROPOSÉ

Article 73: Le chef du département de santé communautaire doit notamment:

- .
- .
- 40 Veiller à la prévention des épidémies dans le territoire du département.

#### TEXTE ACTUEL

Article 4.5.2.3:  
Le chef de ce département a pour fonctions principales de faire participer les professionnels-elles oeuvrant dans le département.

- .
- .
- d) A des enquêtes sur les épidémies et à la mise en application de mesures de contrôle appropriées.

### 3.3 Quelques observations:

- A. La législation confirme donc l'autorité presque exclusive des départements de santé communautaire dans le domaine des maladies infectieuses et une diminution sinon l'abolition du rôle du service des maladies infectieuses du ministère des Affaires sociales.

- B. Les articles de loi ont une tendance à être vagues et même laxistes.
  - C. On accorde aux départements de santé communautaire une importante autonomie mais nul article n'impose des activités de coordination et de concertation.
  - D. Est-ce que chaque D.S.C. désire cette autonomie dans le domaine des maladies infectieuses?
  - E. Qu'advient-il lors d'une épidémie qui déborde les frontières de plusieurs D.S.C.?  
Qui aura autorité?  
Qui prendra les mesures de contrôle?
4. Quelques exemples de coordination des D.S.C. dans les programmes des maladies infectieuses

Au niveau provincial: le Comité des maladies infectieuses de l'A.D.D.S.C.

Au niveau régional: Comité des programmes des D.S.C. de la région 06-A.

Programme régional des maladies transmises sexuellement.

#### 4.1 Le comité provincial des maladies infectieuses de l'A.D.D.S.C.

##### 1. Description:

###### A. Mandat du Comité

Tel qu'énoncé en 1979 et confirmé en 1981 le mandat du comité est «d'aviser l'Association des chefs de département de santé communautaire et le ministère des Affaires sociales sur toutes questions relatives aux maladies infectieuses». Selon Jean Robert ce mandat objectif a pour avantage d'être clair et consistant en sous-entendant que le Comité a la possibilité et le devoir de prendre tous les moyens nécessaires permettant de donner un avis conforme aux données du moment.

Ceci inclut notamment la consultation auprès de personnes-ressources spécialisées, la consultation auprès du réseau, les séances de formation scientifique, et toute autre activité analogue».

Nous retiendrons donc que selon son mandat original, le Comité des maladies infectieuses de l'A.D.D.S.C. est un comité consultatif auprès de l'Association

des chefs de département de santé communautaire et du ministère des Affaires sociales; il intervient dans le contenu d'un dossier mais, non dans son exécution.

## B. Composition du Comité

A l'origine du comité en 1979, les membres étaient les suivants:

|                               |                                                                          |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| I. Laporte - président        | -Chef D.S.C.                                                             |
| J. Robert                     | -Chef D.S.C.<br>Microbiologiste                                          |
| J.G. Bonnier                  | -Membre D.S.C.                                                           |
| F. Turcotte                   | -Représentant<br>universitaire                                           |
| G. Martineau =<br>J.P. Breton | -Représentants du<br>service des mala-<br>dies infectieuses<br>du M.A.S. |

Dans une lettre d'Isabelle Laporte de novembre 1979 au docteur R. Cadieux, président de l'A.D.D.S.C. on lit:

«La composition du Comité paraît satisfaisante et fonctionnelle même si la représentation régionale n'est pas respectée, puisqu'il s'agit d'un dossier de contenu. Cependant, le comité entend s'adjoindre au besoin des personnes-ressources dont la compétence pourra être mise à profit dans certains dossiers».

En 1980, André Garon, Chef de D.S.C. et Pierre Déry, pédiatre, deviennent membres du comité. En 1981, le docteur Isabelle Laporte qui avait assumé la présidence avec beaucoup de leadership et de compétence, quitte le comité et le docteur J.G. Bonnier assure la présidence.

En 1983, Michel Brazeau, directeur scientifique du Laboratoire de santé publique du Québec et Robert S. Rémis, consultant en maladies infectieuses du comité des programmes de la région 06-A s'adjoignent au comité. Par ailleurs, Gérard Martineau du Service des maladies infectieuses du M.A.S., quitte le comité suite à sa mise à la retraite.

On constate donc, que la représentativité initiale du M.A.S., des D.S.C. et des universités a été respectée. Un autre organisme du réseau, le Laboratoire de santé publique, s'est ajouté.

Au niveau des disciplines on retrouve:

médecins en santé communautaire, chefs de D.S.C. médecins-microbiologistes, pédiatres, universitaires, épidémiologistes.

#### C. Fonctionnement:

Le comité s'est réuni

1. En fonction des mandats qui lui étaient soumis par l'Exécutif de l'A.D.D.S.C.
2. Selon le besoin des dossiers soumis par le Service des maladies infectieuses du M.A.S. Soulignons que ce sont ces dossiers qui ont principalement alimenté les réunions du comité.

On constatera que les décisions du comité étaient retenues par le M.A.S. et les directives qui pouvaient être émises reflétaient la pensée du comité. On assistaient donc à une action coordonnée des D.S.C. et du M.A.S.

Les dossiers sur la rougeole, l'immunisation des jeunes, l'hépatite B, sont des exemples concrets de réalisations du comité qui répondaient tant aux attentes des D.S.C. que celles du M.A.S.

Le comité a visé une action de coordination des D.S.C. en constatant que certains membres de D.S.C. diffusaient divers documents sur les maladies infectieuses sur des sujets identiques et sans que des documents aient été apparemment approuvés par le chef du D.S.C. concerné. La recommandation se lit ainsi: «Le Comité désire promouvoir les recherches sur les maladies infectieuses au sein du D.S.C. et d'autre part, harmoniser les résultats en fonction des politiques et des programmes mis en oeuvre dans l'ensemble des D.S.C. Il est résolu de transmettre à l'A.D.D.S.C. une lettre recommandant que les travaux d'étude ou de recherche sur les maladies infectieuses effectués par le personnel d'un D.S.C. soient approuvés au préalable par le chef du D.S.C. et soumis à l'attention du comité des maladies infectieuses de l'A.D.D.S.C. avant

leur diffusion. Le comité se réserve le droit de convoquer l'auteur s'il le juge à propos.

## 2. Commentaires et les changements possibles d'orientation:

Ce colloque est une occasion unique de soumettre à l'ensemble des D.S.C. certaines interrogations sur le fonctionnement et l'orientation future de ce comité.

### A. Mandat

On semble actuellement favoriser le maintien du statut consultatif du comité auprès de l'A.D.D.S.C. et du M.A.S.

Mais, pour la bonne marche et le bon suivi des dossiers du comité, il est essentiel que l'Exécutif accepte d'accorder une priorité d'emblée aux dossiers relatifs aux maladies infectieuses et qu'éventuellement le comité, après consultation, reçoive pour certaines actions, un mandat clair et précis qui lui permette d'agir avec autorité.

A titre d'exemple, mentionnons le dossier sur le calendrier des immunisations qui a été soumis à l'Exécutif de l'A.D.D.S.C. le 3 octobre 1982 et qui n'a été effectivement étudié que le 11 novembre 1983.

Suite au document de la Direction de la santé communautaire du M.A.S. en date du 15 mars 1983 intitulé «Protocole définissant les éléments cadres relatifs à la formation de comités consultatifs d'experts (C.C.E.) à la Direction de la santé communautaire» il convient que comme intervenants-tes dans ce colloque sur la planification socio-sanitaire vous vous questionniez sur l'opportunité d'un tel comité pour les maladies infectieuses, en plus du comité consultatif actuel de l'A.D.D.S.C. ou en remplacement de ce comité. Les avis à ce sujet sont partagés et je vous fais part de certaines opinions:

- . Le comité consultatif de l'A.D.D.S.C. doit conserver les mêmes voies d'action et le même rôle efficace dans le réseau de santé. Le changement proposé (C.C.E.) a plus de chance de modifier des structures que d'assurer une concertation productive dans la lutte contre l'infection.
- . Par sa composition multidisciplinaire, le comité actuel constitue presque un comité consultatif

expert... il s'agirait d'y ajouter des représentants officiels-elles de l'Association des pédiatres et de l'Association des pneumologues.

- . Sur le plan des principes, on ne s'objecte pas à ce que le M.A.S. forme un comité consultatif expert en maladies infectieuses. Cependant, le C.C.E. ne devrait en aucun cas dupliquer l'action des départements de santé communautaire qui détiennent par la loi des responsabilités précises.
- . On émet de sérieuses réserves sur les modalités de fonctionnement d'un tel C.C.E. et ce sujet mériterait une discussion de fond non seulement au sein de notre Association mais également, avec les hautes autorités du ministère des Affaires sociales.

Indépendamment de la décision de créer un nouveau comité en maladies infectieuses ou de maintenir l'actuel comité, il faut retrouver au M.A.S. un service de maladies infectieuses bien pourvu en ressources scientifiques qui assumera une responsabilité de permanence, de continuité et qui alimentera le comité de dossiers bien documentés. La présence du service de maladies infectieuses du M.A.S. devient une condition sine qua non au bon fonctionnement d'un comité de maladies infectieuses tel qu'il existe ou tel qu'il pourra exister mais également à l'assurance que les actions épidémiologiques entreprises au Québec reposent sur un point d'appui de décision. Lors de l'analyse de la législation nous avons manifesté notre inquiétude devant le retrait dans un article du règlement d'application de la loi de la Protection de la santé publique du rôle du Service des maladies infectieuses dans le contrôle de la contagion.

Cette inquiétude s'accroît lorsque les faits nous confirment le non-remplacement du docteur Gérard Martineau. On peut se poser de très sérieuses questions sur ce qu'il adviendrait en terme d'action et de décision si par malheur, il survenait un incident épidémiologique grave au Québec. Même si on peut avoir 32 opinions différentes sur l'action à entreprendre, l'action effectivement entreprise doit être unique et reposer sur une autorité valable avec tout ce que cela implique. (J. Robert)

#### B. Les effectifs

On constate que 4 personnes sont membres du comité actuel depuis 1979. J'occupe la présidence depuis

3 ans alors que dans mes activités au sein d'un D.S.C., je n'oeuvre pas dans le domaine des maladies infectieuses. Il est prioritaire pour l'Exécutif de l'A.D.D.S.C. de recruter un président et des membres motivés disponibles et oeuvrant activement dans le domaine des maladies infectieuses et chaque D.S.C. se doit de promouvoir des candidats valables et les libérer de certaines obligations pour leur permettre une bonne disponibilité pour les activités du comité.

#### C. Les attentes vis-à-vis le comité

Les principales attentes étaient celles exprimées par le Service des maladies infectieuses du M.A.S. et aussi par l'Exécutif de l'A.D.D.S.C. et concernaient principalement:

- le problème des réfugiés du sud-est asiatique
- la rougeole
- le problème des immunisations
- les produits biologiques distribués par les C.H.-D.S.C.
- l'hépatite B

Les autres attentes se traduisaient par les nombreuses demandes d'information originant des D.S.C. qui laissaient présumer le manque de formation et parfois de compétence.

A l'origine des D.S.C. les programmes de formation relevaient d'un comité ad hoc interuniversitaire; parmi les nombreux programmes de formation organisés par ce comité, nous avons relevé deux journées d'étude sur les maladies infectieuses dont une en avril 1976 et l'autre en novembre 1979.

Ce comité de formation interuniversitaire ne semble plus actif depuis quelques années.

A la demande de l'Exécutif de l'A.D.D.S.C. le comité des maladies infectieuses s'est impliqué dans la formation scientifique des D.S.C. en organisant une journée d'étude sur la rougeole et l'hépatite en novembre 1982.

Ce rôle de formation dans le domaine des maladies infectieuses devient prioritaire, urgent surtout dans une période où on assiste à une décentralisation des activités de santé communautaire vers les modules et les C.L.S.C.

#### 4.2 Comité des programmes des D.S.C. de la région 06-A

Un effort de coordination régionale a été réalisé par le comité des programmes des D.S.C. de la région 06-A.

A la demande du comité des programmes, j'ai entrepris une étude sur la problématique du programme de vaccination dans les D.S.C. et en mars 1982 je soumettais un document de travail et de réflexion incluant 34 recommandations, après une analyse des éléments suivants:

1. Calendrier des immunisations
2. Formation du personnel
3. Distribution des produits biologiques
4. Le statut d'immunisation des enfants
5. Points de vaccination pour les enfants
6. Points de vaccination pour les voyageurs
7. Aspects financiers du programme de vaccination

Suite à ce document, le comité des programmes de la région 06-A a effectué un regroupement des D.S.C. dans le champ des maladies infectieuses et procédait à l'engagement d'un médecin-épidémiologiste-conseil pour assurer la coordination des programmes des maladies infectieuses sur le territoire de la région 06-A.

Il est encore trop tôt pour évaluer l'impact de cette coordination, mais peut-être que les intervenants-tes des D.S.C. qui vivent cette expérience, seront plus en mesure de nous donner leurs commentaires et leurs réactions.

- 4.3 Il existe peut-être dans d'autres régions d'autres exemples de coordination comme avec le conseil régional. Les participants-tes qui ont vécu une expérience de coordination pourront nous informer de ces expériences.
- 4.4 Programme régional des M.T.S. du département de santé communautaire de l'Hôpital Général de Montreal.

Je me sens très mal à l'aise dans le dossier M.T.S. Disons immédiatement que le Comité des maladies infectieuses de l'A.D.D.S.C. n'a abordé le sujet des M.T.S. qu'en 2 ou 3 occasions dont l'une concernait le coût des médicaments anti-vénériens qui en 1979 augmentait de 52% et en 1980 de 54%.

Dans le tableau des maladies à déclaration obligatoire que nous avons vu précédemment les M.T.S. constituaient plus de 50% de ces maladies et pourtant il y a une sous-déclaration importante et inquiétante des cas de M.T.S. De plus il n'y a que 5 M.T.S. sur 25 qui sont à déclaration obligatoire...

On estime que 2 à 5% de la population du Québec est affectée au cours d'une année par une M.T.S. soit près d'une personne sur vingt sur l'ensemble de la population et près d'une personne sur 10 chez 15-50 ans. Les Etats-Unis dans leur document «Promoting Health/Preventing Disease: Objectives for the Nation» ont inscrit les maladies transmises sexuellement comme une des 15 priorités dans leurs objectifs de santé. En plus du coût économique de ces maladies on mentionne la gravité de leurs conséquences physiques et sociales, infertilité, salpingite, grossesse ectopique, mortalité foetale et infantile, malformation congénitale, retard psycho-moteur et cancer du col.

Il existait auparavant une division des M.T.S. au Service des maladies infectieuses du M.A.S. et de fait, cette division est disparue.

Le responsable de cette division aurait eu par la suite la responsabilité du programme régional des M.T.S. du département de santé communautaire de l'Hôpital Général de Montréal.

Le docteur Tarjan, responsable du programme régional des M.T.S. est maintenant à la retraite et son remplacement serait assuré de façon intérimaire par le chef du D.S.C. de l'Hôpital Général de Montréal.

A l'été '83 nous avons assisté à une campagne spéciale sur les M.T.S. dans la région 06-A entreprise conjointement par les D.S.C. de la région 06-A. Cette campagne devrait être reprise provincialement en juin 1984.

Donc on assiste à des efforts sporadiques de coordination mais c'est limité à une ou des régions sans qu'on assiste à une véritable coordination provinciale.

Le défi en M.T.S. consisterait à joindre les efforts des 32 D.S.C. de la province afin d'éviter la multiplicité des programmes différents, afin d'assurer une bonne collaboration inter-D.S.C. par la recherche des contacts, afin d'investir à l'échelle provinciale en éducation sanitaire et enfin, afin d'assurer la coordination des éléments curatifs du système en harmonie avec les efforts préventifs.

Sans politique de cohésion et sans des activités communes dans le contrôle des M.T.S., les D.S.C. gaspilleront certainement temps, énergie et action.

5. La décentralisation des services: Est-ce applicable au contrôle des maladies infectieuses?

Les cliniques d'immunisation sont reconnues comme des services de première ligne et s'intègrent dans les activités des C.L.S.C. Toutefois, ces activités d'immunisation doivent se faire à l'intérieur d'un programme d'immunisation conçu et évalué par les D.S.C.

Quant au contrôle des maladies infectieuses, je rejoins l'opinion émise par Jean Robert:

«Je suis totalement et inconditionnellement opposé au transfert de la responsabilité de la protection de la santé publique depuis les départements de santé communautaire aux C.L.S.C. D'abord pour des raisons d'ordre scientifique et épidémiologique, ensuite parce que la loi est claire à ce sujet et que cette responsabilité est définie et attribuée aux départements de santé communautaire. Ce point a d'ailleurs déjà été clairement affirmé au moins dans la région 06-A dans la description du plan d'organisation des départements de santé communautaire. Je suis ouvert à ce que les C.L.S.C. puissent poser des gestes de première ligne, mais toujours sous l'autorité et la responsabilité du D.S.C. Cette position doit être clairement affirmée et défendue par notre Association pour des raisons d'ordre scientifique. Il serait malheureux et préjudiciable à la santé publique que le manque de formation et l'incapacité actuelle de certains D.S.C. incitent des personnes à vouloir se départir inconsidérément de responsabilités qui les laissent mal à l'aise par manque de support. Il importe à l'Association, au Service des maladies infectieuses du M.A.S. et au Comité des maladies infectieuses du l'A.D.D.S.C. de fournir ce support nécessaire à la bonne application des responsabilités de la Loi».

Vous avez là une opinion claire et ferme et il vous appartient d'y réagir.

6. Y a-t-il une volonté ferme et unanime des départements de santé communautaire à se définir des objectifs de santé en maladies infectieuses et à accorder une priorité aux interventions nécessaires?

Vu la contrainte du temps alloué, je me limiterai à deux aspects du contrôle des maladies infectieuses. Si votre décision est favorable à prendre des mesures efficaces, continues pour ces deux aspects, je présumerai que cette attitude prévaudra pour les autres problèmes tels qu'ils soient: l'hépatite «B», les M.T.S., la rubéole congénitale, les infections nosocomiales, l'identification des risques biologiques dans les établissements de la santé, etc...

## 6.1 Statut d'immunisation des enfants.

Au Québec et principalement dans la région de Montréal, on ne connaît pas de façon précise le statut d'immunisation des enfants et le degré de couverture de la population par le programme d'immunisation.

Au Québec, il existe un programme mixte de vaccination assuré par les services de santé publique et les cabinets privés des médecins.

A cause de l'information insuffisante des cabinets privés, nous n'avons pas une connaissance complète du taux d'immunisation.

Devons-nous prendre l'exemple de l'Alberta et ne rendre les vaccins disponibles qu'au secteur public, c'est-à-dire, les D.S.C. et les C.L.S.C.?

Ou sommes-nous prêts à réaliser sur une base informatisée «une centralisation régionale des données sur l'immunisation des enfants afin de mieux pouvoir en surveiller tous les aspects, des effets des produits biologiques jusqu'au niveau d'immunité communautaire»?

## 6.2 Eradication de la rougeole indigène au Québec.

Lors de l'épidémie de 1979-80, on peut parler de l'échec d'un programme de contrôle des maladies infectieuses; d'autant plus qu'à exactement 4 ans d'intervalle, c'est-à-dire, en 1975-76 une autre épidémie nous avertissait d'être aux aguets.

Pour combattre la rougeole, on a un vaccin efficace:

- .Vaccin vivant atténué
- .Efficacité > 90%
- .Conféré à la suite d'une seule inoculation une immunité solide et durable
- .Ne suscite qu'une réaction clinique légère et sans danger
- .Dont la voie d'administration hypodermique est relativement facile
- .Coût acceptable

Avec ce vaccin on s'attaque à une maladie très contagieuse dont la période d'incubation est prévisible et relativement courte, dont la période de contagiosité est relativement courte et en plus on ne retrouve pas de porteur chronique de virus indigène et il n'y a pas de réservoirs d'infection non-humains.

Est-ce que tous les D.S.C. sont prêts à mettre en application le protocole sur l'immunisation des jeunes qui apparaît dans le circulaire 1982-83 du ministère des Affaires sociales et notamment l'intervention spécifique à la rougeole qui consiste à exclure des écoles et des garderies, les enfants qui n'ont pas de document attestant une vaccination contre la rougeole ou une infection naturelle antérieure? Pour les enfants du milieu familial susceptible, on administre l'immunoglobuline.

Aux Etats-Unis, on vise l'éradication et pour l'ensemble de ce pays on retrouve un nombre moindre de cas de rougeole que dans une seule province canadienne.

A date, le Québec a préféré ne pas rendre ce vaccin obligatoire espérant que l'éducation de la population suffirait! Les provinces de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick ont rendu ce vaccin obligatoire pour l'entrée à l'école. Si nous n'appliquons pas avec rigueur les mesures proposées dans le protocole n'y a-t-il pas lieu de penser de rendre ce vaccin obligatoire au Québec pour l'entrée à l'école?

CONCLUSION:

Le problème des maladies infectieuses et des maladies transmises sexuellement constitue une menace constante et changeante en santé publique et le contrôle de ces maladies appartient, par la Loi, principalement aux départements de santé communautaire. Nous avons signalé l'autonomie des départements de santé communautaire dans cette responsabilité du contrôle des maladies infectieuses et des maladies transmissibles sexuellement et le rôle décroissant du Service des maladies infectieuses du ministère des Affaires sociales.

Nous avons cité quelques exemples de coordination dans les programmes des maladies infectieuses sur le plan régional et provincial.

A notre point de vue, ces efforts sont timides et on ne peut parler d'une véritable planification socio-sanitaire dans le domaine des maladies infectieuses et les maladies transmissibles sexuellement. Il s'agira, lors de ce colloque, de s'assurer qu'il y a bien une volonté des organismes de santé communautaire de tous les niveaux (D.S.C.-C.R.S.S.S.-M.A.S.) de prendre les mesures nécessaires pour doter le Québec d'un programme provincial des maladies infectieuses et des maladies transmissibles sexuellement.

1. Bowdle W.R.: Surveillance and Control of Infectious Diseases: Progress toward the 1990 objectives, Public Health Reports, 1983; 98: 210-218
2. Jenicek, M., et coll: Le rôle des vaccinations dans le recul des maladies infectieuses: le point de vue de l'épidémiologiste. C.J. Pub. Hlth, 1980; 71: 37-46
3. Thacker S.B., et coll : The surveillance of infectious diseases. JAMA, 1983; 249: 1181-1185
4. White F.M.M.: A perspective on the control of communicable diseases in Canada. C.J. Pub. Hlth, 1976; 67: 449-453
5. White F.M.M.: Immunization Program Planning in Canada. C.J. Pub. Hlth, 1982: 167-171
6. Loeser H., et coll: The Organization and Evaluation of Computer-Assisted, Centralized Immunization Registry. AM. J. Pub. Hlth., 1983; 73: 1298-1301
7. Infante-Rivard, C: Le statut d'immunisation des enfants de la maternelle à Montréal en 1976. Union Med. Canada, 1979; 108: 1336-1339
8. Bonnier J.G: Programme de vaccination: Document de travail et de réflexion pour le Comité des programmes de la région O6A; Mars 1982
9. Pineault, R., Lessard R.,: Le système de santé du Québec: Objectifs de soins ou objectifs de de santé? 1983: (à être publié dans l'Union Médicale du Canada)
10. Wiesner P.J., Parra W.C.: Sexually transmitted Diseases: Meeting the 1990 Objectives - a challenge for the 1980s: Public Hlth Rep, 1982: 409-416
11. Healthy People. The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention. U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, Washington, 1979
12. Promoting Health, Preventing Disease: Objectives for the Nation. U.S. Dept. of Health and Human Services, Washington 1980.
13. Protocole définissant les éléments cadres relatifs à la formation des comités consultatifs d'experts (CCE) à la Direction de la santé communautaire. Direction de la santé communautaire. Ministère des Affaires sociales, Québec, 1983.
14. Immunisation des jeunes. Circulaire Ministère des Affaires sociales, Québec 1982.

#### 5.4 LA SANTÉ DES JEUNES

MADAME HUGUETTE CRÊTE, D.S.C. CITÉ DE LA SANTÉ DE LAVAL

ET

MADAME SYLVIE VEILLEUX, D.S.C. BEAUCEVILLE

COLLOQUE DES DEPARTEMENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE

"POUR UNE MISSION EN SANTE"

CONFERENCE-CARROUSEL

LA SANTE DES JEUNES  
-----

Présentée par:

Sylvie Veilleux,  
D.S.C. Beauceville

Huguette Crête,  
D.S.C. Cité de la Santé de Laval

DECEMBRE 1983

## PLAN DE LA PRESENTATION

1. Objectif de la présentation
2. Contenu de la présentation
3. Bilan des quelques expériences de planification socio-sanitaire en santé des jeunes
4. Portrait du comité consultatif en santé des jeunes
5. Pertinence et contribution du comité à l'amélioration de la santé des jeunes
6. Conditions nécessaires pour que le comité réalise des actions concrètes
7. Conclusion.

1) OBJECTIFS DE LA PRESENTATION:

Avant de débiter, j'aimerais clarifier un point concernant la présentation d'aujourd'hui.

Dans le bulletin du colloque, le titre de la présentation s'intitule "La santé des jeunes". J'imagine qu'à partir d'un titre aussi général, les attentes peuvent être très diversifiées. Probablement que plusieurs d'entre vous se sont inscrits à cette conférence dans le but d'entendre parler des principaux problèmes et besoins de santé des jeunes ou d'interventions préventives à privilégier face à certaines problématiques que vivent les jeunes ou encore d'orientations à définir en santé des jeunes.

Le but de l'exposé est plutôt de vous faire connaître une expérience concrète de concertation provinciale, expérience auquel nous participons en tant que professionnelles de département de santé communautaire. De façon plus précise, l'objectif de notre exposé est de vous présenter le comité consultatif en santé des jeunes en tant que projet de concertation provinciale, relié au premier objectif du colloque:

Faire le point sur l'implication des D.S.C. dans des réalisations en planification socio-sanitaire au Québec et se questionner sur la pertinence d'un tel outil et des implications pour les D.S.C.

2) CONTENU DE L'EXPOSE:

Notre exposé se divise en quatre parties:

1. Dans un premier temps, nous vous présenterons rapidement un bilan des expériences de planification socio-sanitaire au niveau de la santé des jeunes au Québec, au cours des quatre dernières années. Plus particulièrement les différents moyens qui ont été mis sur pied pour définir les orientations et les différentes problématiques en santé des jeunes et situer le comité à travers ce cheminement.

2. Dans un deuxième temps, nous tracerons un portrait du comité consultatif en santé des jeunes, c'est-à-dire l'origine, le but poursuivi, la composition, les rôles et les mandats ainsi que les dossiers sur lesquels nous avons travaillé depuis sa création en avril 1983.
3. En troisième lieu, nous nous questionnerons sur la pertinence et la contribution du comité à l'amélioration de la santé des jeunes.
4. Finalement, nous tenterons, à partir de notre courte expérience, de cerner certaines conditions nécessaires pour que cette expérience soit fructueuse et aboutisse à des résultats concrets afin que les jeunes puissent en bénéficier réellement.

### 3) BILAN DES QUELQUES EXPERIENCES DE PLANIFICATION SOCIO-SANITAIRE AU NIVEAU DE LA SANTÉ DES JEUNES

Depuis l'implantation des D.S.C., il y a eu plusieurs expériences ou tentatives de coordination et de planification socio-sanitaire et ce, à plusieurs niveaux.

Avant 1980

Il y a eu différentes initiatives de regroupement soit provinciales, régionales ou locales. Ces regroupements visaient à mettre en commun des efforts pour travailler ensemble sur différentes problématiques.

Les groupes, surtout ceux au niveau local, se formaient plus souvent par affinité personnelle. Les expériences se faisaient, pour la plupart, de façon spontanée, isolée: il y avait peu de lien ou communication avec d'autres comités parallèles souvent préoccupés par les mêmes problématiques.

1980

Face à cette situation, au printemps 1980, la Direction de la santé communautaire et l'ADDSC se sont concertées et ont décrété un moratoire sur l'ensemble des travaux de ces comités. Ceci, dans le but de travailler ensemble à une structure de coordination au niveau provincial.

Donc en novembre 1980, la Direction de la santé communautaire et l'ADDSC formaient un comité provincial d'orientation en santé scolaire et leur donnaient comme mandat de:

- coordonner les travaux des différents comités existants
- proposer une politique et des orientations pour les programmes en milieu scolaire

Les travaux du comité provincial d'orientation en santé scolaire ont surtout porté sur:

1. l'élaboration d'un "cadre de référence" pour l'étude de la problématique de santé des enfants et adolescents(es) d'âge scolaire.  
. Ce cadre de référence a servi de document de base pour une réflexion lors du colloque "Santé des jeunes" en mai 81.
2. l'élaboration du document: "La santé des jeunes 5-18 ans, orientations, principes et implications".

Ce document a été déposé en novembre 81. A noter ici que le cheminement dans ce dossier a amené les intervenants(es) à parler davantage de santé des jeunes et non plus seulement de santé scolaire. Et ceci basé sur: de nouveaux concepts: - santé globale

- prise en charge

une nouvelle approche: - intervenir dans différents milieux de vie (école, famille, quartier).

1982

L'année 1982, pour les D.S.C., est une année presque de transition: il y a eu l'opération des plans directeurs. Cette année 1982 a aussi été une année où les travaux de plusieurs comités ont été interrompus.

Dans les plans directeurs, on souligne l'importance de la collaboration inter-D.S.C., inter-établissements et inter-organismes communautaires.

1983

L'opération "plan directeur" a sans doute amené les professionnels (les) à reviser leur mode de collaboration. Serait-ce cette démarche (plan directeur), ou d'autres éléments, qui amena en 1983 plusieurs initiatives intéressantes de collaboration et de planification au niveau régional cette fois et coordonnées par les regroupements régionaux des D.S.C. ?

Par exemple (exemples auxquels nous avons participé):

- les comités régionaux 03, lesquels regroupent des gens de D.S.C., C.S.S. et C.R.S.S.S. Ces comités sont "chapeautés" par le comité tripartite;
- le comité "santé des jeunes" de la région 06A, qui regroupe les 8 responsables de la santé des jeunes de la région 06A et chapeauté par le comité des programmes.

#### 4. PORTRAIT DU COMITE CONSULTATIF EN SANTE DES JEUNES.

Par ailleurs le M.A.S. profitant:

1. des différentes expériences de structure de fonctionnement,
  - comités régionaux
  - comités sous-régionaux
 en diverses matières

2. du fait que de nombreuses ressources ont acquis une formation de base spécialisée en santé communautaire.
3. du fait que les autres intervenants(es) du réseau (CSS, CLSC) se sont sensibilisés(es) de plus en plus à l'approche communautaire.

Il devient intéressant et à propos, pour le M.A.S., de penser à une modalité de regroupement de l'expertise du réseau pour permettre de bonifier les interventions du M.A.S..

Dans le même sens, le M.A.S. ne voulait pas contrevenir à l'esprit dynamique de concertation régionale qui s'établit de plus en plus en conformité avec la philosophie du ministère.

C'est un peu à la lumière de ces expériences passées et dans cette perspective que la Direction de la santé communautaire et des politiques de santé a, au cours de la dernière année, travaillé en collaboration autant avec des personnes du D.S.C. ou autres établissements qu'avec d'autres unités administratives du M.A.S. et des C.R.S.S.S., en vue d'élaborer les éléments de ce que constituerait un protocole de base pour l'implantation de comités consultatifs provinciaux en santé, particulièrement en santé communautaire.

Cette démarche (élaboration du protocole) s'est déroulée dans une période d'une année et cela, pour diverses raisons conjoncturelles, et pour permettre de s'ajuster au mode de fonctionnement en vigueur.

D'ailleurs ce protocole, définissant les éléments cadres relatifs à la formation de comités consultatifs en santé, sera publié très prochainement. Ce protocole définit certains éléments relatifs à la formation de ces comités consultatifs, notamment:

1. le but poursuivi dans cette démarche
2. la composition de ces comités
3. et enfin les rôles et mandats.

### 1. But poursuivi:

Dans le cadre de ses responsabilités et de ses fonctions, et conformément à ses politiques, le M.A.S. vise à tirer profit le plus possible de l'expertise régionale et locale, dans la définition des orientations à privilégier, dans le choix des priorités ou dans la préparation des politiques socio-sanitaires.

### 2. Composition (Comité consultatif en santé des jeunes):

A l'origine (avril 1983) il y avait:

- 1 personne de la direction des services communautaires
- 1 personne de la direction de la santé communautaire et des politiques de santé
- 2 personnes travaillant dans les CLSC (CLSC Val Rosier, CLSC Rivière des Prairies)
- 4 personnes travaillant dans les DSC (DSC Hauterive, DSC Laval, DSC Hull, DSC Enfant-Jésus à Québec)
- 1 personne du CSS Québec
- Le président chef du DSC du CHUL

Les gens ont été choisis, de différentes régions, dans le but d'une répartition provinciale (milieu urbain, rural, région centrale, éloignée) en raison de leur expérience et de leur vécu en santé des jeunes.

### 3. ROLES ET MANDATS

Le rôle du comité consultatif en santé des jeunes pourrait se définir comme suit:

- 1. Fournir, en ce domaine, un support à la planification au ministère des Affaires sociales, par l'entremise de sa collaboration avec la Direction de la santé communautaire et des politiques de santé;

2. Aviser la Direction de la santé communautaire et des politiques de santé pour l'opérationnalisation des politiques du ministère des Affaires sociales, pour la détermination des orientations à privilégier en programmation et pour l'organisation des services, en vue de permettre à la Direction de la santé communautaire, de fournir le support requis aux intervenants (es) du réseau en ces matières;
3. Fournir des éléments de réponses à des demandes ponctuelles et généralisables d'expertise des intervenants(es) du réseau ou du M.A.S.  
Exemple: standardisation du dépistage en milieu scolaire.

Les mandats sont relatifs à des dossiers tels:

Le programme de formation personnelle et sociale.

L'étude sur l'analyse des besoins de santé des étudiantes et étudiants des CEGEP.

L'identification des priorités de recherche et des projets de recherche en santé communautaire.

La détermination des priorités de formation du réseau de santé communautaire et des services communautaires, en fonction des programmes à l'intention des jeunes.

Le rapport Charbonneau sur la protection de la jeunesse (Loi 24).

Les enfants placés en famille d'accueil et les enfants en difficultés d'adaptation et d'apprentissage en milieu scolaire.

L'année internationale de la jeunesse en 1985.

La participation par ses travaux, à l'élaboration d'une politique-jeunesse du M.A.S.

L'élaboration d'un plan d'opérationnalisation de la politique-Jeunesse du M.A.S.

Faire des propositions ou des recommandations, sur tout autre objet ou mandat relatifs à la problématique jeunesse.

### MOYENS ENVISAGES:

Pour que les orientations privilégiées par les membres du comité soient opérationnelles et surtout à l'image des réalités des différents milieux de vie, les membres du C.C.S.J. doivent s'assurer d'un mécanisme de consultation efficace et en rapport avec les concepts d'approche globale.

Dans le but d'impliquer le plus de professionnels(les) possibles, les moyens envisagés sont:

- soit de mettre sur pied des groupes de travail "ad hoc" sur différents aspects du dossier;
- soit d'utiliser les travaux des différents comités déjà en place;
- soit de se donner une structure de consultation, en s'assurant que les personnes choisies représentent un éventail intéressant des différents milieux de vie des jeunes.

Ces moyens ont, à date, été utilisés de façon exploratoire non officielle, et seront organisés à mesure du cheminement du comité.

### TRAVAIL EN COURS:

Ces éléments, que je viens de vous énumérer, nous ont été présentés lors de notre première réunion en avril 1983. Nous avons, à date, fait six rencontres. Parmi ces dossiers, certains demandaient un suivi à court terme:

1. Guide d'orientation des services de santé et services sociaux en milieu scolaire (démarche qui origine du M.E.Q.)
2. Un autre dossier concerne la collaboration du réseau des Affaires sociales et du M.E.Q., pour l'élaboration du guide d'activité du volet santé du programme de formation personnelle et sociale.

Pour la réalisation de ce dossier, une 1ère étape consiste à établir des ententes avec le M.E.Q. sur les modes de collaboration.

Si ces ententes se confirment, il s'agira, entre autres, pour les membres du comité, d'identifier dans le réseau des Affaires sociales, des personnes qui agiront à titre de consultants sur des groupes de travail pour la production du guide d'activité.

3. Un troisième dossier, déposé au comité, concerne les dépistages.

Ce travail, présentement en cours, consiste à élaborer un document sur les principes de base des dépistages et sur les types de dépistages à réaliser.

Ce dossier nous permettra d'utiliser les travaux du comité de la santé des jeunes de la région 06A sur les dépistages.

4. Les 4 premières réunions ont aussi servi à différentes consultations concernant certaines questions:

- les services aux enfants atteints d'une déficience auditive
- le projet de loi 40 (loi sur l'enseignement public au primaire et au secondaire)
- le carnet de santé
- l'analyse des besoins de santé des élèves du collégial

5. Enfin les deux dernières rencontres ont porté principalement à établir un plan de travail pour l'année 1984, celui-ci se résume à:

- définir, de façon opérationnelle, les concepts de santé globale et prise en charge;
- définir, en terme stratégique, quelques problématiques sur lesquelles il est important d'intervenir;
- définir les orientations socio-sanitaires à privilégier;
- définir des éléments de support au réseau.

## 5. PERTINENCE ET CONTRIBUTION DU COMITE A L'AMELIORATION DE LA SANTE DES JEUNES.

Etant donné notre courte expérience à l'intérieur de ce comité, il nous apparaît difficile de faire le point quant à sa pertinence et sa contribution à l'amélioration de la santé des jeunes.

Nous croyons, toutefois, qu'il peut être un outil valable de concertation et de planification socio-sanitaire en santé des jeunes, particulièrement en tant que lien ou véhicule entre le M.A.S. et l'ensemble du réseau.

Et ceci à deux niveaux:

A) En tant que support au réseau

B) En tant que support au M.A.S.

### A) Support au réseau:

En étant à l'écoute des intervenants(es) jeunesse autant à l'intérieur qu'à l'extérieur du réseau (une sorte d'ombudsman).

En favorisant la mise en commun d'expériences sur le plan provincial, régional et sous-régional.

En suscitant des efforts dans des domaines non explorés au niveau de la recherche, de types d'interventions ou de champ d'intervention à privilégier.

En garantissant un échange, à l'intérieur du réseau, des différentes expertises, travaux ou projets, et en faire profiter les intervenants(es) concernés(es).

En suscitant une dynamique régionale et sous-régionale et en stimulant la concertation dans le réseau.

En développant une appartenance à un réseau et non à des institutions.

En créant des mécanismes de consultation et de participation des intervenants(es) jeunesse.

B) Support au M.A.S.:

En représentant le réseau au M.A.S., plus particulièrement, en faisant connaître les préoccupations des intervenants(es) jeunesse (C.L.S.C., D.S.C., C.S.S., groupes ou organismes communautaires);

En alimentant et informant le M.A.S. des principaux problèmes et besoins reliés à la santé des jeunes et à leurs conditions de vie.

En sensibilisant, ou même, en faisant des pressions auprès du M.A.S. concernant les implications ou les conséquences qui peuvent avoir de nouvelles politiques ou décisions du ministère sur le vécu des intervenants(es) (au niveau des activités en cours, du rôle des intervenants(es)...)

Ex.: Directive du M.A.S. concernant la vérification de l'état immunitaire des jeunes du primaire (éradication de la rougeole) ce qui a bousculé les programmes en cours.

Programme de formation personnelle et sociale du M.E.Q. qui remet en question le rôle, et même la place, de l'infirmière scolaire dans les écoles.

En informant et avisant le M.A.S. des orientations à privilégier en santé des jeunes.

En mettant à profit les expertises en santé des jeunes.

6) CONDITIONS NECESSAIRES POUR QUE LE COMITE REALISE DES ACTIONS CONCRETES:

A la lumière de cette courte expérience que nous avons comme membres du C.C.S.J., nous aimerions maintenant apporter quelques éléments de réflexion sur les conditions susceptibles de rendre l'expérience fructueuse. Ces éléments se rapportent principalement:

- a) à la structure
- b) aux modalités de fonctionnement.

- a) Au niveau de la structure, nous avons identifié trois (3) principales conditions:

1. La composition du comité:

Etant donné les types de problèmes et besoins reliés à la santé des jeunes (suicide, sexualité, drogue, difficultés de développement et d'apprentissage, négligence et abus d'enfants etc.), il nous apparaît important de réunir, autour d'une même table et de façon équilibrée, des professionnels(les) des domaines de la santé, du social et du communautaire. En tant que partenaire, nous sommes tous impliqués dans la même mission.

Par conséquent, ceci amènerait la participation de professionnels (les) de différents organismes ou établissements concernés par les jeunes (Ex.: C.L.S.C., D.S.C., C.S.S., organismes communautaires).

Certaines difficultés peuvent toutefois en résulter. Au lieu d'être un comité de professionnels(les) partageant leurs expériences et expertises et travaillant à un but commun, celui d'améliorer les conditions de vie des jeunes, le comité pourrait devenir un comité de structure avec toutes les conséquences que cela implique. Par contre, pour plusieurs dossiers, nous sommes impliqués dans les structures, de toute façon.

Par exemple: Le dossier: "Guide d'orientation sur les services de santé et les services sociaux".

Ce dossier fit émerger certaines difficultés, en raison de la démarche du ministère sur la définition des rôles des services sociaux. Vous comprendrez ici qu'il est difficile, dans un dossier qui implique les structures, de demander aux membres d'oublier l'appartenance à un organisme. Malgré ces difficultés, nous croyons quand même important d'avoir cet équilibre entre la santé, le social et le communautaire, à l'intérieur du comité. Ceci implique que les membres soient capables de prendre un recul face à leur organisme ou établissement.

2. Place du comité dans le réseau:

Nous croyons que le comité devrait être intégré dans le réseau afin de servir officiellement de lien entre le M.A.S. et le réseau.

Le comité est actuellement isolé du réseau. Etant donné que nous ne sommes pas intégrés à aucune structure, nous sommes un comité "flottant", en parallèle.

### 3. Mise en place de mécanismes de liaison:

Etant donné la complexité des dossiers jeunesse, il faudrait mettre en place des mécanismes de liaison ou de collaboration entre différents ministères concernés par la jeunesse (justice, éducation, travail, main-d'oeuvre...) afin de permettre l'acheminement de nos avis à ces autres ministères pour qu'ils en tiennent compte dans leurs orientations et leurs décisions, et ceci, inversement.

### b) Au niveau des modalités de fonctionnement

Nous avons identifié deux conditions principales:

1) Le comité doit se donner des modalités de fonctionnement afin d'être au devant des événements et non à la remorque.

Jusqu'à maintenant, le comité a surtout été à la remorque des événements, à cause de l'urgence de certains dossiers.

Exemple: Guide d'orientation des services de santé et des services sociaux.  
Programme de formation personnelle et sociale, (guides d'activités).

2) Disponibilité des membres.

Pour que le comité soit rentable, il faudrait que les membres soient dégagés par leur organisme ou établissement pour participer efficacement aux travaux du comité, étant donné l'importance des mandats (déjà identifiés plus tôt) et l'ampleur de l'engagement des membres.

## 7. CONCLUSION:

Finalement, avant de conclure, nous aimerions soulever certaines questions que nous jugeons importantes, relativement à la poursuite de notre expérience:

1) Quelle devrait être la place de ce comité dans le réseau?

2) Quelles sont les attentes des professionnels(les) des D.S.C. (de même que les autres) face à ce comité?

- 3) En tant que professionnels(les) de D.S.C., pouvons-nous relever seuls(es) le défi?
- 4) Quelle devrait être l'implication des D.S.C. dans des expériences de concertation et de planification socio-communautaire en santé des jeunes, et ce, autant au niveau provincial, régional et sous-régional?

Nous aimerions terminer cette présentation par une question qui, nous l'espérons, servira de point de départ à une réflexion.

Les "décideurs" seront-ils conséquents avec les implications qui découlent de la mise en commune des ressources pour la planification socio-sanitaire dans le but de l'amélioration de la santé des jeunes?.

HC-SV/rd

Date: 17 janvier 1984.

5.5 ÉMERGENCE D'UNE APPROCHE PROVINCIALE À LA  
PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE.  
MADAME CHANTAL PERRAULT ET MONSIEUR PAUL LANDRY,  
D.S.C. MAISONNEUVE-ROSEMONT

COLLOQUE DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS DE DSC

"Pour une Mission en Santé..."

EMERGENCE D'UNE APPROCHE PROVINCIALE A LA PREVENTION  
EN SANTE MENTALE COMMUNAUTAIRE

Conférence-carrousel sur la Santé Mentale

Paul Landry M.D., M.P.H.  
Président

Comité Consultatif en Santé Mentale Communautaire

et

Chantal Perrault t.s.  
Membre du Comité

Le 13 décembre 1983

Le but de cette présentation est de décrire et surtout de faire une réflexion critique concernant une démarche réalisée au cours des derniers mois par un groupe de travail mis sur pied par l'Association des Directeurs de DSC du Québec. Dans un premier temps, nous allons chercher à retracer l'historique et le cheminement du projet, par la suite, nous rappellerons brièvement le modèle conceptuel auquel nous en sommes arrivés ainsi que le mode d'intervention que nous privilégions. Enfin, nous terminerons l'exposé en proposant certaines pistes qui pourraient encourager l'ensemble des DSC de la province à contribuer de façon significative à l'émergence d'une véritable politique globale de santé mentale pour le Québec.

#### HISTORIQUE DE LA DEMARCHE

Le rôle des Départements de Santé Communautaire dans le domaine de la prévention en santé mentale n'est pas nouveau. En effet, dès 1972, dans le règlement en vertu de la loi sur les services de santé et les services sociaux (règlement qui créait et précisait les fonctions des Départements de Santé Communautaire et de leurs Chefs), on pouvait lire qu'en plus de faire des études concernant les problèmes et besoins de santé des populations dont ils étaient responsables, ces départements avaient aussi comme principale mission, d'élaborer conjointement avec les CLSC et autres établissements, des programmes de santé tant physique que mentale, destinés à répondre aux besoins identifiés. En septembre 1973, le Comité de la Santé Mentale du Québec, qui était alors présidé par le docteur Laurent Houde, publiait un premier document intitulé "La prévention dans le domaine de la santé mentale". Ce document indiquait toute une série de mesures pouvant être réalisées à l'intérieur même des programmes traditionnels de santé publique et précisaient le rôle de chacun des partenaires du réseau des affaires sociales dans la mise en oeuvre de ces interventions. De fait, une longue liste de vingt-cinq (25) recommandations fut proposée touchant l'ensemble des clientèles habituellement visées par les programmes de santé communautaire.

Par la suite, en 1978 le ministre des Affaires sociales du temps, le docteur Denis Lazure, qui incidemment était lui-même un médecin psychiatre, demanda à l'Association des Directeurs de DSC de lui faire rapport sur leurs activités dans le domaine de la santé mentale. A ce moment, un sondage rapide fut effectué auprès des trente-deux (32) Chefs de DSC et un rapport colligé et déposé personnellement auprès du ministre. Ce rapport faisait le tour des interventions liées à la santé mentale que l'on pouvait retrouver à l'intérieur de chacun des programmes des DSC et concluait qu'à cette époque, environ 50% des objectifs formulés dans le document du Comité de Santé Mentale du Québec avaient été atteints et réalisés. Cette première opération a surtout eu pour effet de sensibiliser l'ensemble des Départements de Santé Communautaire à l'importance de se préoccuper de la dimension santé mentale dans leur programmation. D'ailleurs, certains DSC avaient déjà élaboré des cadres de référence assez sophistiqués concernant les meilleures stratégies pour élargir leur compétence dans ce domaine.

Aussi, ce n'était qu'une prolongation d'un phénomène déjà bien amorcé qui a amené l'assemblée générale des Directeurs de DSC vers la fin de 1981, à se préoccuper davantage d'une concertation provinciale concernant l'élaboration d'une programmation commune dans le domaine de la santé mentale. C'est à cette époque que nous fûmes mandatés pour mettre sur pied un groupe de travail ayant un double mandat: l'élaboration d'un programme cadre pour l'ensemble des DSC de la province et aussi, une certaine disponibilité pour répondre aux avis ou autres positions demandées du regroupement des DSC concernant la santé mentale. Une invitation insistante fut adressée à chacun des Chefs de DSC pour qu'ils nous désignent des personnes particulièrement compétentes et intéressées pour mener à bien cette entreprise. C'est ainsi, qu'un groupe de travail, tout à fait multidisciplinaire, fut constitué et réuni une première fois en mars 1982. Le groupe était très représentatif de l'ensemble des DSC de la province; les régions éloignées ou rurales étant aussi représentées que les régions urbaines.

Le groupe comptait: une infirmière spécialisée en santé mentale, une travailleuse sociale, un sociologue, deux psychiatres, cinq spécialistes en santé communautaire dont trois Chefs de DSC et finalement, une résidente de 3<sup>e</sup> année en santé communautaire. (Les noms et profession ou discipline et DSC de provenance de chaque participant apparaissent en annexe).

Le groupe s'est réuni deux (2) fois au printemps de 1982, principalement pour définir et préciser son mandat et aussi pour réagir à un avis sur le suicide qui fut à ce moment, promulgué par le Comité de Santé Mentale du Québec. Nous avons convenu d'échanger l'abondante documentation que chacun croyait pertinente à la démarche entreprise et désirait mettre en commun avec les autres membres du groupe. Enfin, au cours de ces premiers mois, nous avons fait consensus sur la manière d'aborder la problématique. Ainsi, le comité s'était défini un rôle d'agent de changement et d'animateur pour promouvoir à travers l'ensemble du Québec, une approche concertée et intégrée aux problèmes de santé mentale dans une optique globale. Durant l'été, un sous-groupe avait cherché à recueillir dans la littérature les différentes définitions de la santé mentale et ceci, avec le but explicite d'en proposer une qui ferait l'unanimité du comité. Par la suite, dès le début de l'automne 1982, nous nous sommes fixé l'objectif de déposer pour juin 1983, une réflexion de base concernant une conception commune de la santé mentale, incluant les éléments d'une programmation pour différentes populations-cibles. Il était bien évident que cette programmation devait s'intégrer au sein de chaque DSC au vécu de chacun des programmes visant les populations-cibles concernées. Ainsi, la santé mentale doit être perçue comme une dimension de la santé et non pas comme un épiphénomène à considérer de façon isolée. Le groupe de travail se donnait comme objectifs secondaires, de défricher la problématique par groupe d'âge, d'élaborer des contenus et de se poser des questions en ce qui a trait aux approches communautaires les plus susceptibles de solutionner les problèmes étudiés.

Par la suite, le comité dans son ensemble, s'est réuni assez régulièrement soit, environ une fois par mois. Entre les rencontres, chacun des membres

du groupe a effectué une somme assez considérable de réflexions personnelles pour préparer les différentes journées de travail. Plus concrètement, certains membres du groupe de travail furent désignés et se sont portés volontaires pour élaborer le modèle conceptuel et procéder à la rédaction de documents de travail alimentant les discussions au niveau du groupe plus étendu. Ces textes étaient par la suite discutés, corrigés et réécrits de façon à en harmoniser le style et la présentation. L'ensemble des documents étaient reproduits sur appareil à traitement de textes, ce qui en facilitait bien sûr, la correction au fur et à mesure des progrès du groupe. Enfin, le travail s'intensifia au cours des mois de mai et juin 1983 et finalement, un document intitulé "Eléments pour une approche préventive en santé mentale communautaire" fut déposé auprès de l'Exécutif de l'Association des Directeurs de DSC au début du mois d'août 1983 et diffusé auprès de l'ensemble des DSC de la province. Le texte n'avait en aucune façon la prétention d'être complet ni exhaustif, il se voulait essentiellement un "outil de réflexion" permettant une base commune de discussions au niveau de tous les DSC, tout en proposant sans chercher à imposer un modèle conceptuel et des modes d'interventions possibles.

#### LE MODELE CONCEPTUEL ET MODE D'INTERVENTION PRIVILEGIEE

Bien sûr, nous n'avons aucunement aujourd'hui l'intention de tenter de résumer l'essentiel du document déjà diffusé et qui se voulait lui-même une synthèse et un résumé d'une problématique extrêmement complexe et difficile à cerner. Il nous semble toutefois pertinent de rappeler d'une part, la définition de la santé mentale à partir de laquelle nous avons poursuivi notre réflexion et d'autre part, de schématiser le modèle conceptuel que nous proposons. Ce modèle explicatif se veut surtout un cadre de référence qui nous permettra éventuellement d'analyser et de catégoriser les différentes voies d'interventions possibles.

Certains auteurs ont avancé qu'il était aussi difficile de définir la santé mentale que de circonscrire et contenir les contours d'un nuage. Différentes approches mènent à des définitions différentes, les auteurs se répartissent grosso modo, en trois (3) écoles de pensée. La première école accorde une importance primordiale à la psycho-dynamique individuelle. La deuxième école explique tout par l'impact des facteurs environnementaux et plus spécifiquement, les facteurs socio-économiques. La troisième école penche pour l'inter-dépendance des facteurs psychologiques et sociaux. Après de longues discussions, notre comité s'est rallié à cette troisième tendance et propose la définition suivante: "La santé mentale résulte d'un équilibre dynamique et harmonieux entre la personne et son environnement".

A partir de cette définition et au cours de nos discussions, nous en sommes venus à adopter un modèle explicatif que nous qualifions de "bio-psycho-social". Bien sûr, les modèles théoriques offrent des perspectives générales, ils peuvent être utiles ou inutiles, stimulants ou sans intérêt, productifs ou stériles mais règle générale, ils ne peuvent être ni vrais, ni faux. Le modèle bio-psycho-social s'insère dans la théorie générale des systèmes. Il présuppose trois (3) paramètres: la biologique, le psychologique et le social, en continuelle interdépendance et interaction. Cela signifie que tout changement à l'intérieur d'un paramètre peut avoir un impact positif ou négatif sur les deux (2) autres. Par exemple, le vieillissement qui est une loi biologique à laquelle nul n'échappe, a une influence sur les besoins et capacités psychologiques et un impact déterminant sur les rapports entre soi et la société. Inversement, la possibilité ou l'impossibilité de satisfaire ses besoins psychologiques et sociaux peut avoir un impact sur le vieillissement biologique. On prend souvent "un coup de vieux" à cause de l'isolement social et de la pauvreté où on est réduit. De la même façon, une intervention qui a pour but de modifier une composante précise d'un paramètre, peut avoir des répercussions positives ou négatives sur les autres paramètres, par exemple: les repas communautaires pour les personnes âgées sont souvent mis sur pied avec l'objectif d'améliorer la qualité de leur nutrition,

toutefois, on a souvent constaté que de tels repas diminuent surtout le degré d'isolement social des participants et les rendent moins vulnérables au sentiment dépressif qui peut en découler.

Revoyons brièvement maintenant, les composantes de chacun des paramètres (tel qu'illustré sur la figure 1 apparaissant en annexe).

- LE PARAMETRE BIOLOGIQUE:

Font partie de ce paramètre, les données biologiques déterminantes:

- a) Le sexe, qui dans notre société a une grande influence sur la position sociale d'une personne et la façon dont elle se perçoit;
- b) L'âge, car un enfant, un adolescent, un adulte, ont des besoins différents et la société a des attentes différentes face à eux;
- c) Le bagage héréditaire, à savoir les traits génétiques impossibles à modifier comme: la couleur de la peau, le mongolisme, etc... la visibilité des caractères génétiques dans un groupe social minoritaire peut avoir des répercussions psychologiques et sociales importantes;
- d) L'intégrité ou santé physique; qui a un impact sur nos rapports avec autrui et surtout, sur les rapports des autres avec nous.

- LE PARAMETRE PSYCHOLOGIQUE:

A ce niveau, nous retrouvons:

- a) La capacité d'apprentissage, c'est-à-dire la capacité d'emmagasiner dans la mémoire une information et d'agir en conséquence. Au cours

des années, la mémoire stocke un grand nombre de données dont la source constitue les acquisitions et expériences antérieures. C'est à cette source que puise l'être humain pour tenter de solutionner les problèmes que lui présente son environnement.

- b) La conscience de soi, qui s'exprime dans les discours par le "je" et le "moi" et qui suppose un besoin et une capacité d'autonomie dans son rapport avec l'environnement et avec autrui.
- c) Le besoin des autres ou le besoin d'avoir une place privilégiée dans la conscience de certaines personnes et le besoin d'occuper une position sociale reconnue et valorisée. La satisfaction de son besoin des autres confère à l'individu un sentiment d'appartenance.
- d) L'image de soi: l'ensemble des acquisitions et expériences antérieures, le degré de satisfaction de ces besoins d'autonomie et d'appartenance, se combinent pour renvoyer à chacun une image de soi plus ou moins positive. Une image de soi positive entraîne un sentiment de compétence, de confiance en soi et en sa capacité d'avoir un impact réaliste sur son environnement.

#### - LE PARAMETRE SOCIAL:

Il diffère des deux (2) précédents en ce qu'il n'est pas inscrit dans le potentiel humain à la naissance, il est tout entier environnement. Il est à l'être humain ce que le soleil, la terre et l'eau sont au grain de blé, c'est-à-dire nécessaire à sa croissance et à sa maturité. Dans une perspective de santé mentale communautaire, nous retenons les éléments suivants de ce paramètre:

- a) Les facteurs socio-économiques: ils sont très importants dans l'étiologie et l'incidence des problèmes de santé mentale, mentionnons en particulier le niveau d'éducation et de revenus.

Dans notre société post-industrielle, une bonne éducation, un revenu adéquat, confèrent à l'individu une position sociale reconnue. Avec cette position, vient un certain pouvoir qui rend plus facile l'exercice du besoin d'autonomie et l'acquisition d'une image de soi positive. Par contre, un faible niveau d'instruction et la pauvreté sont des facteurs susceptibles de contribuer au développement d'une image de soi négative.

- b) Le réseau formel ou institutionnel ou l'ensemble des institutions de services ou de production régit par les lois. L'éducation, le travail, la santé, la justice, les services sociaux en sont des exemples. Les institutions définissent, véhiculent et contrôlent les normes sociales, les modèles de comportement auxquels l'individu doit se conformer pour être accepté comme "normal". C'est à l'intérieur du réseau formel aussi, que s'élaborent les stratégies d'interventions destinées à corriger ou prévenir des situations et des comportements jugés problématiques.
- c) Le réseau informel ou primaire ou le premier réseau de support de l'individu, c'est-à-dire son milieu d'appartenance, de relations privilégiées et significatives. Une des fonctions principales du réseau primaire est de servir de pare-choc à l'individu contre les agressions du milieu, de lui permettre de refaire le plein, de maintenir une image de soi positive. Dans notre société, la famille est un pilier de base du réseau primaire. Peuvent s'y ajouter ou la remplacer dans certains cas, toutes les personnes avec lesquelles l'individu a établi des relations significatives.

Bien sûr, pour être cohérent avec ce modèle conceptuel, les interventions des Départements de Santé Communautaire devront essentiellement s'inscrire dans une approche globale, visant chacun des paramètres et ses différents éléments, selon une stratégie concertée et structurée. Nos interventions devraient se

situer surtout dans l'optique d'une prévention primaire agissant avant l'apparition des déséquilibres. Nous aimerions toutefois, privilégier ce que nous appelons "l'approche réseau". En effet, nous pensons que pour satisfaire les besoins de compétence, d'autonomie et d'appartenance des gens, il faut utiliser au maximum les possibilités offertes par le réseau primaire et communautaire, c'est-à-dire leur milieu de vie significatif (tel que représenté par les zones 1 et 2 de la figure 2 apparaissant en annexe). L'information et l'intervention préventive doivent rejoindre les gens là où ils sont dans leur milieu de vie, à l'intérieur de leur réseau d'interactions privilégiées. Cette intervention doit viser non pas tellement à changer les gens, mais plutôt à leur présenter des alternatives et à aménager leur environnement pour qu'il leur soit possible d'y maintenir les conditions d'équilibre nécessaires à leur santé mentale. Par exemple: l'enfant de moins de cinq (5) ans, dont la mère est sous traitement psychiatrique et qui peut compter sur la garderie de quartier de 9h00 à 17h00, est en meilleure posture pour maintenir sa santé mentale que l'enfant du même âge que l'on doit placer en famille d'accueil pendant les quelques semaines dont sa mère a besoin pour se remettre sur pied.

Se préoccupant du milieu de vie des gens, l'approche réseau est très certainement plus à même de répondre avec souplesse aux besoins spécifiques d'une population. Elle exige une programmation locale, différente d'un milieu à l'autre, d'un quartier à l'autre, d'un groupe d'entraide à l'autre, d'un CLSC à l'autre. Le rôle des intervenants dans une telle approche en est un d'éducation, d'animation et de support. Pour mener à bien ce rôle dans un territoire, il est nécessaire que les établissements aient une grande autonomie et fassent preuve de beaucoup de souplesse, car l'approche réseau s'accommode mal avec la bureaucratie. Cette approche permet de rejoindre à temps, des clientèles qui ne le seraient pas autrement (travail de rue, maison de jeunes), de développer des solutions collectives qui renforcent le sentiment d'appartenance et de viser à une plus grande autonomie et compétence des populations-cibles. Elle exige une volonté réelle de collaboration entre les divers intervenants du réseau de services et les groupes communautaires informels.

VERS UNE POLITIQUE GLOBALE DE SANTE MENTALE AU QUEBEC

Il y a quelques semaines, dans une étude concernant la santé des Québécois, le Conseil des Affaires sociales et de la Famille révélait que le coût des services reliés à des problèmes de santé mentale mobilisait 17.9% du budget total des services de santé au Québec et ainsi, occupait la première place au-delà de tous les autres types de services. Ces coûts étaient imputables non seulement à la prévalence de ces problèmes, mais aussi au type d'organisation des services destinés à les solutionner. Dans ce contexte, il apparaît bien évident que la seule façon d'aborder rationnellement ce problème de coût, c'est bien sûr, d'envisager très sérieusement des stratégies globales de prévention pouvant éliminer les problèmes à la source.

Ainsi, le modèle représenté par Price (voir figure 3 en annexe), nous démontre que ce sont surtout les facteurs de stress originant soit, du "macroenvironnement", c'est-à-dire les conditions de vie générales et/ou sociales, ou encore, du "microenvironnement", c'est-à-dire la famille et les caractéristiques bio-psychologiques de la personne qui agissent sur l'individu. Celui-ci peut, soit, être en mesure de s'adapter à ces facteurs de stress et maintenir son équilibre, ou encore, présenter des symptômes précoces lesquels, si non traités suffisamment et adéquatement, peuvent entraîner l'apparition de psycho-pathologies plus durables, chroniques ou intermittentes.

On distingue donc trois (3) paliers de prévention: la prévention primaire qui vise à maximiser et maintenir les possibilités de l'équilibre dynamique et harmonieux, c'est-à-dire à agir sur l'environnement et la personne pour renforcer et solidifier les points d'équilibre instables, la prévention secondaire qui favorise une rééquilibration optimale, suite à une rupture momentanée d'équilibre et la prévention tertiaire qui favorise une normalisation optimale pour les personnes qui ne peuvent atteindre ou retrouver un équilibre parfait.

Bien sûr, dans toute la mesure du possible il y a lieu de privilégier la prévention primaire cependant, dans certaines circonstances, comme par exemple, la problématique du suicide, celle-ci s'avère tout à fait difficile sinon impossible et il y aurait lieu d'envisager plutôt des stratégies de prévention secondaire, c'est-à-dire le dépistage et le traitement précoce des personnes suicidaires ou ayant déjà fait des tentatives de suicide. Enfin, le concept de prévention tertiaire repose sur l'hypothèse que, si on évite l'aggravation des séquelles, cela diminue les préjudices pour la personne affectée et son entourage, et augmente de beaucoup la qualité de la vie.

Mais interrogeons-nous maintenant, sur le rôle des Départements de Santé Communautaire dans ce domaine de la prévention en santé mentale. De fait, ce rôle ne doit pas être différent de celui des DSC en général. En d'autres termes, les DSC doivent essentiellement faire émerger un véritable réseau de santé communautaire s'insérant dans la dynamique des communautés. Comme l'indique la figure 4, la compétence particulière du Département de Santé Communautaire repose essentiellement sur deux (2) expertises, soit: la planification et la promotion de la santé. Au niveau de la planification, il doit essentiellement faire des analyses et études de besoins, élaborer des programmes ou projets d'interventions, coordonner des interventions et en assurer l'évaluation, tant des impacts que du processus. Au niveau de son expertise de promotion, le DSC doit développer des stratégies de marketing de la santé ainsi qu'assumer pleinement un rôle d'agent de changement de conscientisation et d'animation pour la solution des problèmes de santé dans un milieu donné. Bref, le DSC doit agir essentiellement comme un agent de concertation au niveau de sa sous-région et faire émerger des actions communes au sein de la communauté. Ainsi, la population sera mieux préparée, plus consciente, plus autonome et en arrivera à se prendre véritablement en charge elle-même.

Si on applique ce modèle au domaine de la santé mentale (voir figure 5), on constate que le DSC doit être l'agent qui sert de liaison et crée des liens fonctionnels entre différents réseaux. Les fonctions de planification, concertation et évaluation doivent se réaliser d'abord au niveau du réseau de services de première ligne, c'est-à-dire réseau de CLSC et/ou de modules, incluant les médecins en pratique privée, les services d'urgence ainsi que les organismes de maintien à domicile. D'autre part, le réseau des services psychiatriques devrait à relativement court terme, s'articuler avec ce réseau de services communautaires. Par réseau de services psychiatriques, nous entendons, les centres hospitaliers à vocation psychiatrique ainsi que les départements de psychiatrie dans les centres hospitaliers de courte durée, incluant les équipes de secteurs habituellement rattachées à ces établissements. Le troisième réseau à considérer, est celui des ressources dites alternatives, c'est-à-dire des ressources de réadaptation, incluant un certain nombre de services résidentiels, des milieux de jour et de soir, des services de thérapie occupationnelle et des ateliers protégés, bref, des programmes permettant le retour au travail de la clientèle psychiatrique, sans oublier des services d'intervention de crise dans la communauté... Enfin, le dernier réseau à considérer et non le moindre dans une dynamique d'approche communautaire, est celui des groupes communautaires et/ou bénévoles, incluant les groupes de parents et d'amis et les groupes de parrainage de toute nature qui jouent un rôle complémentaire aux autres ressources.

Il y a quelques mois, le ministre confiait au comité de santé mentale du Québec le mandat spécifique d'élaborer au cours des trois (3) prochaines années, une politique globale de santé mentale pour la province. Selon les propos du docteur Gaston Harnois, Président de ce comité, "c'est véritablement d'un choix de société dont il s'agit". Ce projet de politique de santé mentale devra aller au-delà d'objectifs et de programmes et proposer une philosophie globale d'interventions dans ce domaine. La véritable question posée sera:

"Quelle sorte de société voulons-nous?". Nous croyons que l'Association des Directeurs de Départements de Santé Communautaire doit participer de façon très active et continue à l'élaboration de cette politique. Pour ce faire, lors d'une récente rencontre tenue à Rimouski au début d'octobre 1983, un nouveau comité consultatif en santé mentale communautaire fut formé avec une structure assurant une représentativité de chaque DSC et de chaque région administrative du Québec. La nouvelle structure proposée envisage essentiellement de susciter la participation de tous et chacun des DSC de la province. Des réunions par région et sous-région concernant ce sujet de santé mentale sont présentement tenues à travers la province et au cours des prochaines semaines, nous espérons préciser le mandat de ce nouveau regroupement. D'ores et déjà, nous sommes assurés qu'il y aura lieu de mettre en commun et d'assurer la diffusion de toutes les initiatives réalisées à travers la province et ainsi, nous développerons des mécanismes de consultation rapides et continus, permettant véritablement aux Départements de Santé Communautaire et à l'Association des Directeurs de DSC d'assumer l'orientation générale et la coordination de la prévention dans le domaine de la santé mentale.

Les activités et interventions concrètes devront se réaliser sur le terrain, en première ligne, auprès des différentes populations-cibles par nos différents partenaires du réseau. Cependant, les DSC, chacun dans leur territoire, devront fournir le soutien et le support à ces groupes ou organismes, en ce qui a trait à l'instrumentation, à l'analyse des besoins, aux techniques et méthodologies d'évaluation et surtout, en ce qui a trait à l'information et la formation. Bien sûr, les activités curatives comme telles ne sont pas du ressort des Départements de Santé Communautaire cependant, en tant que principal agent de concertation au niveau d'une sous-région, ils devront s'assurer que ces services sont accessibles, disponibles et surtout qu'ils s'intègrent dans une approche globale.

En conclusion, c'est entièrement tournés vers l'avenir que nous croyons bien amorcer une démarche de planification collective en santé mentale communautaire et ceci, sur l'ensemble du territoire québécois.

Paul Landry M.D., M.P.H.  
Président  
Comité Consultatif en Santé Mentale Communautaire  
de l'Association des Directeurs de DSC

et

Chantal Perrault t.s.  
Membre du Comité

PL:ab

ANNEXE

LISTE DES MEMBRES  
COMITE CONSULTATIF EN SANTE MENTALE COMMUNAUTAIRE  
DE  
DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS DE DSC

Denise BELIVEAU, infirmière psychiatrique, conseillère en santé mentale au DSC de Verdun;

Irma CLAPPERTON, médecin Résident IV en santé communautaire au DSC de la Cité de la Santé de Laval;

Jacquelin COSSETTE, médecin psychiatre, consultant en santé mentale au DSC de Rouyn-Noranda;

Marc GRENIER, médecin conseil en santé mentale, Direction de la santé communautaire, Ministère des Affaires sociales;

Mireille LAJOIE, médecin, Directrice du DSC de Trois-Rivières;

Paul LANDRY, médecin, Directeur du DSC Maisonneuve-Rosemont;

Christiane MORIN-BLANCHET, médecin spécialiste en santé communautaire au DSC du Haut-Richelieu;

Chantal PERRAULT, travailleuse sociale, conseillère en santé mentale au DSC Maisonneuve-Rosemont;

Michel PREVILLÉ, sociologue, Agent de recherche au DSC Maisonneuve-Rosemont

René TREMBLAY, médecin, Directeur du DSC de la Mauricie.

\* Ont également participé à quelques-unes des rencontres du comité:

Yves TREMBLAY, médecin spécialiste en santé communautaire au DSC Ste-Justine;

Marc BOISSEAU, médecin conseil en santé mentale au DSC de St-Hyacinthe.

REPRESENTATION SCHEMATIQUE DE LA SANTE MENTALE  
Modèle systémique bio-psycho-social

FIGURE 1

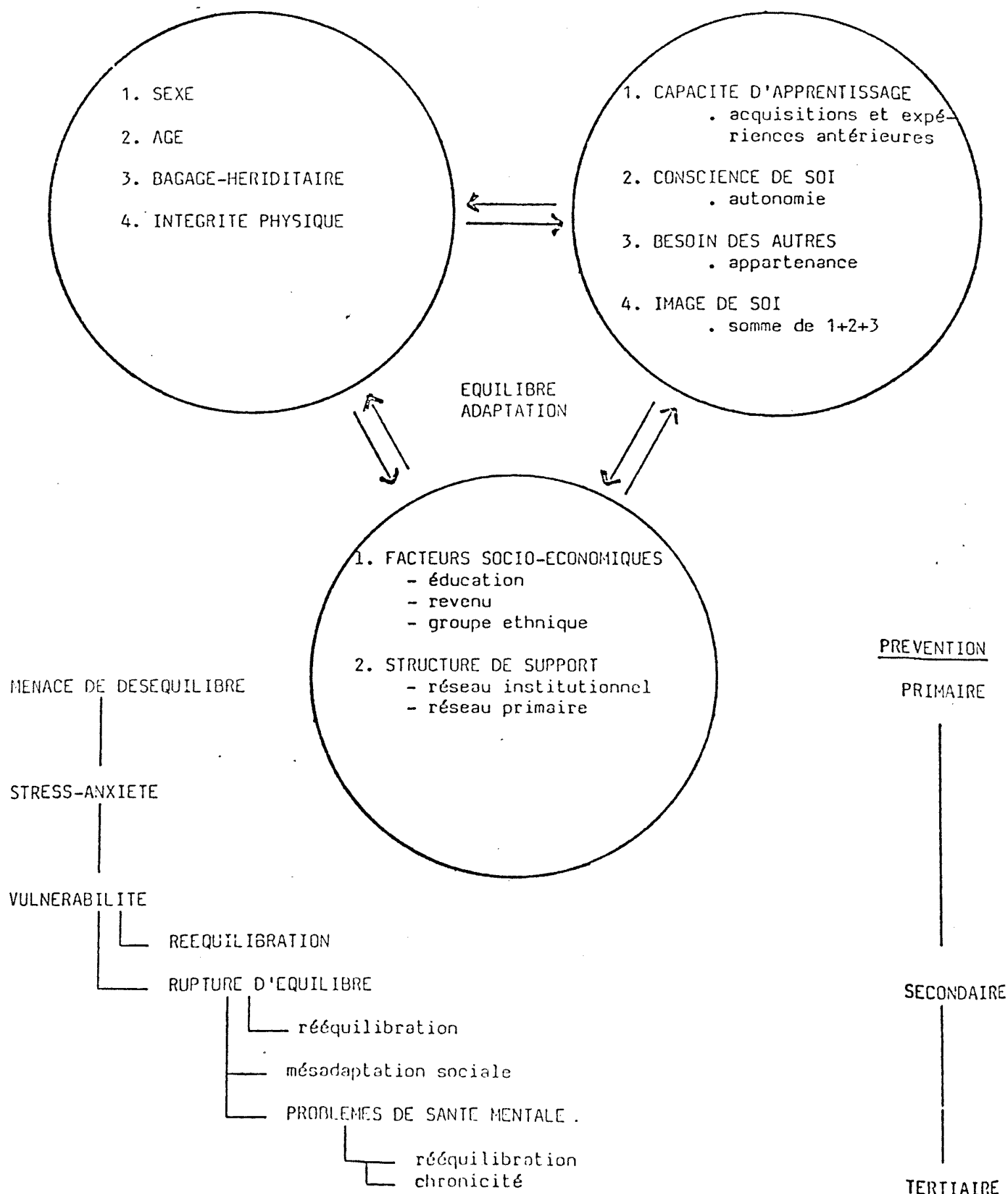
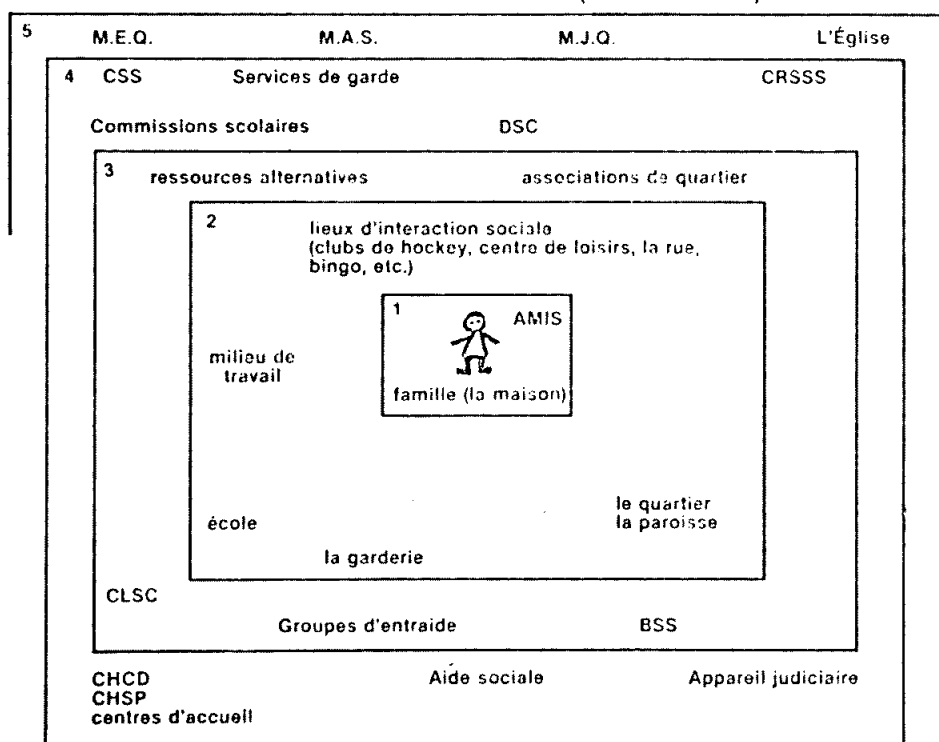
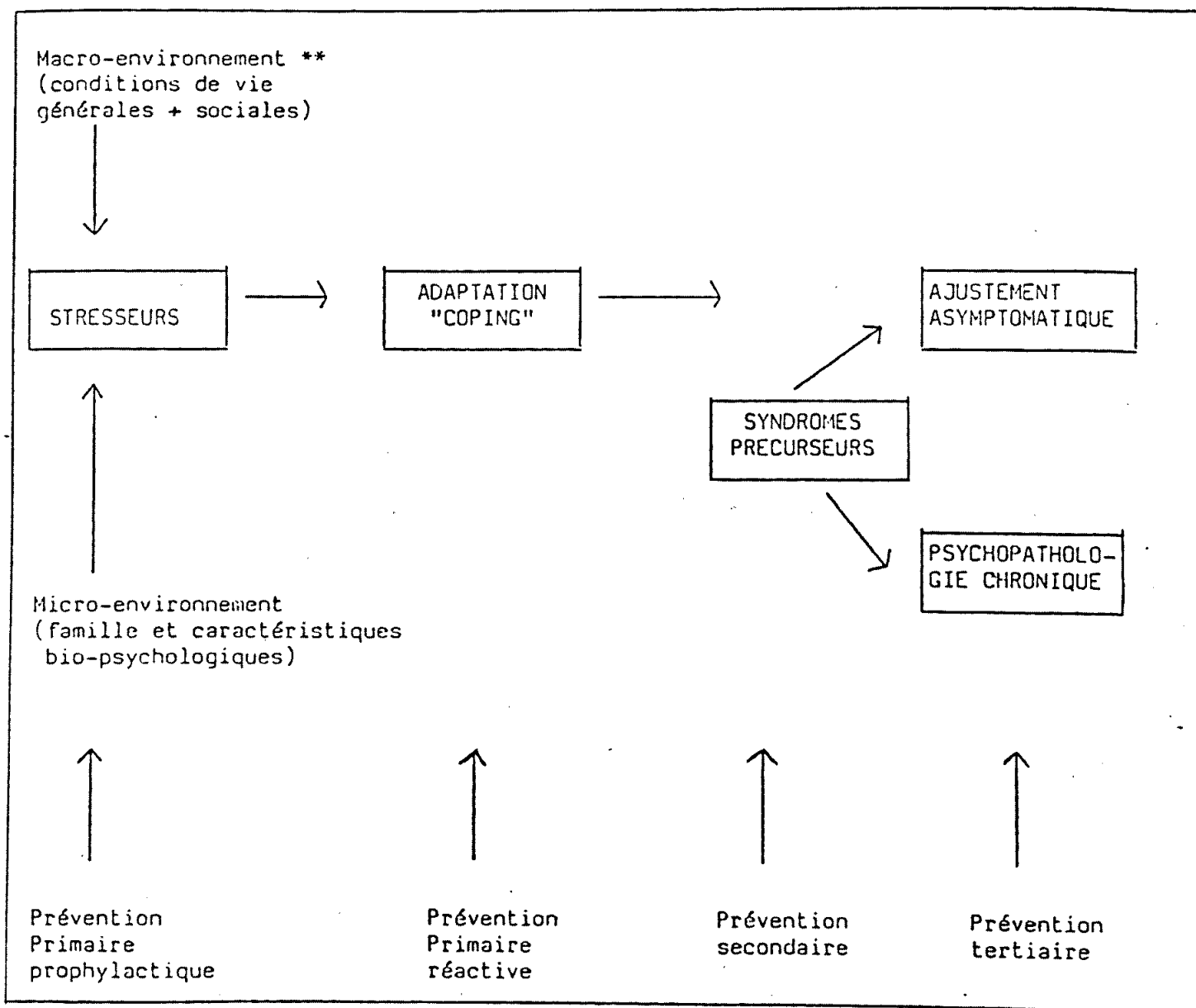


FIGURE 2:  
REPRÉSENTATION SCHÉMATIQUE DU RÉSEAU SOCIAL  
D'AIDE ET DE SUPPORT AU QUÉBEC (non exhaustive)



REPRESENTATION SCHEMATIQUE DE LA  
PREVENTION EN SANTE MENTALE \*

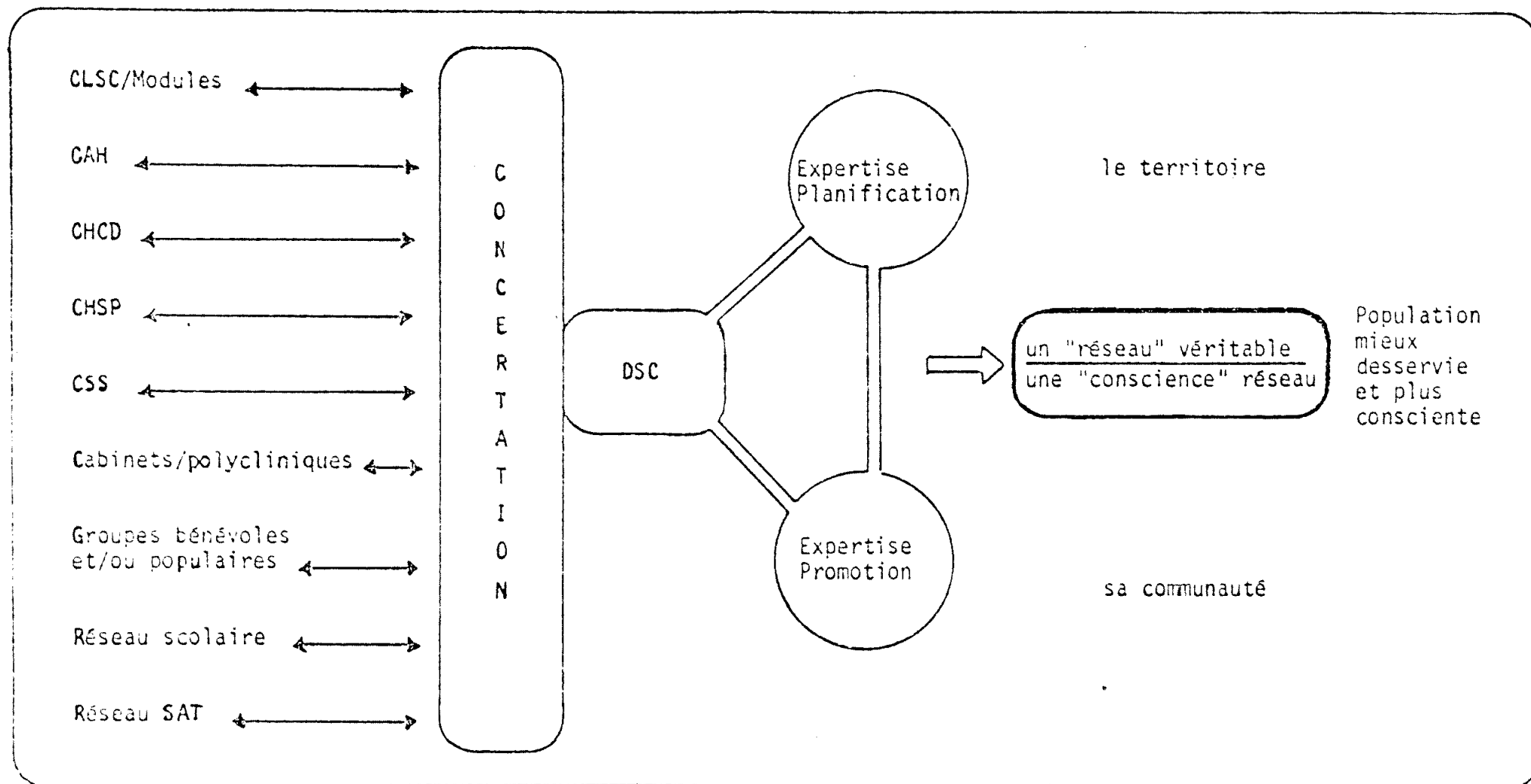


Source: Richard H. Price, *Prevention in Mental Health: Research, Policy and Practice*  
Sage Publications, Beverly Hills, 1980, p. 23.

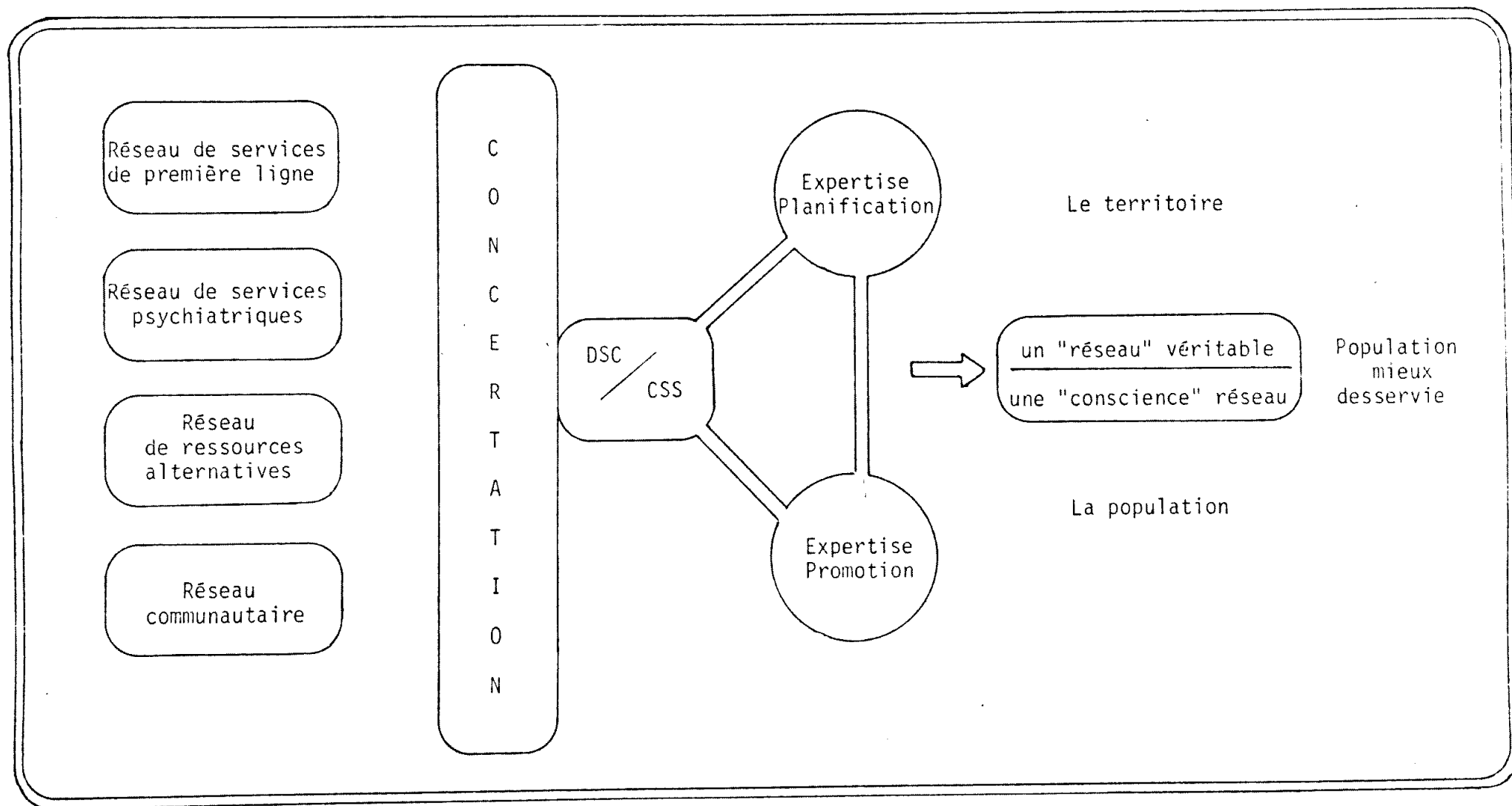
Notre traduction.

FIGURE 4

LE RESEAU DE SANTE: UNE DYNAMIQUE COMMUNAUTAIRE



## DYNAMIQUE D'UN RESEAU INTEGRE EN SANTE MENTALE COMMUNAUTAIRE



5.6 LA SANTÉ FEMME-FAMILLE

MADAME MURIELLE FORGET ET MADAME ISABELLE LAPORTE,  
D.S.C. SAINTE-JUSTINE

# Femme - Famille...



## PLAN POUR LA PRESENTATION NO.6: LA SANTE FEMME-FAMILLE

### 1. RETOUR SUR LE PASSE

- A- LES POLITIQUES
- B- LES COMITES
- C- DU PASSE A L'AVENIR

### 2. POPULATION VISEE: FEMME-FAMILLE

- A- EMERGENCE DE NOUVELLES PROBLEMATIQUES
- B- LEGISLATION

### 3. PROPOSITION D'UN COMITE PROVINCIAL

- A- NECESSITE
- B- BUT
- C- MANDAT
- D- COMPOSITION
- E- DEMARCHE

### 4. CONDITIONS DE REALISATION

- A- FACTEURS CONTRAIGNANTS
- B- FACTEURS AIDANTS

## 1. RETOUR SUR LE PASSE

### A) LES POLITIQUES

- . LA PERINATALITE
- . L'IMMUNISATION
- . LA NUTRITION
- . LA SANTE DENTAIRE

### B) LES COMITES

DIFFERENTES TENTATIVES DE REGROUPEMENTS PROVINCIAUX OU REGIONAUX.

- FORMATION PROVINCIALE PAR LE M.A.S. DES RESPONSABLES DE PERINATALITE
- COMITES REGIONAUX DEMANDES PAR LES RESPONSABLES DE PROGRAMMES POUR UNE PERIODE DETERMINEE
- REGROUPEMENT "AD HOC" DE 2 OU 3 D.S.C., POUR TRAVAILLER A DES PROBLEMES COMMUNS.

LE BESOIN DE SE REGROUPER ETAIT PONCTUEL ET DECOULAIT DES POLITIQUES EN IMPLANTATION.

## C) DU PASSE A L'AVENIR

### POLITIQUE DE PERINATALITE

- 1- ELABORATION DE PROGRAMMES
- 2- FORMATION DU PERSONNEL
- 3- INFORMATION DU PUBLIC
- 4- EVALUATION RELATIVE A LA POLITIQUE  
AUX DIVERS PROGRAMMES
- 5- RECHERCHE

- \* PROGRAMME D'IMPLANTATION DE LA POLITIQUE  
COMITE DE COORDINATION DE PERINATALITE

### OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE PERINATALITE

- REDUCTION DE LA MORTALITE INFANTILE
- REDUCTION DE LA MORTALITE PERINATALE
- REDUCTION DE LA MORBIDITE PERINATALE

### RESULTATS DE LA POLITIQUE

- CHUTE DE 50% DE LA MORTALITE PERINATALE ET INFANTILE  

|         |      |
|---------|------|
| 19/1000 | 1969 |
| 12/1000 | 1980 |
- AMELIORATION NOTABLE DU PROGNOSTIC VITAL CHEZ LES  
NOUVEAUX-NES DE 1000 A 2500 GRAMES.

## RESULTATS ATTEINTS

- 1- PAR LA POLITIQUE DE PERINATALITE
- 2- PAR DES CHANGEMENTS DEMOGRAPHIQUES QUI DECOULENT DU PROFOND BOULEVERSEMENT SOCIAL:
  - CONCENTRATION DE LA MAJORITE DES NAISSANCES ENTRE 25-29 ANS
  - INTERVALLES DE PRES 3 ANS
  - ELIMINATION GRADUELLE DES NAISSANCES CHEZ LES FEMMES DE PLUS DE 35 ANS
  - DISPARITION DES GRANDES MULTIPARES
  - HAUSSE DE LA PRATIQUE DE L'HYSTERECTOMIE ET CELLE DE LA LIGATURE DES TROMPES (LE 1/3 DES FEMMES QUEBECOISES EN AGE DE REPRODUCTION SONT ACTUELLEMENT STERELISEES DE FACON DEFINITIVE)
- 3- CHANGEMENTS DE COMPORTEMENTS DANS LA POPULATION
  - COMPORTEMENT DES PARENTS FACE A LA NAISSANCE (LEBOYER, BRAZELTON, ETC...)
- 4- CHANGEMENTS DANS LE DOMAINE DES SOINS MEDICAUX AU QUEBEC
  - COMITE D'ETUDE DE LA MORTALITE PERINATALE DU QUEBEC 1967
  - INSTAURATION GRADUELLE DES SOINS INTENSIFS NEO-NATALS
  - MISE EN OEUVRE DU REGIME D'ASSURANCE-MALADIE 1970

## PROBLEMES DECOULANT DE LA POLITIQUE

- HAUSSE D'HANDICAPES MENTAUX
- HAUSSE DE BEBES DE PETITS POIDS
- HAUSSE D'ACCOUCHEMENTS PAR CESARIENNE
- DESHUMANISATION DES SOINS EN OBSTETRIQUE

CES PROBLEMES NECESSITENT UNE APPROCHE DIFFERENTE QUE CELLE QUI VISAIT LA BAISSSE DE LA MORTALITE.

## APPROCHE ALTERNATIVE

- PLURIDISCIPLINAIRE
- COORDINATION
- ETUDE DES CHANGEMENTS SOCIAUX  
(FAIRE PARTIE DU COURANT ET NON REGARDER  
RETROSPECTIVEMENT LE MOUVEMENT SOCIO-CULTUREL)

CARREFOUR DES AFFAIRES SOCIALES, VOL. 2, SEPT. 1980  
OBJECTIFS POUR LES DIX PROCHAINES ANNEES

## 2. POPULATION VISEE: FEMME-FAMILLE

### A) EMERGENCE DE NOUVELLES PROBLEMATIQUES

#### 1- 1978 EGALITE ET INDEPENDANCE, CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

- MET EN RELATION LA CONDITION DES FEMMES ET LE VECU DE LEUR SANTE.
- SITUATION DE DEPENDANCE CONTRAIRE A L'AUTONOMIE IDENTIFIEE COMME OBJECTIF FONDAMENTAL DU CHANGEMENT.

#### 2- 1979 COLLOQUE SUR LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES ET AUX ENFANTS

- ENFANTS MALTRAITES
- FEMMES BATTUES

#### 3- 1979 NAITRE AU QUEBEC, CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE

#### 4- 1981 ESSAI SUR LA SANTE DES FEMMES, CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

- LES FEMMES SONT LES PLUS GRANDES UTILISATRICES DU SYSTEME DE SANTE, 60% EN 1978 (R.A.M.Q. 1979) EXCLUANT LA SPECIFICITE BIOLOGIQUE DES FEMMES
- LES FEMMES CONSOMMENT PLUS DE MEDICAMENTS QUELLE QUE SOIT LA CLASSE DE MEDICAMENT (DUNNELL ET CARWRIGHT 1972, COOPERSTOCK 1976)
- CONSOMMATION      TRANQUILISANTS      1ERE PLACE  
                                 LES HORMONES      2E PLACE  
(ASSURANCE-MALADIE 1980)

5- PAREIL PAS PAREIL, CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

- RÔLE MASCULIN FÉMININ

6- AUTRES PROBLÉMATIQUES

- FAMILLE MONOPARENTALE (UNE SUR TROIS)
- FEMMES BATTUES (UNE SUR CINQ)
- HARCELEMENT SEXUEL (UNE SUR TROIS)
- INCESTE (UNE SUR DIX)
- MÉNOPAUSE (DIX SUR DIX)
- ETC...

B) LEGISLATION

- LOI 24 (PROTECTION DE LA JEUNESSE)
- LOI 17 (SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL)
- LOI 89 (DROIT DE LA FAMILLE: MARIAGE, SÉPARATION, DIVORCE)
- LOI 77 (SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE)
- LOI 65 (CONFIDENTIALITÉ DES DOSSIERS)

## LA QUESTION

UN COMITE PROVINCIAL SANTE FEMME-FAMILLE VOUS INTERESSE-T-IL?

### 3. PROPOSITION D'UN COMITE PROVINCIAL

#### A) NECESSITE

##### A.1 INFORMATION:

- INTER D.S.C.
- AUTRES INSTANCES CONCERNEES

##### A.2 ROLE POLITIQUE:

- INFLUENCER LES PRENEURS DE DECISION
- NOTION DE COALITION
- STRATEGIES: POLITISATION DES DOSSIERS  
LOBBY .....

"IL FAUDRAIT ... EGALEMENT TENTER DE FORMER DES COALITIONS AVEC D'AUTRES ORGANISATIONS, ETANT DONNE QU'UN GROUPE D'ORGANISATIONS A UNE VOIX AU CHAPITRE BEAUCOUP PLUS PUISSANTE QU'UN SEUL ORGANISME LORSQU'IL S'AGIT D'INFLUER SUR UNE DECISION."  
MICHEL O'NEIL, EDUCATION SANITAIRE, VOL. 18, NO. 4. JANVIER 1980.

##### A.3 HISTORIQUE DU DOSSIER SANTE MATERNELLE ET INFANTILE:

- SUR LE PLAN EPIDEMIOLOGIQUE
- SUR LE PLAN DES STRUCTURES DE SANTE PUBLIQUE

B) BUT

AUGMENTER:

- LA QUALITE
- L'EFFICACITE
- L'EFFICIENCE

PAR LA MISE EN COMMUN

\* FACTEURS DETERMINANTS DES POLITIQUES DE SANTE (DE MIQUEL 1975)  
(A TENIR COMPTE LORSQUE L'ON FAIT DES POLITIQUES DE SANTE)

L'INDIVIDU:

ETAT DE SANTE

FACTEURS BIO-MEDICAUX

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES

LES INSTITUTIONS:

SERVICES DE SANTE

ORGANISATION DE LA SANTE

PLANIFICATION DE LA SANTE

LA SOCIETE:

COMPORTEMENTS SOCIO-CULTURELS

STRUCTURE POLITIQUE

DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE (TECHNOLOGIE)

STRUCTURE DEMOGRAPHIQUE

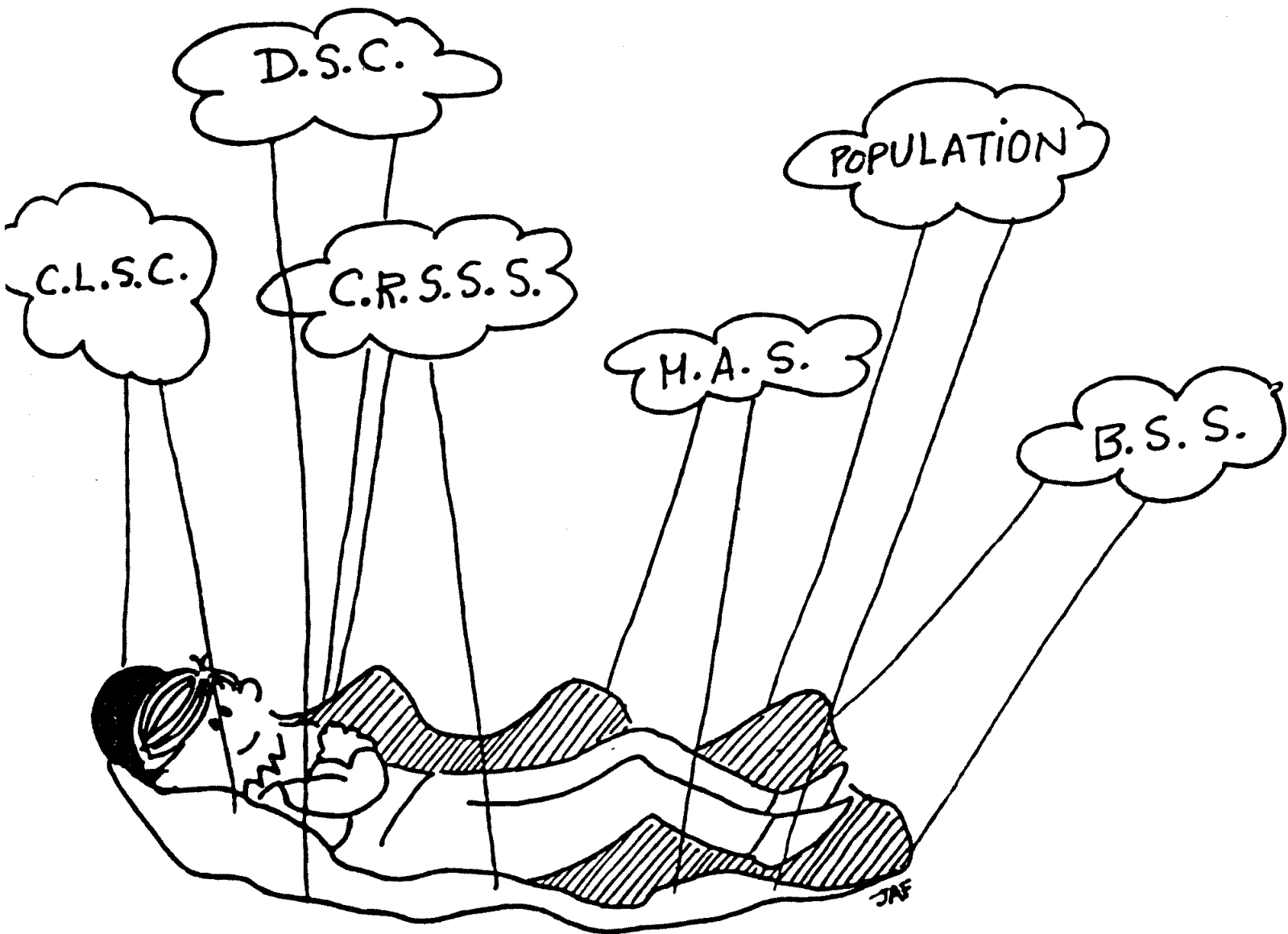
L'ENVIRONNEMENT

C) MANDAT

- C.1 CONSTITUER UNE BANQUE DE DONNEES SUR CE QUI EXISTE DEJA,  
CE QUI EST EN TRAIN DE SE FAIRE  
DONC: ACQUIS - PRODUCTIONS RECENTES, PROJETS DE RECHERCHE,  
D'INTERVENTION
- C.2 CONSEILLER DES ORIENTATIONS A PRIVILEGIER POUR LES  
PROBLEMATIQUES TRADITIONNELLES (EVALUATIONS, RECHERCHES,  
INTERVENTIONS)
- C.3 PRECISER DES OBJECTIFS ET DES MOYENS D' ACTIONS RELATIVEMENT  
A DES PROBLEMATIQUES NOVATRICES (SELON LES TENDANCES  
SOCIALES ACTUELLES)
- C.4 REPONDRE A DES PROBLEMATIQUES "D'URGENCE" SELON LEUR  
PERTINENCE ET LEUR ACUITE SOCIALE
- C.5 IDENTIFIER DES MECANISMES DE CONCERTATION ET/OU COORDINATIONS  
ENTRE LES DIFFERENTS DISPENSATEURS DE SERVICES
- C.6 IDENTIFIER ET/OU ORGANISER LA FORMATION NECESSAIRE POUR LES  
INTERVENANTS CONCERNES
- C.7 PROCEDER A L'EVALUATION - DES OBJECTIFS SPECIFIQUES DECOULANT  
DU MANDAT  
- DU FONCTIONNEMENT DU COMITE

# COMITÉ PROVINCIAL...

/195



## D) COMPOSITION

### D.1 MEMBRES:

- D.S.C. (REPRESENTANTS(ES) REGIONAUX)
- C.L.S.C.
- C.S.S.
- M.A.S.

### D.2 CONSULTANTS:

- REGROUPEMENTS PROFESSIONNELS:  
PEDIATRIE, GYNECO-OBSTETRIQUE, SANTE MENTALE, ETC..
- CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME
- OFFICE DES SERVICES DE GARDE
- SECTEUR UNIVERSITAIRE
- AUTRES:  
AU BESOIN, AD HOC.

## E) DEMARCHE

- REPRESENTATIVITE QUANT AUX REGIONS ET AUX CHAMPS DE COMPETENCE  
DANS LA PROBLEMATIQUE CONCERNEE
- MOTIVATION - DISPONIBILITE - CONSTANCE
- TRAVAUX REALISES A TRAVERS LA DYNAMIQUE REGIONALE
- PARTICIPATION DE LA POPULATION (GROUPES POPULAIRES, BENEVOLES,  
AU NIVEAU REGIONAL)
- MECANISMES DE CONSULTATION BASEE SUR LA REGION

#### 4. CONDITIONS DE REALISATION DE LA CONCERTATION ET/OU COORDINATION

##### A) FACTEURS CONTRAIGNANTS

###### A.1 PROBLEMES DE RESISTANCE

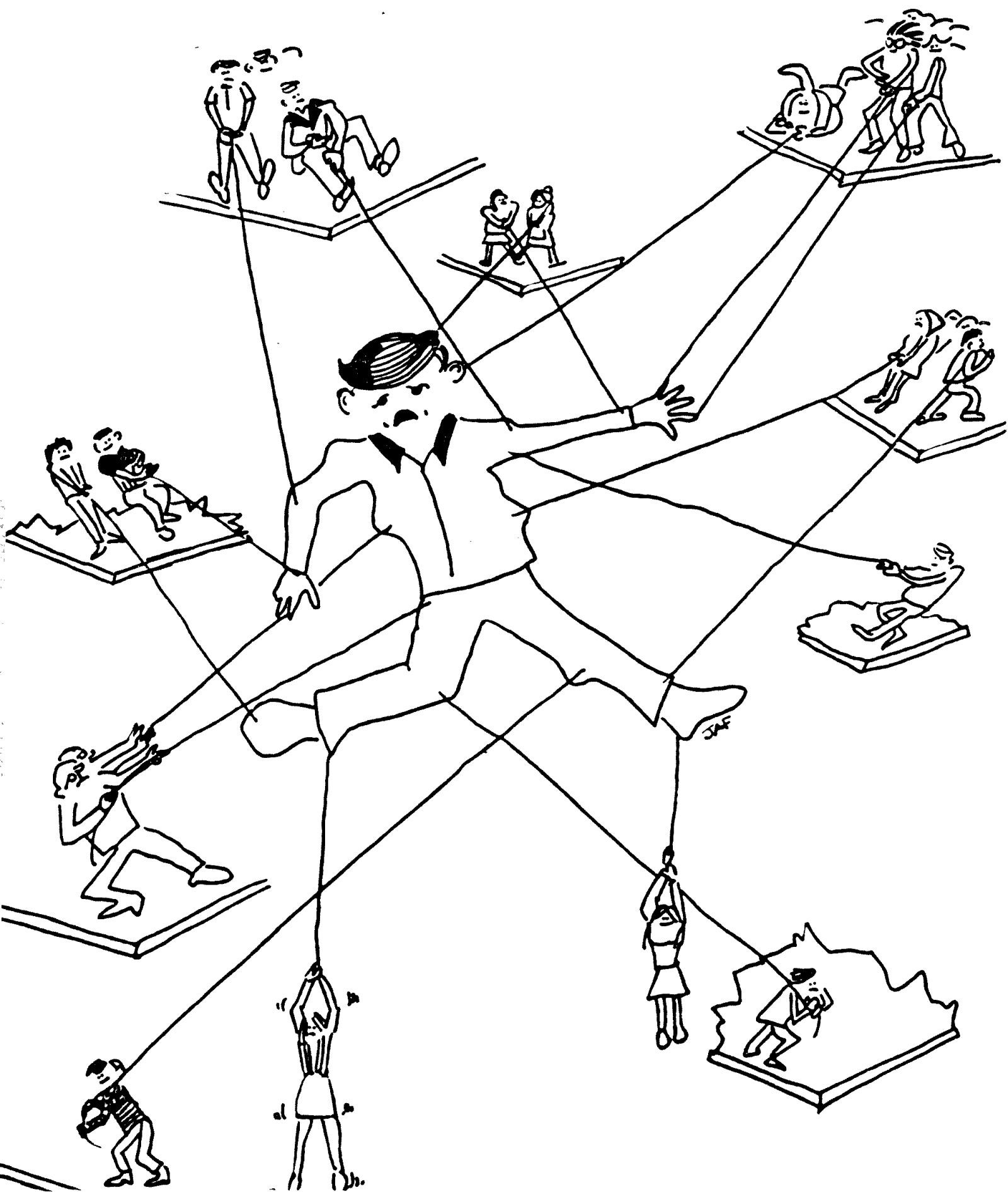
- AUTO-DEFENSE DES GRANDES STRUCTURES INSTITUTIONNELLES
- ATTITUDE IMPERIALISTE DES ORGANISMES (C'EST A MOI, MON TERRITOIRE, MA POPULATION, ...)
- DUPLICATION ET LUTTES IDEOLOGIQUES
- PEUR DE PERDRE LE CREDIT D'UNE ACTION
- DIFFICULTE D'AVOIR DES MANDATS CLAIRS, PROBLEME DE DELEGATION DE POUVOIR

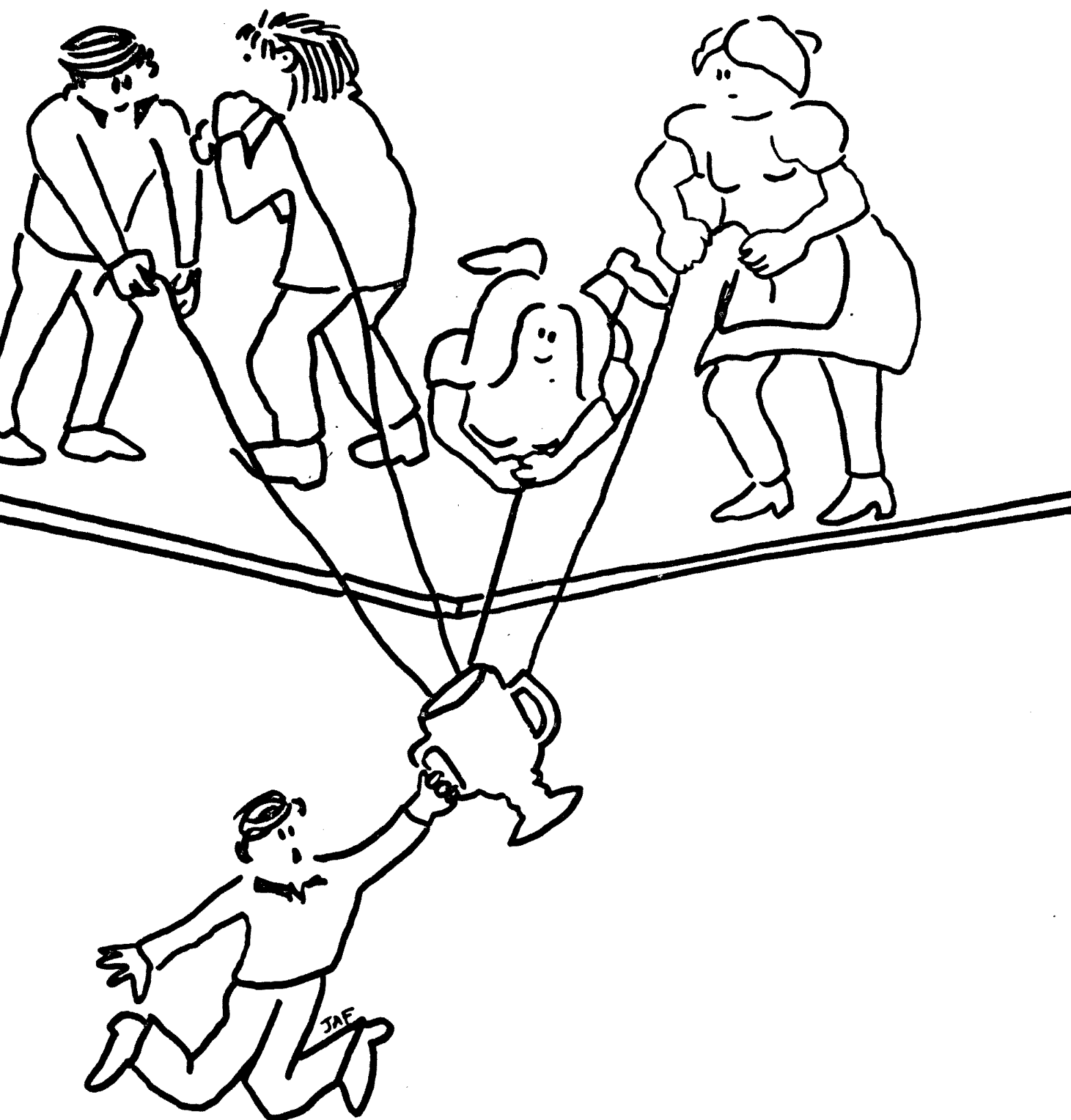
###### A.2 PROBLEMES D'EVALUATION DE LA CONCERTATION ET/OU COORDINATION

- PEU OU PAS DE MECANISMES FORMELS D'EVALUATION
- ABSENCE DE SYSTEMATISATION
- RAREMENT FAITE PAR EVALUATEUR OBJECTIF, EXTERIEUR A LA CONCERTATION

###### A.3 PHASES DE LA CONCERTATION ET/OU COORDINATION

- CIRCULATION DE L'INFORMATION
- ELABORATION D'OBJECTIFS
- MISE EN COMMUN DES RESSOURCES
- PERMANENCE





## B) FACTEURS AIDANTS

### B.1 CONDITIONS DE FAISABILITE

- REPRESENTATION ADEQUATE DES DIFFERENTS SECTEURS
- PROBLEMATIQUES CONCRETES, BIEN DEFINIES
- RESSOURCES DE SUPPORT (LOCAL, SECRETARIAT)
- MINIMUM DE PERMANENCE EN TERMES DE PARTICIPANTS ET DE CONTINUITE DANS LE TEMPS
- DEFINITION CLAIRE DES MANDATS DES PARTICIPANTS (DELEGUES PAR ...)
- REPARTITION CLAIRE DES RESPONSABILITES
- SYSTEME D'INFORMATION ADEQUAT

### B.2 CONDITIONS DE CREDIBILITE

- CLARTE DES OBJECTIFS
- FIDELITE AUX OBJECTIFS FACE A LA CLIENTELE VISEE
- CONTINUITE DES PERSONNES, DES PROJETS
- STRATEGIE D'IMPLANTATION ET ECHEANCIER REALISTE
- CONCERTATION ET/OU COORDINATION FORMELLE (CHARTRE)?

5.7 SYSTÈMES D'INFORMATION POUR LA PLANIFICATION SOCIO-SANITAIRE.

MONSIEUR MARC DIONNE, D.S.C. BEAUCEVILLE

SYSTEMES D'INFORMATION

POUR LA PLANIFICATION SOCIO-SANITAIRE

CONFERENCE-CARROUSEL

13/12/83

MARC DIONNE

D.S.C. - BEAUCEVILLE

## SYSTEMES D'INFORMATION POUR LA PLANIFICATION SOCIO-SANITAIRE

### HISTORIQUE

Dès le début de la réforme sur les services de santé et des services sociaux, les responsables du Ministère des Affaires Sociales se sont préoccupés d'obtenir l'information qui leur permettrait, non seulement de bien gérer leur nouveau réseau, mais aussi de connaître les caractéristiques des clientèles et des populations desservies. Ainsi par l'introduction systématique de systèmes de collectes de données comme ceux de Med-Echo et des DGF-1, le ministère s'est rapidement donné les moyens d'obtenir une impressionnante somme de données sur le fonctionnement de l'ensemble des établissements de santé de son réseau, données complétées par celles provenant de la R.A.M.Q. et de fichiers plus spécialisés (mortalité, tumeur, mortalité périnatale).

La quantité de données générées par ces différentes sources n'a malheureusement pas été compensée par leur capacité à nous renseigner facilement sur l'état de santé ou sur la nature des besoins réels des populations ou des clientèles desservies, ni non plus par leur possibilité d'assurer l'évaluation de l'impact des programmes sur ces états de santé ou de besoins.

Dès 1973 le M.A.S., conscient des limites importantes des données à sa disposition, envisageait de développer prioritairement un système intégré d'information pour tout le réseau. Sans nul doute en rapport avec cette préoccupation, il créait en 1974 le réseau des Départements de Santé

Communautaire avec comme mandat bien spécifique de procéder aux études d'état de santé et de besoins de la population sur leur territoire respectif et de l'informer sur les moyens à prendre pour résoudre les problèmes et surtout pour les prévenir.

Le mandat confié aux D.S.C. impliquait évidemment qu'ils produisent au M.A.S. une information plus ou moins systématique en rapport avec leurs travaux et c'est ainsi que pour répondre à l'intention clairement exprimée en 1975 par la Direction de la Santé Communautaire d'obtenir des données standardisées sur les problèmes de santé et sur l'impact des programmes, les D.S.C. ont formé et fait fonctionner au plan provincial de 1975-79 un comité multidisciplinaire sur l'information. A l'époque divers sous-groupes sous la responsabilité du sous-comité central se sont constitués afin de définir les indices ou les variables permettant dans un certain nombre de domaines (vaccination, périnatalité, santé dentaire, programmes de dépistage scolaire, etc..) de fournir l'information désirée. Les efforts du comité ont finalement permis la production du document "Données à fournir annuellement au M.A.S. par les D.S.C." document dont le mérite n'est pas venu tellement de l'utilisation qu'on en a fait mais de la réflexion qui en a entouré la production et qui a permis à plusieurs D.S.C. d'accélérer leur passage d'une approche centrée sur les activités à une approche davantage orientée vers les programmes.

Mais devant l'ambiguïté des attentes de la Direction de la Santé Communautaire à l'égard de l'information que devraient lui produire les D.S.C., devant les difficultés d'obtenir des données comparables entre zones des-

servies par les D.S.C. et zones desservies par les C.L.S.C. et devant les importants problèmes d'accès aux données des fichiers centraux, ceux du M.A.S. y inclus, les membres du comité et ceux qui étaient les plus concernés par leurs travaux, en particulier les conseillers en recherche des D.S.C., ont requestionné l'opportunité de continuer une action de collaboration inter D.S.C. en matière d'information socio-sanitaire.

En novembre 79, un groupe de conseillers en recherche un peu désillusionné devant les difficultés à accéder aux données et à produire une information valable soumettait un texte intitulé "Réflexions sur la problématique des systèmes d'information dans le réseau des Affaires Sociales".

Ce document faisait le bilan des contraintes auxquelles étaient soumis les D.S.C. en matière d'accès aux données et proposait une approche intégrée face à l'information, approche qui ne se limiterait plus uniquement à produire des données mais qui viserait à organiser de véritables systèmes d'information dont la conception et la réalisation s'appuieraient sur une analyse systématique des besoins d'information.

En 1980 un moratoire ayant été décrété sur les activités du comité d'information, l'association des chefs de D.S.C. a lancé un processus de consultation sur les problèmes reliés à la production d'information sanitaire par les D.S.C. et sur les objectifs et les modalités d'une éventuelle poursuite des activités de collaboration inter-D.S.C. en ce domaine. Cette période de consultation qui a permis de rejoindre une bonne partie du personnel de recherche des D.S.C. et un certain nombre de professionnels

en programmation nous a confirmé les problèmes chroniques d'accès aux données et l'ambiguïté du rôle de planification des D.S.C.. Cette consultation a aussi permis de mettre encore davantage l'accent sur la nécessité de concevoir les systèmes d'information en matière de santé non pas seulement comme des moyens de collecter des données et de les diffuser mais comme un mécanisme permettant d'identifier et de rendre disponible aux décideurs les informations leur permettant d'établir les priorités, d'allouer les ressources appropriées et d'initier des programmes efficaces.

Le document déposé à l'A.D.D.S.C. au terme de cette période de consultation, document intitulé "Collaboration inter-D.S.C. à la gestion de l'information socio-sanitaire" proposait une poursuite des efforts de collaboration inter-D.S.C. en ce domaine tant au plan provincial que régional et mettait largement l'accent sur la nécessité de développer les concepts et les méthodes nécessaires à la production d'information sanitaire valide et utile aux fins de la planification dans le domaine de la santé au Québec.

L'A.D.D.S.C. entreprenait peu de temps après le dépôt de ce document son opération de planification stratégique pour la production des plans directeurs et n'a pas donné suite dans l'immédiat aux recommandations du rapport.

Par contre la tournée d'information pilotée par Aline Emond pour présenter aux régions les différentes sources de données et permettre aux res-

ponsables plusieurs de ces banques d'information d'échanger avec les professionnels des D.S.C., des C.R.S.S.S. et des C.S.S. a permis de relancer en régions le mouvement de collaboration inter-D.S.C. dans l'organisation des systèmes d'information.

C'est ainsi que dans la région 03 depuis un peu plus de deux (2) ans maintenant, un comité d'information composé de représentants des D.S.C., du C.R.S.S.S. et du C.S.S. travaille pour rendre opérationnel un véritable système d'information aux fins de planification régionale en matière de santé. En plus d'assurer la disponibilité des données contenues dans les fichiers centraux, le comité est à mettre sur pied les bases qui permettront de produire pour les instances décisionnelles au plan régional et sous-régional les informations valides et pertinentes en regard de leurs besoins.

#### CONCEPTS DE SYSTEME D'INFORMATION

Ce mouvement relativement récent dans les D.S.C. de s'orienter vers l'organisation de véritable système d'information et ne pas se limiter à un rôle de simple producteur de données correspond bien à la tendance observée actuellement dans le management des grandes entreprises qui doivent composer avec de grandes quantités de données d'innégales valeurs quant à leur possibilité d'orienter les choix de l'organisation.

Car "même dans le cas où ces organisations ont une longue expérience du traitement automatique des données, elles ne parviennent que très difficilement à fournir en temps voulu, aux responsables des décisions, les informations nécessaires. Des conditions nouvelles se présentent constamment,

les décisions doivent être prises de plus en plus rapidement dans des situations toujours plus enchevêtrées alors que les dirigeants perdent l'accès aux informations de première main". Cette citation tirée de Louis Rigaud dans son livre sur la mise en place des systèmes d'information s'applique sans problème au domaine de la santé au Québec où l'on doit de toute nécessité viser à construire un réseau de transmission de l'information qui permet d'assurer le bon fonctionnement du réseau en fonction des objectifs qui lui sont assignés.

Mais qu'entend-on réellement par système d'information? Donnons-en une définition rapide et regardons brièvement les concepts derrière cette définition.

Un système d'information tel que nous l'entendons actuellement est un ensemble de moyens conçus et organisés en fonction des besoins et des possibilités de l'organisation s'appuyant sur un système efficace de traitement de données pour fournir aux décideurs, au moment opportun et sous une forme directement utilisable les informations nécessaires à la direction et à la gestion de l'entreprise.<sup>(1)</sup>

Le concept de système d'information implique donc quatre (4) grandes idées principales: Sa conception est une application de la théorie des systèmes, il est orienté vers la décision, il s'appuie sur un système avancé de traitement de l'information et doit être construit d'une façon graduelle et souple qui permet son adaptation à l'évolution de l'organisation.

---

(1) Adapté de Rigaud, Louis. La mise en place des systèmes d'information.

Pour assurer la mise en place de systèmes d'information dans le fonctionnement général de l'organisation, l'on doit chercher à concevoir l'organisation comme une série de modules ou de domaines responsable d'une production particulière, pilotée par son centre de décision propre et disposant des informations nécessaires à son bon fonctionnement.

De la même façon que le management se distingue trois (3) niveaux: Le contrôle, l'administration et la planification, on peut classer les systèmes d'information en trois (3) grandes catégories qui sont cependant loin d'être imperméables l'une à l'autre. Chaque niveau de management exige pour s'accomplir efficacement des informations dont la nature diffère assez largement.

Ainsi le contrôle ou la régulation opérationnelle nécessite une information immédiatement disponible qui permet de connaître la situation actuelle des organes de production de l'entreprise.

La fonction administrative pour sa part puise la plus grande partie de ses informations dans les systèmes de contrôle mais est davantage intéressée aux données agrégées qui la renseigne sur les ordres de grandeur plutôt que sur le détail des opérations individuelles.

La planification pour sa part est concernée par la définition des priorités de l'organisation et par l'élaboration des politiques générales, elle utilise principalement des informations sur les relations de l'organisation et de son environnement ainsi que les prévisions et les projections dans l'avenir.

Les besoins d'information pour les niveaux de contrôle et de gestion administrative étant largement satisfaits par les systèmes d'information existants actuellement dans le monde de la santé au Québec et n'étant d'ailleurs pas du ressort des D.S.C., ceux-ci ne s'intéresseront qu'aux systèmes d'information nécessaires aux activités de planification socio-sanitaire.

Pour assurer l'organisation des systèmes d'information aux fins de planification sanitaire, l'on doit analyser les trois (3) niveaux décisionnels en matière de planification dans le réseau des Affaires Sociales, le central, le régional et l'établissement (pour fin de simplification et aussi par justification logique, nous intégrerons ici le D.S.C. au niveau régional).

Pour chacun des organismes impliqués à l'un ou l'autre de ces trois niveaux, M.A.S. au niveau central, C.R.S.S.S. et D.S.C. au niveau régional et sous-régional, établissements de santé au niveau local, l'on prendra des décisions de planification à partir d'une information qui se voudrait la plus appropriée possible.

En utilisant la méthode d'analyse modulaire pour représenter les fonctions de planification de ces trois (3) types d'organisation, nous pouvons visualiser les liens qui existent entre la nature de l'information nécessaire à l'exercice de leur fonction de planification, les produits de cette activité de planification et les rapports que les niveaux entretiennent entre eux pour articuler leur planification respective.

Représenter comme le recommande plusieurs auteurs, la fonction de planification comme une production particulière de l'organisation nous permet de concevoir clairement la nature particulière de l'information qui doit sous-tendre cette fonction.

Une vision utopique nous laisserait imaginer la possibilité d'organiser des systèmes d'information qui permettraient de fournir au moment opportun, à l'ensemble des planificateurs du réseau des Affaires Sociales, toute l'information nécessaire à leur activité. Cette conception idyllique des systèmes d'information pourrait se représenter schématiquement: Chaque organisme de planification disposerait selon le niveau auquel il se situe d'un système propre d'information qui pourrait collecter l'ensemble des données et les traiter de telle façon qu'elles supportent complètement et entièrement les décisions de planification de ces organismes.

Malheureusement la conception d'un système d'information qui pourrait prédire et satisfaire complètement les besoins d'information des managers de haut niveau, responsables de la planification dans notre réseau des Affaires Sociales, n'apparaît certainement pas réaliste.

#### PROPOSITION D'ACTION COMMUNE

Par contre une approche possible et à la mesure des D.S.C. sur la construction des systèmes d'information consisterait à s'appuyer sur une analyse modulaire du réseau des Affaires Sociales et viserait à mettre en place des systèmes d'information qui nous renseigneraient sur les problèmes ou sur des situations précises et bien définies.

Cette contribution des D.S.C. à l'organisation graduelle des systèmes d'information à des fins de planification sanitaire pourrait s'exercer au plan central et au plan régional de la façon suivante.

Au niveau provincial, une collaboration inter-D.S.C. pourrait permettre la création d'un sous-système d'information qui viserait essentiellement à fournir aux décideurs des informations sur l'état de santé de la population du Québec (selon les découpages géographiques les plus pertinents) et sur l'efficacité des différentes mesures mises ou à mettre en place pour régler les problèmes.

L'organisation d'un tel sous-système d'information devrait se faire de façon graduelle en identifiant d'abord les domaines où nous disposons d'indicateurs valides d'état de santé et en élargissant graduellement la portée de l'information que pourrait fournir le système au fur et à mesure du développement d'indicateurs dans les autres domaines.

Ce travail de collaboration des D.S.C. devrait aussi permettre d'organiser de façon cohérente et de rendre disponible de façon efficace les analyses sur les problèmes de santé et sur l'efficacité des programmes.

Au niveau régional, on peut viser, toujours dans le cadre d'une approche modulaire à organiser dans des délais raisonnables des systèmes d'information capables de fournir aux décideurs une information beaucoup plus complète pour appuyer leurs décisions de planification et ce dans les domaines où les concepteurs de ces systèmes d'information auraient été en

mesure d'assurer le cycle complet d'identification des besoins d'information, de collecte-traitement-diffusion des données et d'interprétation des résultats obtenus.

Cette détermination graduelle au plan régional des domaines où les systèmes d'information seraient en mesure de soutenir le processus décisionnel en matière de planification amènera la constitution d'une banque de données régionales qui sera le pivot du système d'information et qui permettra avec l'utilisation de la technologie appropriée, de rendre l'information disponible de la façon attendue par un véritable système d'information au fin de planification tel que nous le décrivions dans notre définition du début.

Comment situer ce dossier des systèmes d'information dans le cadre de la préoccupation du colloque qui est d'amener les D.S.C. à préciser leurs priorités d'action pour les années 80 et d'initier des interventions susceptibles d'améliorer l'état de santé de la population.

Selon le modèle que nous proposons, il apparaît assez clair que dans le futur immédiat, les systèmes d'information auxquels les D.S.C. pourraient contribuer à la mise en place, ne pourront de par leurs seules capacités décrire de façon exhaustive les besoins de santé des populations des trente-deux (32) territoires de D.S.C., ni encore moins déterminer de façon automatique les priorités orientant l'action du M.A.S., des C.R.S.S.S., des D.S.C. et des autres établissements du réseau.

Le moment n'est pas près d'arriver où les planificateurs-décideurs de notre réseau de santé pourront prendre leurs décisions en consultant uniquement l'information qui proviendrait des systèmes qu'on aurait bâti à leur service. Par contre l'effort collectif des D.S.C. permettrait une amélioration considérable de la situation actuelle où en dehors du registre de mortalité, il n'existe à peu près aucune base de données qui nous fournisse de façon systématique des informations sur l'état de santé réel de la population.

En répertoriant et en validant les différentes études susceptibles de nous renseigner sur la nature et les causes des problèmes de santé au Québec et sur les moyens à prendre pour régler les problèmes constatés, les D.S.C. permettraient d'éviter une redondance inutile dans les travaux d'analyse destinés à orienter l'action des planificateurs-décideurs.

Ce travail de collaboration inter-D.S.C. impliquerait la participation des spécialistes de la documentation qui pourraient organiser l'information de telle façon qu'elle soit accessible de façon simple; d'autre part, l'élément validation des analyses ou à tout le moins leur analyse critique, représenterait un volet essentiel de cette proposition de collaboration inter-D.S.C. à la mise sur pied d'un sous-système d'information sanitaire au plan central.

La mise en place de l'infrastructure susceptible d'organiser ce type d'information devrait être le fait d'un comité central supporté par l'ensemble des D.S.C. et qui serait alimenté en contenu, soit par les travaux

des autres comités provinciaux, soit par les activités de comités régionaux, soit encore par des commandes particulières que les D.S.C. pourraient passer à des groupes de travail qui pourraient inclure la participation des universités et dont le financement serait assumé par les fonds propres des D.S.C. ou par des budgets de recherche.

De plus la constitution d'un comité central en matière d'information socio-sanitaire pourrait faciliter et accélérer le développement des banques d'information régionale qu'il nous apparaît réaliste d'envisager rendre opérationnelles dans les délais raisonnables compte tenu des technologies actuellement disponibles.

### CONCLUSION

L'opération des plans directeurs des D.S.C. et les règlements de la Loi 17 viennent de reconfirmer la primauté du rôle des D.S.C. en matière d'analyse des besoins et de l'état de santé des populations du Québec. Pour remplir efficacement leur mandat, les D.S.C. devront nécessairement s'intéresser davantage à toute cette question des systèmes d'information aux fins de planification socio-sanitaire et y participer directement au niveau central, régional et local.

La réalisation d'un sous-système d'information au niveau provincial portant sur les indicateurs de santé spécifiques et l'organisation en région de banques de données capables de supporter efficacement les décisions de planification des établissements impliquent un certain nombre de conditions dont la première est reliée aux investissements qu'on devra faire.

Comme dans bien d'autres dossiers, l'absence de permanence au niveau des structures de coordination des D.S.C. a considérablement limité l'efficacité dans ce domaine de l'information socio-sanitaire. L'on doit pour le futur trouver les formules qui nous permettront de mobiliser les ressources professionnelles, financières et techniques que supposent l'organisation des systèmes d'information qui nous paraissent devoir être bâtis.

Une deuxième condition à une implication effective des D.S.C. en ce domaine porte sur le mandat et le support qui devront être donnés à ceux qui auront la tâche d'orienter ces systèmes d'information. Sans l'appui constant des responsables de nos organisations, il est difficile de concevoir la finalisation de projets dont la durée de réalisation sera relativement longue et qui seront intimement reliés aux priorités et au fonctionnement du réseau des Affaires Sociales.

Une autre condition, celle-là reliée davantage à l'articulation des différents systèmes d'information, entre eux repose sur l'acceptation par les concepteurs aussi bien que par les utilisateurs de ces systèmes de la nécessité de déterminer et de respecter certains standards de comptabilité tant au niveau méthodologique que technologique.

En terminant, souhaitons que ce colloque "Pour une mission en santé" convainc les professionnels des D.S.C. d'unir leurs efforts pour rendre disponible les résultats de leurs travaux et leurs méthodes d'analyse; l'organisation des systèmes d'information apparaîtra alors comme un moyen indispensable à la réalisation d'une telle entreprise.

5.8 LA SANTÉ AU TRAVAIL: PERSPECTIVE DE DÉVELOPPEMENT POUR LES D.S.C.  
MONSIEUR LOUIS DROUIN, D.S.C. CITÉ DE LA SANTÉ DE LAVAL

LA SANTE AU TRAVAIL ,  
PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT AU NIVEAU  
DU RESEAU DES CH-D.S.C.

LOUIS DROUIN, MD.,  
D.S.C. - CITE DE LA SANTE DE LAVAL

MEMBRE DU COMITE PROVINCIAL  
EN SANTE AU TRAVAIL DE L'ADDSC

DECEMBRE 1983

## TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION
2. CADRE DE REFERENCE POUR L'INTERVENTION EN SANTE AU TRAVAIL
3. LES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL
  - 3.1 Les services de santé au travail d'un établissement
  - 3.2 Le département de santé communautaire: son mandat en santé au travail
4. REALISATION DES DSC EN SANTE AU TRAVAIL ET DIFFICULTES RENCONTREES
5. UNE SOLUTION: LE COMITE PROVINCIAL EN SANTE AU TRAVAIL DE L'ADDSC
6. PERSPECTIVES D'AVENIR DU COMITE PROVINCIAL
  - 6.1 Dossiers prioritaires
  - 6.2 Structure proposée
7. CONCLUSION

### TABLEAU:

|                   |   |                                                                                       |
|-------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------|
| TABEAU <u>I</u>   | : | Cadre d'intervention en santé communautaire                                           |
| TABEAU <u>II</u>  | : | Dix principaux problèmes de santé au travail                                          |
| TABEAU <u>III</u> | : | Principales causes des problèmes de santé au travail                                  |
| TABEAU <u>IV</u>  | : | Stratégies d'intervention préconisées                                                 |
| TABEAU <u>V</u>   | : | Bilan des principales activités réalisées par le comité provincial de l'ADDSC en 1983 |

## 1. INTRODUCTION

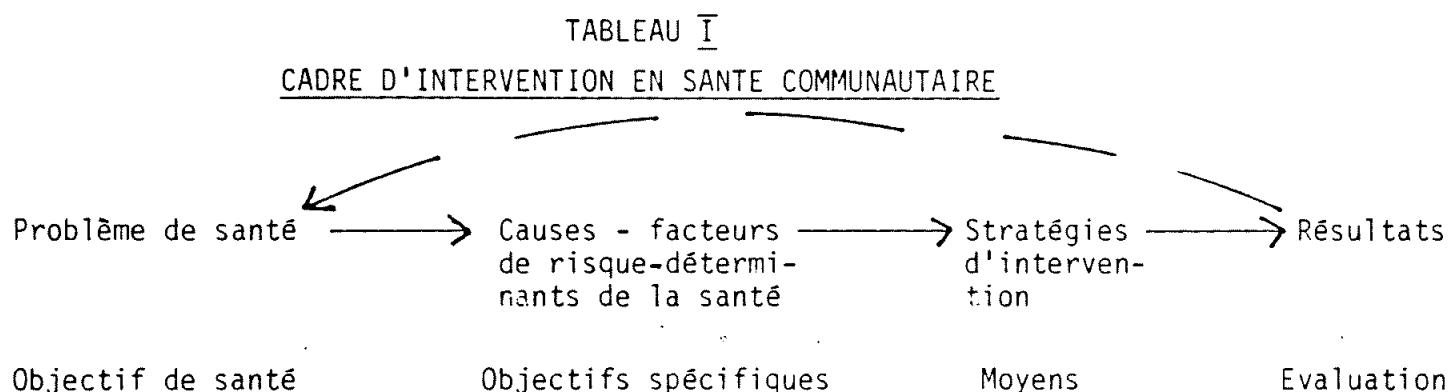
A partir des rôles et fonctions des départements de santé communautaire en santé au travail, ce texte dresse un bilan de leurs activités et des difficultés rencontrées pour réaliser le mandat. Il situe par la suite l'action du comité provincial en santé au travail de l'Association des Chef de DSC (ADDSC) pour faciliter la réalisation du mandat et dégage par la suite quelques perspectives d'avenir de ce comité provincial.

Les idées émises dans ce texte sont de l'auteur et n'implique nullement les autres membres du comité provincial de l'ADDSC.

## 2. CADRE DE REFERENCE POUR L'INTERVENTION EN SANTE AU TRAVAIL

L'intervention en santé communautaire vise la prévention des problèmes de santé d'une population à partir de stratégies orientées spécialement sur leurs causes multiples.

Ce cadre d'intervention (tableau I) peut également s'appliquer dans le domaine de la santé au travail.



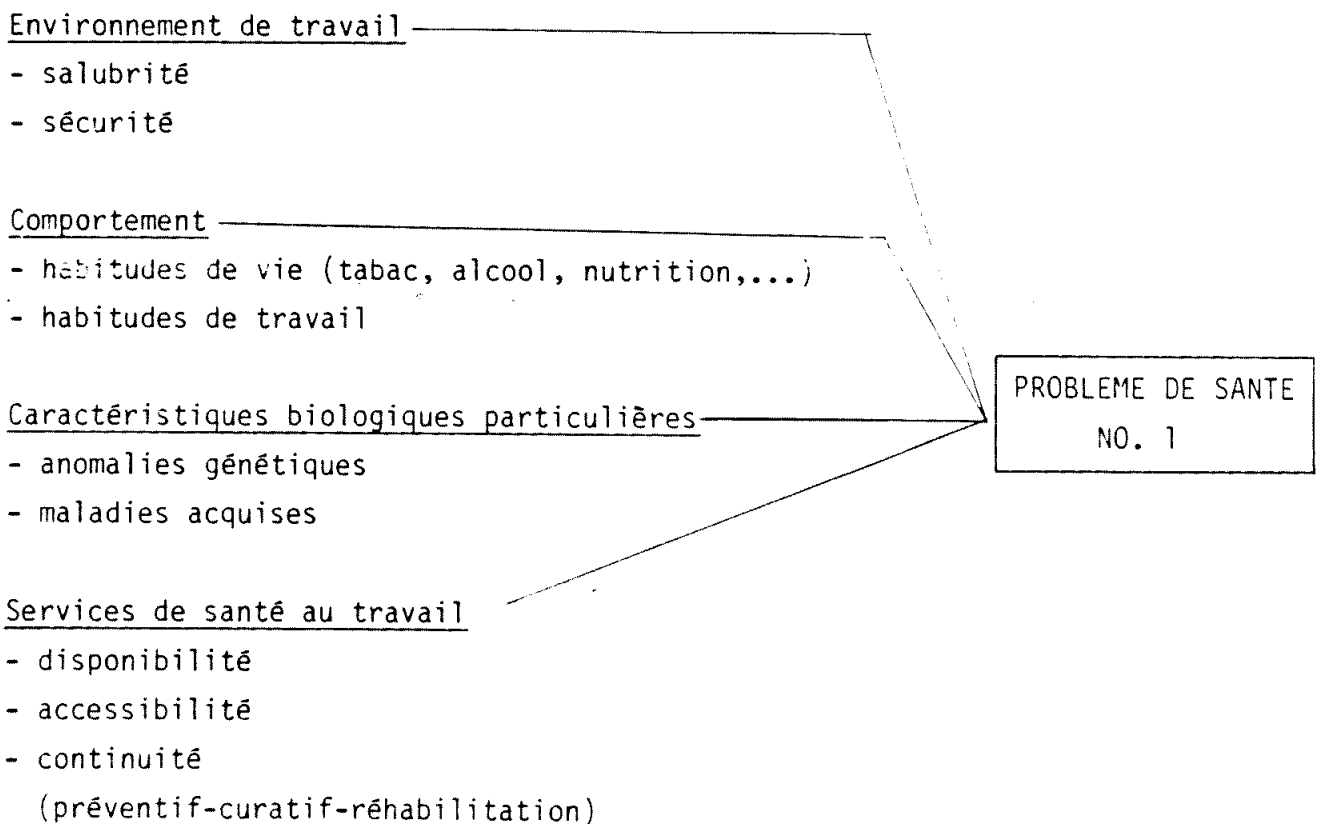
Selon le bureau des directeurs de NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health), ce sont les dix (10) problèmes de santé au travail figurant au tableau II ci-dessous, qui atteignent le plus fréquemment l'intégrité physique et mentale des travailleurs(euses) américains. Tout indique que ces problèmes de santé affectent aussi une large proportion des travailleurs(euses) québécois(es).

TABLEAU II  
DIX PRINCIPAUX PROBLEMES DE SANTE AU TRAVAIL DES TRAVAILLEURS(EUSES)  
AMERICAINS(ES)

- |                                     |                                       |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Blessures musculo-squelettiques; | 6. Maladies neuro-toxiques;           |
| 2. Fractures, amputations, décès;   | 7. Atteintes du système reproducteur; |
| 3. Pneumoconioses;                  | 8. Maladies cardio-vasculaires;       |
| 4. Cancer professionnel;            | 9. Dermatoses professionnelles;       |
| 5. Surdité professionnelle;         | 10. Atteintes psychiques;             |

Les études épidémiologiques, toxicologiques et évaluatives sur l'utilisation, la disponibilité et l'accessibilité des services de santé au travail nous ont permis d'établir que les causes de ces problèmes de santé des travailleurs(euses) sont le plus souvent multiples et résultent habituellement d'une interaction entre plusieurs facteurs, notamment l'environnement de travail, le comportement, les caractéristiques biologiques particulières et l'accessibilité à des services de santé au travail (tableau III).

TABLEAU III  
PRINCIPALES CAUSES DES PROBLEMES DE SANTE AU TRAVAIL



La planification et la mise en oeuvre d'un programme visant la prévention de ces problèmes de santé des travailleurs(euses) doit donc tenir compte de l'ensemble de ces causes et en conséquence, privilégier une stratégie globale d'intervention visant les quatre volets suivants:

TABLEAU IV  
STRATEGIES D'INTERVENTION PRECONISEES

/223

| STRATEGIES D'INTERVENTION                                                                                                                                                                                        | EXEMPLES D'ACTIVITES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | INTERVENANTS                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. <u>La promotion de la santé</u>                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                              |
| 1.1 <u>L'information</u><br>pour sensibiliser le public et les travailleurs sur les risques du milieu de travail et leurs effets;<br>pour modifier les comportements relatifs aux habitudes de vie et de travail | -Organiser des campagnes d'information via les médias<br>-Concevoir et diffuser des programmes d'information vulgarisés à l'intention des CSS et des travailleurs<br>-Etablir un programme d'information sur les procédés, les risques associés et les habitudes de travail recommandées<br>-Elaborer un programme de lutte contre l'alcoolisme au sein des établissements | MAS - CSST<br>ASP - Syndicats<br>DSC - CLSC<br><br>CSS - Employeur<br>DSC - CLSC - MAS       |
| 1.2 <u>La formation</u>                                                                                                                                                                                          | -Favoriser la formation des professionnels en santé et sécurité<br>-Former les travailleurs et les employeurs                                                                                                                                                                                                                                                              | MEQ - CSST - MAS<br>Universités-CEGEP<br>ASP - Syndicats<br>Universités -<br>Ass. patronales |
| 2. <u>La protection de la santé</u>                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                              |
| 2.1 <u>Le contrôle technologique</u>                                                                                                                                                                             | -Elaborer des guides de prévention<br>-Elaborer un programme de prévention spécifique à l'établissement                                                                                                                                                                                                                                                                    | ASP<br>Employeurs - CSS                                                                      |
| 2.2 <u>La réglementation</u>                                                                                                                                                                                     | -Promulguer des normes d'hygiène et de sécurité                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CSST                                                                                         |
| 2.3 <u>Les mesures d'incitation économique</u>                                                                                                                                                                   | -Elaborer un programme de subvention à l'entreprise                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CSST - MIC                                                                                   |
| 3. <u>Les Services de santé</u>                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                              |
| 3.1 <u>Préventifs</u>                                                                                                                                                                                            | -Elaborer et mettre en application un programme de santé spécifique                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DSC - CLSC                                                                                   |
| 3.2 <u>Curatifs et réhabilitation</u>                                                                                                                                                                            | -Organiser un système régional de traitement des intoxications aiguës                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | DSC - Hôpitaux<br>CLSC                                                                       |
| 4. <u>La recherche</u> -                                                                                                                                                                                         | -Elaborer des programmes de recherche en hygiène, sécurité, épidémiologie, toxicologie et évaluation                                                                                                                                                                                                                                                                       | IRSST<br>Universités<br>CRIQ - DSC                                                           |

1. La promotion de la santé
  - l'information
  - la formation
2. La protection de la santé
  - le contrôle technologique
  - la réglementation
  - les mesures d'incitation économique
3. Les services de santé au travail
  - préventifs
  - curatifs et de réhabilitation
4. La recherche

La Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST), sanctionnée le 21 décembre 1979 a précisé le cadre d'organisation grâce auquel ces différentes stratégies pourront s'actualiser, tel qu'illustré au tableau IV (page suivante), en favorisant le principe de la participation des principaux intéressés, les employeurs et travailleurs, au sein du comité de santé et de sécurité (CSS), de l'association sectorielle paritaire (ASP) et du conseil d'administration de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).

En regardant ce tableau, nous constatons qu'un nombre important d'intervenants privés et publics peuvent participer à une ou plusieurs stratégies d'intervention, et ce à différents niveaux, soit local (CSS - employeurs, CLSC), régional (DSC - CSST), sectoriels (ASP - Associations patronales et syndicales) et national (CSST - MAS - MEQ).

Nous allons maintenant regarder de plus près le rôle des services de santé au travail dans cette stratégie.

### 3. LES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL

Le chapitre VIII de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) définit le cadre d'organisation des services de santé au travail, en établissant les mandats respectifs du Chef du département de santé communautaire (DSC) et du médecin responsable des services de santé d'un établissement.

#### 3.1 Les Services de santé au travail d'un établissement

Les Services de santé au travail se composent d'une équipe minimale de trois ressources (médecin responsable, technicien(ne) en hygiène industrielle, infirmier(ère), et sont organisés en priorité à partir du réseau des CLSC, (tel que stipulé dans la politique cadre du MAS sur l'administration des services de santé au travail de première ligne, circulaire no. 1982-04). Leur principal mandat est l'élaboration et la mise en application d'un programme de santé spécifique à l'établissement, lequel privilégie les interventions préventives suivantes:

##### A) Lors de son élaboration

la détermination des problèmes de santé des travailleurs de l'établissement par l'identification et l'évaluation des risques à la santé auxquels s'expose le travailleur dans son milieu de travail, (études d'hygiène industrielle, ergonomiques et sécuritaires)  
et/ou

par l'évaluation des effets de cet environnement de travail sur la santé des travailleurs exposés (revues de littérature, études épidémiologiques, statistiques d'accidents...).

##### B) Lors de sa mise en application

Pour chacun des problèmes de santé identifiés,

- l'information du travailleur et de l'employeur sur la nature des risques du milieu de travail et sur les moyens préventifs qui s'imposent;
- la surveillance environnementale;
- la surveillance médicale visant la détection précoce des altérations à la santé des travailleurs exposés;
- le maintien d'un service adéquat de premiers soins.

Une expertise de base en hygiène industrielle, ergonomie, sécurité, toxicologie, épidémiologie, éducation sanitaire, administration des services de santé et relations industrielles doit être partagée, selon le cas, par les membres de l'équipe du service de santé au travail.

Ces intervenants offrent donc en priorité des services de santé de nature préventive et devront, néanmoins, créer des liens avec les ressources curatives et de réhabilitation de leur secteur, sous la coordination du D.S.C., afin d'assurer une approche globale et continue des interventions.

### 3.2 Le département de santé communautaire (D.S.C.): son mandat en santé au travail

L'article 127 de la LSST, le contrat-type liant la CSST avec les DSC, la Loi sur les Services de santé et les Services Sociaux (chap. 48, art. 4.5.2.3 et 4.5.2.4) et la Loi de la protection de la santé publique, (décret no975.83) définissent les responsabilités générales des DSC en santé communautaire et particulières en santé au travail. En reprenant les fonctions bien connues de la santé communautaire, ce mandat peut se résumer comme suit:

A) L'identification et la surveillance des problèmes de santé au travail et des facteurs de risque associés

- par la mise sur pied d'un système régional de collecte de données sur les problèmes de santé et les facteurs de risque auxquels les travailleurs d'un territoire sont exposés, recueillies à partir notamment, des activités de surveillance médico-environnementale réalisées dans le cadre des programmes de santé spécifiques aux établissements, des déclarations effectuées par les professionnels de la santé dans le cadre de leurs activités quotidiennes et des obligations découlant de la Loi de la Protection de la santé publique, des demandes d'indemnisation effectuées à la CSST et de toutes autres sources de données pertinentes.

B) La programmation

- par la planification et la mise sur pied des services de santé au travail de première ligne (telle que stipulée par la LSST)
- par le support des intervenants des services de santé au travail pour élaborer et mettre en application le programme de santé au travail qui doit théoriquement se traduire par la disponibilité d'une expertise régionale dans les domaines suivants:
  - santé communautaire (méthodes de programmation et d'évaluation des programmes de santé);
  - hygiène industrielle (stratégies d'échantillonnage et de surveillance environnementale)
  - ergonomie;
  - sécurité (identification et évaluation des risques à la sécurité)
  - médecine du travail (stratégies de surveillance médicale)

- épidémiologie (stratégie d'études de problèmes de santé au sein d'un groupe de travailleurs);
- éducation sanitaire (stratégies d'information)
- organisation et administration des services de santé

C) La coordination

- avec la CSST (Table de concertation régionale, négociation de budget...);
- des ressources du territoire pour la mise en application des programmes de santé spécifiques (CLSC et/ou points de service selon le cas);
- des interventions curatives et de réhabilitation en organisant:
  - la deuxième et troisième ligne en vue du diagnostic et du traitement des travailleurs atteints de maladies professionnelles (utilisation de centres de Référence);
  - un système régional de premiers soins pour les intoxications aiguës (cf. rapport EXPRO p. 241, recommandation No. 10).
  - une équipe d'intervention rapide en cas d'épidémies d'intoxications dans un établissement.

D) L'évaluation

notamment celle de l'efficacité des services de santé au travail sur la réduction des maladies professionnelles et des accidents de travail.

E) La recherche

par la mise sur pied et/ou la participation à des études épidémiologiques avec les milieux de recherche (universitaires, IRSST) et les Associations sectorielles paritaires (ASP).

## F) L'enseignement

par la participation aux programmes universitaires de formation des professionnels en santé au travail (médecin, hygiénistes, infirmières, planificateurs, ...) par l'accueil et l'encadrement de stagiaires pour certains DSC ayant une affiliation universitaire.

Afin d'accomplir l'ensemble de ce mandat, l'équipe de base du DSC devra donc théoriquement offrir une expertise d'une part vouée au support des équipes (sur le terrain) des services de santé au travail dans les domaines mentionnés ci-dessus et d'autre part vouée aux fonctions de la santé communautaire (analyse des problèmes de santé, programmation, coordination et évaluation) et de l'enseignement (pour quelques DSC concernés).

L'équipe de base du DSC est habituellement composée de quatre ressources professionnelles (excluant secrétariat) pour pouvoir offrir l'expertise ci-haut mentionnée: le coordonnateur, le médecin du travail, l'hygiéniste industriel et le conseiller en recherche. Nous allons maintenant tenter de décrire brièvement les réalisations et les difficultés rencontrées par les DSC pour réaliser ce mandat.

### 4. REALISATION DES DSC EN SANTE AU TRAVAIL ET DIFFICULTES RENCONTREES

Sans entrer dans le détail des activités réalisées par les DSC depuis 2 ans (ex: reconnaissance des services de santé, application du droit au retrait préventif, études d'hygiène pour les demandes d'indemnisation de maladies professionnelles ...), la planification et la mise sur pied des services de santé au travail de première ligne (plan d'organisation, négociations de contrat avec les CLSC...) et le support de leurs intervenants pour élaborer et mettre en application les programmes de santé spécifiques (session de formation développements de guides d'intervention, de formulaires ...) ont constitué sans aucun doute leurs principales tâches.

Le réseau des DSC connaît néanmoins certaines difficultés pour s'acquitter de cette tâche et de façon plus générale du mandat décrit ci-dessus et peuvent se résumer comme suit:

1. La difficulté de recruter une expertise de support, surtout en médecine du travail, santé communautaire et ergonomie, ce qui a eu pour conséquence de retarder la mise sur pied complète des équipes de base. Ce problème de recrutement de ressources compétentes et formées se manifeste aussi de façon aiguë pour les médecins responsables et les infirmiers(ères) des services de santé. Le réseau, de concert avec le service de santé au travail du MAS, a néanmoins tenté de pallier à cette difficulté par l'organisation de sessions intensives de formation de ces nouvelles ressources.

Cependant, spécialement pour les professionnels de l'équipe de base, seule l'acquisition d'une formation universitaire reconnue dans un des domaines de la santé au travail pourra leur permettre d'imposer un leadership régional de compétence et une crédibilité face aux équipes des services de santé de première ligne.

2. La pauvreté du support de la CSST
  - a) pour fournir rapidement des outils opérationnels pour aider à l'élaboration et la mise en application des programmes de santé. C'est principalement sous la stimulation du réseau des DSC que, finalement, quelques guides de surveillance médico-environnementale seront prêts pour le printemps 1984. Plusieurs autres guides et outils sont encore nécessaires (ex: dossier médico-environnemental du travailleur, guide opérationnel d'élaboration et de suivi de la mise en application du programme de santé ...) et devront être maintenant élaborés par le réseau (cf. mandat du comité provincial de l'ADDSC).

- b) pour établir un système régional de cueillette de données médico-environnementales à partir des programmes de santé en vue du monitoring de la santé des travailleurs et de l'évaluation de l'efficacité des interventions. Il semble évident qu'un tel système ne saurait être conçu individuellement par chacun des DSC (même si ce mandat lui est confié par la Loi) et devrait plutôt faire l'objet d'un projet conçu et coordonné par la CSST avec la collaboration du MAS (art. 167, alinéa 8, 9, 11 de la LSST), et des représentants des CRSSS et des DSC.
3. L'absence de coordination entre le MAS, Les CRSSS, les DSC et les CLSC pour favoriser la mise en place de services de santé de deuxième ligne (par exemple, création de centres de référence en toxicologie industrielle, audiologie, ...).
  4. L'impossibilité d'assumer la totalité du mandat décrit ci-dessus par les équipes de base actuelles, parce que trop restreintes, sauf peut-être quelques exceptions (ex: Sacré-Coeur et Maisonneuve-Rosemont). La rationalisation du nombre d'équipes de base (par exemple de 32 à 15) pourrait amener une solution à ce problème en favorisant d'une part, une économie d'échelle au niveau des ressources administratives et de coordination et d'autre part, en augmentant la diversité de l'expertise de support dans les différents champs de la santé au travail. (cette hypothèse de travail semble pour le moment loin d'être réalisable). Cependant, le partage sur une base régionale d'expertises spécifiques telles l'audiologie, la toxicologie, l'éducation sanitaire, la sécurité et l'épidémiologie, et le mode de concertation sur certains dossiers communs à une région ou à la province peuvent être envisagés sérieusement. Le développement du comité provincial de l'Association des Chefs de DSC (ADDSC) constitue une tentative en ce sens et pourrait supporter les équipes de base dans la réalisation des mandats écrits ci-dessus.

5. UNE SOLUTION: LE COMITE PROVINCIAL EN SANTE AU TRAVAIL DE L'ADDSC

Ce comité a été créé en avril 1981; il est composé de 7 membres:

- le président qui est membre ex-officio de l'exécutif de l'association des directeurs de DSC;
- le représentant des DSC auprès du comité permanent MAS-CSST;
- le président sortant du comité
- un médecin du travail
- un coordonnateur
- un hygiéniste industriel
- un conseiller en recherche

Les cinq derniers membres font le lien avec leurs régions respectives afin d'assurer le suivi des travaux du comité.

Le mandat que ce comité s'est défini en décembre 1982 est le suivant:

- 1) Développer un leadership de compétence tant en terme de contenu scientifique des différents programmes ou activités à être développées qu'en terme d'intervention stratégique que les DSC devraient privilégier dans certains dossiers ou programmes d'intérêt général;
- 2) Développer un leadership provincial en matière de coordination des ressources sur des dossiers d'intérêt provincial;
- 3) Développer des mécanismes de communication qui permettent d'être à l'écoute des problématiques vécues par les sous-régions.

A partir de ce mandat, les membres du comité, après une consultation régionale, se sont fixés des priorités en février 1983. Depuis, plusieurs équipes de travail, sous la coordination de chacun des membres du comité, ont été mises sur pied. Notons aussi la participation de certains membres du comité à des dossiers d'intérêt provincial. Le tableau suivant dresse un bilan des principales activités réalisées ou en cours de réalisation, qui s'orientent selon 3 axes:

1. le développement d'outils communs permettant aux DSC de réaliser leur fonction de monitoring de la santé des travailleurs et d'évaluation de l'efficacité des interventions dans le milieu de travail (ex: SMETS)
2. le développement d'outils communs nécessaires au support des services de santé de première ligne à la réalisation de leurs activités d'élaboration et de mise en application des programmes de santé spécifiques (ex: guides intérimaires de surveillance médico-environnementale).
3. le développement d'outils communs nécessaires au support des équipes de base pour leur permettre la réalisation des autres mandats des DSC prévus par la LSST (ex: guide de reconnaissance des services de santé).
4. l'élaboration de dossiers critiques face aux politiques préconisées par la CSST face au réseau des DSC (ex: programme silice-amiante).

La diversité des dossiers sur lesquels les DSC ont été amenés à collaborer ou à coordonner selon le cas jusqu'ici via le comité provincial, nous amène à réaliser à ce point-ci de la discussion de l'existence d'une solide expertise au sein des équipes de base en santé et sécurité du travail et de la nécessité de continuer et d'amplifier cette expérience de coordination provinciale afin de faciliter la réalisation du mandat des DSC dans le domaine.

BILAN DES PRINCIPALES ACTIVITES REALISEES  
PAR LE COMITE PROVINCIAL DE L'ADDSC EN 1983

| NATURE DU DOSSIER                                                                                                                                                            | ECHEANCIER         | RESPONSABLES | PARTENAIRES               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|---------------------------|
| <u>MONITORING DE LA SANTE DES TRAVAILLEURS ET EVALUATION</u>                                                                                                                 |                    |              |                           |
| - SMETS (système médico-environnemental du suivi des travailleurs.                                                                                                           | ---                | MAS          | DSC - CSST - CRSSS - CLSC |
| - Evaluation des programmes de santé (mandat non clarifié)                                                                                                                   | ---                | CSST         | DSC                       |
| <u>SUPPORT DES SERVICES DE SANTE DE PREMIERE LIGNE</u>                                                                                                                       |                    |              |                           |
| - guide d'élaboration de mise en application des programmes de santé                                                                                                         | terminé (août '82) | CSST         | DSC                       |
| - dossier médico-environnemental du travailleur                                                                                                                              | février'84         | DSC          | CSST                      |
| - guides intérimaires de surveillance médico-environnementale (bruit, monoxyde de carbone, solvants, poussières de bois, fumées de soudure, électroplacage, huiles de coupe) | mars'84            | CSST         | DSC                       |
| - documentation des risques à la santé dans le secteur de la construction                                                                                                    | printemps 1984     | MAS          | DSC                       |
| - organisation de sessions de formation                                                                                                                                      | continu            | MAS          | DSC                       |
| <u>SUPPORT DES EQUIPES DE BASE POUR LA REALISATION DES AUTRES MANDATS</u>                                                                                                    |                    |              |                           |
| - guide de reconnaissance des services de santé au travail                                                                                                                   | terminé            | DSC          |                           |
| - structure d'organisation du service clinique de médecine du travail                                                                                                        | en cours           | DSC          | AHQ                       |
| <u>DOSSIERS CRITIQUES FACE AUX POLITIQUES DE LA CSST</u>                                                                                                                     |                    |              |                           |
| - commentaires concernant le programme silice-amianté                                                                                                                        | terminé            | MAS          | DSC                       |
| - commentaires concernant le retrait préventif face au plomb                                                                                                                 | en cours           | MAS          | DSC                       |
| - document analysant les politiques de la CSST quant à l'allocation des ressources                                                                                           | terminé            | DSC          |                           |
| - commentaires sur les clauses spécifiques du contrat '83 DSC - CSST                                                                                                         | terminé            | DSC          |                           |

## 6. PERSPECTIVES D'AVENIR DU COMITE PROVINCIAL

### 6.1 Dossiers prioritaires

Il serait important de dresser maintenant une liste des principaux dossiers qui semblent prioritaires pour favoriser la mise en application du mandat du réseau des DSC en 1984.

#### 1. La surveillance des problèmes de santé au travail et des facteurs de risque associés

- développement et implantation d'un système informatisé provincial de cueillette de données médico-environnementales (afin de réaliser l'exigence de l'article 127.4 de la LSST). Le projet SMETS rencontre cet objectif.

#### 2. Le support des services de santé au travail de première ligne

- continuer à développer des guides intérimaires de surveillance médico-environnementale, notamment sur les toxiques métalliques (plomb, cadmium, mercure, arsenic, nickel) les vibrations, les gaz irritants ( $SO_2$ ) etc... selon les besoins des régions.
- valider le dossier médico-environnemental du travailleur (formulaires) sur le terrain.
- élaborer un guide opérationnel d'élaboration et de mise en application du programme de santé à l'intention des intervenants des services de santé.
- élaborer un programme de formation continue à l'intention des médecins responsables, des infirmières et des techniciens en hygiène industrielle.

- élaborer un guide visant l'élaboration et la mise en application de techniques d'information des employeurs et des travailleurs sur la nature des risques du milieu de travail et des moyens préventifs qui s'imposent.
- rendre disponible aux services de santé des outils de gestion (manuels et/ou informatiques) des activités réalisées dans le cadre de l'élaboration et de la mise en application des programmes de santé.

### 3. Le support aux équipes de base

- développer une politique provinciale pour répondre aux besoins en services de dépistage, de diagnostic et de traitement des maladies professionnelles.
- développer une approche stratégique globale face aux problèmes de santé des travailleurs de la construction en identifiant les priorités et les moyens d'action préconisés pour favoriser la prévention.
- développer une grille d'évaluation des programmes de santé spécifiques (article 127.6 LSST).
- favoriser la recherche en santé au travail au sein des DSC en mettant sur pied un groupe de travail identifiant les avenues de recherche, les partenaires potentiels et les DSC pouvant assumer cette fonction spécifique.
- favoriser le partage de différentes expertises entre les DSC sur une base régionale et provinciale.
- élaborer un programme de formation continu des ressources des équipes de base.

#### 4. Dossiers critiques face à la CSST

- continuer à assumer un rôle consultatif face aux politiques et programmes concernant le réseau et proposées par la CSST.
- valider les ratios consentis pour les équipes des services de santé au travail de première ligne.
- susciter le développement d'un groupe de travail avec la CSST identifiant les objectifs de santé à atteindre sur une base quinquennale pour les travailleurs des groupes I et II.

#### 6.2 Structure proposée

Compte tenu des dossiers retenus ci-dessus, de leur nombre et de leur ampleur, les travaux du comité provincial ne peuvent se poursuivre efficacement sans la mise sur pied d'une permanence.

En conséquence, le comité pourrait s'organiser comme suit:

- A) un comité de planification, composé des membres actuels du comité provincial de l'ADDSC (représentativité régionale et par expertise), d'un représentant de la Fédération des CLSC et d'un représentant de la permanence. Ce comité définit les mandats de la permanence à partir des besoins du réseau, assume périodiquement le suivi du développement des dossiers (réunion aux 6 semaines) et donne un support actif lorsque requis.
- B) une permanence, composé d'un minimum de trois personnes soit deux gestionnaires de projet (ayant une formation de base en santé communautaire) et une secrétaire, qui assume la réalisation des mandats confiés par le comité.

7. CONCLUSION

Le développement de la santé au travail est parvenu à un point crucial au niveau du réseau. D'ici la fin de 1984, environ 150 professionnels combleront les postes des équipes de base des DSC. Près de 60 médecins responsables, 220 infirmiers(ères) et 200 techniciens(nes) en hygiène industrielle, prodigueront des services de santé au travail de première ligne aux travailleurs des groupes I & II.

La nécessité de coordonner les efforts du réseau afin d'éviter les duplications inutiles et d'améliorer nos interventions auprès des travailleurs est urgente. La création d'une permanence minimale au sein du comité provincial de l'ADDSC constitue une solution à envisager.

5.9 LA CONCERTATION D.S.C.-C.R.S.S.S. EN PÉRIPHÉRIE  
MONSIEUR RÉAL LACOMBE, D.S.C. ROUYN-NORANDA

CONFERENCE-CARROUSEL  
COLLOQUE-DSC

"LA CONCERTATION DSC-CRSSS EN PERIPHERIE"

Par: Réal Lacombe, m.d.  
Décembre 1983.

Les régions périphériques ont plus que jamais fait parler d'elles ces dernières années. Ce ne fut malheureusement pas dans les pages touristiques mais plutôt à la une, colonne des crises: économiques, politiques, écologiques, sociales, sanitaires, etc... Frappées de plein fouet et plus durement que les autres par la récession, elles n'ont pu contenir plus longtemps leurs frustrations longuement accumulées. Elles en ont eu assez d'être d'éternels fournisseurs de matière première (matérielle et humaine), de toujours poser en "colon" ou en "guenillou" sur la photo de famille, de vivre un perpétuel pèlerinage de quête de services dans les grands centres et de voyager encore en troisième dans un train de réformes sociales où les classes étaient supposément disparues depuis belle lurette.

En Abitibi-Témiscamingue, le début des années 80 a été particulièrement mouvementé. La crise médicale, particulièrement, aura été le catalyseur d'une prise de conscience profonde de l'état de sous-développement socio-sanitaire de la région. Elle aura permis le serrement de coudes qui a engendré une meilleure évaluation de l'état socio-sanitaire de sa population. Elle aura déclenché, dans la région et à l'extérieur, des interventions concertées auprès des autorités gouvernementales responsables de l'accessibilité aux services. Mais elle aura surtout provoqué une remise en question du système de santé régional, son organisation, son fonctionnement et ses stratégies. De ce questionnement sont nées diverses initiatives inédites et approches nouvelles: les intervenants du système ont modifié les outils traditionnels, conçus largement en fonction des besoins centraux, pour permettre une meilleure prise en charge de la région par elle-même.

C'est de là qu'a vu le jour le projet de réorganisation de la planification régionale et, plus spécifiquement, le regroupement-intégration du DSC au CRSSS. Mais avant de vous en parler,

permettez-moi de vous tracer un portrait sommaire de l'Abitibi-Témiscamingue, de ses problèmes et de ses priorités socio-sanitaires.

# I- L'ABITIBI-TEMISCAMINGUE.

L'Abitibi-Témiscamingue est un pays de 143,000 km carrés (quand on y inclut le territoire des complexes hydro-électriques de la Baie James). Cette jeune région n'a été peuplée que depuis la fin du siècle dernier, d'abord par les bûcherons du sud et les cultivateurs qui les ont suivis (Témiscamingue, 1890), ensuite par les défricheurs des grands projets de colonisation du début du siècle et la crise des années 30 (Amos-LaSarre, 1910) de même que par les mineurs de la faille de Cadillac (Rouyn-Noranda, Val d'Or, 1925) et finalement par les explorateurs du Nord, mineurs et papetiers (Matagami, Lebel-sur-Quévillon, 1960).

Sa population actuelle est de 157,400 habitants répartis dans *plus de 100* municipalités, elles-mêmes regroupées dans 5 municipalités régionales de comté. Elle est jeune: 26.4% de 0-14 ans contre 21.7% pour l'ensemble du Québec et 6.25% de 65 ans et plus contre 8.83% pour le Québec.

L'économie de la région repose essentiellement sur les secteurs primaires et tertiaires: les mines, la forêt et l'agriculture d'un côté et le tourisme et les services commerciaux et publics, de l'autre. Les mines d'or ont connu un regain d'activité ces dernières années mais celles du cuivre et de zinc ont peine à se maintenir. Les entreprises forestières, elles, ont été considérablement affectées par la crise économique avec le ralentissement du secteur de la construction.

La dépendance et le sous-développement économique de l'Abitibi-Témiscamingue sont sans doute à l'origine d'un profil socio-économique et socio-sanitaire peu reluisant. Le taux de chômage s'y maintient habituellement à 7 ou 8 points au-dessus du taux provincial. Les taux

d'inoccupation et de sous-scolarisation sont les 3e et les 2e plus élevés des régions du Québec. La région se partage, avec la Côte-Nord et le Bas-St-Laurent Gaspésie, les championnats dans la consommation d'alcool, les accidents de la route et les accidents de travail et la criminalité.

Elle se distingue finalement par des taux de mortalité générale et infantile élevés, la vulnérabilité des jeunes aux maladies contagieuses et aux accidents de véhicule à moteur, des fréquences élevées de troubles respiratoires et digestifs, des maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme, de certains types de cancer, de maladies mentales, de suicide, de délinquance et de mésadaptation sociale.

## II- LES RESSOURCES SOCIO-SANITAIRES.

Le réseau de services socio-sanitaires comprend 3 centres de santé, 2 CLSC (et bientôt 2 autres), 7 centres hospitaliers (dont 5 généraux, 1 de soins prolongés, 1 de soins psychiatriques), 4 centres d'accueil de réadaptation, 7 centres d'accueil d'hébergement et 1 centre de services sociaux présent dans 6 secteurs de la région. Le CRSSS et le DSC couvrent le même territoire géographique, c'est-à-dire, toute la région.

Le budget total des établissements de la région est de 110 millions en 1983-84.

En 1979, les ratios professionnels/population étaient tous inférieurs aux ratios provinciaux, à l'exception des infirmières auxiliaires. Depuis on a noté une amélioration sensible quant aux effectifs médicaux (omnipraticiens) mais peu de changement au niveau des autres professions.

La population participe beaucoup aux activités communautaires. Chaque village possède ses groupes socio-économiques et socio-culturels. Mais ils ont été jusqu'ici orientés plutôt vers les loisirs, le sport,

la promotion économique et culturelle que vers le développement des ressources alternatives aux services socio-sanitaires publics.

### III- LES PRIORITES REGIONALES.

Ce bilan socio-sanitaire sommaire a permis à la région de dégager, pour les années 1983-85 cinq grandes priorités: la santé mentale, les jeunes, les personnes âgées, les personnes autochtones et les personnes handicapées. Le développement des services (implantation de nouveaux CLSC, recrutement des professionnels, etc...), l'amélioration de l'accès géographique et la promotion des ressources alternatives restent toujours, par ailleurs, des préoccupations régionales majeures.

Pour bien assumer ces priorités, le Conseil régional, aidé du Département de santé communautaire et appuyé par le réseau, a retenu trois grandes stratégies:

- 1o le développement de la recherche,
- 2o la promotion d'une approche globale ou sectorisation,
- 3o la réorganisation de la structure de planification et de coordination régionale.

Les quelques indicateurs socio-sanitaires obtenus d'analyses du MAS, d'études épidémiologiques et socio-démographique régionales, ne suffisent pas à orienter les interventions du réseau de façon précise. Le développement d'une approche globale et la nécessité d'une planification centrée sur les besoins, commandent une connaissance raffinée des problèmes socio-sanitaires affectant chacune des communautés de la région. D'autre part l'évaluation de l'impact des programmes existants, de la pertinence et de la pénétration des services actuels, la contribution des ressources communautaires, sont venus ajouter à la nécessité de consacrer des énergies particulières, dès 1983-84, au développement de la recherche. C'est

ainsi que la région a décidé d'y affecter plus de budget et de renforcer ses contacts avec les autres milieux de la recherche socio-sanitaire: universités, MAS, autres DSC, autres CRSSS, etc...

De plus, depuis quelques années, la prise de conscience de la réalité régionale avec ses problèmes socio-sanitaires particuliers, la dispersion de sa population, sa structure communautaire, ont mis en évidence la nécessité de développer une approche adaptée, basée sur une prise en charge globale des besoins par les établissements regroupés sur une base géographique et sectorielle plutôt que régionale. Cette stratégie vise à la fois une meilleure harmonisation et une intégration plus poussée des services directs aux communautés locales (ou sectorielles) mais aussi une décentralisation du processus de décision régional et une amélioration de la participation de la population à l'orientation des services qui lui sont destinés. Ainsi sont nées ou sont en voie de création cinq (5) tables de concertation sectorielle regroupant les établissements de chacun des territoires de MRC.

Finalement la nécessité d'optimiser l'expertise régionale en recherche et en planification-programmation, de mieux coordonner des ressources rares et souvent difficiles à recruter et de s'adapter à une réalité et à une dynamique régionales particulières et à cette stratégie de transformation du réseau, a provoqué une évaluation et une réorganisation de la structure de planification et de coordination régionale. Le vécu d'une collaboration progressive entre le CRSSS, le DSC et le CSS, dans le contexte de l'Abitibi-Témiscamingue, a vite conduit d'une part au projet de regroupement-intégration de l'équipe de base du DSC au CRSSS et d'autre part, au réexamen des structures de consultation et de participation que ces deux organismes avaient mis en place (commissions administratives, tables régionales diverses, comités etc...). Mais avant de vous entretenir de ce projet, permettez-moi de vous parler un peu de ces deux organisations.

#### IV- LE CRSSS.

Le CRSSSAT a été créé, par décret, en décembre 1972, comme les

autres CRSSS. Dans l'amorce de la réforme proposée par la Commission Castonguay-Nepveu, il était l'embryon de l'ORAS qu'on y avait envisagé. Au cours des années il a connu plusieurs mutations:

- simple organisme consultatif et "boîte à malle" du MAS avec 2 ou 3 permanents, un bureau et un téléphone;
- agent de concertation régionale sur des dossiers à préoccupation commune (première tables santé et sociale des années 1974)
- défenseur des intérêts des établissements de la région avec les premières véritables activités de recherche menées par des professionnels permanents.
- collaboration du MAS dans la gestion du développement (planification-programmation-coordination-évaluation) dans les 5 secteurs d'activités couverts par le décret 3179-79.
- partenaire confirmé du MAS avec les provisions de la loi 27.

Pendant ces dix années, ses ressources se sont accrues par l'addition de professionnels en recherche, en communications, en administration et en expertise-conseil. Mais leurs énergies ont été concentrées presque exclusivement sur l'allocation de ressources et sur la coordination du réseau, sur le contenant plus que sur le contenu, sur les crises et le travail de pompier plus que sur une réelle planification à moyen et à long terme.

Cependant, la dynamique régionale, les crises rapprochées dans le réseau, une sensibilité progressive aux besoins de la population et les limites d'une approche qui était devenue très politique, ont conduit le CRSSS à redéfinir ses orientations, à prioriser un travail de fond et à long terme et, pour ce faire, à consolider son expertise. La collaboration avec le DSC n'aura qu'accentué cette volonté.

## V- LE DSC.

Le DSC du Centre hospitalier Rouyn-Noranda a été créé en 1975 selon le modèle proposé par le comité Corbett McDonald. Comme les autres DSC, il a d'abord intégré les unités sanitaires de la région et s'est attaché, dans les premières années, à rafraîchir, consolider et développer les programmes de santé communautaire qui existaient alors. Il a mis l'accent sur la formation et le perfectionnement des infirmières et la transformation de leur rôle et de leur approche.

Une sensibilisation progressive à son rôle fondamental dans l'identification des besoins de la population, la détermination de priorités d'action et le développement de programmes l'a poussé, dès 1980, à amorcer la décentralisation des services de santé communautaire. Malgré le retard à compléter le réseau des CLSC, le DSC a réussi à décentraliser toute l'exécution en la confiant, de façon intérimaire, aux centres hospitaliers locaux là où il n'y avait pas de CLSC.

Cette décentralisation lui a permis de s'attacher au développement de sa fonction première mais l'a rapidement poussé à chercher de nouveaux modes de relation avec le réseau et avec le CRSSS. D'une part, il a créé une table des coordonnatrices-santé attachée particulièrement à la fonction de coordination des programmes et d'autre part, il a consolidé progressivement sa participation aux activités du CRSSS.

Comme tout le réseau régional, le DSC a éprouvé beaucoup de difficulté à recruter et à retenir ses professionnels, surtout dans son équipe de base. On a pu recruter un premier directeur permanent en 1979, quatre (4) ans après sa création. Ce n'est qu'à ce moment-là que le DSC a pu prendre un certain virage. Jusque là, il avait été une espèce d'appendice tenu à distance mais avec une bonne laisse, pour ne pas ajouter aux crises de croissance qui secouaient déjà le centre hospitalier dans les années 1976-77. Mais le virage est venu lentement: le prolongement de cette adolescence difficile a contribué pour beaucoup à ralentir l'évolution du DSC. Son Directeur a été fréquemment immobilisé par la Direction des services professionnels qu'il a assumée pendant quelques années. Ses priorités

ont souvent, par la force des choses, été reléguées derrière les priorités immédiates de développement des services curatifs.

En somme, devant une perspective qui s'élargissait non seulement sur le plan géographique mais aussi quant à ses fonctions et quant à la définition même de la santé communautaire dans une région comme l'Abitibi-Témiscamingue, le DSC ne possédait plus les ressources humaines et financières ni la marge de manoeuvre fonctionnelle pour assumer pleinement ses nouvelles orientations.

## VI- LE REGROUPEMENT-INTEGRATION DU DSC AU CRSSSAT.

### 1- Historique.

La complémentarité de leurs mandats, le contexte particulier de la région, leur évolution respective et leur proximité physique ont poussé le DSC et le CRSSS, dès 1979 dans un processus de collaboration dont les principales étapes ont été les suivantes:

- table de concertation régionale CRSSS-DSC-CSS-Aide sociale (1979-81)
- participation des professionnels du DSC aux Commissions administratives (CARSPL, CARSSM) aux côtés de la permanence du CRSSS.
- groupes de travail de professionnels sur des programmes ou des dossiers spécifiques (3e âge, santé dentaire, jeunes en difficulté sociale, suicide, etc...)
- relocalisation physique du DSC et mise en commun de services techniques (réception, documentation, reprographie, etc..) en 1981
- interventions conjointes dans la crise des effectifs médicaux (1981)

Dès 1981, il est devenu évident que cette collaboration à cause des multiples contraintes auxquelles elle était soumise devait se consolider. C'est ainsi qu'un premier projet d'intégration du DSC au CRSSS était soumis aux autorités des deux organisations et au MAS à l'automne 1981, par le Directeur du DSC et le Directeur général du CRSSS. S'ensuivit une longue période de gestation et de négociations qui a connu son dénouement le 23 septembre 1983 par la signature d'un protocole d'entente entre le CHRN et le CRSSS. Cette période a été marquée par les faits suivants:

- tutelle du CHRN pendant 9 mois en 1981-82.
- discussions avec le MAS jusqu'en novembre 1982.
- échanges avec le CRSSS et le DSC de la Côte-Nord.
- proposition de plan d'organisation par un comité conjoint de la permanence du DSC et du CRSSS en février 1982.
- adoption partielle d'un premier plan d'organisation par le conseil d'administration du CRSSS en octobre 1982.
- discussion et négociations CHRN-CRSSS sur le plan d'organisation (octobre 1982 - septembre 1983).
- élaboration d'un plan d'opérationnalisation du projet (avril 1983).
- protocole d'entente le 23 septembre 1983.

Le protocole d'entente prévoit essentiellement un regroupement des mandats des deux organisations et une intégration administrative des ressources du DSC au CRSSS. Ses principaux éléments sont les suivants:

- le CIHRN confie au CRSSSAT le mandat d'exercer en son nom les fonctions de recherche, de planification, de programmation et d'évaluation des programmes régionaux de santé communautaire sans renoncer à sa responsabilité ultime en regard de ces fonctions.
- le premier plan d'organisation du CRSSS-DSC.
- les modalités de transfert des ressources humaines, matérielles et financières du DSC.
- le statut du responsable des fonctions de santé communautaire au CRSSS et les modalités de sa nomination.
- la création d'un comité de surveillance chargé d'assurer la préservation de la mission de la santé communautaire.

## 2- Opérationnalisation.

Du moment de sa conception jusqu'en avril 1983, le processus d'opérationnalisation du projet aura été irrégulier, marqué par des activités sporadiques, conditionné par les aléas des dynamiques externes et internes aux deux organisation. Mais au fur et à mesure que se dégagait un consensus sur le bien-fondé du projet, les grands principes et les orientations principales de la nouvelle organisation, le besoin de l'actualiser de façon systématique a entraîné l'adoption d'un premier plan de l'opérationnalisation en avril 1983. Depuis la signature du protocole, une rencontre de réflexion des Directeurs et des Cadres intermédiaires a permis de concilier les priorités et les objectifs en même temps que d'explorer la répartition des fonctions dans la nouvelle organisation et ses relations avec le réseau. Finalement, l'embauche d'un Directeur de la coordination du réseau a permis un partage précis des fonctions et des activités entre les deux directions et d'établir les mécanismes de coordination qui les relieront.

Mais avant de décrire la structure il importe de souligner les difficultés et les contraintes qui ont affecté le projet:

- le cadre légal
- le questionnement du MAS et du réseau des DSC particulièrement au moment où celui-ci cherche son identité dans le système de santé québécois.
- les préoccupations du réseau d'établissements de la région surtout en regard de l'influence du CHRN et de la profession médicale dans les orientations futures du CRSSS.
- les changements importants dans l'orientation du CRSSS, son organisation interne et ses relations avec le réseau.
- les crises au Centre hospitalier Rouyn-Noranda.
- la transformation interne du DSC.
- les retards dans l'actualisation du projet.
- la difficulté de maintenir une approche systématique.
- l'insécurité du personnel face au changement.
- la surcharge des équipes par la continuité à assurer et la relative confusion générée pendant la période de transition.

### 3- La structure.

Le nouveau Conseil régional comprendra, sous la direction générale, une direction de la planification-programmation et de la santé communautaire, une direction de la coordination du réseau, un service

administratif, un service des communications et un secrétariat général.

La DPPSC comprendra un service de la recherche, un service de la programmation et un service d'expertise-conseil. Cette direction sera responsable de l'identification des besoins, de la conception des programmes sociaux et sanitaires et de l'évaluation de leurs impacts. Elle concentrera l'expertise professionnelle directement reliée aux services socio-sanitaires (infirmières, travailleurs sociaux, médecins, psychologues, etc...)

La DCR comprendra un service d'implantation et de coordination des programmes et un service d'assistance-conseil au réseau. Elle assurera l'implantation et la coordination des programmes et leur contrôle dans les établissements du réseau et leur fournira l'assistance dans la gestion des services de support (immobilisations, équipements, finances, achats et services en commun). Elle concentrera l'expertise professionnelle reliée à l'administration et aux activités de support (agents de liaison, conseillers en gestion financière, architecte, conseiller en formation, etc...).

Le lien entre les deux directions sera assuré par deux mécanismes principaux. Un comité de liaison, formé des deux directeurs et de leurs coordonnateurs de services, verra à élaborer et à mettre en oeuvre les mécanismes devant assurer les ajustements continus dans le cheminement des dossiers conjoints. Des groupes de travail composés de professionnels et, au besoin, de cadres développeront le contenu des programmes et/ou des projets spécifiques.

Un département clinique de santé communautaire sera maintenu à l'intérieur de la structure du centre hospitalier. Il sera dirigé par la même personne qui assumera la DPPSC au CRSSS, avec l'aide d'un adjoint médical. Il assurera la gestion des médecins, dentistes et pharmaciens membres du département et les activités scientifiques et pédagogiques touchant la santé communautaire. Le mandat de protection de la santé

publique sera assumé par le Chef du département clinique.

#### 4- Evaluation.

Comme cette réorganisation de la planification et de la coordination régionales est pratiquement inédite (sauf pour l'expérience de la Côte-Nord), on prévoit instaurer un mécanisme d'évaluation qui permettra d'ajuster la nouvelle structure et son fonctionnement aux objectifs poursuivis par le CRSSS et le DSC dans l'exercice de leurs mandats respectifs. L'aide d'un consultant a été retenue, entre autres à cet effet, pendant les prochains mois.

#### VII- PERSPECTIVES.

Comme je l'ai signalé, ce regroupement-intégration du DSC au CRSSSAT s'insère dans un projet plus vaste d'adaptation du système socio-sanitaire régional à la réalité de l'Abitibi-Témiscamingue. Il sera un outil important dans la résolution des problèmes de notre région, dans la mesure où nous saurons l'utiliser, où nous pourrons maintenir une relation active avec un réseau structuré de façon différente dans d'autres régions et où le MAS maintiendra sa politique de décentralisation.

Chez nous comme ailleurs, c'est la santé communautaire qui a besoin qu'on s'occupe d'elle, non les départements de santé communautaire. Les cathédrales institutionnelles et professionnelles qu'on a bâties doivent lui ouvrir leurs portes et mettre à sa disposition franchement, toutes les richesses qu'elles recèlent.

Réal Lacombe  
Noranda, le 9 décembre 1983.

LA COLLABORATION DSC-CRSSS

EN ABITIBI-TEMISCAMINGUE

- 1- L'ABITIBI-TEMISCAMINGUE. (3 min.)
  - Géographie
  - Démographie
  - Economie
  - Profil socio-sanitaire
  
- 2- LES RESSOURCES SOCIO-SANITAIRES. (3 min.)
  - Le réseau de services.
    - . Les établissements
    - . Les professionnels
    - . Les budgets
    - . Les ressources communautaires
  
- 3- LES PRIORITES REGIONALES. (3 min.)
  - Problèmes prioritaires
  - Stratégies
    - . Développement de la recherche
    - . Promotion d'une approche globale: la sectorisation.
    - . Réorganisation de la structure de planification régionale.
  
- 4- LE CONSEIL REGIONAL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX. (4 min.)
  - Histoire
  - Ressources
  - Relations avec le réseau
  - Réorientation

5- LE DÉPARTEMENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE.

(4 min.)

- Histoire
- Ressources
- Relations avec le réseau et le CH
- Réorientation

6- LE REGROUPEMENT-INTEGRATION DU DSC AU CRSSS.

(10 min.)

- Historique.
  - . Collaboration DSC-CRSSS
  - . Elaboration du projet
  - . Négociations
  - . Protocole d'entente
- Operationnalisation.
  - . Déroulement
  - . Contraintes et difficultés
  - . Opportunités
- Structure.
  - . CRSSS-DSC
  - . DSC "clinique" au CHRN
  - . Fonctionnement
- Evaluation.

7- PERSPECTIVES.

(3 min.)

- La région
- Relations avec les DSC et les CRSSS
- Relations avec le MAS
- Le choix des régions

5.10 LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION:

PROBLÈME DE SANTÉ OU DE SOCIÉTÉ?

MONSIEUR ROGER BROSSEAU, D.S.C. CITÉ DE LA SANTÉ DE LAVAL

Le vieillissement de la population:  
problème de santé ou de société?

Par

Roger Brosseau (M.A.)

D.S.C. Cité de la Santé de Laval

Pour

le groupe de travail en gérontologie  
des D.S.C. de la région 06-A<sup>1</sup>

Communication présentée au colloque des Départements de santé communautaire du Québec tenu à Laval les 12, 13 et 14 décembre 1983 et ayant pour thème: "Pour une mission en santé".

<sup>1</sup>

Les autres membres du groupe de travail sont:

|                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| André Bergeron      | (D.S.C. Sacré-Coeur)         |
| Constance Blanchard | (D.S.C. Verdun)              |
| Daniel Thomas       | (D.S.C. Ste-Justine)         |
| Margaret Finlayson  | (D.S.C. Général de Montréal) |
| Danielle Brais      | (D.S.C. Lakeshore)           |
| Lucie Lavigne       | (D.S.C. St-Luc)              |
| Danielle D'Amour    | (D.S.C. Charles Lemoyne)     |

## Résumé

L'objectif principal de cette présentation est d'identifier le plus clairement possible les problèmes et besoins prioritaires des personnes vieillissantes de la région du Montréal métropolitain (06-A). Pour ce faire, un court rappel est fait de l'histoire du groupe, des objectifs qu'il se fixe et du mandat qu'il obtient. La méthodologie utilisée par le groupe en vue d'identifier un nombre restreint de priorités est ensuite présentée de façon détaillée. Cette méthodologie tient essentiellement compte de l'ampleur des différents problèmes ainsi que de notre capacité à les solutionner. Ces deux dimensions sont évaluées à l'aide de dix critères qui, d'une certaine façon, servent de dénominateurs communs entre des problèmes qui à priori ne se prêtent pas facilement à une comparaison. La méthodologie utilisée ne prétend certes pas être à l'abri de toute subjectivité. Elle présente cependant l'avantage de systématiser cette subjectivité dans un cadre bien structuré. A l'issue de ce processus, aucun problème de santé physique n'est retenu prioritaire. Au contraire, la conclusion est plutôt que ce sont les problèmes de santé mentale et psychosociaux qui sont à la base de plusieurs problèmes de santé physique chez les personnes âgées. La présentation conclue sur la nécessité de démedicaliser la problématique du vieillissement et des personnes âgées et d'intervenir essentiellement auprès de cette population au moyen d'une approche psychosociale. Finalement, il est fait état de certaines conditions essentielles à la poursuite et au succès de la démarche entreprise.

### Objectifs de la présentation

Les objectifs de la présentation sont nombreux:

1. apporter une réponse à la question soulevée par le titre en faisant part de l'expérience de concertation du groupe de travail composé des conseillers et conseillères en gérontologie de la région 06-A;
2. présenter la démarche de choix de priorités utilisée par le groupe;
3. présenter les priorités retenues à l'aide de cette démarche;
4. s'interroger sur la nature des problèmes et besoins des personnes âgées (sont-ils surtout psychosociaux ou bien bio-médicaux?);
5. démontrer que ces problèmes et besoins doivent faire l'objet d'actions concertées, dans le cadre d'une approche psychosociale plutôt que médicale;
6. présenter des éléments de réponse concernant la contribution de cette démarche à l'amélioration de la santé de la population;
7. suggérer des conditions nécessaires à la poursuite de cette démarche-action.

### L'expérience de concertation des conseillers et conseillères en gérontologie des D.S.C. de la région 06-A

Avant de vous faire part de la démarche de concertation utilisée par les conseillers et conseillères en gérontologie de la région, j'aimerais d'abord faire un bref historique de la formation du groupe. Je présenterai ensuite le document réalisé, la méthodologie utilisée ainsi que les priorités retenues.

Le groupe a pour origine les rencontres des professionnels et professionnelles des D.S.C. de la région 06-A qui oeuvrent auprès de la population âgée. Lors de la formation du groupe, six des huit D.S.C. de la région possédaient de telles personnes ressources. Deux autres professionnels(les) s'ajoutèrent dès que les deux D.S.C. restants ouvrirent des postes de type conseiller ou conseillère en gérontologie.

Les professionnels(les) qui participent aux travaux du groupe sont de formations très diversifiées: psychologie, médecine, sciences infirmières, sociologie, démographie, travail social et administration publique.

A cette époque, les objectifs poursuivis par les membres du groupe sont de: 1- partager nos expériences et préoccupations; 2- mieux connaître nos fonctions, mandats et rôles respectifs; 3- partager le matériel développé; 4- s'entendre sur une façon d'aborder la question du vieillissement; 5- réaliser éventuellement des projets et/ou actions conjointes.

A l'époque où le groupe se forme, plusieurs professionnels(les) des D.S.C. se regroupent au sein de nombreux comités: comité des coordonnateurs de programmes, comité des agents de recherche, comité des adjoints administratifs, etc.. Devant cet état de fait, et dans le but de faire en sorte que le travail produit par ces différents comités soit des plus rentables et des plus efficaces, le comité des chefs de D.S.C. de la région 06-A demande

aux différents groupes de préciser les objectifs poursuivis par leurs rencontres et de lui en faire part. Dans ce contexte, en novembre 1981 nous informons les chefs de nos objectifs qui sont principalement d'augmenter l'efficacité de l'intervention gérontologique des D.S.C. de la région en évitant la dispersion des efforts, et de suggérer certaines priorités régionales devant contribuer à la mise en place d'une certaine philosophie de l'intervention gérontologique, voire même d'une politique d'action.

En février 1982, avec l'accord du comité des chefs de D.S.C., nous amorçons la démarche d'établissement des priorités proprement dite. Cette démarche est longue et implique la réalisation d'un inventaire des problèmes affectant les personnes âgées, le développement d'une méthode permettant de comparer entre eux des problèmes à priori très différents, l'application de la méthode élaborée et la rédaction d'un rapport présentant la méthode utilisée ainsi que les priorités retenues. La première version de ce texte est disponible en septembre 1982. Afin de nous assurer du caractère réaliste de ce document, et dans le but que le plus grand nombre possible de personnes se concertent à ce sujet, nous demandons alors aux chefs de D.S.C. l'autorisation de procéder à une consultation des intervenants et intervenantes de la région qui oeuvrent auprès de cette clientèle. Les chefs de D.S.C. approuvant cette démarche, nous procédons à la consultation.

La consultation dure sept mois (de novembre 1982 à mai 1983). Elle nous permet de rejoindre environ 150 personnes appartenant à une soixantaine d'organismes, au moyen d'entrevues de groupe et individuelles. Les entrevues sont de type semi-dirigées et se font à l'aide d'un canevas commun de questions et de préoccupations. Le lieu privilégié de réalisation de la consultation est les comités de liaison pour le maintien à domicile de la région 06-A. Dans la région 06-A, chaque territoire de D.S.C. est en effet doté d'un comité de liaison réunissant les principaux intervenants(es) oeuvrant auprès de la clientèle âgée, soit les centres locaux de services communautai-

res (C.L.S.C.), les bureaux de services sociaux (B.S.S.), les centres d'accueil ayant un centre de jour, le département de santé communautaire, les modules de services ainsi que les autres organismes communautaires. Cette consultation confirme la pertinence des priorités que nous suggérons ainsi que l'intérêt et l'accord des intervenants et intervenantes à ce sujet.

Suite à la consultation, nous procédons d'une part à la révision du document de départ, et d'autre part à la rédaction d'un document faisant le bilan de la consultation.

Nous en sommes actuellement à l'étape du suivi à donner à cette démarche. Cette étape en est une de diffusion du texte et d'animation dans le milieu afin de favoriser la mise en place d'actions concertées sur les priorités retenues. Il s'agit d'une étape où nous avons à élaborer plusieurs stratégies d'intervention possibles pour chacune des priorités retenues en vue de les proposer aux intervenants et intervenantes de la région.

#### Présentation du document

Avant d'établir les priorités, nous avons voulu brosser un tableau rapide de la situation de la population âgée dans la région de Montréal. Il s'agissait principalement de s'entendre sur une façon de voir le vieillissement de la population dans la région. Je n'ai pas l'intention de m'attarder longuement à cet aspect, je pense que la situation générale du vieillissement est suffisamment connue. J'aimerais toutefois vous rappeler quelques chiffres.

- 1) En 1981, Montréal comptait 9.5% de personnes âgées dans sa population, alors que la proportion provinciale est de 8.6%. Montréal attend d'ailleurs 12% de personnes âgées en 1990, proportion qui ne sera atteinte que beaucoup plus tard par l'ensemble de la province.

- 2) La région du Montréal métropolitain abrite 57% de la population âgée du Québec, principalement dans le centre ville.
- 3) La population âgée est principalement féminine (déjà en 1976 on comptait 74 hommes pour 100 femmes de 65 ans et plus).
- 4) Soixante-six pour cent (66%) des personnes âgées vivent sous ou au niveau du seuil de pauvreté.
- 5) Soixante-dix-neuf pour cent (79%) des personnes âgées seules (surtout des femmes) vivent sous le seuil de la pauvreté.

Nous nous sommes ensuite interrogés sur la façon d'évaluer les priorités et les besoins de la population âgée. Nous nous sommes particulièrement préoccupés de la pertinence et de l'utilité de certains indicateurs classiques des besoins tels les taux de mortalité et de morbidité issus des statistiques hospitalières.

L'approche épidémiologique traditionnelle utilise principalement de tels taux (Hard data) ainsi que le concept de facteurs de risque, lequel met particulièrement l'accent sur les habitudes de vie des gens. Quant à ce dernier point, j'aimerais ouvrir une courte parenthèse et dire qu'en faisant de la santé et de la maladie une question qui dépend beaucoup des habitudes de vie des individus, les programmes de santé ont faussé le débat en passant complètement sous silence une foule de facteurs beaucoup plus déterminants de l'état de santé de la population soit: le sexisme, le racisme, la pauvreté, la dégradation de l'environnement par la pollution industrielle, etc..

En ce qui concerne les statistiques hospitalières, nous nous sommes demandés de quelle utilité elles pouvaient nous être, et quels renseignements elles nous apportaient. Ces statistiques nous renseignent sur les problèmes de

santé aigus exigeant la mobilisation des hôpitaux de courte durée, mais elles sont très peu informatives eu égard aux nombreux problèmes que vivent quotidiennement les personnes âgées. J'en profite ici pour rappeler que la problématique médicale des personnes âgées en est une de problèmes de santé chroniques et non pas de problèmes de santé aigus. Les statistiques hospitalières décrivent numériquement la maladie et cela de façon imparfaite (morbidity diagnostiquée et non pas morbidity perçue). Tout le monde étant depuis longtemps d'accord pour dire que la santé est beaucoup plus que l'absence de maladies, nous ne pouvons pas accorder une trop grande importance dans notre démarche à ces statistiques. De plus, ces statistiques omettent l'importance de la vie sociale et psychologique des personnes âgées. Elles semblent donc peu utiles à la mise en place d'un programme visant à améliorer le bien-être des personnes âgées, et elles ne sont pas suffisamment sensibles pour servir à l'évaluation d'un tel programme. Ainsi, même dans le cadre d'une démarche épidémiologique, l'évaluation des besoins des personnes âgées devraient privilégier l'utilisation d'indicateurs subjectifs de la santé. Ce n'est probablement pas là l'évaluation la plus objective de la santé, mais c'est une évaluation qui reflète beaucoup plus fidèlement les conditions de vie et la qualité de vie des personnes âgées. Nous y reviendrons. Il apparaît également souhaitable dans le cadre d'une telle démarche, de consulter des informateurs-clés et des représentants de personnes âgées.

Les notions de qualité de vie et de bien-être nous amènent à aborder la question de la santé mentale. L'évaluation subjective du bien-être des gens est étroitement liée en effet à la notion de santé mentale, telle que définie comme étant la résultante de l'interaction entre la personne et son environnement. Au-delà de la présence ou de l'absence de maladie, la notion de santé mentale fait appel au bien-être entier de la personne ainsi qu'au caractère adéquat ou non de sa relation avec l'environnement. La santé mentale est le cœur de l'interaction entre l'individu et son environnement (l'environnement pouvant même inclure ici l'état de santé physique de la personne puisque celle-ci peut très bien considérer son état physique comme

partie de son environnement, partie de sa qualité de vie). Il faut aussi rappeler que l'importance et la gravité des problèmes des gens est en grande partie déterminée par la façon dont ils les perçoivent, les vivent et les assument.

D'un autre côté, bien que la maladie mentale soit depuis longtemps la première cause d'hospitalisation au Canada, on avait, jusqu'à récemment du moins, tendance à écarter la santé mentale de notre définition pratique et opérationnelle de la santé. La santé mentale faisait alors l'objet de peu d'attention en matière d'intervention, de prévention et de programmes de santé.

Dans ce contexte, le point de départ de notre démarche d'établissement de priorités est que tout ce qui affecte le bien-être des gens constitue une cible potentielle pour tout programme de santé et cela, qu'il s'agisse de facteurs limitant l'autonomie des gens ou de problèmes liés à l'environnement.

#### Description de la démarche méthodologique

Voyons maintenant plus spécifiquement la méthode que nous avons utilisée afin d'en arriver à établir ou à suggérer un certain nombre de priorités.

Dans un premier temps, nous avons procédé à un inventaire des problèmes des personnes âgées et cela au moyen d'une technique de "brain storming". Nous avons ainsi obtenu une liste de 53 problèmes que nous avons partagés en sept catégories: santé physique, santé mentale, environnement physique, environnement social, formation des intervenants(es), organisation des ressources et services, et finalement habitudes de vie.

Avec en main une telle diversité de problèmes, il était essentiel de se doter d'une méthode systématique de choix des priorités. En accord avec les travaux de Donabedian, la méthode retenue tient compte de deux dimensions principales. La première de ces dimensions est l'ampleur des problèmes, et la seconde concerne notre capacité à les solutionner. Ces deux dimensions sont évaluées à l'aide de dix critères, lesquels servent d'une certaine façon de dénominateurs communs entre les différents problèmes. Parmi ces critères, cinq concernent l'ampleur des problèmes et cinq évaluent la faisabilité de l'intervention. Après discussion, nous décidons d'accorder un poids égal à chacune de ces deux dimensions, soit un poids de 50 points pour l'ampleur du problème et un poids de 50 points pour la faisabilité de l'intervention. Chaque problème peut donc potentiellement recueillir un maximum de 100 points.

En ce qui concerne les dix critères cependant, ils ne nous semblent pas avoir tous la même importance. Nous leur accordons donc des poids différents. Certains critères valent 15 points alors que d'autres n'en valent que cinq. Selon ce système, plus un problème reçoit un score élevé, plus il est important et prioritaire. Le tableau 1 présente les dix critères que nous avons utilisés.

Le score accordé à chacun des critères pour chacun des problèmes est issu d'une discussion sérieuse du groupe de travail qui le plus possible, recherchait un consensus. Dans les cas où les opinions étaient trop divergentes, le problème se voyait accorder un score moyen. Ce fut là un travail long et animé, notamment étant donné la composition multidisciplinaire du groupe de travail.

L'utilisation d'un tel système d'évaluation des priorités (un système à deux dimensions), permet quatre grands types de décisions. Le tableau 2 présente ces quatre grands types de décisions.

Tableau 1

Définitions et poids des critères proposés

| CRITERES                                                   | DÉFINITIONS                                                                                                                                                                                       | POIDS |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <b>A) <u>Critères d'ampleur</u></b>                        |                                                                                                                                                                                                   |       |
| Nombre de personnes concernées                             | Indice quantitatif qui représente le nombre d'individus qui vivent présentement le problème identifié ou qui en subissent les conséquences                                                        | 15    |
| Gravité des conséquences des problèmes                     | Indice qualitatif qui représente le niveau de limitation bio-psychosocial vécu par les personnes concernées par le problème                                                                       | 15    |
| Tendances futures                                          | Indice prospectif qui représente l'importance accordée à l'évolution du problème dans le temps et ce, quantitativement et qualitativement                                                         | 7     |
| Demande des personnes âgées                                | Indice représentant le nombre de personnes âgées qui expriment elles-mêmes ou par les intervenants, un désir et/ou une démarche consciente pour solutionner un problème                           | 7     |
| Problèmes négligés                                         | Indice représentant l'attention accordée jusqu'à maintenant par l'ensemble du réseau des services sociaux et de santé au problème dont il est question                                            | 6     |
| <b>B) <u>Critères de faisabilité de l'intervention</u></b> |                                                                                                                                                                                                   |       |
| Existence d'outils efficaces                               | Cet indice correspond à l'existence d'actions/ interventions efficaces pour remédier à un problème                                                                                                | 10    |
| Possibilité de prévention primaire                         | Cet indice correspond à l'existence d'actions/ interventions en vue de prévenir un problème. (Il peut exister un outil efficace sans pour autant que la prévention soit possible)                 | 15    |
| Ratio coûts/gains                                          | Cet indice en est un de rentabilité, non seulement économique, mais social. Il faut que les coûts soient compensés par des gains financiers ou sociaux pour la collectivité                       | 10    |
| Possibilité d'action collective                            | Une action collective est <u>une</u> action (unique) par laquelle beaucoup de personnes sont atteintes. Il s'agit en quelque sorte d'un indice de rentabilité (efficience)                        | 10    |
| Possibilité de consensus                                   | C'est un indice qui tient compte de la possibilité d'entente dans les priorités et les actions de tous les intervenants (MAS, CSSSRMM, CSS, DSC, CLSC, etc.) en vue de résoudre un problème donné | 5     |

Tableau 2  
Décisions possibles en fonction de l'ampleur des problèmes  
et de notre capacité à les solutionner

| IMPORTANCE<br>DU PROBLEME | EFFICACITE DE<br>L'INTERVENTION | RECOMMANDATIONS                                                                        |
|---------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Considérable              | Grande                          | Principale priorité<br>d'intervention                                                  |
| Considérable              | Faible                          | Principale priorité<br>pour la recherche                                               |
| Peu considérable          | Grande                          | Deuxième priorité<br>d'intervention                                                    |
| Peu considérable          | Faible                          | Deuxième priorité<br>pour la recherche,<br>très peu prioritaire<br>pour l'intervention |

En utilisant ce modèle de décisions, nous avons dans un premier temps considéré que pour être jugés graves et se prêtant à une action efficace, les problèmes devaient avoir obtenu pour chacune des dimensions un score de 30 points et plus. C'est là une définition fort opérationnelle. Le tableau 3 illustre la distribution des problèmes en utilisant cette définition de l'ampleur des problèmes et de l'efficacité de l'intervention. Comme le montre ce tableau, 25 problèmes répondent à ces critères, soit tous ceux contenus dans le cadran supérieur droit du tableau. Un tel nombre de problèmes favorisant encore à notre avis une trop grande dispersion des efforts, nous avons redéfini les problèmes comme étant graves et solutionnables seulement s'ils obtenaient un score d'au moins 35 à chacune des deux dimensions. Le tableau 4 présente les résultats obtenus en appliquant cette nouvelle définition. En procédant ainsi, six problèmes demeurent prioritaires. Ce sont ceux contenus dans le cadran supérieur droit du tableau. Il s'agit du problème de politique de retraite, de celui de la marginalisation des personnes âgées, du manque d'une politique pour les personnes âgées, de l'insuffisance de la sensibilisation des médecins, du sentiment d'inutilité des personnes âgées et finalement de leur manque de préparation ou d'adaptation à la retraite.

Tableau 3

Distribution des problèmes en fonction de leur ampleur  
et de la faisabilité de l'intervention

30 ET PLUS

GRAVITE

29 ET MOINS

| 29 ET MOINS                                       | F A I S A B I L I T E | 30 ET PLUS                                |    |
|---------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------|----|
| <u>PREMIERES PRIORITES DE RECHERCHE</u>           |                       | <u>PREMIERES PRIORITES D'INTERVENTION</u> |    |
| - Solitude ressentie                              | 65                    | - Politique de retraite                   | 78 |
| - Aide à domicile                                 | 61                    | - Marginalisation                         | 77 |
| - Support aux familles                            | 58                    | - Sensibilisation de la communauté        | 77 |
| - Services personnalisés                          | 57                    | - Politiques pour personnes âgées         | 76 |
| - Perte d'autonomie mentale                       | 49                    | - Sensibilisation des médecins            | 75 |
|                                                   |                       | - Emploi                                  | 72 |
|                                                   |                       | - Sentiment d'inutilité                   | 72 |
|                                                   |                       | - Adaptation à la retraite                | 71 |
|                                                   |                       | - Politique de logement                   | 70 |
|                                                   |                       | - Politique de revenu                     | 70 |
|                                                   |                       | - Consommation inadéquate de médicaments  | 70 |
|                                                   |                       | - Logements inadéquats                    | 69 |
|                                                   |                       | - Sensibilisation des pharmaciens(ne)s    | 67 |
|                                                   |                       | - Formation des intervenant(e)s           | 67 |
|                                                   |                       | - Centres de jour                         | 67 |
|                                                   |                       | - Familles d'accueil                      | 67 |
|                                                   |                       | - Sentiment d'insécurité                  | 67 |
|                                                   |                       | - Relations sociales                      | 66 |
|                                                   |                       | - Exercices physiques                     | 66 |
|                                                   |                       | - Réadaptation                            | 66 |
|                                                   |                       | - Information                             | 66 |
|                                                   |                       | - Perte d'autonomie physique              | 65 |
|                                                   |                       | - Hébergement                             | 65 |
|                                                   |                       | - Intervenant(e)s communautaires          | 65 |
|                                                   |                       | - Transport                               | 63 |
| <u>DEUXIEMES PRIORITES DE RECHERCHE</u>           |                       | <u>DEUXIEMES PRIORITES D'INTERVENTION</u> |    |
| - Accès au service                                | 58                    | - Bénévolat/entraide                      | 64 |
| - Services aux personnes âgées malades chroniques | 56                    | - Popotes roulantes                       | 63 |
| - Sexualité                                       | 56                    | - Coordination des services               | 63 |
| - Problèmes majeurs de santé                      | 52                    | - Dépression                              | 60 |
| - Centres d'évaluation                            | 52                    | - Mobilité des personnes âgées            | 60 |
| - Relations familiales                            | 52                    | - Problèmes mineurs de santé              | 59 |
| - Services psychiatriques                         | 51                    | - Habitudes alimentaires                  | 57 |
| - Intoxication                                    | 48                    | - Instruments de travail                  | 56 |
| - Suicide                                         | 45                    | - Surconsommation de services             | 55 |
| - Tabagisme                                       | 42                    | - Sommeil                                 | 51 |
| - Problèmes sensoriels                            | 40                    | - Inventaire des ressources et services   | 51 |
| - Sénilité                                        | 32                    |                                           |    |

Tableau 4

Distribution des problèmes selon que leur gravité et la faisabilité de l'intervention sont supérieures ou inférieures à 35

| GRAVITE     |                                         | FAISABILITE |                                                        |
|-------------|-----------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------|
|             |                                         | 34 ET MOINS | 35 ET PLUS                                             |
| 36 ET PLUS  | <u>Premières priorités de recherche</u> |             | <u>Premières priorités d'intervention</u>              |
|             | *- Emploi 72                            |             | *- Politique de retraite 78                            |
|             | *- Politique de logement 70             |             | *- Marginalisation 77                                  |
|             | *- Politique de revenu 70               |             | *- Politiques gouvernementales pour personnes âgées 76 |
|             | - Logements inadéquats 69               |             | *- Sensibilisation des médecins 75                     |
|             |                                         |             | *- Sentiment d'inutilité 72                            |
|             |                                         |             | *- Adaptation à la retraite 71                         |
|             |                                         |             |                                                        |
| 34 ET MOINS | <u>Deuxièmes priorités de recherche</u> |             | <u>Deuxièmes priorités d'intervention</u>              |
|             | *- Sensibilisation des pharmaciens 67   |             | *- Sensibilisation de la communauté 77                 |
|             | - Centre de jour 67                     |             | *- Consommation de médicaments 70                      |
|             | *- Sentiment d'insécurité 66            |             | - Formation des intervenants 67                        |
|             | *- Relations sociales 66                |             | - Familles d'accueil 67                                |
|             | - Réadaptation 66                       |             | - Exercices physiques 66                               |
|             | - Information 66                        |             | *- Autonomie physique 65                               |
|             | - Hébergement 65                        |             |                                                        |
|             | - Intervenants communautaires 65        |             |                                                        |
|             | - Transport et déplacement 63           |             |                                                        |

\* Les problèmes ainsi identifiés sont ceux servant aux regroupements présentés au tableau 4.

Certains de ces problèmes sont étroitement reliés à d'autres problèmes figurant également au tableau 4. Il s'agit entre autres de tous les problèmes précédés d'un astérisque au tableau 4.

Tableau 5  
Liste des regroupements de problèmes jugés prioritaires

| PROBLEMES                                                        |   | CATEGORIES                        |
|------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------|
| - Manque de relations sociales/<br>solitude ressentie            | } | ENVIRONNEMENT<br>SOCIAL           |
| - Marginalisation/sentiment d'inutilité                          |   |                                   |
| - Politiques de retraite, logement,<br>revenu, emploi, transport |   |                                   |
| - Sensibilisation de la communauté                               |   |                                   |
| - Sensibilisation des médecins                                   | } | FORMATION DES<br>INTERVENANTS(ES) |
| - Sensibilisation des pharmaciens(nes)                           |   |                                   |
| - Consommation de médicaments                                    | } | HABITUDES DE VIE                  |
| - Adaptation à la retraite                                       | } | SANTE MENTALE                     |
| - Sentiment d'insécurité                                         |   |                                   |
| - Autonomie physique                                             | } | SANTE PHYSIQUE                    |

Ainsi, le problème de l'insuffisance de la sensibilisation des médecins qui apparaît dans le cadran supérieur droit est étroitement associé au problème de la prescription et de la consommation de médicaments qui lui, apparaît dans le cadran inférieur droit, problème qui est à son tour associé au problème de formation des pharmaciens que l'on retrouve dans le cadran inférieur gauche. Un autre exemple de cela est la marginalisation; problème que nous retrouvons dans le cadran supérieur droit, et qui est associé au sentiment d'inutilité que nous retrouvons également dans le cadran supérieur droit, au sentiment d'insécurité que nous retrouvons dans le cadran inférieur gauche, au manque de relations sociales que nous retrouvons également dans le cadran inférieur gauche, ainsi qu'à la sensibilisation de la communauté que nous retrouvons dans le cadran inférieur droit. Devant cette situation, certains regroupements sont effectués pour finalement en arriver à retenir dix problèmes comme prioritaires, c'est-à-dire graves et se prêtant à une intervention efficace. Le tableau 5 présente les dix problèmes retenus sans préjugé de l'importance relative des problèmes entre eux.

Tableau 6  
Fréquence de mention et fréquence de premier rang  
des dix thèmes prioritaires

|                                                                  | Fréquence de<br>mention | Fréquence de<br>1er rang |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| - Manque de relations sociales                                   | 20                      | 11                       |
| - Marginalisation                                                | 14                      | 8                        |
| - Politiques de retraite, logement,<br>revenu, emploi, transport | 5                       | 3                        |
| - Sensibilisation de la communauté                               | 9                       | 3                        |
| - Sensibilisation des médecins                                   | 11                      | 1                        |
| - Sensibilisation des pharmaciens(nes)                           | 9                       | 1                        |
| - Consommation irrationnelle de médicaments                      | 16                      | 4                        |
| - Adaptation à la retraite                                       | 7                       | 0                        |
| - Sentiment d'inutilité                                          | 12                      | 5                        |
| - Autonomie physique                                             | 7                       | 0                        |

Les problèmes sont présentés en fonction des catégories de départ que nous avons utilisées pour regrouper les problèmes. Il aurait bien sûr été possible de regrouper ces problèmes autrement. Par exemple, nous aurions pu construire un bloc "marginalisation" incluant le manque de relations sociales, la solitude ressentie, les sentiments d'inutilité et d'insécurité, ainsi que la sensibilisation de la communauté. Nous aurions pu également construire un bloc "consommation inadéquate de médicaments" incluant le manque de sensibilisation des médecins ainsi que des pharmaciens, etc.. Lors de la consultation, ce sont d'ailleurs ces deux blocs qui se sont dégagés comme prioritaires. Le tableau 6 présente les résultats de la consultation. Il donne pour chacun des dix problèmes que nous avons retenus prioritaires, la fréquence à laquelle le problème est mentionné par les intervenants et intervenantes ainsi que le nombre de fois où le problème a été mentionné au premier rang de priorité. Suivant ce tableau, les problèmes qui apparaissent les plus prioritaires sont: le manque de relations sociales qui est mentionné par 20 personnes et qui occupe 11 fois la première place, la

marginalisation qui est mentionnée par 14 personnes et qui occupe 8 fois la première place, la consommation inadéquate de médicaments qui est mentionnée par 16 personnes et qui occupe 4 fois la première place, et finalement le sentiment d'inutilité qui est mentionné par 12 personnes et qui occupe 5 fois la première place. Des quatre problèmes, il se dégage facilement deux blocs de priorités: un premier qui est la marginalisation et qui inclut le sentiment d'inutilité ainsi que le manque de relations sociales et le second qui est la consommation inadéquate de médicaments.

Le document que nous avons soumis à la consultation des intervenants et intervenantes contenait, afin de stimuler la réflexion des personnes consultées, trois informations additionnelles, pour chacune des dix priorités. D'une part, il précisait succinctement le contexte de chaque priorité, d'autre part, il suggérait des objectifs à atteindre et finalement il proposait des avenues d'intervention possibles.

### Conclusion

Comme vous pouvez le constater, la démarche adoptée par le groupe de travail en gérontologie des D.S.C. de la région 06-A comporte plusieurs facettes qui à mon sens, en font une étude fort sérieuse, utile et utilisable. Cette étude tient compte des statistiques hospitalières, sans pour autant se limiter à cela. Elle met à contribution une équipe multidisciplinaire où chaque approche du vieillissement et des personnes âgées a pu être présentée et discutée à sa juste valeur, et ainsi apporter sa contribution à l'orientation du document. Elle repose également sur la concertation et la consultation de nombreux intervenants et intervenantes tout au long de la démarche et en particulier lors de la phase de consultation proprement dite. Cette démarche a également utilisé des informateurs-clés et des représentants des personnes âgées. Finalement, la méthode utilisée pour le choix des priorités découle des travaux de Donabedian. Elle est connue de longue date et reconnue valable, bien que peu souvent utilisée. La méthode de choix des priorités que

nous avons utilisée ne place certainement pas notre choix de priorités à l'abri de toute subjectivité. Toutefois, il demeure que ce choix est issu d'une démarche qui a systématisé et structuré l'exercice de notre subjectivité.

A la lumière de la consultation effectuée, il apparaît clairement que le document dont il est ici question constitue un cadre pertinent de références en gérontologie dans la région 06-A. A l'issue de cette démarche, il nous apparaît en effet bien clair que si nous voulons véritablement nous préoccuper des problèmes prioritaires des personnes âgées, il est nécessaire d'élargir notre conception pratique et opérationnelle de la santé, de ne pas la restreindre à la présence ou à l'absence de maladie et de ne surtout pas confondre vieillissement et maladie. Certains problèmes apparaissent certes inévitables avec la progression en âge, notamment ceux liés à l'affaiblissement physique et physiologique général de la personne. D'autres problèmes cependant ne sont en rien inhérents au vieillissement. Pourtant, trop souvent tout se passe comme si le malheur, la tristesse, l'insécurité, l'isolement, la pauvreté, etc. étaient des caractéristiques inévitables de la vieillesse.

Si nous adhérons vraiment à la définition de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la santé, il est temps que notre action corresponde à notre discours. Il devient alors préférable de parler de bien-être plutôt que de santé, soit-elle-même globale, car "santé" fait trop directement appel à une conception médicalisante qui laisse peu de place aux champs psychologique et social de la vie d'une personne. Considérer ainsi, le bien-être ou "santé globale" d'une personne revêt alors trois dimensions importantes: une dimension physique, une dimension psychologique et une dimension sociale. Il nous semble indispensable de bien réaliser que le bien-être ou santé globale des gens est influencé certainement par leur santé physique, mais également par d'autres facteurs. Il ne faut surtout pas oublier que l'être humain est capable de cognition et de réflexion sur sa propre personne ainsi que sur son environnement, et que le bien-être de la personne est bien plus affecté par la façon dont la personne perçoit, vit, et assume ses problèmes, furent-ils

de santé, que par les problèmes eux-mêmes.

Les problèmes de santé sont certes importants, mais ce qui doit être l'objet de nos préoccupations, c'est la personne qui vit avec ces problèmes. Ne dit-on pas qu'il n'y a pas plus mauvais malade que celui qui ne veut pas guérir. Si les gens considèrent, quelque soit les raisons, que leur vie ne vaut pas la peine d'être vécue, il est évident que leur état de santé, que les soins qu'ils apportent à leur corps, vont en être affectés.

Le bien-être psychologique des gens nous semble véritablement au coeur de la problématique "santé" de toute personne. Il est très peu probable que les problèmes que nous désignons communément sous le thème "Pertes d'autonomie", aient pour cause quasi exclusive des problèmes de santé physique. Trop souvent, la détérioration de la santé physique est le signe peut-être le plus visible d'une situation qui ne peut tout simplement plus durer. La figure 1 illustre cela et montre que nous intervenons souvent trop tard, soit au niveau des derniers symptômes manifestés plutôt qu'au niveau des véritables causes des problèmes des personnes âgées, niveau auquel pourrait se situer une véritable action de prévention.

Pour en arriver à oeuvrer en ce sens et à avoir une action véritablement préventive, il est essentiel que les D.S.C. élargissent leur conception de la santé, qu'ils en arrivent à parler de bien-être, qu'ils n'hésitent pas à s'engager sur la voie d'une implication sociale et communautaire beaucoup plus poussée et à mettre une plus grande emphase sur la santé mentale.

Finalement, les problèmes des personnes âgées parlent d'eux-mêmes et à les considérer, il devient évident qu'il ne s'agit pas là de problèmes propres à un âge donné soit 65 ans et plus, mais bien de problèmes de vieillissement, qui concernent donc tout le cours d'une vie. Il s'agit manifestement là d'un problème de société et non pas d'un problème de personnes âgées.

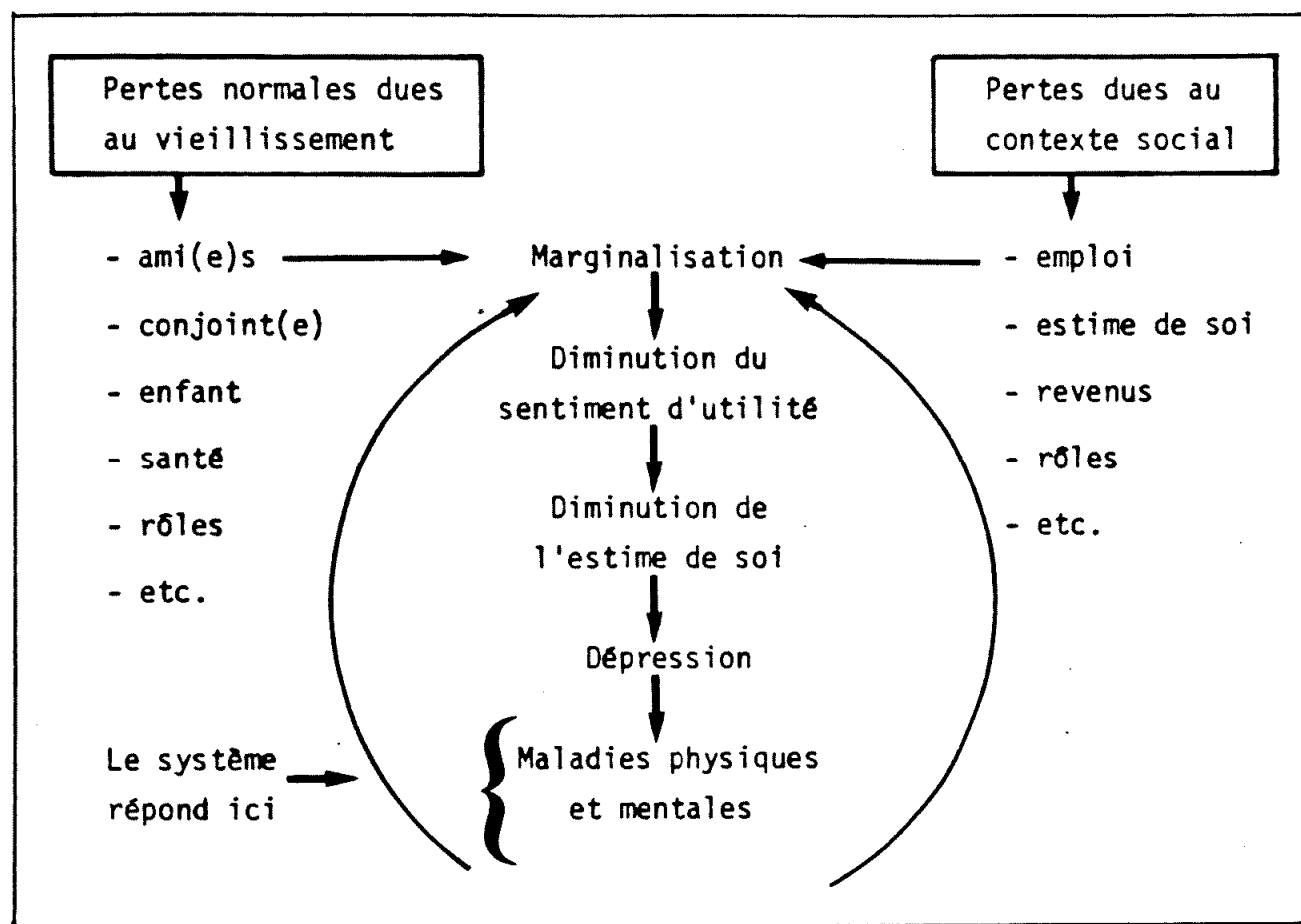


Figure 1. Le phénomène de la marginalisation des personnes âgées

Pour terminer, j'aimerais vous parler de l'impact qu'a eu cette démarche et des conditions nécessaires à la poursuite de celle-ci. L'impact direct de cette démarche sur la santé de la population est bien sûr actuellement minime, pour ne pas dire inexistant. Nous ne faisons en effet qu'arriver à la phase de diffusion des priorités et d'animation dans le milieu. Il demeure toutefois que la concertation des intervenants et intervenantes est en cours. Par exemple, suite à la consultation que nous avons réalisée, des organismes nous ont fait savoir qu'ils adoptaient certaines des priorités que nous avons suggérées. Un exemple de cela est qu'au Comité de liaison de Laval pour le maintien à domicile, les deux priorités retenues eu égard à la population âgée sont la "démarginalisation" et l'obtention d'une consommation adéquate

de médicaments. Un autre exemple est qu'un C.L.S.C. se sert de ce document comme document de base dans l'élaboration de ses programmes d'intervention auprès des personnes âgées.

En ce qui concerne les conditions nécessaires à la poursuite de cette action, il nous semble nécessaire dès maintenant de faire de l'animation dans le milieu, de se concerter sur les priorités retenues et de suggérer pour chacune, différentes interventions possibles et susceptibles de convenir à différents intervenants et à différentes intervenantes.

RB/mj

16/1/84

## 6. LES PLÉNIÈRES

## 6.1 LA PLÉNIÈRE DES CONFÉRENCES-CARROUSEL

NOTES LIMINAIRES:

La plénière qui suit est la retranscription d'un enregistrement des échanges qui ont eu lieu le mardi 13 décembre en avant-midi entre les conférenciers-ères des conférences-carrousel et les participants-tes. Les questions posées proviennent de la synthèse des questions laissées par écrit par les participants-tes lors des dix (10) conférences-carrousel alors que les réponses sont fournies à la fois par certains-nes conférenciers-ères et les participants-tes. Les échanges sont divisées selon trois thèmes:

- la planification socio-sanitaire
- la concertation avec les partenaires
- le rattachement institutionnel

/JMCN

84-02-09

## LA PLÉNIÈRE DES CONFÉRENCES-CARROUSEL:

### La planification socio-sanitaire:

Q-1 Selon vous, si le ministère des Affaires sociales développe une politique de santé, sera-t-elle orientée, encore une fois, uniquement vers des objectifs de services ou impliquera-t-elle aussi des objectifs de santé?

R-1 Je pense qu'elle devrait venir du M.A.S., mais on devrait être étroitement associé et d'une façon sine qua non, c'est ce que j'appelle la négociation permanente. Le Ministère devrait négocier d'une façon permanente avec ses experts de santé publique qui sont les D.S.C. et on devrait être intransigeant là-dessus. Par contre, la politique devra émaner du Ministère, avec des objectifs de santé assortis d'objectifs de service. Je pense que c'est ça une politique, en déterminant le rôle précis de ce que chacun devrait faire dans la réalisation des objectifs.

R-2 Si on pense à politique de santé, il est évident qu'il faudrait que la politique tienne compte des problématiques qu'on veut viser à améliorer. Je vais me servir de la santé dentaire pour parler et pour nuancer ma position et peut-être continuer dans la même vague que l'interlocuteur qui m'a précédé. Si je pense à une politique en santé dentaire, je pense à la fluoruration des eaux. Il est évident qu'une politique de santé devrait comprendre ce genre d'éléments tels qu'on les connaît, reconnus pour être efficaces. Actuellement, on a une loi sur la fluoruration des eaux. Si on pense à une politique qui aurait, un certain effort coercitif, il faudrait peut-être avoir des lois plus rigides. Il y a une loi dans le moment mais cette loi, pour des raisons politiques, n'est pas appliquée. Il y a un décalage entre l'application de la loi par les municipalités, puis la loi elle-même. A ce niveau-là, je me demande quelles sont les alternatives qu'on a? Poussez sur le Ministère pour qu'il rende la loi efficace? Mais c'est qu'il n'a pas rien que lui là-dedans. Je ne dis pas qu'il n'y a pas son rôle à jouer là-dedans, mais je dis qu'il faut en plus d'avoir quelque chose qui, selon les problématiques, pourrait être des éléments coercitifs à l'intérieur d'une politique, qui comprendrait aussi l'ensemble des éléments de la problématique, je pense qu'il faudrait autre chose. Je pense qu'il ne faut pas qu'on attende que le Ministère s'avance. Je pense qu'il ne faut pas que le Ministère attende que les D.S.C., tous seuls, s'avancent. Je pense qu'il s'agit, un moment donné, de voir où sont les éléments déterminants puis je vais reprendre exactement ce que monsieur Milton Terris disait hier

«trouver des petits objectifs puis s'enligner vers ça», puis ce n'est pas un ou l'autre mais il faudrait qu'on ait la force, ensemble, de se concerter pour ajouter non seulement potentiellement des éléments coercitifs en fonction des différentes problématiques mais aussi des éléments. Je pense, par exemple, au niveau du fluor et de la promotion de la santé. J'entends promotion un peu comme on l'a défini hier avec des éléments d'environnement, des éléments d'immobilisation de la population, des éléments de visibilité des gens du réseau, des éléments de visibilité des D.S.C. aussi. Je ne me pense pas comme un-e expert-e pour dire ça, c'est une opinion d'un-e professionnel-le de santé communautaire.

- Q-2 Dans une optique où le thème «santé» a des aspects scientifiques et des aspects politiques, comment les D.S.C. peuvent-ils penser attaquer des agents économiques? Des sous-questions qui vont dans le même ordre: Y a-t-il une réelle volonté politique? Comment les D.S.C. peuvent-ils alerter l'opinion publique? Et les D.S.C., sont-ils vraiment prêts à se mouiller?
- R-1 Concernant la volonté politique des D.S.C., surtout quand on parle de santé environnementale, je pense que l'on touche un secteur où, particulièrement, il y a des facteurs extrinsèques comme la production, l'économie, etc, qui jouent un rôle extrêmement important. Je pense effectivement que les D.S.C. peuvent avoir un rôle à jouer à ce niveau-là. Mettre sous le contrôle des D.S.C., toute la politique économique du Québec, je ne suis pas sûr que ce serait une bonne affaire mais je pense effectivement que les D.S.C. vont avoir un rôle à jouer là-dedans, comme ils en ont joué déjà précédemment. Il y a des D.S.C. qui sont impliqués dans des dossiers politiques, comme il y a des D.S.C. qui ont été sur la scène publique et sous le feu de la rampe devant les caméras. Je pense que ça fait partie des rôles, mais je pense que, si les D.S.C. doivent en tenir compte en terme de planification, ça doit être prévu parce que lorsqu'on fait un programme, entre autre, il y a toute la question des agents causals, tous les facteurs concourants dont on doit tenir compte pour solutionner le problème. Malheureusement, on n'a pas toujours le contrôle sur ces facteurs-là, et je pense que les D.S.C. vont être obligés d'en tenir compte, puis de faire des propositions par rapport à ça et s'il le faut, se mettre en blanc, aller devant les caméras pour pouvoir promouvoir la santé publique, s'il le faut, de cette façon-là. Je veux juste, par rapport à la santé environnementale, et à la fluoruration d'eau, je pense que les gens vont avoir un débat intéressant, parce que la question n'est pas réglée au niveau des environnementalistes: fluoruration des eaux, fluoruration des légumes, des voitures, de votre bain, de tout ça. Je pense que ça va peut-être provoquer une dynamique intéressante.

- Q-3 Dans une optique de recherche de nouveaux indicateurs de santé, plusieurs ateliers ont parlé, par exemple, d'intégrer des systèmes de gestion informatisés pour aller cueillir les données, pour rendre les données plus accessibles à l'ensemble du réseau. Où votre expérience se situe-t-elle actuellement dans ce domaine?
- R-1 Ce que j'essayais de démontrer, ce matin dans la présentation, c'est que le système d'informatique est un moyen qui permettait aux professionnels-elles, dans diverses disciplines, de circuler l'information, de la rendre disponible aux planificateurs, parce qu'on parlait de système d'information à des fins de planifications sociaux-sanitaires. On n'a pas, actuellement, une structure fonctionnelle de système d'information qui permet de recevoir les travaux des professionnels-elles et de les circuler entre nous et de les circuler au niveau décisionnel. Il y a des éléments à mettre en place pour se doter de structures de systèmes d'information, donc il y a une structure à mettre en place. Il y a une collaboration inter-D.S.C. à réaliser en terme de moyens. Pour ce faire, une fois qu'on se sera donné des moyens, une fois qu'on aura mis une infra-structure de systèmes d'information en place, il faudra l'alimenter. Il faudra l'alimenter d'abord avec les indicateurs traditionnels. Les données nous viendront des grands fichiers, et ils nous viendront d'utilisation des services mais on devra aller plus loin que ça. On devra - c'est pour ça que j'aurais aimé voir dans les autres comités, à quoi on pense quand on parlait de développement d'indicateurs - il faudra fournir une infra-structure de systèmes d'information, un matériel à acheminer parce qu'il faut bien comprendre que le système d'information reste un moyen et, si on n'y met pas des produits intéressants en matière d'information, ça va rester une opération assez stérile, donc je relance un peu la question aux membres des comités: est-ce que, dans chacune de vos disciplines, vous commencez à développer des indicateurs utilisables?
- R-2 Au niveau de la santé «mentale», il y a quelqu'un qui a dit, à un moment donné, que «tenter de cerner ou définir la santé mentale, c'était aussi difficile que d'attraper un nuage avec un lasso»! C'est souvent très vrai. Ce que je veux dire, c'est qu'au niveau des indicateurs de santé mentale, on en est encore à des balbutiements, vous savez sans doute qu'il y a une étude en cours à travers l'enquête «Santé Québec» où on cherche à identifier des indicateurs de santé mentale. L'instrument a été validé dans les D.S.C. de Rimouski et Verdun. Les outils, de prime abord, semblent intéressants. Une démarche analogue se fait pour valider des indicateurs de santé mentale chez les enfants. Il reste que ces études-là s'avèrent extrêmement coûteuses,

en terme de coût sur le terrain, et je pense qu'il va falloir très sérieusement, comme assemblée, comme groupe de D.S.C., s'interroger sur l'opportunité - cette question a été soulevée hier aussi - d'avoir des mécanismes qui vont nous permettre de ramasser, sur une base continue et constante, des données de santé qui vont être utilisables. Ce qui reste à déterminer, c'est les coûts de cette opération-là.

- R-3 S'il y a un domaine où on devrait avoir toute l'information, c'est dans le domaine des maladies infectieuses, parce que c'est quantifiable, contrairement à la santé mentale. On ne peut pas vraiment parler d'indicateur de santé mais il y a des informations qu'on devrait retirer, comme par exemple, les taux d'immunisation, etc. et le nombre de maladies à déclaration obligatoire. On s'aperçoit, actuellement, que ces données ne sont pas collectées d'une façon informatisée et qu'elles ne sont pas acheminées d'une façon régulière vers les D.S.C., de telle sorte qu'on est devant une non information et cette non information-là devrait être corrigée d'une façon très rapide et soutenue, par après, par un système adéquat.
- R-4 En matière de santé environnementale, des indicateurs de mortalité, ça peut toujours être utile, ou des diminutions de temps de vie, sauf qu'au niveau de la morbidité, on a de petits problèmes et la problématique en santé environnementale, est, entre autre, de pouvoir relier des facteurs, des données qui viennent du milieu d'environnement avec des données au niveau de la santé. On assistera à une interaction entre ces deux champs-là et je pense qu'on n'a pas le choix. Il va falloir informatiser les données, sauf que je ne suis pas sûr, actuellement, qu'on ait tous les indicateurs de morbidité nécessaires pour faire ça. Je ne suis pas sûr non plus qu'on ait toutes les données au niveau de l'environnement pour le faire. Mais je pense qu'il va falloir, entre autre, que les D.S.C. se penchent sur une nouvelle méthode d'évaluation des besoins avec des indicateurs appropriés et que ce soit quelque chose de relativement bien structuré pour répondre à une analyse d'ensemble des besoins de la population. Evidemment, avec le volume que ça va nécessiter, on n'a pas le choix. Il va falloir le traiter de façon adéquate et puis il va falloir le traiter de façon informatisée.
- R-5 J'ai un peu une crainte, quand les gens se mettent à parler de systèmes d'information et de systèmes de données. D'ailleurs, il ne faudrait pas, au cours des deux prochaines années, partir sur le nouveau «trip» des données. Je pense que déjà, on en a assez. Il y a quelque temps - ça fait quatre ans - je suis allé suivre un cours de santé industrielle et la première chose que les gens nous avaient dit,

c'est «utilise ton nez, tes oreilles, tes yeux et regarde ce qui se passe». Je pense que les données actuellement il y en a tout de même pas mal. Quand on regarde les données d'aide sociale, de chômage, d'éducation, de pauvreté, il y a déjà beaucoup de données qui pourraient nous permettre, malgré tout ça, d'entreprendre des interventions beaucoup plus efficaces. La mise en garde que je voudrais faire est la suivante: c'est important des données mais on en retrouve suffisamment au niveau des départements de santé communautaire. Pendant longtemps, on fouille les données, etc... Il m'apparaît, tout de même, que la majorité des programmes avec lesquels on doit travailler actuellement, possèdent des données qui sont importantes, qui sont, comme je le disais tout à l'heure, la pauvreté, le chômage. Avec ces données-là, on pourrait entreprendre des revirements majeurs au niveau de la majorité des programmes et je pense que là-dessus on ne devrait pas négliger ces données qui sont déjà là et qui sont flagrantes. Aussi on a juste à se les véhiculer sur un territoire de département de santé communautaire. On n'a pas besoin d'aller fouiller dans les grands fichiers bien longtemps pour voir. On a juste à se promener, à pied ou en automobile, pour voir qu'il y a des problèmes et qu'il y a des problèmes importants et qu'on devrait commencer à intervenir rapidement sur ces problèmes-là.

R-6 Il y en a beaucoup qui le savent mais, en matière d'immunisation, on a déjà un système qui est en marche, c'est le caucus des C.L.S.C. Cela nous donnera apparemment, d'après les données qu'on vient de recevoir, satisfaction. Alors peut-être au lieu de réinventer un système pour les immunisations, il serait peut-être bon de s'enligner sur ce système-là actuellement. Deuxième intervention qui est déjà partie et qui fonctionne: la recherche des indicateurs. C'est important, mais je pense que c'est un domaine qui devrait être réservé, majoritairement en tout cas, à l'université sans qu'on y soit exclu, évidemment, comme terrain de recherche, etc...

Q-4 Comment expliquer, qu'après dix ans d'existence, de demandes répétées et de concertations régionales, que les D.S.C. n'aient pas accès, de façon statutaire, aux données nécessaires à la réalisation de leur mission? N'est-il pas temps de faire des pressions concertées, par exemple, refuser de fournir des informations au M.A.S. pour que les ressources nécessaires soient consenties aux D.S.C. et permettre la plus grande visibilité possible dans le réseau?

R-1 Je pense que la présentation qu'on essaie de faire au niveau des systèmes d'information, ce n'est pas de dire qu'il fallait générer encore plus de données parce que celles qu'on

avait n'étaient pas suffisantes, c'était de dire essentiellement que des données on en a beaucoup et on en a probablement plus que nécessaire. Il faut les organiser pour que ça soit plus que des données, que ça soit de l'information et qu'on soit capable de faire des «couplages» entre des besoins de santé, entre l'efficacité des programmes, entre ce qui se passe au niveau de l'environnement, ce qu'on constate sur l'état de santé de la population. Donc le système d'information ce n'est pas l'idée de produire davantage de données, c'est l'idée d'organiser mieux ces données-là, c'est d'organiser les données en matière d'identification de problèmes de santé, mais c'est aussi organiser l'information sur nos travaux. C'est un autre volet important de trouver le moyen de circuler entre nous, nos travaux, ça fait partie des systèmes d'information. Maintenant qu'est-ce qui fait qu'on a encore des difficultés à obtenir des données? C'est justement parce qu'on va chercher des quantités impressionnantes de données et on n'arrive pas à les rendre digestibles, tant par la population, que par les planificateurs, que par les décideurs. Moi je pense qu'il est essentiellement là le problème. On a fait sortir des extraits de différents fichiers, on a constitué des caisses de sorties informatiques qui sont difficiles à consulter, qui sentent la poussière et il faut trouver un moyen de mettre ensemble les analyses de besoins de populations et des recherches qu'on fait sur l'efficacité des programmes. Je pense qu'une fois que l'on sera en mesure de produire une information un peu plus intelligible sur ce qu'il y a à faire, ça deviendra plus facile, pour les D.S.C., de convaincre les gens, qui sont gestionnaires des banques de données, de fournir de l'information. Ça deviendra aussi plus facile de convaincre les utilisateurs de données, les utilisateurs de l'information, d'utiliser les travaux des D.S.C., ils seront un peu plus intelligibles qu'ils le sont actuellement.

- R-2 L'intervention que j'ai à faire dans ce sens-là est relativement simple. Le problème ce n'est pas qu'il n'y a pas d'information, c'est qu'on ne sait pas laquelle on veut. On n'a pas défini ce dont nous avons besoin pour faire une job, même si cela est relié à la définition des objectifs dont on parlait hier. Une fois qu'on a des objectifs clairs par rapport à ce qu'on veut atteindre, ça vient de définir ce qu'on veut ramasser comme information, ça vient de définir ce qu'on va faire avec. L'information, il y en a, il y a des bandes magnétiques et des ordinateurs un peu partout, ce n'est pas un problème, sauf quand on regarde l'ensemble des données qui sont là, on se demande ce qu'on prendrait bien là-dedans, les bonnes questions n'ont pas été posées. La bonne question c'est: «quel est l'objectif qui est visé dans ce problème-là». On ne «monitairera» (monitoring) pas l'environnement et la santé, on ne «monitairera» pas la qualité de l'environnement par rapport à la santé, on va

«monitairer» la présence dans l'environnement de tel problème particulier ou de deux ou trois problèmes et, par rapport à ces problèmes-là, on va vouloir faire quelque chose. On va d'abord se déterminer des objectifs. Ensuite on déterminera l'information qui va nous être nécessaire pour «monitairer» notre action par rapport à ces problèmes-là. Le problème d'information générale c'est un mauvais problème, ce qu'il faut déterminer clairement, c'est ce qu'on veut atteindre. Puis l'information va nous servir jusqu'à quel point on atteint nos objectifs ou pas. Mais temps qu'on n'a pas d'objectifs, on va continuer à parler d'information en général et on ramassera des affaires qu'on ne saura pas à quoi les utiliser.

La concertation avec les partenaires:

Q-1 Comment penser se concerter avec les autres organismes alors que nous le sommes même pas entre nous au plan provincial?

ou Comment appuyer le réseau naturel ou les organismes, si les D.S.C. n'ont plus d'effectifs et si se n'est pas leur priorité? Avez-vous vécu une expérience de concertation à titre de rôle politique?

R-1 Je pense que vous êtes au courant qu'il y a actuellement une commission parlementaire sur la Commission de santé et sécurité au travail. Nous croyons que cette commission va essayer de se justifier - peut-être son inefficacité - dans l'élaboration des programmes de prévention au sein des établissements en incluant les programmes de santé. A cet effet, on a développé un mémoire qui tente d'expliquer au pouvoir politique les raisons pour lesquelles le réseau n'a pas pu générer les douze milles programmes de santé prévus dans les douze milles établissements du groupe 1 et ce pour plusieurs raisons, comme la question de la formation des ressources d'intervention au niveau des points de service ou des C.L.S.C. et la planification des interventions pour ces intervenants-là. Devons-nous faire mea-culpa, alors qu'on attendait les fameux programmes-cadres de santé de la commission qui ne sont jamais venus? Donc, ce mémoire essaie de répondre, d'une façon concrète, aux réalités qu'on vit au niveau des D.S.C. C'est notre première expérience et le principal point qu'on rencontre, c'est que le comité provincial en santé au travail a dû se pencher, d'une façon urgente, vis-à-vis ce dossier-là. Peut-être si au niveau du comité on avait eu une structure plutôt permanente où on aurait pu réagir dès l'annonce de cette commission parlementaire il y a un mois, on aurait pu, probablement, mieux organiser une certaine réaction vis-à-vis ce qu'on attend de la commission.

R-2 Je pense que la concertation ne doit pas être un objectif en soi, je veux dire qu'on aurait dû se concerter sur certains points. Evidemment, on essaie toujours de discuter la concertation de façon théorique et lorsqu'il arrive quelque chose et que ça presse, on a beaucoup de difficultés à se concerter. On n'a pas le temps et on est pris avec une foule d'obligations. Dans ce sens-là, je me dis que la concertation, dans les grosses organisations, en tout cas à mon point de vue, arrive juste quand les gens se sentent assez mal pris et qu'ils doivent réagir. Peut-être vivrons-nous, au cours des prochaines années, un processus de concertation intéressant au niveau des D.S.C., parce qu'on se sent un peu menacé. Pour en revenir à l'implication politique ou l'implication publique-politique, par rapport aux

différents problèmes, je pense qu'il faut se mettre dans la tête que ce n'est pas nécessairement facile de se pointer. Pour moi, venir ici au micro, la première fois ce n'est pas facile. La deuxième fois, c'est déjà mieux et la cinquième fois, vous allez être obligé de me demander de retourner à ma place. On prend l'habitude de travailler avec les médias, et dans ce sens-là, pour avoir été un des départements qui s'est impliqué avec différents groupes politiques, je pense que c'est quelque chose qu'on apprend à faire et ce n'est pas nécessairement facile. C'est plus facile de rester en arrière, de faire un bon rapport d'expert, de le mettre sur la tablette et dire «moi j'ai fait ma job, ma job c'était un expert». A partir d'aujourd'hui, apprendre la santé publique ce n'est pas pour être dans un bureau d'hôpital, ce n'est pas pour être en vase clos. Il faut développer des mécanismes, des outils pour sortir, et tout à l'heure quelqu'un parlait de politiques au niveau du ministère des Affaires sociales, bon je pense qu'il n'y a pas de gens du Ministère ici, en tout cas ils ne se sont pas levés tout à l'heure. Donc, il va falloir développer ces mécanismes, ne pas attendre que les gens réagissent. Pour avoir vécu quelques autres expériences, le Ministère en général ne nous définit pas grand choses. Il réagit à ce que l'on peut lui proposer et c'est dans ce sens-là qu'habituellement il réagit au téléjournal ou bien au point. Il va falloir développer beaucoup plus ces façons de fonctionner, parce que c'est un peu notre façon de travailler ici au Québec. Le ministre et le Ministère vont commencer à réagir quand il s'agit d'une grosse crise nationale et qu'ils doivent intervenir et, dans ce sens-là, si on est capable de se concerter, on va les faire bouger.

- R-3 Je pense qu'un des dossiers qui a été le plus politisé, c'est celui de la santé au travail avec cette première commission parlementaire sur la loi, dont on parlait tout à l'heure. Je pense qu'en réalité, en tout cas à ma connaissance, il n'y a pas un seul D.S.C. qui ait été pogné, justement pour aller sur la sellette et être obligé de s'impliquer. Il y a plusieurs exemples, entre autre la santé environnementale, car c'est peut-être pour celui-là où je suis le plus au courant: il y a eu l'étude de Rouyn-Noranda, l'étude sur la rivière York, qui se fait au D.S.C. de Gaspé, entre autre, avec les problèmes de crabes. Je pense également au D.S.C. Maisonneuve-Rosemont qui avait quelque chose sur le plomb, à propos d'une industrie et de la population environnante. Il y a des dossiers qui ont déjà obligé des D.S.C. à aller sur la sellette. Malheureusement pas toujours avec tous les outils et les instruments nécessaires. Il va falloir qu'ils aillent sur la sellette mais qu'ils y aillent bien préparés. Comme quelqu'un l'a soulevé, le fameux mémoire sur la C.S.S.T. a été pondu à toute vapeur cette semaine, les dernières lignes

hier au soir. Il aurait été préférable de se préparer, d'avoir en place des mécanismes pour pouvoir réagir plus rapidement, pour avoir une bonne présentation. Ce n'est pas tout d'aller sur la place publique, encore faut-il bien paraître et ça, c'est extrêmement important.

- R-4 En terme d'exemple, chez nous dans notre D.S.C. de Maisonneuve-Rosemont, il y a quelque chose qui est peut-être moins important ou qui a moins de médiances qu'en santé au travail, mais depuis quelques années, nous avons développé de façon assez efficace l'utilisation des médias et en quelque sorte une espèce de rôle de «chien de garde» de santé publique à l'égard de la population de notre territoire. L'exemple qui me vient à la mémoire est peut-être celui qui a été le plus efficace, c'est-à-dire, une campagne qu'on a fait à l'été '81 sur l'aspect sécurité dans les parcs et terrains de jeux de notre territoire». Ils sont nombreux, puisque cela concerne tout l'est de la ville de Montréal. Hors, suite à une recherche préliminaire, je dis bien préliminaire, qui n'avait pas toutes les garanties scientifiques, on a sorti un certain nombre d'informations, qui étaient pour le moins alertantes, à l'égard des parents des enfants de 0-14 ans qui fréquentent les terrains de jeux, le délabrement, l'environnement, soit toutes les choses qui ont une incidence sur la santé et la sécurité des enfants qui les fréquentent. Suite au compte-rendu de ce rapport, il y a d'abord eu la publication de rapports à l'interne. Deux voies s'offraient à nous évidemment une voie low profil et une autre plus dénonciatrice. L'optique que l'on a pris, ça été de dire qu'il y avait suffisamment de données là-dessus, même si ce n'est pas tout à fait inattaquable sur le plan scientifique. Il y a quand même suffisamment de données qui nous permet de prendre des risques et de diffuser plus largement et à l'égard des corps constitués, des autorités municipales en place dans le territoire et également à l'égard des médias qui pourraient reproduire et diffuser plus largement les données pour prévenir la population, que les gens, les individus fassent des pressions sur les corps municipaux etc... c'est ce qu'on a privilégié comme approche et on a été dans les médias autant sur le plan local que montréalais et on a eu énormément d'impact dans la mesure où ces résultats-là, couverts pas les médias, ont amené une réaction d'à peu près toutes les villes de notre territoire, dans certain cas une réaction très rébarbative. Dans d'autres cas, une réaction très positive dans le sens suivant: «oui on reconnaît certaines faiblesses, certaines carences dans la sécurité dans nos parcs». On voit dans d'autres cas, qu'il y a eu des réactions plus directes en disant qu'on conteste certaines données. Ça on était d'accord, on était conscient que le rapport n'était pas inattaquable. Mais l'effet à long terme de cette prise de position de notre part on en a eu l'écho récemment.

C'est qu'en plus d'avoir une réaction de la part des autorités politiques au niveau local et régional, il y a quelques mois, à l'automne, est sorti, dans un de nos territoires, un problème de trop grande teneur de plomb dans une peinture qui avait été appliquée sur des équipements de terrains de jeux. Alors la première réaction à l'époque vint d'un des journaux qui avait donné de médisance à notre couverture. Une des premières réactions, ça été de voir venir une personne des médias pour contacter la Direction du D.S.C., chez nous, pour dire «qu'est-ce que vous en pensez de ça?» Donc il y a eu une réaction de cause à effet à long terme où, tout de suite, le D.S.C. a été conscrit comme peut être le niveau ou le palier où on pourrait avoir une réponse ou engager une certaine pression sur le milieu et les corps politiques en place et c'est ce qui s'est produit effectivement. Très rapidement, il y a eu un changement sur le plan administratif, au niveau interne de la municipalité en question et on a enlevé toute la peinture pour mettre une peinture qui correspondait au norme. Il y avait 10 fois plus de plomb que la norme permise et ça été préparé assez rapidement. Voilà un exemple pour montrer comment ce type d'action peut amener de l'eau au moulin et contribuer à établir une espèce de crédibilité de l'organisme. Je n'oublie pas également l'aspect concertation dans le sens où cette action-là s'était faite à l'époque en mettant au parfum à peu près tout le monde, au niveau de nos C.L.S.C. qui interviennent au niveau des terrains de jeux de chacun de leur territoire, comme les autorités municipales en place et à qui nous avons fait parvenir une copie de notre rapport avant même d'avoir fait le mouvement au niveau des médias.

R-5 Une intervention importante dans ce domaine-là, concernait les maladies infectieuses. Si je me rappelle bien la dernière épidémie de rougeole en '79-'80, les D.S.C. ont été complètement silencieux sur cette épidémie-là et ce sont les pédiatres de Ste-Justine et du Children qui ont informé la population. Je pense que la population s'attend à un leadership, à une information privilégiée de la part des D.S.C. et je pense que c'est à nous de prendre les mesures, maintenant, pour la donner cette information.

Q-2 Les besoins en information sont-ils vraiment ressentis par les professionnels-elles des D.S.C.? Si oui, pourquoi la situation n'a-t-elle pas évolué plus rapidement?

Selon vous, quelle est la position de l'Association des chefs de D.S.C. face à la création de comités provinciaux (permanents)?

- R-1 Il faudrait quand même dire que l'Association des chefs de D.S.C. a poussé beaucoup la formation de comités provinciaux pour favoriser, à la fois la concertation avec le Ministère et avec l'ensemble des autres organismes du réseau. Nous recherchons le mécanisme qui pourrait impliquer le plus de monde et respecter, à la fois, les dynamiques régionales et sous-régionales qu'on voudrait vraiment voir s'établir. Je pense qu'on ne peut pas essayer de stimuler l'organisation de certains comités, on n'est pas assez masochiste pour essayer de développer les choses qu'on voudrait dans un deuxième temps détruire.
- R-2 Il y a trois volets là-dedans. Le premier est celui de la permanence d'un comité. Ça me fait toujours peur, moi, un comité qui veut être permanent. Je pense qu'il faut peut-être plus de groupes de travail orientés avec des mandats très précis. Le deuxième, c'est la multidisciplinarité des comités. Je pense que l'Association a été très réceptive à ça, la preuve, et là je parle à ceux qui ne le savent pas, mais le comité de santé mentale, dont j'ai eu l'honneur et le privilège de présider depuis deux ans, est un exemple assez typique de ce que les D.S.C. peuvent produire quand ils s'y mettent, c'est un comité qui est essentiellement multi-disciplinaire. Il n'y avait pas juste des docteurs ou des chefs de D.S.C. mais des travailleurs-euses sociaux-aux, des infirmiers-ères, des médecins ordinaires, des conseillers-ères en recherche, des sociologues. De plus, il y avait aussi une représentativité des différentes régions du Québec et ça, c'est un autre élément qui me paraît important. Le troisième - qui est peut-être la clef du succès d'un groupe de travail - c'est d'être capable de dégager du monde pour assurer une permanence suffisante ou une somme de travail suffisante pour assurer le suivi de l'opération et alimenter aussi la réflexion qui se fait par un groupe plus large. En tout cas, pour moi ça apparaît des points-clef et je pense que la véritable concertation, à l'échelle des D.S.C. de la province, se fera via des mécanismes ou des groupes de travail de ce type-là.
- Q-3 Où et quelle est la place de la population dans ce projet politique de santé? Y aurait-il lieu de penser à avoir un-e ou des représentants-tes des communautés dans de tels groupes de travail?
- R-1 Je n'essaierai pas de répondre à toutes les questions, je vais simplement donner un exemple: au D.S.C. où je travaille, il y a un groupe qui s'est formé pour la santé des femmes, un groupe né de l'initiative, à la fois du D.S.C., mais aussi des groupes du territoire qui voulaient avoir plus d'information, et si possible, d'interventions pour les femmes au prise avec les problèmes psycho-sociaux qui entourent la ménopause. On a formé un groupe de travail

pour, à la fois ramasser de l'information et pouvoir diffuser, aux groupes intéressés, des éléments qui pourraient les aider à approcher les femmes en question. Il y avait, dans ce groupe de travail, des représentants-tes d'un cégep et des gens de la population, des citoyens ordinaires, des groupes populaires en même temps que des représentants-tes des C.L.S.C. ou du D.S.C. Je dois dire que ça fonctionne assez bien et ça été facile, parce que l'initiative est venue du territoire du milieu lui-même.

- R-2 Peut-être le dossier de la santé au travail est-il très approprié pour la participation. Vous avez le cadre légal qui nous définit que les services de santé inter-agissent continuellement avec les comités de santé-sécurité qui sont vraiment les gens concernés par les problèmes qu'ils vivent dans leur établissement, donc déjà une implication à ce niveau-là. Par ailleurs, on pourrait prévoir, à court terme, une implication des représentants-tes, soit des équipes de base ou du réseau au niveau des associations sectorielles paritaires. On a des demandes qui débutent via les Affaires sociales, entre autre pour commencer à développer des dossiers communs qui visent la prévention au niveau des problèmes de santé vécus dans ces secteurs. Je pense qu'il faut faire la différence entre élaborer une politique de santé et les groupes de travail ou une intervention spécifique. La santé communautaire le dit: communauté, communautaire. Ainsi, les D.S.C. ont avantage à travailler avec les communautés. De toute façon, c'est un processus normal. En tout cas, l'analyse de besoins, telle que je l'ai appris en administration de la santé, se fait de deux façons pour déterminer des besoins des professionnels-elles plus que ceux de la population - l'autre c'est de demander à la population. Je pense qu'on n'a pas le choix, il faut travailler avec la communauté, la population; ça c'est au niveau de l'analyse de besoins. Au niveau du traitement des informations, pour élaborer une politique de santé, là je n'ai pas la réponse. Si tu n'as pas de structure qui existe au niveau de la représentativité de la population, est-ce que la population peut jouer un rôle au niveau de l'élaboration de la politique? Je me le demande. Tout projet de politique est retourné, de toute façon, devant l'Assemblée nationale ou devant des représentants-tes élus-es du peuple. On peut même se demander encore si ces gens, qui sont supposés représenter la population, ne sont pas un peu comme les professionnels-elles qui s'occupent de la population, c'est-à-dire: «On veut votre bien, on va l'avoir»! Je me demande s'il y a place pour la participation de la population dans l'élaboration d'une politique puis comment elle pourrait se faire. Je n'ai pas la réponse, c'est une question que je pose.

- R-3 J'aurais voulu réagir à la question précédente. La question était: «Est-ce que les chefs des D.S.C. pensent favoriser la

participation par des comités? Ma réflexion est la suivante, «Est-ce que les chefs des D.S.C. ne pourraient pas aussi penser à utiliser, toujours dans un aspect ou dans une perspective de concertation, les regroupements qui existent déjà?» Je parle pour ma paroisse. Je suis diététiste-nutritionniste. On a actuellement un regroupement qui fonctionne au moins dans l'Est du Québec - et j'ai l'occasion d'aller dans ces réunions. Malheureusement je vois, de plus en plus, que les autres diététistes ont de la difficulté à participer. Il ne faudrait pas penser que c'est un regroupement professionnel. C'est un endroit où l'on discute de nos programmes, nos échanges que l'on a fait, nos difficultés. Ce sont des lieux, pour des secteurs bien précis, comme «mieux vivre» que vous connaissez peut-être. C'est une co-production qu'on a déposée au ministère des Affaires sociales. Donc, pour moi, les comités sont des lieux de concertation pour les professionnels-elles qui ne devraient pas être négligés.

Q-4 «Si on rationalise les équipes de base quelles expertises devraient être partagées au niveau régional à court, moyen ou à long terme?»

R-1 C'est une question de 50 millions. Compte tenu des mandats qu'on a à faire actuellement en santé au travail, que ce soit des mandats de support d'intervention au niveau des milieux de travail, de recherche, d'enseignement et de planification d'outils d'intervention, on regarde un peu autour du réseau et dans le réseau. L'équipe de base est formée de quatre ou cinq personnes. Les C.L.S.C. nous demandent support en programmation, support en toxicologie, ergonomie, stratégie de modification de comportements, éducation sanitaire, information, support dans le développement de guides, de surveillance multi-environnementale pour les différents contaminants, qui n'existent pas encore et qui s'en viennent pour janvier '84. Et par rapport, je parle du support à la recherche, une recherche épidémiologique, épidémiologie occupationnelle, recherche évaluative. Donc, une foule de mandats pour de petites équipes qui sont souvent peu formées ou qui sont en formation actuellement. Nous, on est poussé par une structure qui s'appelle la C.S.S.T. pour produire le plus rapidement possible. Compte tenu de nos ressources et de la question, voici ce que je vais proposer comme scénario: rationaliser les équipes de base, partager ces équipes là éventuellement. Ce scénario pourrait s'envisager, non pas en trente-deux D.S.C., mais en dix ou quinze groupes, tout dépendant comment on s'organise pour pouvoir concentrer le peu d'expertise, pour une population des territoires plus élargis. Donc, pour répondre à la question, ça pourrait être par une structure régionale ou par une diminution du nombre d'équipes de base. On sait qu'il y a un manque d'expertise en médecine du travail et tous les D.S.C. se

cherchent des médecins du travail pour pouvoir appliquer des programmes de santé. On commence à avoir des problèmes au niveau de l'hygiène industrielle. Il y a certains D.S.C. qui pourraient se partager des techniciens en hygiène et des compétences en hygiène industrielle., même entre plusieurs régions. Une autre expertise de plus en plus importante, c'est l'ergonomie. Toute la question est reliée aux facteurs de risque ergonomique, dans les milieux de travail. Cela pourrait être une expertise partagée régionalement, à moyen terme. Toute la question de l'information et stratégies d'information des travailleurs, l'éducation sanitaire sont d'autres types d'expertises qu'on n'a pas encore dans les équipes de base et qui devraient être partagés. Donc, il y a deux scénarios, soit le partage au niveau des régions, soit la rationalisation des équipes de base. Ce que j'apporte, c'est un peu la façon dont les Suédois sont organisés. Ils ont des équipes de base en santé au travail qui ont à peu près les mêmes fonctions que les D.S.C. (santé au travail). Mais la décision, en Suède, ça été de répertorier ces équipes, de quinze à vingt ressources, à travers dix régions. Donc, on a divisé le pays en dix régions et on a ces équipes de support, de recherche pour l'ensemble des établissements au niveau des dix régions en Suède.

- R-2 Concernant la rationalisation, je pense à un projet au niveau de la rive sud de Montréal en santé environnementale sur l'évaluation de la qualité des eaux potables soit l'impact de la qualité des eaux potables sur la santé publique. On a été obligé de mettre en commun des ressources. Par exemple, il y a des gens qui sont un peu plus spécialisés dans l'eau, d'autres en biologie, d'autres en toxicologie et en médecine. Je pense que c'est effectivement une excellente approche pour des mandats régionaux ou sur des comités ad hoc, ou même en terme de fonctionnement courant. Je pense que c'est évidemment plus avantageux de développer certaines expertises à un niveau régional, qu'au niveau sous-régional, car l'utilisation du temps de ces expertises ne vient peut-être pas justifier d'avoir une ressource par D.S.C.; on est peut-être mieux d'en avoir beaucoup plus au niveau régional.

### Le rattachement institutionnel:

Q-1 «Dans l'optique d'explorer de nouvelles modalités de concertation avec les C.R.S.S.S. ou C.L.S.C., comment peut-on sauvegarder et assurer la mission première du D.S.C.?»

R-1 Essentiellement, ce que j'ai pu présenter à un certain nombre d'entre vous ce matin, c'est l'expérience d'une collaboration intense et très poussée entre le D.S.C. et le C.R.S.S.S., ce qu'on a appelé, chez nous, le regroupement «intégration du D.S.C. au C.R.S.S.S.» La question n'est pas: «comment protéger le département de santé communautaire» mais évidemment, de façon plus spécifique, «comment protéger la fonction du département de la santé communautaire à l'égard de la santé communautaire dans une concertation plus ou moins étroite avec les C.R.S.S.S.»? Chez nous la façon dont on a décidé de le faire c'est par l'introduction d'un grand nombre de professionnels-elles de contenu, soit une quinzaine de professionnels-elles de contenu dans une organisation C.R.S.S.S. qui n'est pas très grosse déjà. Cette introduction, du moins sur le plan technique, est susceptible d'assurer une certaine protection de la mission de la santé communautaire. De plus, on a prévu conserver un département clinique de santé communautaire dans le centre hospitalier qui va permettre, là aussi, d'assurer la protection de certains aspects de la santé communautaire, entre autres, des aspects qui sont reliés à la protection de la santé publique. On s'est donné une autre mécanique: un comité qu'on a appelé le comité de surveillance de la santé communautaire et auquel les deux organisations, le C.R.S.S.S. et le centre hospitalier, ont accepté de confier un pouvoir important dans toutes les décisions que le C.R.S.S.S. allait prendre regardant la santé. C'est-à-dire, les fonctions du département de santé communautaire de la façon dont il a à les assumer. Ces deux organisations ont accepté de lier les orientations touchant la santé communautaire aux recommandations du comité. Finalement, je pense que la meilleure mécanique de protection de la santé communautaire concerne ces relations. Elles ne peuvent pas être écrites nulle part, ni dans les règlements, ni dans les directives, ni dans les contrats. Elles peuvent être assurées uniquement par la volonté des gens qui oeuvrent en santé communautaire, par une réceptivité des gens oeuvrant au C.R.S.S.S., d'étendre ou d'élargir toute la protection ou tout le processus de la protection de la santé communautaire à l'ensemble du réseau ou de la région. D'abord, au réseau des établissements de la région, et d'autre part, à l'ensemble de la population, en calquant les modalités de fonctionnement de cette collaboration-là ou des organismes qui peuvent en résulter sur les réalités d'une région. C'est ce qu'on a choisi de faire chez nous en intégrant cette stratégie. Ce nouvel outil qu'on s'est

donné, en l'intégrant dans une série d'autres outils qui eux répondent à des objectifs fondamentaux, de développer, dans une région, une population et une préoccupation en fonction des besoins de la population. Chez nous l'intégration du D.S.C. au C.R.S.S.S., ce n'est pas qu'une chose d'isoler; ça fait partie d'une stratégie de réorientation du département de santé communautaire vers ses responsabilités premières, ses responsabilités de fond; ça fait partie d'une réorganisation et d'une réorientation du C.R.S.S.S. de tourner beaucoup plus vers les besoins de la population et des communautés qui la composent. Tout cela fait partie d'une stratégie de réorganisation de l'ensemble de la relation des organismes régionaux avec les établissements, locaux et avec les populations locales. Une stratégie qui est basée essentiellement sur une certaine décentralisation du processus de réflexion et de décision régional à un niveau local. Ça fait partie de tout ça et c'est la compétence des gens, la façon dont ils vont fonctionner, la sensibilité qu'ils auront aux besoins de la population et aux besoins du réseau, qui est en mesure, plus facilement, d'assurer la protection de la mission de la santé communautaire.

## 6.2 LA PLÉNIÈRE DES ATELIERS DE TRAVAIL

### 6.2.1 LA SYNTHÈSE DES ATELIERS DE TRAVAIL

### 6.2.2 LES RECOMMANDATIONS

POUR UNE MISSION EN SANTÉ

RAPPORT SYNTHÈSE  
DES ATELIERS DE TRAVAIL  
«VERS UNE STRATÉGIE COMMUNE»

MARDI, LE 13 DÉCEMBRE 1983 P.M., LAVAL

NOTES LIMINAIRES:

Le document qui suit, constitue la synthèse des ateliers de travail qui se sont déroulés le mardi 13 décembre, en après-midi. Nous tenons à aviser le lecteur que la formulation, phraséologie et construction de phrase, est parfois très synthétique rendant la compréhension du texte difficile.

Dans l'esprit de respecter les notes transmises par les animateurs-trices, nous avons choisi de ne pas modifier le texte original de la synthèse tel qu'il fut remis aux participants-tes sur place le mercredi matin 14 décembre.

Nous nous en sommes tenus à des corrections de disposition des textes, d'orthographe, de fautes de frappe et de ponctuation.

Egalement nous joignons les objectifs de ces ateliers de travail à partir desquels les animateurs-trices ont travaillé avec les groupes.

## LES OBJECTIFS

A cette étape, les participants approfondirons en petits groupes et individuellement, les enjeux du colloque soient ceux relatifs au troisième objectif du colloque - voir feuille "les objectifs du colloque".

### Premier objectif de l'atelier

Recueillir les commentaires et les besoins des participants à partir de leur vécu dans leur D.S.C. sur les thèmes suivants: la planification socio-sanitaire, la concertation avec nos partenaires, le rattachement institutionnel.

Identifier pour chacun de ces thèmes la synthèse des discussions et dégager, s'il y a lieu, une ou des recommandations.

### Deuxième objectif de l'atelier

Recueillir les commentaires des participants sur les enjeux du colloque, soit le principe des politiques de santé et des programmes provinciaux, la priorisation des besoins de santé et la mise en commun des ressources, l'échéancier proposé en 1984.

Dégager, s'il y a lieu, une ou des recommandations.

### Troisième objectif de l'atelier

Recueillir les commentaires des participants sur la coordination inter-D.S.C. de façon générale et dégager, s'il y a lieu, une ou des recommandations.

## ATELIER NO 1

Animateur: Jean Beaudoin  
Secrétaire: Michel Duval

### Rapport synthèse:

#### 1. Période d'approvisionnement et de «confrontation».

Thème: .approche-planification traditionnelle /vs/ approche communautaire;  
      .notion de santé par rapport à la «normalité»;  
      .pour certains besoins de rentabilité;  
      .qu'est-ce qu'une priorité - notion sous-régionale, régionale et provinciale.

#### 2. On se reconnaît.

Thème: .on ne peut prêcher contre la vertu. D'accord avec le principe de pouvoir dégager des priorités communes; des réticences sur la façon dont ce sera fait. Les gens souhaitent être consultés, être impliqués.

#### 3. Nous sommes à l'aise.

Thème: .échanger sur les différentes perceptions du vécu relationnel hiérarchique (inter au D.S.C.);  
      .vécu hiérarchique DSC-CH;  
      .questionnement sur la position des chefs;  
      .exprime de la satisfaction «à avoir pu» enfin s'exprimer.

### En bref:

#### Objectif I de l'atelier:

.planification: Doit se faire avec consultation.  
      .concertation: Il y a plusieurs niveaux à travailler (réseaux inter-DSC, intra-DSC).

.rattachement institutionnel: pas vécu par les professionnels-elles.

Objectif II de l'atelier:

Par vertu, d'accord avec le principe; devrait se vivre dans un cadre de consultation.

Objectif III de l'atelier:

Non touché.

Evaluation:

.Dans l'ensemble, satisfaits:

- .de s'être exprimés;
- .d'avoir pu échanger;
- .de se permettre des différences;
- .l'impression que ce fut de bons échanges. Ce n'est qu'un début.

.Insatisfaction(s):

- .de ne pas avoir été impliqués dans la démarche du colloque;
- .de ne pas avoir d'autres périodes d'ateliers dans le colloque, ça serait intéressant.

## ATELIER NO 2

Animatrice: Francine Brosseau  
Secrétaire: Claire Beauchemin

### La concertation avec les partenaires:

Il faut, comme D.S.C., être crédible, faire en sorte que nos activités soient validées avec nos partenaires, bien définir les problématiques, outiller les professionnels-les à se concerter.

### Proposition:

Faire le marketing de la santé communautaire.

### La planification socio-sanitaire:

Attendu que: la planification socio-sanitaire doit être: modeste, réaliste, spécifique et limitée.

Il faut: travailler avec la population, connaître les besoins réels de la population, orienter la planification vers l'action faite à court et à long terme (ceci en fonction de nos responsabilités et nos mandats), réfléchir ensemble pour nous permettre de lever l'ancre ensemble, regrouper les ressources, une volonté de la direction des D.S.C. d'entérimer ces recommandations, mettre en commun des ressources en rapport à des problèmes communs.

### Proposition:

Favoriser concrètement le regroupement inter-DSC des professionnels-les travaillant sur des dossiers spécifiques, ce qui implique une approche multi-disciplinaire, au besoin.

Le rattachement institutionnel:

Questions importantes:

- .faire un cheminement ensemble comme D.S.C. avant de se rattacher;
- .il y a des avantages et des inconvénients;
- .avoir une souplesse dans la structure;
- .se parler, se concerter, se respecter.

Recommandation:

Avoir de la souplesse, prudence et logique. Cette question relève de chaque région.

Coordination inter-DSC:

Proposition: se revoir en post-colloque.

Dossiers prioritaires: Oui pour toutes les personnes présentes.

.Aussi des grandes lignes de dossiers prioritaires et adoptées par chacun des D.S.C.;

.Faire un équilibre entre les priorités locales et les priorités provinciales;

.Dossiers prioritaires, oui mais si c'est concret;

.Ne pas tout classer par groupe d'âge.

### ATELIER NO 3

Animatrice: Diane Chayer  
Secrétaire: Marie-Renée Roy

#### Objectif I

1. Par rapport à la planification socio-sanitaire, il semble que les préoccupations concernent principalement la concertation: intra-organisme, inter-DSC, inter-organismes. Dans les D.S.C., cette concertation se vit selon diverses modalités, allant de l'absence totale de concertation à une concertation structurée et intégrée.
2. La concertation en soi ne règle pas tout. Il subsiste des problèmes de rattachement institutionnel, de fonctionnement interne et d'allégeance à son organisme.
3. En résumé, au fond, on n'est pas rendu à se préoccuper de la consultation dans la population: forme de leadership intra et inter-DSC (initiateur, stimulant, facilitateur, support technique).
4. Il ressort, des interventions des participants-tes, qu'il y avait deux types de planification: par programme (traditionnelle) et par projet.

#### Les recommandations:

Les recommandations sont de trois ordres:

- .les D.S.C. à l'interne
- .les D.S.C. entre eux
- .les D.S.C. et les autres (organismes du réseau ou autres)

#### Les D.S.C. à l'interne:

Ce qui ressort, ce sont surtout des attentes:

- .mécanismes favorisant le travail en équipe:

- a) climat de confiance;
- b) partage des objectifs communs;
- c) travail en équipe sur tous les dossiers;
- d) clarification des règles du jeu (modes de gestion).

Les D.S.C. entre eux:

Ils veulent:

.concertation en vue

- a) d'avoir une force plus grande;
- b) de mieux remplir leur mandat;
- c) d'avoir accès à l'information;
- d) d'accroître leur visibilité.

.que l'expertise épidémiologique et l'expertise «sociale» soient d'un commun apport pour l'analyse des problèmes de santé (ne veulent plus de dichotomie);

.l'action n'exclut pas l'expertise.

Les D.S.C. et les autres:

- 1) .La concertation avec les autres organismes du milieu est un moyen de planification: ça leur donne l'expertise; ils sont en mesure de jouer leur rôle politique;

.cette concertation a pour but de s'assurer que les D.S.C. seront proches du terrain. La concertation permettra la «Praxis» (la réflexion jointe à l'action);

.de l'action découlent les priorités, la conception et permet une visibilité.

- 2) .L'association des D.S.C. devrait exiger le parachèvement des réseaux de première ligne (modules d'abord, puis C.L.S.C.).  
N.B. incitation auprès du Ministre.

Objectif II:

Les participants considèrent irréaliste de penser pouvoir y répondre, compte tenu du temps, d'où ils en sont rendus et de la forme qu'a pris le colloque. Le «post-colloque» devient donc très important.

Proposition:

Il devrait y avoir une suite au présent colloque et, dans un deuxième temps, faire un second colloque en invitant les professionnels de la base à le planifier.

#### ATELIER NO 4

Animatrice: Ginette Gagnon  
Secrétaire: Sylvie Gravel

#### 1. Synthèse du vécu des professionnels-les.

Un malaise profond a été exprimé en regard de leur rôle d'experts. Les participants rejettent ce rôle parce que:

1. ils ne veulent pas entretenir le mythe de l'expert;
2. ils favorisent un dialogue horizontal au lieu de hiérarchique avec les intervenants-tes et les organismes communautaires;
3. certains ne se sentent pas la compétence.

Par contre, des participants-tes ne rejettent pas leur rôle de personne-ressource, de personne-support. Ils acceptent de rencontrer les attentes inhérentes à ce rôle.

Les participants-tes proposent: que le titre de leur rôle soit «support professionnel». A ce rôle se rattachent les fonctions de concertation, planification, évaluation et coordination.

Les participants-tes suggèrent qu'une approche, fondée sur les principes de mise en marché, soit développée. Cette approche est suggérée pour l'identification des besoins et l'offre des services.

Les participants-tes suggèrent que la concertation, interne et externe, soit développée.

#### 2. Enjeux du colloque.

1. que chacun des 32 D.S.C. identifie, en commun avec les autres intervenants-tes et la population du territoire, ses priorités;
2. que ces 32 ensembles de priorités soient mis en commun, afin de dégager les priorités provinciales;

- 3.- que les D.S.C., ayant des priorités communes, se concertent et élaborent ensemble des problématiques et modalités d'interventions;
4. que les priorités provinciales deviennent des priorités de santé du M.A.S.;
5. que ces priorités se traduisent en objectifs précis.

ATELIER NO 5

Animateur: Mario Gagnon  
Secrétaire: Claudette Leroux

L'atelier no 5 recommande:

1. que l'on favorise l'échange ou mise en commun des ressources entre les D.S.C.;
2. que l'on institue un mécanisme d'information et de communication permanent entre les D.S.C., financé par les D.S.C.;
3. on reconnaît, comme principe fondamental, que les D.S.C. doivent demeurer axés sur la communauté existant dans son territoire;
4. on a peur que les D.S.C. deviennent uniquement la courroie de transmission du M.A.S. sur les politiques de santé au Québec et on souhaite que l'Association des chefs, et chacun des chefs, favorisent l'implication de tous les membres de leur équipe dans la réalisation des objectifs des D.S.C. et ce, non seulement de façon technocratique, mais aussi politique;
5. que l'on se donne des moyens de réagir rapidement au niveau public et de diffuser les choses que l'on fait.

## ATELIER NO 6

Animateur: Jacques Roy  
Secrétaire: Diane Ouellet

### Attentes des participants-es:

Les participants-es cherchent des réponses aux questions suivantes:

- Comment passer à l'étape de planification avec un personnel habilité à rendre des services?;
- Quelle est la spécificité de planification des D.S.C.? Réponse: le D.S.C. est responsable de déterminer des objectifs de santé;
- Comment peut-on maintenant réaliser nos mandats?;
- Comment manoeuvrer avec les professionnels-elles de D.S.C., les C.L.S.C., etc...

### Problèmes ressentis:

- Collaboration existe entre les professionnels-elles de D.S.C. et C.L.S.C., mais non entre les établissements;
- Conflit de leadership entre D.S.C. et C.L.S.C.;
- Besoin d'identifier sa compétence propre à l'intérieur du réseau;
- Réorientation du personnel, source d'insécurité;
- Professionnels-elles ne sont pas consultés-es;
- Programmes cadres du M.A.S. ont limité les champs de compétence des D.S.C.;
- Couplage entre les données socio-démographiques (statistiques) et connaissance empirique des C.L.S.C. est indispensable à l'identification des besoins;
- Négociation quant aux modalités de relations dans le réseau.

Actions à prévoir:

- Se recentrer à l'interne, développer une expertise quant à la planification et concertation. Le personnel des D.S.C. a besoin d'apprendre à planifier et à se concerter;
- Développer un mécanisme de communication inter-D.S.C. pour éviter la duplication des efforts et faire connaître les «petits» projets des D.S.C.;
- Développer des modalités de circulation de l'information intra-D.S.C.;
- Système d'information, centralisé sur les travaux de D.S.C. et de C.L.S.C.;
- On veut des mandats clairs (niveau régional et provincial);
- Faire en sorte que le personnel des D.S.C. se sente responsable du D.S.C. (implication);
- Formation en cours d'emploi.

Propositions de l'atelier no 6:

1. Que d'ici 1985, les D.S.C. identifient les dossiers en santé prioritaires, que le M.A.S. énonce les politiques de santé au Québec et que les D.S.C. dégagent les ressources nécessaires pour y contribuer;
2. Que le forum, ou à défaut les chefs de D.S.C., établissent des structures, moyens ou mécanismes pour faire circuler l'information sur les projets et les programmes entre les professionnels-elles des différents D.S.C.;
3. Améliorer la communication entre les professionnels-elles des D.S.C. par champ d'intérêt et entre les différents champs d'intérêt.

ATELIER- NO 7

Animateur: Raymond Hade  
Secrétaire: Serge St-Sauveur

Rapport synthèse:

- Considérant que les participants-tes de l'atelier no 7 jugent primordiale l'implication politique des D.S.C.;
- Considérant qu'ils jugent aussi nécessaires pour les D.S.C. de prendre position publiquement sur les dossiers relatifs à la défense ou à la promotion de la santé communautaire;
- ...les participants-tes recommandent:
- Que les D.S.C. donnent suite aux problèmes jugés prioritaires à l'échelle locale et provinciale. Pour ce faire, il est recommandé que l'A.D.D.S.C. se dote d'une structure et d'un personnel adéquat.

ATELIER NO 8

Animatrice: Françoise Labarre  
Secrétaire: Paulette Girard

1- Avec les autres D.S.C., favoriser:

-L'information: stratégies  
données  
programmes  
dossiers  
etc...

-La création d'un journal INTRA et INTER - D.S.C.

-Des relations informelles entre les D.S.C.

-Une procédure formelle d'échange

-L'information non seulement sur les RECHERCHES mais aussi  
STRATEGIES, REFLEXIONS sur certains dossiers, ...

-Remarques:

-Quand on demande de l'information, on reçoit peu de réactions

-«Réflexe d'experts» = purisme

-Confiance problématique.

2- Avec les autres ressources:

-Principal client = C.L.S.C. (cf. relations avec C.L.S.C.)

-Suggestions possibles:

-Amener les gens à se connaître et à fonctionner ensemble:

-associer les D.S.C. aux mêmes projets

-informatisation (stats)

-banque de références de D.S.C. (selon le nombre de dossiers  
= spécialisation de certains D.S.C.)

-journal interne qui informe sur l'extérieur

Rôle des D.S.C. versus C.L.S.C., parapublic, (C.R.S.S.S.):

- Préoccupation de bien définir le rôle: développer plus de problématiques que de la programmation;
- Expert-conseil, support-conseil;
- Influence sur C.R.S.S.S. pour priorités et politiques régionales;
- Polyvalence;
- Planification socio-sanitaire;
- Ouverture à la communauté;
- D'informer collecteur et diffuseur;
- Suggestion:
- Changer mentalités des D.S.C. au niveau de l'approche avec C.L.S.C.

NOTES: -D.S.C. ne sont pas tous rendus aux mêmes étapes

-En périphérie, les C.L.S.C. ont besoin des D.S.C.

Relation avec C.L.S.C.: moyens et attitudes à développer

Problèmes avec les C.L.S.C.:

- Transfert des ressources D.S.C. vers les C.L.S.C.
- D.S.C. pas capables de répondre à toutes les demandes
- C.L.S.C. perçoivent le D.S.C. menaçant à leur autonomie

Moyens à développer par D.S.C. pour améliorer la concertation avec le C.L.S.C. (principale clientèle):

- Avoir attitude collégiale, non autoritaire face aux C.L.S.C.

- Etre à l'écoute des C.L.S.C.: «On a besoin des C.L.S.C.»
- Eviter duplication des programmes (C.L.S.C. et D.S.C.)
- Après une bonne définition de ce que peuvent offrir les D.S.C., publiciser
- Offrir, en plus des analyses de grandes problématiques, que les programmations, ou début
- User de stratégies douces, plus diplomatiques avec les C.L.S.C. ... «après, ils courront après les D.S.C.»!
- Respecter les C.L.S.C.
- Leur répondre oui sur les questions plus pratico-pratiques.

#### Rattachement à un C.H.:

- Pour certains, le rattachement à un C.H. est utile, à cause du prestige ou de la connaissance par la population du C.H. (surtout Laval, Montréal, Québec)
- Pour d'autres, surtout (Hull, Sherbrooke, Drummondville) ceux en périphérie, ils se sentent plus près des C.R.S.S.S. car souvent, ils travaillent déjà ensemble. Conflit d'intérêt possible avec le C.H.
- Pour d'autres, le rattachement au C.R.S.S.S. est très négatif car il y a une perte de crédibilité des D.S.C., programmation ...

#### Forte suggestion:

- Publiciser, par le biais des médias, le D.S.C., même s'il est en voie de changer son rôle.

## ATELIER NO 9

Animateur: Richard Lachance  
Secrétaire: Denis Laliberté

### Synthèse:

#### Rattachement institutionnel:

- Peu de commentaires dans l'ensemble.
- On note des difficultés du rattachement institutionnel lorsqu'un CH-DSC compte sur son territoire plusieurs autres C.H. De plus, l'administration du CH-DSC, elle-même, semble percevoir difficilement cette vocation particulière qui lui échoit.

#### Planification socio-sanitaire:

- On note qu'il faut reviser des mécanismes d'échanges entre les D.S.C. et à l'intérieur des D.S.C. entre les professionnels-elles.
- Nécessité d'une action politique des D.S.C. La visibilité doit être plus politique que «sur la place publique». Le D.S.C. doit abandonner la notion de prudence et ne plus refuser de se prononcer sur les dossiers de pointe.
- Nécessité d'intégrer le volet «santé au travail» du D.S.C. dans une démarche large de santé communautaire. La santé au travail ne doit pas devenir un D.S.C. dans le D.S.C., en raison des moyens mis à la disposition de la santé au travail.

#### Discussion sur l'implication de l'A.D.D.S.C. via ses comités spéciaux dans la détermination des dossiers prioritaires:

- L'A.D.D.S.C. est payée comme une association professionnelle dont les buts sont la défense des droits des membres; on se surprend que cette instance se retrouve impliquée dans les choix des priorités.
- On ressort le fait que l'A.D.D.S.C. est constituée de médecins seulement. Les autres professionnels-elles aimeraient avoir leurs mots à dire dans l'établissement des priorités.

La détermination des dossiers prioritaires passe par un leadership exercé par les D.S.C. et qui permet de contrer l'obligation qui sera éventuellement faite par le M.A.S. de s'occuper de priorités par eux:

- En ce sens, il y a nécessité de montrer des dossiers basés sur la concertation et bien étoffés, pour espérer influencer les priorités établies par le M.A.S., on ne lui laisse pas le choix de choisir les priorités mises de l'avant par les D.S.C.
- Le problème serait donc une absence de structure minimale permettant la détermination de politiques communes.
- Cette structure pourrait fournir un «in put» significatif à la Direction de la santé communautaire.

Recommandation:

Considérant:

- le manque de visibilité des D.S.C.;
- le manque d'orientations communes;
- la multidisciplinarité des équipes de base des D.S.C.;
- la difficulté de communication et de circulation de l'information entre les D.S.C.;

Il est proposé que:

- la création d'une «instance» représentative des D.S.C., assurant un LEADERSHIP au niveau de l'orientation des politiques de santé québécoises et de la coordination des dossiers prioritaires à partir des besoins de la population;
- l'implantation de cette instance sera confiée à un groupe de travail, qui verra à préciser son rôle, son mandat, son mode de fonctionnement, tenant compte de la représentativité régionale et multidisciplinaire;
- ainsi que les ressources nécessaires à l'atteinte de ses objectifs.

ATELIER NO 10

Animateur: Michel Lanctot  
 Secrétaire: Michèle Tremblay

Face à la discussion préalable en début d'après-midi sur le vécu du D.S.C., il est d'abord ressorti, compte tenu de la volonté des participants-tes d'échanger sur leur vécu spécifique dans leur D.S.C.

En résumé:

1. Autorité d'expertiser: est-il possible, ou si ça doit être encadré dans la loi (vs C.L.S.C.) (sous-entend les formes de pouvoir que peuvent avoir les D.S.C.).
2. Problèmes de relation avec C.L.S.C., causes: dichotomie D.S.C.-C.L.S.C., boycottage de la part des C.L.S.C.
3. Relation D.S.C.-C.R.S.S.S.: prudence, besoin de relation plus suivie face à l'élaboration des programmes, à la définition d'identification et de stratégie. La nécessité de négocier avec d'autres organismes par le biais de tables de concertation.
4. Besoin de réorientation des D.S.C.: définir ses rôles, assurer une présence dans la population, réponse aux besoins non touchés par les autres organismes, et être en contact avec les groupes populaires et les organismes publics.
5. L'image du D.S.C.: au niveau interne, soutenir le personnel quant à leur tension due au transfert des ressources.
6. Le thème «planification»: s'entendre sur une politique globale inter-D.S.C. en indiquant le spécifique de chaque D.S.C.

Proposition:

1. Il faut affirmer le rôle d'un leadership sous-régional du D.S.C. au niveau de la planification socio-sanitaire avec les C.L.S.C. et les autres organismes.
2. Que tout D.S.C. soit, au minimum, reconnu comme une direction dans le C.H.
3. Affirmer le rôle du D.S.C. comme collaborateur sous-régional avec le C.R.S.S.S.
4. Qu'un groupe de travail étudie les modalités de collaboration D.S.C.-C.R.S.S.S.

5. Définir, de façon précise, le champ de planification socio-sanitaire du D.S.C.
6. Tenir un événement semblable à ce colloque sur des éléments de fond.
7. Créer un regroupement multidisciplinaire permanent, autre que l'A.D.D.S.C., pour rapprocher les D.S.C.
8. Faire circuler de l'information inter-D.S.C., par exemple, via un bulletin mensuel.
9. Développer des stratégies de marketing de la santé.

Conclusion:

Il nous apparaît important de souligner le caractère de la discussion, laquelle démontre un vif intérêt de la part des professionnelles, de se retrouver pour élaborer les questions de fond, notamment la différence des modes de fonctionnement de chacun des D.S.C.

ATELIER NO 11

Animateur: Raoul Lincourt  
Secrétaire: Nicole April

Recommandations:

1. Que chaque D.S.C. établisse un lien formel avec le C.R.S.S.S., dans le but de participer aux décisions du partage des ressources en fonction des besoins de santé de la population en matière d'organisation des sciences, de contrôle de l'environnement, de formation de bonnes habitudes de vie et de prévention.
2. Attendu, qu'en dépit du besoin exprimé par les D.S.C. d'évoluer dans un contexte légal plus clair, le M.A.S. nous indique clairement qu'il ne précisera pas les pouvoirs des D.S.C. dans le cadre d'une nouvelle politique de santé, mais qu'il leur revient d'aller chercher ce pouvoir sur la place publique, il est proposé:
  - de définir et de développer de nouvelles stratégies d'action qui permettent de fonder le pouvoir des D.S.C. sur une réelle implication auprès des populations et des organismes du réseau, hors réseau de leur territoire.
  - que chaque D.S.C. s'engage à exercer un rôle politique par le retour au mécanisme de la pression/représentation (low-profile) ou par l'utilisation stratégique du mass-média (high-profile) à l'égard de toute situation de fait, dossier ou problématique identifié comme ayant une incidence sur la santé d'une partie ou de l'ensemble de sa population; dans les cas de situations touchant plusieurs territoires de D.S.C., que la concertation des actions et interventions soit utilisée pour maximiser les impacts.

ATELIER- NO 12

Animateur: Bernard Malo  
Secrétaire: Robert Bourbonnais

Recommandations:

Contexte: Les participants-tes, ayant échangé sur les thèmes reliés à la planification socio-sanitaire et à la concertation entre partenaires, recommandent les propositions suivantes:

Recommandation 1 - Planification:

Que chacun des D.S.C. établissent leurs priorités de santé, d'ici la fin du printemps 1984 selon les modalités suivantes:

- 1-que les professionnels-elles soient consultés-es dans cette démarche;
- 2-que l'on ouvre cette démarche aux partenaires concernés;
- 3-que les D.S.C. y définissent les priorités locales, régionales et provinciales.

Recommandation 2 - Concertation:

Que les D.S.C. mettent en place un mécanisme, un collectif (respectant la multidisciplinarité) dont les mandats seront:

- 1-cueillette et analyse des priorités de chacun des D.S.C.;
- 2-déterminer les moyens les plus adéquats pour le suivi de ces priorités.

Recommandation 3 - Représentation:

Que ce collectif des D.S.C. alimente le M.A.S. pour qu'il établisse une politique québécoise de santé.

ATELIER NO 13

Animateur: Jean-Luc Moisan  
Secrétaire: Denise Gagné

Remarques préliminaires:

- 19 personnes inscrites, 17 participants-tes
- Démarrage pénible du débat à associer au peu de participation individuelle demandée aux participants-tes, avant cet après-midi.
- Cette frustration s'était exprimée lors de la tournée d'information et s'est vérifiée aux dépens de l'équipe d'animation. On aurait souhaité, au moins, doubler la période réservée aux ateliers.

Constats relatifs à la perception sur le terrain de la planification socio-sanitaire, de la concertation et du rattachement administratif:

- Aucun D.S.C. n'est au même stade de développement, en relation avec la nouvelle distribution des services de première ligne. Le paysage va d'un D.S.C., qui utilise 70% de ses ressources à de tels services, jusqu'à celui qui a opéré une mutation complète.
- La planification socio-sanitaire, comme champ d'action des D.S.C., est perçue comme indissociable de sa «mise en marche», c'est-à-dire, la concertation avec ses partenaires. En fait, toute planification sans réalisation en fin de course, s'avère stérile et accentue le sentiment d'inutilité des D.S.C.
- Concevoir la visibilité comme devant être obligatoirement celle du D.S.C. vis-à-vis la population est une préoccupation présente chez certains-es participants-tes. La majorité considère cependant que le «public» des D.S.C., c'est le réseau des Affaires sociales et non pas la population.
- Depuis que certains D.S.C. ont transmis leurs responsabilités de première ligne, il arrive souvent que cela a pour effet de rendre plus clairs sa perception et son rôle par la direction des C.H.
- Le passage de fonctions dites cliniques à des fonctions d'analyse ne se fait pas sans une difficile adaptation des structures et du personnel tant professionnel-elle que de

direction. Elle s'accompagne souvent d'une certaine résistance au changement.

- Cette constatation n'était pas partagée par tous. La viabilité des D.S.C. n'est pas reliée à son pouvoir décisionnel mais bien plutôt à la reconnaissance de sa compétence et de son expertise comme fonction-conseil auprès de ses partenaires.
- L'absence de consultation, et même la simple information systématique des professionnels-elles par les chefs, semble relativement répandue et crée un climat de méfiance ou plutôt d'insatisfaction, d'ailleurs observable dans notre propre atelier.
- Il semble y avoir autant de compréhension de la mission et du rôle des D.S.C. qu'il y a de professionnels-elles ou d'administrateurs impliqués-es. Ceci dit, la tendance est à faire les efforts nécessaires, quand ce n'est pas déjà fait, pour ajuster la perception des équipes de base. Cependant, cette imprécision relative ne fait qu'accentuer une perception souvent incomplète de son rôle par ses principaux partenaires.
- Un des aspects les plus positifs de la nouvelle distribution des services de première ligne, c'est la toute nouvelle (2-3 ans) implication des D.S.C. dans des champs d'activités spécifiques tels que la santé au travail, l'environnement et l'hébergement. Plusieurs posent l'hypothèse que cette mutation a plus d'effets positifs que négatifs pour la survie et le développement des D.S.c., alliée à sa fonction principale de planification.

Eléments de réflexion transmis à la plénière par les membres de l'atelier:

Note: Les participants-tes n'ont pu établir un consensus sur les sujets qui suivent, mais sont convaincus-es qu'ils devraient être retenus par la plénière comme des pistes de réflexion et d'étude à court terme.

- L'accélération des programmes de formation et de recyclage du personnel des D.S.C. qui vit les effets négatifs de la mutation dans laquelle il s'est engagé à divers stades.
- L'étude de l'impact d'une stratégie visant à obtenir un cadre légal, exprimant une volonté politique de protéger la fonction planification et santé publique, incarnée principalement via les D.S.C.

- Rechercher une définition de la mission des D.S.C. en fonction d'une situation évolutive quant aux populations, aux territoires et aux besoins de santé, plutôt que de se limiter à une définition générale et trop souvent statique.
- Etudier la pertinence d'implanter un secrétariat général de l'A.D.D.S.C., qui aurait pour but principal, une meilleure circulation de l'information auprès des professionnels-elles.
- Tout en reconnaissant la pertinence d'établir des stratégies communes, examiner la possibilité d'initier une concertation sur une base régionale et sous-régionale de façon prioritaire avant l'été '84. La mission des D.S.C. est d'abord régionale et les besoins identifiés le sont d'abord à ce niveau. L'état actuel de la concertation ne permet pas d'envisager, dès maintenant, une concertation valable sur un plan provincial.
- Examiner la possibilité que l'ensemble des D.S.C. puisse se faire entendre et intervenir collectivement sur «certains» dossiers ad hoc tels que santé dentaire, augmentation de suicide, etc...

Proposition d'objectif:

- Susciter l'échange entre les professionnels-elles des D.S.C. sur une base permanente.

Note importante: les participants-tes ont reçu l'assurance que ce rapport serait soumis en entier à la plénière du 14 décembre a.m.

ATELIER NO 14

Animateur: Richard Nicols  
Secrétaire: Pascal Labrecque

L'atelier pourrait se diviser en deux grands sujets de discussion.

Première partie:

- Des problèmes d'isolement (géographique, information, face à la population), d'identification, de sentiment d'appartenance, de visibilité en tant qu'institution, d'objectifs communs, de politiques, etc... ont été abordés.
- Se dégagent des volontés de se rencontrer plus souvent, de développer une capacité d'agir, de déterminer ensemble des objectifs prioritaires communs.
- D'où une discussion large sur l'hypothèse de créer un regroupement.
- Le consensus se dégage sur les deux recommandations suivantes:
  - a) soumettre à la discussion en plénière l'idée de créer un regroupement des D.S.C.;
  - b) renouveler, d'ici à l'été '84, une rencontre des intervenants-tes des D.S.C., à l'organisation de laquelle participeraient les professionnels-elles des D.S.C. Cette rencontre thématique pourrait, par exemple, porter sur l'un des thèmes suivants: éducation sanitaire, pauvreté et santé, santé au travail, etc...

Deuxième partie:

- La discussion a porté davantage sur les comportements, les pratiques et les attitudes en vigueur dans les D.S.C. à l'égard de leurs partenaires, principalement les C.L.S.C.
- Il se dégage une volonté très nette de collaborer étroitement avec les C.L.S.C. (par exemple, les associer, dès le début, dans une concertation sur un programme). D'autre part, des projets concrets, qui renouvellent la pratique peuvent être identifiés.
- L'essentiel donc: se respecter mutuellement et rester ouvert à leurs demandes et besoins. Par contre, certains freins sont identifiés à la mise en oeuvre de cette volonté: entre autres, l'attitude de certains chefs de D.S.C.

ATELIER NO 15

Animateur: Pierre Godin  
Secrétaire: Lise Goulet

La Commission a fait le consensus sur la proposition suivante:

- a) que soit mise sur pied une structure de coordination provinciale, composée de représentants des D.S.C. Cette structure devrait être opérationnelle dès le printemps 1984. Sans toutefois faire de recommandation à cet effet, la Commission a demandé à l'A.D.D.S.C. de préciser son rôle éventuel dans ce contexte nouveau;
- b) chaque D.S.C. devra se doter d'un plan de priorités sous-régionales et régionales dès le printemps 1984, à la suite d'une consultation en son sein et auprès des partenaires de son milieu. Chaque D.S.C. transmettra son plan de priorités à la structure de coordination provinciale;
- c) chaque D.S.C. transmettra, en outre, à la structure de coordination provinciale ses suggestions pour la définition de priorités provinciales. La structure de coordination provinciale établira les priorités qu'elle juge appropriées;
- d) les priorités provinciales devront mener à la mise sur pied d'actions provinciales multidisciplinaires, coordonnées par des groupes de travail créés spécifiquement pour la réalisation de ces actions provinciales. Un exemple de ce type d'actions provinciales pourrait être une campagne portant sur la prévention des maladies cardiovasculaires.
- e) Les frais encourus dans la préparation et la réalisation des actions provinciales seront répartis entre tous les D.S.C., qui y affecteront par ailleurs les ressources humaines nécessaires.

## ATELIER- NO 16

Animatrice: Marie-Josée Rolland  
Secrétaire: Laurence Meyr

### Planification:

- On constate, au niveau des D.S.C., un vide en regard de la planification, dû à l'évolution historique, au manque de formation des professionnels-elles et au mandat qui ne sont plus clairs.
- Dans cette perspective, la solution proposée, c'est de prendre en charge et de faire preuve d'initiative professionnelle en repartant du vécu, quitte à corriger les erreurs de parcours.

### Concertation:

#### A) Inter-D.S.C.

- On constate d'abord que le processus de concertation entre D.S.C. est loin d'être atteint. Pourquoi? Complexité et disparité régionales, manque de plan directeur, difficulté de faire circuler l'information. Par ailleurs, on entrevoit la possibilité d'élaborer des stratégies communes au niveau de comités sectoriels sans être en mesure pour l'instant d'en clarifier les thèmes et les mandats.

#### B) Avec les partenaires du milieu.

- On constate d'abord qu'il est important que ce soit les D.S.C. qui suscitent la concertation avec les partenaires.
- On remarque, pour l'instant, que les supports avec les partenaires rencontrent de nombreux obstacles:
  1. les échanges existent mais n'aboutissent pas à l'action;
  2. manque de pouvoir décisionnel (délégation) au niveau des professionnels-elles siégeant à ces tables;
  3. difficulté de laisser les intérêts, locaux ou individuels, pour s'enligner sur des intérêts communs.
- Malgré ces difficultés, on trouve important que les D.S.C. intensifient leur action pour créer ou maintenir la concertation comme mécanisme privilégié auprès des partenaires du réseau.

Rattachement institutionnel:

-L'important ce n'est pas le lieu d'intégration de la structure des D.S.C. mais plutôt la valorisation et la qualité des interventions. Il faut accepter que chaque D.S.C. vive ce problème de façon différente.

Recommandation:

-Dans le but d'amorcer une démarche de sensibilisation du réseau, des partenaires et du public, il est proposé qu'une campagne de publicité ou de promotion fasse connaître les différentes réalisations du D.S.C.

ATELIER- NO 17

Animatrice: Luce Laporte  
Secrétaire: Claude Poirier

1. Échange sur le vécu dans les D.S.C.

Planification socio-sanitaire:

- manque de leadership au niveau de la priorisation des dossiers. L'organisation des chefs de département n'étant pas une structure de pouvoir réelle;
- absence d'objectifs communs entre D.S.C.;
- mauvaise circulation de l'information entre D.S.C. Absence de lieu de centralisation de l'information;
- peu ou pas d'utilisation commune des méthodes, travaux, recherches, données scientifiques, expertises;
- difficulté à arriver à une répartition adéquate des tâches dans les D.S.C. (cause: confusion des objectifs);
- manque d'encadrement des professionnels-elles et manque de support de la part de leur milieu de travail;
- manque de formation et perfectionnement supplémentaires;
- qui doit avoir la responsabilité de déterminer les priorités?

Relations partenaires:

- manque de concertation inter-D.S.C., isolement;
- manque de concertation entre D.S.C. et autres partenaires;
- on ne veut pas que les politiques soient imposées de l'extérieur (RE: M.A.S.) mais il est difficile de préciser des moyens permettant d'en arriver à un certain consensus des priorités. La volonté de concertation est là. Il manque les moyens de pouvoir.
- absence de lieu d'échange «informel» sur les expériences, méthodes, préoccupations des professionnels-elles dans divers D.S.C.

### Rattachement institutionnel:

- problème de disponibilité des professionnels-elles versus représentation sur des comités de travail régionaux ou provinciaux;
- qui prendra le leadership? Problème d'orientation et de pouvoir.

### Proposition numéro 1:

Former une table de coordination provinciale ayant des ressources permanentes à partir d'éléments représentatifs des professionnels-elles des D.S.C. et des régions ayant pour mandat de déterminer les principaux dossiers prioritaires en santé et d'en assurer le suivi.

### Proposition numéro 2:

A partir des problèmes de santé bien définis par la table de coordination, ayant une envergure régionale ou provinciale, favoriser la création de tables de concertation inter-D.S.C. ayant:

- 1) un mandataire bien défini, pouvant assurer le suivi des délibérations et recommandations de la table;
- 2) un ou des objectifs ou mandats clairs;
- 3) des personnes qui soient détachées de leurs D.S.C. respectifs pour apporter du contenu à la table;
- 4) un accès aux informations et travaux sous-régionaux déjà colligés;
- 5) un système d'information qui permette la diffusion des étapes et ramène en «feed-back» aux D.S.C.
- 6) des ressources en formation disponibles.

## ATELIER NO 18

Animatrice: Christiane Morin  
Secrétaire: Michel Rossignol

### Objectif numéro 1 - problèmes

#### Planification:

Problèmes de coordination dans l'application de programmes planifiés par en haut, ex: santé au travail. Plus facile si on planifie près de la base.

#### Concertation:

Sorte de concurrence D.S.C.-C.L.S.C. qui peut venir d'un manque de définition des rôles plus champs de juridictions respectifs et manque d'expertise et de leadership de la part des D.S.C.

Fusion D.S.C.-C.R.S.S.S.: menace au fonctionnement des D.S.C., dilution et assimilation du pouvoir par C.R.S.S.S.

#### Relation C.H.:

Conflit d'intérêts entre D.S.C. et C.H. à plusieurs niveaux dont les vocations particulières du C.H. et les différentes clientèles des D.S.C.

#### Recommandations:

1. attendu qu'il y a au sein des D.S.C., un problème de leadership qu'on identifie en partie à un manque de compétence «gestionnelle», il est souhaité que la planification socio-sanitaire soit supportée ou coordonnée par des ressources humaines plus qualifiées (gestion) pour favoriser une stratégie d'intervention et aider à l'élaboration des priorités ou favoriser également un volet de formation sur l'approche systémique pour les intervenants-tes.
2. attendu que le poste de chef de D.S.C. puisse être détenu par des gens qui ne sont pas nécessairement des médecins.
3. Attendu que les D.S.C. ne reçoivent pas actuellement de mandats clairs qui puissent supporter un leadership et un rôle précis.

- Il est souhaité que pour obtenir plus de pouvoir, on procède à la création d'un regroupement provincial des D.S.C.

## Objectif numéro 2

D'accord avec les enjeux du colloque. Mais, on propose que l'ordre des enjeux soit changé.

- Qu'on procède:
1. par la mise en commun des ressources;
  2. la priorisation des besoins de santé;
  3. des politiques et des programmes provinciaux.

Dans ce processus indispensable d'impliquer la base et de consulter les C.L.S.C. - regroupement provincial sur une base régionale, les représentants d'une table provinciale doivent être représentatifs au sein d'une région, c'est-à-dire, pas de chef d'emblée - nommé selon la compétence, la connaissance des dossiers, marketing, etc...

## Conclusion:

Un leadership provincial est souhaitable, même au prix d'une diminution de pouvoir des D.S.C. individuels au profit d'un pouvoir collectif.

## LES RECOMMANDATIONS:

- 1) Que l'A.D.D.S.C., d'ici le printemps '84, évalue ses divers comités opérationnels et produise un projet de priorisation de ceux-ci dans l'optique d'un partage des ressources et d'une non-duplication des énergies du réseau des D.S.C.;
- 2) Qu'un comité composé de huit (8) personnes dont deux (2) représentant l'exécutif de l'A.D.D.S.C. et six (6) autres représentant les autres groupes de professionnels-elles soit un-e par groupe de D.S.C. des régions socio-économiques suivantes: 01, 08, 09 et 02, 04, 05, 07 et deux (2) par groupe de D.S.C. des régions suivantes: 03 et 06, dégagées et autorisées par leur chef de D.S.C. respectif, ait pour mandat d'élaborer d'ici la fin de février '84, un projet d'association, de regroupement ou de forum des professionnels-elles des D.S.C.; incluant les chefs;
- 3) Que ce même comité se penche sur le rapport synthèse des ateliers de travail du colloque, en retire la teneur et l'actualise dans le cadre de son mandat-synthèse détaillée-;

- 4) Que l'exécutif de l'A.D.D.S.C. consolide ses structures de communications en mettant sur pied un secrétariat provincial provisoire en '84 en attendant les résultats du comité sur l'association, le regroupement ou le forum des D.S.C., RE: proposition numéro 2;
  
- 5) Qu'un comité des D.S.C. incluant dans sa composition des professionnels-elles soit mis sur pied dès février '84 pour organiser d'ici un an, un colloque axé sur les stratégies d'intervention faisant l'objet d'actions communes aux niveaux régional et provincial et qui auraient été acceptées par les D.S.C. au préalable et travaillées par la suite toute l'année durant dans chacun des D.S.C., le tout en concertation avec les partenaires du milieu.

/JMCN

84-02-06

## 7. LES SONDAGES

7.1 LE TRANSFERT DES SERVICES DE PREMIÈRES LIGNES ET  
LES RÉALISATIONS DES D.S.C. EN PLANIFICATION SOCIO-SANITAIRE DE 1981 À 1983:  
BULLETIN D'INFORMATION NUMÉRO 3 «POUR UNE MISSION EN SANTÉ»

# Pour une mission en santé

## Bulletin d'information no 3 décembre 1983

Colloque des départements  
de santé communautaire

12, 13, 14 décembre 1983.  
Sheraton Laval.

### «Pour une mission en santé» Un portrait des D.S.C.

Si les deux premiers bulletins d'information de «Pour une mission en santé» vous ont conviés et présenté la nature et le cadre de ce colloque, le troisième bulletin vous présente un portrait détaillé de l'évolution de la santé communautaire dans les départements de santé communautaire depuis quelques années.

Il s'agit dans les faits d'un portrait à deux dimensions basé sur l'enquête téléphonique réalisée auprès de chacun des D.S.C. entre le 1<sup>er</sup> et le 18 novembre dernier par l'équipe de recherche inter-disciplinaire en santé -ERIS- de l'Université de Montréal.

Cette enquête, commandée par le Comité organisateur, aborde deux volets: le premier trace un tableau de l'ensemble des D.S.C. sur l'étendue du transfert des services de première ligne à ce jour et le deuxième identifie les réalisations jugées prioritaires par chacun des D.S.C. depuis trois ans ainsi que les projets en cours pour 1983-84.

Au sujet du transfert des services de première ligne, il ressort que si un peu moins du tiers des D.S.C. ont complété le transfert des services, les autres D.S.C. assument entre 57% et 70% de l'exécution des programmes à partir de modules 45% ou de points de service 41%. Cela signifie que plus de la moitié des D.S.C. transforment ou ont transformé leurs interventions vers une mission de planification socio-sanitaire. Quant aux réalisations jugées prioritaires par les D.S.C., on constatera qu'au cours des trois dernières années l'action des D.S.C. fut marquée par une grande ventilation des projets de santé communautaire mis à part la santé et la sécurité au travail et la santé des jeunes. Par contre, pour 1983-84, la priorisation des actions des D.S.C. s'oriente vers de nouveaux défis comme la situation socio-sanitaire des populations, des plans directeurs en santé communautaire, de la santé des jeunes et des personnes âgées, de l'organisation des soins et des communications.

Vous trouverez dans les textes qui vont suivre les informations détaillées des résultats de cette enquête.

Cette première image nous permet de connaître certaines des caractéristiques majeures du réseau des D.S.C. Par ailleurs, il est bon de souligner que suite à une tournée d'information pré-colloque du Comité organisateur à laquelle plus de 250 personnes des 32 D.S.C. ont assisté, il ressort une volonté accrue dans les équipes de professionnels de participer activement à la mission des D.S.C. et ce dans un contexte de mutation, de métamorphose ou de suivie pure et simple de la santé communautaire dans le réseau de la santé au Québec. C'est dans cette perspective que «Pour une mission en santé» s'oriente.

### Transfert des services de première ligne

En moyenne, pour chacun des programmes de première ligne, un peu moins du tiers des D.S.C. ont complété le transfert des services -tableau 1-. Le programme de santé au travail est le programme qui a été le plus transféré -13 D.S.C. ont effectué ce transfert-, alors que le programme de maladies infectieuses n'a été transféré que par 9 D.S.C.

La figure no 1 illustre l'importance de l'exécution des services par programme. Pour assurer une comparabilité de mesures entre les D.S.C., l'importance de l'exécution a été déterminée par le nombre de zones de C.L.S.C. desservies par le D.S.C. sur le nombre total de zones multiplié par cent. Les résultats obtenus nous démontrent que les D.S.C. exécutent entre 57% à 70% des programmes de leur territoire.

Les services encore exécutés par les D.S.C. le sont en grande partie à partir de modules -45%- ou de points de service -41%- -figure 2-. En général, peu de services sont encore exécutés de façon centralisée, à l'exception des programmes de maladies infectieuses -22%- et de maintien à domicile -19%-.

Selon les informations fournies lors de l'entrevue téléphonique, plus de 62% du réseau de C.L.S.C. est maintenant complété. Il existe présentement 108 C.L.S.C. au Québec alors qu'on en prévoit un total de 174. On note de plus, que 9 territoires de D.S.C. ont déjà complété le réseau alors que 2 D.S.C. n'ont encore aucun C.L.S.C. sur leur territoire.

En novembre 1983, le nombre de personnel oeuvrant dans les départements de santé communautaire du Québec -tableau 2- se chiffre à 2 724 personnes -ce nombre inclut les médecins et dentistes payés à vacation-. Sur ce nombre 60,8% du personnel est affecté à l'exécution des services de première ligne et 32,7% sont affectés à l'équipe de base. Note: un rapport plus complet sera disponible dans le cahier post-colloque.

### Sommaire

### Page

|                                                     |   |
|-----------------------------------------------------|---|
| Le transfert des services de première ligne .....   | 1 |
| Les réalisations des D.S.C. de 1981 à ce jour ..... | 2 |
| Le foyer .....                                      | 7 |
| Les commanditaires .....                            | 7 |
| Les autres événements .....                         | 7 |
| Une attention toute spéciale .....                  | 7 |
| Le cahier post-colloque .....                       | 7 |
| Le quatrième bulletin d'information .....           | 7 |

TABLEAU I

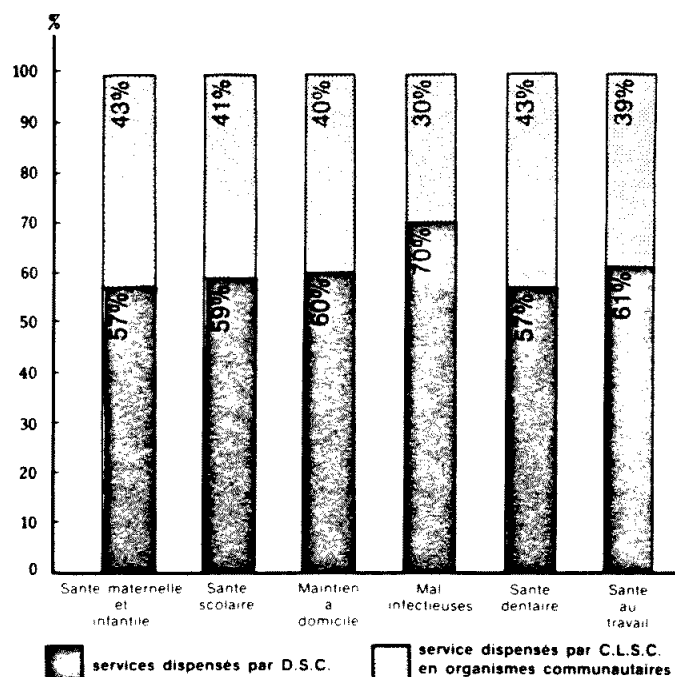
### Proportion de D.S.C. qui dispensent des services de première ligne par programme

(n: 32)

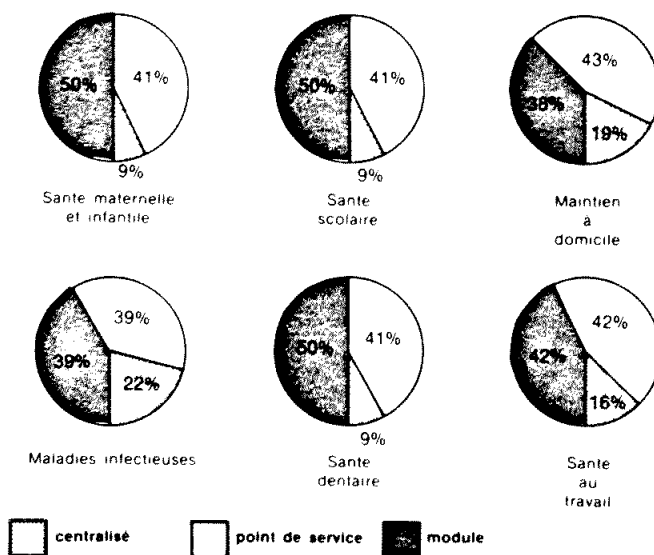
| Programme                     | Dispensation de services |      | Transfert de services |      |
|-------------------------------|--------------------------|------|-----------------------|------|
|                               | nb                       | %    | nb                    | %    |
| Santé maternelle et infantile | 22                       | 68,8 | 10                    | 31,2 |
| Santé scolaire                | 22                       | 68,8 | 10                    | 31,2 |
| Maintien à domicile           | 21                       | 65,6 | 11                    | 34,4 |
| Maladies infectieuses         | 23                       | 71,9 | 9                     | 28,1 |
| Santé dentaire                | 22                       | 68,8 | 10                    | 31,2 |
| Santé au travail              | 19                       | 59,4 | 13                    | 40,6 |

Figure 1

### Importance de l'exécution des services de première ligne par programme



**Figure 2**  
Organisation des services de première ligne par programme



**TABLEAU 2**  
Personnel oeuvrant dans les Départements de santé communautaire du Québec

(DSC: 32)

|                                                                | nb    | %     |
|----------------------------------------------------------------|-------|-------|
| Nombre total du personnel                                      | 2 724 | 100,0 |
| Nombre affecté à l'exécution des services                      | 1 656 | 60,8  |
| Nombre affecté à l'équipe de base                              | 890   | 32,7  |
| Nombre affecté aux projets spéciaux, enseignement ou recherche | 178   | 6,5   |

### Les réalisations des D.S.C. de 1981 à ce jour

Comme on peut le constater en parcourant les deux listes -tableaux I et II- qui suivent, les trois dernières années, dans les D.S.C., ont été marquées par une grande ventilation des projets en santé communautaire. On ne dénote pas de concentration des réalisations jugées principales par les D.S.C., mis à part les aspects traitant de la santé des jeunes et de la santé et la sécurité au travail.

La santé dentaire, la périnatalité, l'organisation-coordination des services-santé, la santé chez les personnes âgées sont les autres aspects qui reviennent le plus souvent chez les D.S.C. entre 1981 et 1983, le reste étant réparti dans une foule de sujets de travaux -tableau I-.

Pour 1984, il en va toutefois autrement, du moins en partie. Si la santé chez les jeunes -les 0-18 par exemple- occupe une grande place dans les préoccupations de santé des D.S.C., les projets traitant d'une situation socio-sanitaire -bilan-évaluation-, de restructuration et d'organisation d'équipes de travail et de mises en place de plans directeurs en santé communautaire tendent à devenir largement répandus à l'intérieur des D.S.C., sous une forme ou une autre -tableau II-. La santé des personnes âgées demeure aussi un sujet de préoccupation important, alors que moins d'énergie est consacrée à la santé et sécurité au travail. Par contre, on travaille de plus en plus sur l'organisation des «soins», plutôt que sur leur dispensation.

### La promotion de la santé -communications-

Au chapitre des communications, pour la promotion de la santé, plusieurs D.S.C. ont manifesté publiquement leurs actions. Huit D.S.C. ont un agent d'information ou de communication attiré à leur équipe, deux comptent sur les services d'un spécialiste en la matière prêté par un CRSSS et, finalement, deux D.S.C. identifient parmi leur personnel une personne responsable de l'information. Quelques-uns signalent aussi l'embauche «ad hoc» sur des projets précis. Une douzaine de D.S.C. disent entretenir des relations suivies ou formelles avec les médias.

# TABLEAU I

Les réalisations des D.S.C. du Québec au cours des trois dernières années -identification des priorités-

| Nom des D.S.C. et Titre des réalisations                                                           | Année          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Baie-Comeau</b>                                                                                 |                |
| 1) Revue pour les femmes enceintes -cours prénataux-                                               | 1983           |
| <b>Beauceville</b>                                                                                 |                |
| 1) Formation et programmation des équipes de santé au travail                                      | 1982           |
| 2) Santé mentale des jeunes -12-18 ans-. Développement, concertation, implication de la communauté | 1982           |
| 3) Personnes âgées -coordination des services et animation-                                        | 1982           |
| <b>Chicoutimi</b>                                                                                  |                |
| 1) Table de concertation sur la santé mentale et la santé des jeunes                               | 1983           |
| 2) Plan d'organisation des services de santé au travail                                            | 1983           |
| 3) Réorganisation des services de soins à domicile                                                 | 1982           |
| <b>Drummondville</b>                                                                               |                |
| 1) Plan directeur de santé communautaire - perspectives du D.S.C.                                  | 1983           |
| 2) Étude des besoins des personnes âgées                                                           | 1982           |
| 3) Étude sur l'organisation des services de santé -région 04-B-                                    | 1983           |
| <b>Gaspé</b>                                                                                       |                |
| 1) Portrait socio-sanitaire -région 01-                                                            | 1983           |
| 2) Allaitement maternel -audio-visuel-                                                             | 1983           |
| 3) Projet «crustacés» - recherche en santé au travail                                              | 1983           |
| <b>Hull</b>                                                                                        |                |
| 1) Enquête sur le taux de vaccination -enfants de 2 ans-                                           | 1982           |
| 2) Maternité -12 vidéos-                                                                           | 1983           |
| 3) Étude de validation des données de mortalité -Maniwaki-                                         | 1983           |
| 4) Évaluation des déjeûners des enfants du primaire                                                | 1983           |
| <b>Joliette</b>                                                                                    |                |
| 1) Classification des dépliants en santé communautaire                                             | 1983           |
| 2) Éducation sanitaire - réalisation de cliniques pré-scolaires                                    | 1983           |
| 3) Éducation sanitaire - santé au travail auprès des étudiants des ateliers professionnels         | 1983           |
| <b>Laval</b>                                                                                       |                |
| 1) Programme «éducation et nutrition» pour la maternelle et le primaire                            | de 1981 à 1983 |
| 2) Étude de besoins sur le suicide et tentatives de suicide -bilan de la situation-                | 1983           |

|                                                                                                                   |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 3) Programme de contrôle de l'hypertension                                                                        | 1982        |
| <b>Lévis</b>                                                                                                      |             |
| 1) Organisation de Cliniques MTS                                                                                  | 1982        |
| 2) -SMAF- mise à jour -autonomie fonctionnelle-                                                                   | 1983        |
| 3) Protocole relatif au viol et aux enfants maltraités                                                            | 1983        |
| <b>Montmagny</b>                                                                                                  |             |
| 1) Collaboration CLSC-DSC                                                                                         | depuis 1981 |
| 2) Concertation des services aux personnes handicapées à l'intérieur et à l'extérieur du réseau                   | 1981        |
| 3) Santé et sécurité au travail dans l'agriculture: risques par type de production agricole                       | 1983        |
| <b>Montréal - Charles Lemoyne</b>                                                                                 |             |
| 1) Formation des intervenants (CLSC)                                                                              | 1981 - 1983 |
| 2) Programme sur la M.I.U.F.                                                                                      | 1981 - 1982 |
| 3) Programmation à la surveillance de l'intoxication au plomb                                                     | 1981 - 1982 |
| <b>Montréal - H. général de Montréal</b>                                                                          |             |
| 1) Enquête sur la santé communautaire et utilisation des données de l'enquête fédérale sur la santé des canadiens | 1981 - 1983 |
| 2) Système EVAC. Enregistrement des immunisations sur ordinateur                                                  | 1982        |
| 3) Centre de coordination des ressources santé                                                                    | 1982        |
| <b>Montréal - Lakeshore</b>                                                                                       |             |
| 1) Clinique ambulante en nutrition -industrie et population-                                                      | 1982        |
| 2) Santé des travailleurs - monographie -bloc 2-                                                                  | 1982        |
| 3) Identification des besoins en santé chez les jeunes -méthode Delphi                                            | 1982        |
| <b>Montréal - Maisonneuve-Rosemont</b>                                                                            |             |
| 1) Document sur les données socio-sanitaires de la population                                                     | 1982        |
| 2) Recherche sur le refus d'aide à domicile                                                                       | 1983        |
| 3) Santé au travail - film «Les mains, un outil hors du présent»                                                  | 1982        |
| 4) Guide de premiers soins                                                                                        | —           |
| <b>Montréal - Ste-Justine</b>                                                                                     |             |
| 1) Production d'audio-visuels: «Le métier de parent» et «Regardez-moi grandir»                                    | —           |
| 2) Recherche -évaluation- sur le programme en santé en milieu scolaire                                            | —           |
| 3) Table de concertation sur l'intégration des services de première ligne                                         | —           |
| <b>Montréal - St-Luc</b>                                                                                          |             |
| 1) Santé dentaire: facteurs de risque dentaire chez l'enfant montréalais                                          | 1983        |
| 2) Maladie infantile: étude du taux de vaccination chez les enfants de 2 ans                                      | 1983        |
| 3) Programme cadre en orthophonie - audiologie chez les 0-5 ans                                                   | 1983        |

**Montréal - Sacré-Coeur**

- 1) Projet-pilote d'intervention en santé au travail -secteur de la métallurgie- 1983
- 2) Intervention nouvelle en gérontologie -visites à domicile, organisation communautaire, cellule santé- 1982
- 3) Étude en périnatalité et chez les 0-6 ans 1983
- 4) Recherche-action en milieu défavorisé 1982

**Montréal - Verdun**

- 1) Projet d'implantation du programme CTMSP 1981
- 2) Étude sur la répartition des ressources de première ligne 1982
- 3) Les intoxications alimentaires -diaporama- 1983

**Québec - C.H.U.L.**

- 1) Enquête sur la santé des jeunes 1982
- 2) Habitudes alimentaires chez les adolescents 1983
- 3) Étude sur le support aux personnes âgées 1983
- 4) Milieu autochtone: bulletin pour les professionnels du réseau et programme de lutte anti-tuberculose -

**Québec - Enfant-Jésus**

- 1) Plan d'organisation et implantation d'une nouvelle structure -décentralisation des secteurs et plus grande autonomie- 1981 - 1982
- 2) Projet post-infarctus -recherche- R.C.T. 1983
- 3) Projet de services en périnatalité -région de Charlevoix. Concertation et colloque 1981 - 1983
- 4) Concertation en santé dentaire - coordination provinciale -

**Québec - St-Sacrement****Rimouski**

- 1) Enquête santé dans la population -
- 2) Rapport sur l'environnement 1982
- 3) Accident de la route -bilan- 1982

**Rivière-du-Loup**

- 1) Besoins des personnes âgées - évaluation de deux types de clientèle 1982
- 2) Maintien de l'autonomie des personnes âgées -programmes- 1983
- 3) Document d'évaluation sur la santé dentaire 1983

**Roberval**

- 1) Série de cours prénataux -pour les chargés de cours- 1982
- 2) Hygiène des mains -jeu électro-mécanique, dépliant, vidéo- 1982
- 3) Guide de dernière minute pour les «accouchées» 1982
- 4) Mieux vivre et bien manger -personnes âgées- 1982

**Rouyn-Noranda**

- 1) «Opération connaître» -étude des besoins chez les personnes handicapées 1983
- 2) Programme de prévention du retard chez les 0-5 ans 1983
- 3) Programme de prévention du suicide -4e phase: identification des besoins- 1983

**St-Hyacinthe**

- 1) Étude des leucémies 1982
- 2) Série de cahiers «des dents» -pour la maternelle, 1ère, 2e et 3e années- 1982
- 3) Nutrition et activités physiques 1982
- 4) Lutte anti-tuberculose 1983

**St-Jean**

- 1) «Clinic-ô-jeunes» - éducation sanitaire chez les adolescents 1981
- 2) Colloque sur la santé mentale -intervenant- 1981
- 3) Santé en milieu scolaire -diaporamas- 1981

**St-Jérôme**

- 1) Étude sur la mortalité de la population d'Oka et de Deux-Montagnes 1982
- 2) Bilan de santé des ex-travailleurs de St-Lawrence Columbia -mine de columbium- 1982
- 3) Rapport du dépistage auditif 1980 - 1981
- 4) Enquête sur la santé dentaire - 2e et 5e année. D.S.C. St-Jérôme et Laval 1982

**Shawinigan**

- 1) Identification des besoins des enfants en milieu scolaire 1983
- 2) Planification -équipe opérationnelle- 1983
- 3) Identification -enfants de 0-4 ans- 1983

**Sherbrooke**

- 1) Évaluation de la surdité -Système Tempo- 1982
- 2) «Boutique santé 2 000». Promotion de la santé chez la population 1983
- 3) Audio-visuels par «Urgence-santé». 90 émissions de 30 minutes 1982
- 4) Fichier informatisé - visites pré et post-natales- 1983

**Trois-Rivières**

- 1) Projet 10-04. Exploitation des banques de données 1982 - 1983
- 2) Enquête en santé dentaire 1982 - 1983
- 3) Programme MTS 1982 - 1983
- 4) Enquête-santé chez Wabasso -industrie textile- 1982 - 1983

**Valleyfield**

- 1) Restructuration des programmes en périnatalité -
- 2) Protocole d'actes délégués sur la vaccination dans les D.S.C. -

## TABLEAU II

### Les projets prioritaires en cours dans les D.S.C. du Québec -1983-1984-

#### Nom des D.S.C. et Titre des projets prioritaires

##### Baie Comeau

- 1) Accidents de la route -recherche-
- 2) Périnatalité -implantation d'un programme révisé-
- 3) Effectifs-médecins -organisation des services de première ligne «carence de m.d.»-

##### Beauceville

- 1) Alcool et accidents de la route -enquête-
- 2) Cours prénataux -évaluation de satisfaction-
- 3) Services à domicile pour les personnes handicapées -analyse de données des besoins-

##### Chicoutimi

- 1) Plan directeur du D.S.C.
- 2) Implantation de l'équipe de base
- 3) Environnement -table de concertation-
- 4) Santé et sécurité au travail -programme de prévention et d'implantation-

##### Drummondville

- 1) Enquête sur les besoins en santé des 0-5 ans
- 2) Analyse des besoins chez les handicapés -physiques-
- 3) Mise sur pied d'une banque de données -à partir des registres de la RAMQ, etc.-

##### Gaspé

- 1) Compléter le portrait socio-sanitaire -région 01-
- 2) Répondre aux secteurs prioritaires - santé au travail
- 3) Transfert de l'exécution -services- pour la programmation

##### Hull

- 1) Diaporama sur l'accouchement
- 2) Plan directeur - réorientation du D.S.C.
- 3) Analyse de la situation de la santé maternelle et infantile

##### Joliette

- 1) Informatisation d'une classification des dépliants en santé communautaire
- 2) Journal régional sur la santé communautaire (soins)
- 3) Plan directeur - réalisation

##### Laval

- 1) Cadre de références pour surveiller l'état de santé de la population -Plan directeur-
- 2) Programme de prévention des maladies cardio-vasculaires
- 3) Développement des habiletés parentales - approche préventive pour la santé des 0-18 ans

##### Lévis

- 1) Concertation avec les centres d'accueil pour l'implantation d'un «milieu communautaire thérapeutique»
- 2) Projet SMAF
- 3) Organisation des secteurs-santé

##### Montmagny

- 1) Continuité des services chez les personnes âgées
- 2) Concertation en milieu thérapeutique pour les personnes âgées -collaboration avec D.S.C. Lévis-
- 3) Thérapeutique douce -relaxation-massage-: colloque, formation au C.L.S.C. et recherche -Douglas-

##### Montréal - Charles Lemoyne

- 1) Plan directeur -fabrication-
- 2) Mise en place des services de santé dans les établissements
- 3) Promotion de la santé - formation des intervenants

##### Montréal - H. général de Montréal

- 1) Enquête sur le coût des urgences
- 2) Coordination des ressources de première ligne
- 3) Promotion de l'état de santé des travailleurs dans le secteur hospitalier

##### Montréal - Lakeshore

- 1) Recherche d'identification d'adolescentes enceintes
- 2) Rapport ressources-population -dans les D.S.C. et les C.L.S.C.-
- 3) Protocole de remise à jour des programmes de santé conjointement avec le centre hospitalier-

##### Montréal - Maisonneuve-Rosemont

- 1) Concertation - «un réseau des affaires sociales» -D.S.C., C.L.S.C., C.S.S., centres hospitaliers et groupes communautaires-
- 2) Recherche sur le chômage et la santé mentale
- 3) Service de planning familial - survol des ressources
- 4) Liaison avec les médecins -cabinet de pratique privé et centre hospitalier, etc.-

##### Montréal - Ste-Justine

- 1) Identification des besoins en santé des jeunes -groupe nominal-

##### Montréal - St-Luc

- 1) Gériatologie: programme cadre en prolongement de participation avec «gériatrie relevé»
- 2) Santé-mentale: programme d'intervention visant à intégrer le privé et le public -analogue au programme «contact-t-nous»-

##### Montréal - Sacré-Coeur

- 1) Étude des conditions de travail dans l'industrie du vêtement
- 2) Développement des interventions en prévention des traumatismes à la maison chez les personnes âgées
- 3) Réseau pour le support chez les personnes âgées
- 4) Prévention - enfance négligée

##### Montréal - Verdun

- 1) Enquête santé Québec: dossiers socio-sanitaires-étude des besoins perçus auprès des professionnels et des intervenants
- 2) «S.O.S. alimentaire»
- 3) Table de concertation - projet des jeunes chômeurs

### **Québec - C.H.U.L.**

- 1) Étude sur les services d'urgence à domicile
- 2) Informatisation des données de vaccination (D.S.C.)
- 3) Amélioration de l'accessibilité des services cliniques - orthophonie

### **Québec - Enfant-Jésus**

- 1) Profil socio-sanitaire et système d'information -banque de données-C.L.S.C.-
- 2) Santé des jeunes - problématique et programme -relation père, mère, famille, enfant, handicapé-
- 3) Organisation d'un réseau intégré de services pour les personnes en perte d'autonomie

### **Québec - St-Sacrement**

- 1) Refaire le profil socio-démographique -données récentes, cartographie-
- 2) Plan directeur organisationnel -D.S.C.- et restructuration de l'équipe de base
- 3) Plan des services en santé au travail - dispensation des services

### **Rimouski**

- 1) Périnatalité -questionnement des cours prénataux-
- 2) Protection de l'environnement
- 3) Formation des intervenants -dans les C.L.S.C.-

### **Rivière-du-Loup**

- 1) Qualité de la vie chez les jeunes -recherche sur l'autonomie des jeunes-
- 2) Concertation - programme de maintien des soins à domicile
- 3) Documentation sur les risques associés à certains polluants

### **Roberval**

- 1) Accès sur la prise en charge par la communauté -0-4 ans-
- 2) Besoins en information socio-sanitaire de la population -Lac St-Jean-
- 3) Identification des besoins des victimes -ACV-

### **Rouyn-Noranda**

- 1) Intégration du D.S.C. au C.R.S.S.S
- 2) Développement d'une intervention globale en santé mentale
- 3) Projet de développement d'un bilan socio-sanitaire de la population -exploitation de banques de données-

### **St-Hyacinthe**

- 1) Alimentation des nourissons -0-6 mois-
- 2) Étude des facteurs de risques en santé mentale et infantile

### **St-Jean**

- 1) Santé dentaire des 0-5 ans -facteurs d'influence-
- 2) Santé des jeunes -éducation socio-sanitaire-
- 3) Personnes âgées -tour d'horizon et animation du milieu-
- 4) Projet CSS -concertation des intervenants- -naissance des enfants handicapés physiquement et mentalement

### **St-Jérôme**

- 1) Évaluation de la vaccination -1ère à 6e année-
- 2) Étude sur les rince-bouche fluorés
- 3) Bilan de la santé des travailleurs de General Motors -évaluation des risques-

### **Shawinigan**

- 1) Identification des besoins en santé chez les personnes âgées -non-institutionnalisées à 90%-
- 2) Identification des besoins chez les 0-4 ans -enquête sur le terrain - 900 répondants-
- 3) Résultats d'une enquête sur les personnes âgées -animation du milieu-

### **Sherbrooke**

- 1) Concertation sur la santé dentaire de la population et des enfants d'âge scolaire
- 2) Santé et informatique - exploitation des données et développement de logiciels pour micro-ordinateur
- 3) Consommation tabac-alcool - recherche et enquête sur la satisfaction des services d'un centre hospitalier

### **Trois-Rivières**

- 1) Identification des besoins en santé des 0-4 ans
- 2) Identification des besoins en santé des personnes âgées -colloque-enquête-
- 3) Recherche sur les rince-bouche fluorés

### **Valleyfield**

- 1) Recherche-action en périnatalité auprès des mères défavorisées
- 2) Recherche sur la pollution air-eau -monitoring biologique-
- 3) Étude des besoins -morbidity-pour le centre hospitalier

## **REMERCIEMENTS**

Le Comité organisateur tient à remercier Mesdames Marie-Lyne Bastian et Louise-Hélène Trottier ainsi que Monsieur François Champagne de l'équipe de recherche interdisciplinaire en santé -ERIS- de l'Université de Montréal pour la réalisation de l'enquête téléphonique pré-colloque.

### **MONTREAL - Ste-Justine**

- 2) - Recherche sur interventions en garderie et les problèmes d'apprent.
- Asthme: étude épidémiologique.
- 3) - Projet d'intervention: Femmes victime de violence en milieu conjugal.
- 4) - Concertation sous-régionale: Communautés culturelles.

## AUTRES ÉVÉNEMENTS

En marge du colloque, des rencontres souhaitées et organisées par des participants et participantes:

### Lundi, 12 décembre

09h00 - 12h00:  
Salon Auteuil                      Conseillers-es- en recherche

09h00 - 12h00:  
Salon Vimont                      Conseillers-es- / programme  
des personnes âgées

09h00 - 12h00:  
Salon Ste-Dorothée              Manifeste - planification  
socio-sanitaire

### Mardi, le 13 décembre

12h00 - 12h30  
Local 530                          Directeurs de médecine sociale  
et préventive des universités

### Mercredi, 14 décembre

12h00 - 16h00  
Salon des Mille-Îles              Comité environnemental

13h00 - 17h00  
Salon Ste-Dorothée              Médecins spécialistes en  
santé communautaire

---

## NOS COMMANDITAIRES

Tout particulièrement, nous tenons à souligner le support financier apporté par nos commanditaires. Grâce à leur généreuse participation, nous sommes en mesure d'agré-  
menter le colloque de manifestations tels, l'informatisation,  
les cocktails et l'animation.

GRAND MERCI À:

**Block Drug Co.:**  
Division les produits dentaires  
Division **Reed et Carnhleck**

**Institut Armand Frappier**

**Le Laboratoire B.M.G. Inc.**

**Les Laboratoires Cooper Ltée**

**Sybis - Informatique Médicale Inc.**

---

## UNE ATTENTION TOUTE SPÉCIALE

Les collaborateurs et collaboratrices à l'oeuvre depuis le début des préparatifs du colloque et présents-es- pendant ces trois jours, méritent un sourire et des remerciements. Pensons tout particulièrement aux membres du personnel du Département de santé communautaire de la Cité de la Santé de Laval.

## LE FOYER

Ce lieu privilégié par son emplacement est le carrefour de nombreuses activités. Outre les cocktails qui s'y déroulent, vous êtes invités à vous arrêter aux kiosques suivants:

**Association pour la Santé Publique du Québec**

**Le Laboratoire B.M.G. Inc.**

**Merck Frosst Canada Inc.**

**Sybis - Informatique Médicale Inc.**

Aux même endroit, nous retrouvons INFO-CREATION qui est à la fois le kiosque d'information générale du colloque et de présentation des documents (audio-visuel, écrits, autres) réalisés par les départements de santé communautaire.

---

## LE CAHIER POST-COLLOQUE

Un rapport détaillé comprenant notamment:

- les textes des conférenciers et conférencières;
- les échanges en grand groupe;
- les recommandations des ateliers;
- les résultats des enquêtes pré-colloques - transfert des services de première ligne et les réalisations;
- les résultats du sondage sur la stratégie commune;
- les résultats du sondage sur l'évaluation du colloque;
- la liste des participants.

---

## Le quatrième bulletin d'information

Date de parution: 07 janvier 1983

Les résultats de «Pour une mission en santé» au sujet des conférences, des travaux en ateliers, de la plénière en lien avec les objectifs du colloque.

---

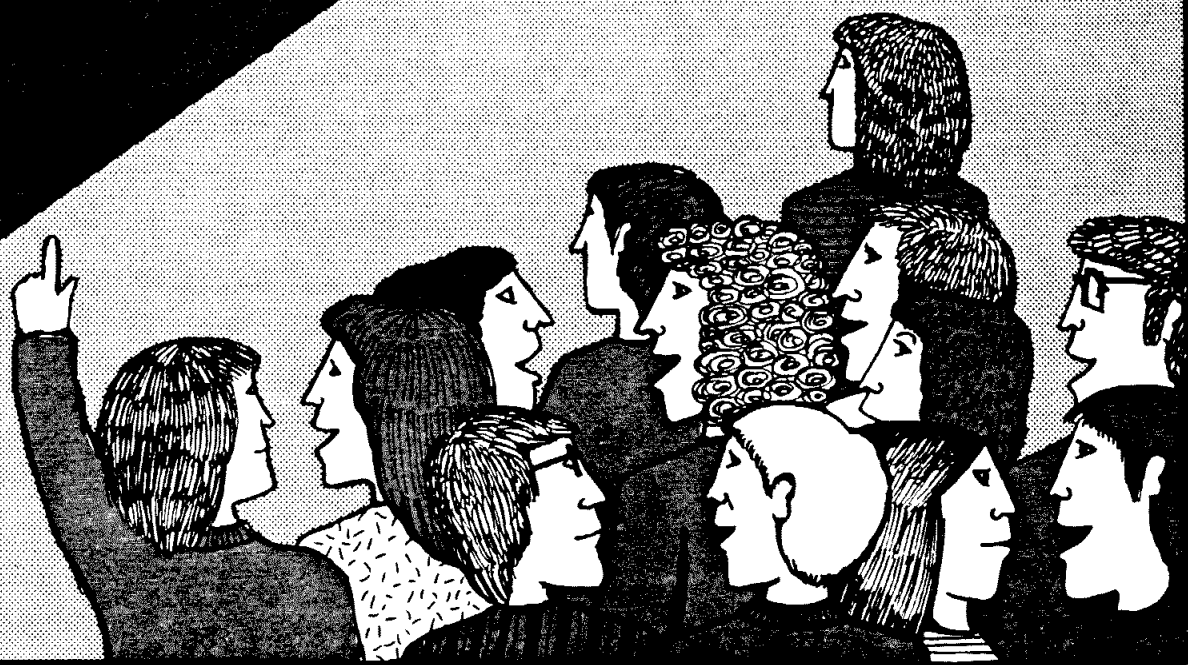
Ce bulletin est une publication du Comité organisateur du colloque «Pour une mission en santé», au nom de l'A.D.D.S.C. Pour plus d'information, écrivez à «Pour une mission en santé», D.S.C., Cité de la Santé de Laval, 1755, boul. René Laënnec, VIMONT, Laval, Qué. H7M 3L9, ou téléphonez à -514- 668-1010, poste 347 ou 668-2010.

Imprimerie: B & L Litho Inc.

Graphisme: Hélène Gagnon

Production: Centre audio-scripto-visuel  
et le département de Santé  
communautaire de la  
Cité de la Santé de Laval

*POUR UNE*  
**mission**  
*en santé*



## 7.2 VERS UNE STRATÉGIE COMMUNE

NOTES LIMINAIRES:

Le sondage «vers une stratégie commune» portait sur le troisième objectif du colloque soit celui de dégager une stratégie commune face à l'élaboration de dossiers prioritaires santé sous-régionaux, régionaux et provinciaux en 1984.

Il visait à connaître l'opinion des participants-tes sur les trois objectifs spécifiques sous-jacents:

-Voir chapitre 3 les objectifs du colloque.

Les questionnaires furent recueillis à la fin des ateliers de travail du mardi 13 décembre en après-midi et compilés le soir-même. Les résultats furent remis lors de la plénière du mercredi 14 décembre en avant-midi.

/JMCN  
84-02-06

SONDAGE - VERS UNE STRATÉGIE COMMUNE

Inscrits: 340

Répondants: 222

Répondez en cochant

- B 1- Votre code du D.S.C. Nombre de D.S.C. répondants ☐ 32/32
- C 2- Votre D.S.C. devrait-il identifier des dossiers prioritaires de santé ?
- Oui ☐ 214
- Non ☐ 8
- D 3- Votre D.S.C. a-t-il déjà identifié ou a-t-il l'intention d'identifier des dossiers prioritaires de santé ?
- Oui ☐ 206
- Non ☐ 16
- E Si oui, quand au plus tôt peut-il être prêt ?
- Nil 20
- déjà fait ☐ 82
- mai 1984 ☐ 79
- octobre 1984 ☐ 20
- plus tard ☐ 11 \_\_\_\_\_
- mois année
- 4- Les D.S.C. devraient-ils travailler en commun sur les dossiers prioritaires de santé qu'ils auront identifiés,
- F au niveau régional ?
- Oui ☐ 206
- Non ☐ 16
- G au niveau provincial ?
- Oui ☐ 183
- Non ☐ 16
- Si oui, quand au plus tôt peuvent-ils être prêts,
- Nil 28
- H au niveau régional ?
- mai 1984 ☐ 115
- octobre 1984 ☐ 54
- plus tard ☐ 12 \_\_\_\_\_
- mois année
- I au niveau provincial ?
- mai 1984 ☐ 50
- octobre 1984 ☐ 75
- plus tard ☐ 40 \_\_\_\_\_
- mois année

verso...

Cochez une seule case

5- Indiquez sur quoi devraient porter les efforts de coordination inter-D.S.C. en 1984 ?

- |   |                                                                                                       |                          |    |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|
|   |                                                                                                       | Nil                      | 9  |
| J | . Aucune coordination est nécessaire.                                                                 | <input type="checkbox"/> | 1  |
| K | . L'échange d'information entre les professionnels des D.S.C. sur les dossiers prioritaires de santé. | <input type="checkbox"/> | 76 |
| L | . L'action des comités provinciaux de l'A.D.D.S.C.                                                    | <input type="checkbox"/> | 25 |
| M | . L'établissement de groupes de travail sur les résultats du colloque "Pour une mission en santé".    | <input type="checkbox"/> | 35 |
| N | . Un forum officiel et permanent réunissant les professionnels des D.S.C.                             | <input type="checkbox"/> | 73 |

Merci beaucoup.

## 8. L E S C O M M U N I C A T I O N S

8.1 LA LISTE DES PARTICIPANTS-TES ET  
DES DÉPARTEMENTS ET DIRECTIONS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

# Liste des participants.

| Nom                      | Nom du D.S.C.    | Fonction           | Nom                      | Nom du D.S.C.    | Fonction           |
|--------------------------|------------------|--------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| AJMO STEVE               | Roberval         | santé-travail coor | CARON DANIELLE           | Ste - Justine    | adj. plan.         |
| ALARY MICHEL             | beauceville      | maladies infect.   | CHABOT DANIEL            | Rivière-du-Loup  | adj. adm.          |
| ALCIDE EDDIE             | Hopital Général  | santé-travail coor | CHAGNON MARIE            | Gaspé            | cons. recherche    |
| ALLAIRE BERNARD          | St - Luc         | adj. prog.         | CHARBONNEAU SUZANNE      | Laval            | maladies infect.   |
| ALLARD ANDRE             | Sacré - Coeur    | med. conseil       | CHAREST SOLANGE          | Rimouski         | acc. route         |
| ALLARD ROBERT            | St - Luc         | maladies infect.   | CHENARD LUCIE            | Rimouski         | cons. recherche    |
| AMESE ANDRE              | St - Jérôme      | santé-travail coor | CHICOINE FRANCINE        | Hauterive        | adj adm - prog - p |
| ARCHAMBAULT CLAUDINE     | Drummondville    | maladies infect.   | CLICHE JACINTHE          | Lakeshore        | cons. recherche    |
| AUBIN ALAIN              | Hopital Général  | adj. adm.          | CORBEIL DANIEL           | Mauricie         | adj. plan.         |
| AUDRA MICHEL             | St - Hyacinthe   | gérontologie       | COUET SUZANNE            | Hopital Général  | adj. adm.          |
| AUGER ROLAND             | Gaspé            | santé-travail coor | COULOMBE MARC            | Mauricie         | santé mentale      |
| BAILLARGEON YVONNE       | Rouyn - Noranda  | santé dentaire     | COULOMBE MARC            | Montmagny        | nutrition          |
| BALTHAZARD MYCHELLE      | Rouyn - Noranda  | audiologie - orto  | COURCY GILBERT           | Montmagny        | chef DSC           |
| BARRETTE MARTINE         | Verdun           | maladies infect.   | COUTURE HUGUETTE         | Lévis            | santé mat - inf.   |
| BARRIAULT CLAUDE         | Gaspé            | cons. recherche    | COUTURE REGIS            | Roberval         | cons. recherche    |
| BASTIEN GERTRUDE         | Lanaudière       | soins a domicile   | CRETE HUGUETTE           | Laval            | enfance - jeun.    |
| BASTIEN JACYNTHÉ         | Hauterive        | périnatalité       | D'AMOUR DANIELLE         | Charles-Lemoyne  | adj adm - prog - p |
| BEAUDET PIERRETTE        | Drummondville    | adj. prog.         | DAVELUY CAROLE           | Laval            | adj. prog.         |
| BEAUDOIN DUFOUR DANIELLE | Chicoutimi       | nutrition          | DAVID RITA               | Ste - Justine    | ENVIRONNEMENT - CO |
| BEAUDRY LAURETTE         | Outaouais (Hull) | santé des jeunes   | DAVIS LORNA              | Hopital Général  | adj. prog.         |
| BEAUPRE ANDRE            | C.h.u.l.         | adj. adm.          | DELISLE ANDRE            | St - Jérôme      | cons. recherche    |
| BEAUSEJOUR RENE          | Mauricie         | cons. recherche    | DEMERS-LANGEVIN NICOLE   | Hauterive        | nutrition          |
| BEDARD GRATIENNE         | St - Luc         | santé scolaire     | DERY DONALD              | Outaouais (Hull) | maladies infect.   |
| BEDARD MARINA            | Lakeshore        | santé des jeunes   | DERY VERONIQUE           | Laval            | nutrition          |
| BELISLE MARIETTE         | Laval            |                    | DESCHAMPS DIANE          | Maisonnette-Rose | coor. recherche    |
| BELIVEAU DENISE          | Verdun           | santé mentale      | DESJARDINS JEANNINE      | Sherbrooke       | adj. prog.         |
| BELLEROSE CARMEN         | Haut-Richelieu   | cons. recherche    | DESMEULES PAUL           | Chicoutimi       | chef DSC           |
| BENOIT YVES              | Charles-Lemoyne  | adj. adm.          | DIONNE MARC              | Beauceville      | chef DSC           |
| BERGERON ANDRE           | Sacré - Coeur    | adj. prog.         | DOMPIERRE MARGUERITE     | Outaouais (Hull) | soins a domicile   |
| BERGERON RAYNALD         | Rouyn - Noranda  | d.g. CH - DSC      | DORE NICOLE              | Enfant - Jésus   | nutrition          |
| BERNARD LOUIS            | C.h.u.l.         | chef DSC           | DORVAL GINETTE           | Sherbrooke       | med. conseil       |
| BERNARD MARIE-CLAUDE     | Mauricie         | maladies infect.   | DOUCET HUGUETTE          | Ste - Justine    | cons. recherche    |
| BERNIER DENYS            | Lévis            | cons. recherche    | DOUVILLE-FRADET MONIQUE  | Enfant - Jésus   | santé dentaire     |
| BERNIER DIANE            | Saint-Sacrement  | santé-travail coor | DOYON YVON               | Trois - Rivières | santé-travail coor |
| BERTRAND FRANCOISE       | Trois-Rivières   |                    | DROUIN DENIS             | Enfant - Jésus   | coor. recherche    |
| BERTRAND LISE            | Sacré - Coeur    | nutrition          | DROUIN LOUIS             | Laval            | santé-travail coor |
| BERTRAND PAUL-E.         | Saint-Sacrement  | santé-travail coor | DROUIN NOELLETTTE        | Verdun           | adj adm - prog - p |
| BILODEAU ANGELE          | Lévis            | cons. recherche    | DUBREUIL DOLORES         | St - Hyacinthe   | coor. recherche    |
| BILODEAU FRANCINE        | St - Hyacinthe   | maladies infect.   | DUFOUR CLARA             | St - Jérôme      | adj. prog.         |
| BLAIS RICHARD            | Sacré - Coeur    | med. conseil       | DUMONT CAROLE            | Mauricie         | périnatalité       |
| BLANCHARD CONSTANCE      | Verdun           | gérontologie       | DUMONT MARCEL            | Drummondville    | santé-travail coor |
| BOISJOLI CLAUDE          | Hauterive        | d.g. CH - DSC      | DURAND NORMAND           | Gaspé            | gérontologie       |
| BOISVERT REAL            | Trois - Rivières | cons. recherche    | DURCCHER LISE            | Haut-Richelieu   | adj. prog.         |
| BOIVIN PIERRE            | Roberval         | maladies infect.   | EMONO MADELEINE          | Outaouais (Hull) | santé mat - inf.   |
| BONNEY DEBORAH           | Hopital Général  | agent comm. - info | FAFARD GERARD            | St - Jérôme      | adj. adm.          |
| BONNIER JEAN-GUY         | Verdun           | med. conseil       | FECTEAU MARTINE          | beauceville      | cons. recherche    |
| BOUCHARD DENIS           | Roberval         | adj. prog.         | FERNET ROBERT            | Lanaudière       | santé-travail coor |
| BOUCHARD JOSETTE         | Chicoutimi       | santé mentale      | FERRAGNE LOUISE          | St - Jérôme      | nutrition          |
| BOUDREAU RICHARD         | Rivière-du-Loup  | chef DSC           | FONTAINE LEONARD         | beauceville      | santé-travail coor |
| BOURBONNAIS ROBERT       | Laval            | santé-travail coor | FOREST FRANCE L.         | Gaspé            | chef DSC           |
| BRASSET MURIELLE         | Chicoutimi       | adj. prog.         | FORGET GILLES            | St - Hyacinthe   | santé mat - inf.   |
| BROSSEAU ROGER           | Laval            | santé des adultes  | FORGET MICHELINE         | Laval            | santé jeune - fam. |
| CANTIN MARCEL            | Sacré - Coeur    | chef DSC           | FORGET MURIELLE          | Ste - Justine    | santé mat - inf.   |
| CAREAU PIERRE-ULRIC      | Lévis            | audiologie - orto  | FORTIER RICHARD          | Sherbrooke       | adj. adm.          |
| CARIGNAN RAYMOND         | Laval            | d.g. CH - DSC      | FORTIN BEAUCHEMIN CLAIRE | Laval            | edu. sanitaire     |
| CARON CELILE             | beauceville      | nutrition          | FORTIN CHRISTIAN         | Lévis            | adj. médical       |

| Nom                    | Nom du D.S.C.    | Fonction           | Nom                      | Nom du D.S.C.    | Fonction           |
|------------------------|------------------|--------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| FORTIN PAULINE         | Rouyn            |                    | LALONDE JEAN-SERGE       | Outaouais (Hull) | adj. médical       |
| FOURNIER ANDRE         | Montmagny        | santé-travail coor | LANDRY GEORGES           | Rivière-du-Loup  | santé-travail coor |
| FOURNIER FRANCINE      | Roberval         | adj. prog.         | LANDRY LISE              | Verdun           | santé des adultes  |
| FRADET MONIQUE         | Enfant-Jésus     |                    | LANDRY PAUL              | Maisonneuve-Rose | chef DSC           |
| FRANCOEUR MADELEINE    | Ste - Justine    | enfance - jeun.    | LANGLOIS ALAIN           | Lakeshore        | santé-travail coor |
| FRECHETTE GABRIEL      | Valleyfield      | nutrition          | LAPLANTE YVES            | Maisonneuve-Rose | agent comm. - info |
| FRECHETTE JACQUES      | Drummondville    | coor. adm.         | LAPOINTE GILLES          | Rivière-du-Loup  | cons. recherche    |
| FRECHETTE SYLVIE       | Ste - Justine    | santé dentaire     | LAPOINTE YVETTE          | Hopital General  | santé scolaire     |
| GAGNE JOCELYNE         | C.h.u.l.         | santé mat - inf.   | LAPORTE ISABELLE         | Ste - Justine    | chef DSC           |
| GAGNE LOUISE           | Hopital Général  | santé mat - inf.   | LAPREE RAYMOND           | Lanaudière       | agent comm. - info |
| GARDON ANDRE           | Hauterive        | chef DSC           | LAROCHE DANIEL           | Montmagny        | cons. recherche    |
| GAUTHIER FRANCE        | Verdun           | edu. sanitaire     | LAROCHE RIVARD           | Roberval         | adj. adm.          |
| GAUVIN LOUIS           | St - Hyacinthe   | edu. sanitaire     | LARUE LOUISE             | C.h.u.l.         | nutrition          |
| GAY GABRIEL            | Outaouais (Hull) | chef DSC           | LASALLE CLAUDETTE        | Valleyfield      | maladies infect.   |
| GEADAH MAGUIH          | Maisonneuve-Rose | santé-travail coor | LAURENDEAU MARIE-CLAIRE  | Hopital Général  | santé mentale      |
| GENDREAU LORRAINE      | Rouyn - Noranda  | maladies infect.   | LAVALLEE BENOT           | Charles-Lemoyne  | cons. recherche    |
| GERVAIS LUCE           | St - Hyacinthe   | santé-travail coor | LAVIGNE JOCELYN          | St - Luc         | santé-travail coor |
| GILBERT REJEAN         | Chicoutimi       | adj. adm.          | LAVOIE ANDRE             | Lévis            | cons. recherche    |
| GOBIN GUY              | Mauricie         | santé des jeunes   | LAVOIE ANDRE             | Laval            | cons. recherche    |
| GOSSSELIN LIETTE       | Lanaudière       | santé des jeunes   | LAVOIE JEAN-PIERRE       | Verdun           | cons. recherche    |
| GOURDEAU YVES          | Enfant - Jésus   | geriatrie          | LE HENAFF DANIELLE       | Enfant - Jésus   | santé mat - inf.   |
| GRIGNON RICHARD        | Laval            | cons. recherche    | LEBER YVETTE             | Saint-Sacrement  | maladies infect.   |
| GUILLEMETTE ANDRE      | Trois - Rivières | adj. plan.         | LEBLANC SUZIE            | Drummondville    | soins a domicile   |
| GUY MICHELINE          | St - Luc         | maladies infect.   | LEDUC FRANCINE           | Valleyfield      | cons. recherche    |
| HAMEL CELINE           | Drummondville    | périnatalité       | LEDUC NICOLE             | Haut-Richelieu   | cons. recherche    |
| HAMEL MARJOLAINE       | St - Luc         | audiologie - orto  | LEGARE GILLES            | Rimouski         | cons. recherche    |
| HARNOIS JEAN-MARC      | Mauricie         | adj. plan.         | LEMASSON MIREILLE        | Maisonneuve-Rose | gérontologie       |
| HARVEY REJEAN          | Charles-Lemoyne  | santé-travail coor | LEMAI LISE               | C.h.u.l.         | gérontologie       |
| HEBERT PIERRE          | Trois - Rivières | cons. recherche    | LEMYRE HUGUETTE          | Lanaudière       |                    |
| HGEY JOHN              | Hopital Général  |                    | LEPAGE FRANCINE          | St - Hyacinthe   | santé des jeunes   |
| HOTTE MANON            | Charles-Lemoyne  | santé-travail coor | LEROUX CLAUDETTE         | Laval            | acc. route         |
| HUDON ELISABETH        | St - Luc         | santé mat - inf.   | LESCOP JOELLE            | Maisonneuve-Rose | santé mat - inf.   |
| HUEL JACQUELINE B.     | Ste - Justine    | maladies infect.   | LESSARD RICHARD          | Laval            | chef DSC           |
| IGLESIAS ROBERTO       | Sherbrooke       | chef DSC           | LEVASSEUR PIERRE         | Drummondville    | adj. plan.         |
| IOANNOU STRATIS        | Hopital Général  | cons. recherche    | LEVESQUE GUY             | Mauricie         | cons. recherche    |
| ITURRA HILDA           | Sacré - Coeur    | med. conseil       | LEVINE DAVID             | Verdun           | d.g. CH - DSC      |
| JACOB HUGUETTE         | beauceville      | med. conseil       | MAGEAU MICHEL            | Saint-Sacrement  | cons. recherche    |
| JACQUES LOUIS          | Maisonneuve-Rose | santé-travail coor | MAGUIRE ROBERT           | Rimouski         | chef DSC           |
| JOHNSON ELLEN          | Valleyfield      | enfance - jeun.    | MALENFANT FERNAND        | Lévis            | adj. plan.         |
| JOUBERT PIERRE         | C.h.u.l.         | cons. recherche    | MARCEAU RENEE            | beauceville      | santé des jeunes   |
| JULIEN GILLES          | Montmagny        | santé mat - inf.   | MARCHAND GINETTE         | Haut-Richelieu   | adj. prog.         |
| KIROUAC GERALD         | Trois - Rivières | adj. plan.         | MARCOUX LAURENT          | Lanaudière       | chef DSC           |
| L'HEUREUX JEAN-BERNARD | Maisonneuve-Rose | santé dentaire     | MARION MARCEL            | Maisonneuve-Rose | adj. adm.          |
| LABRECQUE CLAUDE       | Hopital Général  | maladies infect.   | MARQIST ANDRE            | St - Jérôme      | cons. recherche    |
| LABRECQUE EDITH        | Saint-Sacrement  | santé mat - inf.   | MARTEL GABRIELLE         | Hauterive        | santé des jeunes   |
| LABRIE HENRI           | Charles-Lemoyne  | chef DSC           | MARTEL MONIQUE           | Trois - Rivières | adj. prog.         |
| LACATILLE LISE         | Haut-Richelieu   | adj. plan.         | MARTIN LOUISE            | Rivière-du-Loup  | adj. prog.         |
| LACASSE MARIE CLAIRE   | Rouyn - Noranda  | adj. medical       | MARTIN RICHARD           | Lévis            | cons. recherche    |
| LACHANCE PAUL          | C.h.u.l.         | med. conseil       | MATHIEU PIERRE           | Enfant - Jésus   | adj. adm.          |
| LACHANCE PAUL          | Enfant - Jésus   | santé-travail coor | MATTE HUGUES             | Saint-Sacrement  | santé-travail coor |
| LACOMBE REAL           | Rouyn - Noranda  | chef DSC           | MENARD JEAN              | Mauricie         | santé-travail coor |
| LADOUCEUR PAULE        | Saint-Sacrement  | adj. prog.         | MESSIER ALAIN            | Haut-Richelieu   | santé-travail coor |
| LADOUCEUR ROGER        | Verdun           | santé des jeunes   | MIREAULT GILLES          | Rimouski         | santé mentale      |
| LAFERTE NATHALIE       | Drummondville    | cons. recherche    | MIVILLE VIOLA            | Sacré - Coeur    | maladies infect.   |
| LAINESSE PIERRE        | Haut-Richelieu   | adj. prog.         | MORIN GHISLAINE          | Gaspé            | santé mat - inf.   |
| LALOIE MIREILLE        | Trois - Rivières | chef DSC           | MORIN-BLANCHET CHRISTIAN | Haut-Richelieu   | chef DSC           |

| Nom                      | Nom du D.S.C.    | Fonction           | Nom                      | Nom du D.S.C.    | Fonction           |
|--------------------------|------------------|--------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| MORIN-COUTURE LISE       | Saint-Sacrement  | santé scolaire     | ROUSSEAU SIMON           | Drummondville    | chef DSC           |
| MUCCI FERNAND            | Maisonnette-Rose | agent comm. - info | ROY ANDRE                | Haut-Richelieu   |                    |
| MADEAU JEAN-GUY          | Valleyfield      | d.g. CH - DSC      | ROY GUY                  | Rouyn - Noranda  | santé-travail coor |
| NANON TARDIF MONIQUE     | St - Jérôme      | santé mat - inf.   | SAINTONGE FRANCOISE      | Lakeshore        | adj. adm.          |
| NGUYEN T.H.N.            | Laval            | nutrition          | SALOIS CHRISTIAN         | Outaouais (Hull) | adj. adm.          |
| NORMANDEAU JACQUES       | Valleyfield      | santé-travail coor | SAUVAGEAU YVES           | Charles-Lemoyne  | cons. recherche    |
| NORMANDEAU LOUISE        | Haut-Richelieu   | santé-travail coor | SAUVE JACQUELINE         | Charles-Lemoyne  | adj. prog.         |
| OLIVIER GHISLAINE        | Roberval         | santé mat - inf.   | SCOTT LISE               | Lakeshore        | santé-travail coor |
| OTIS JEAN-CLAUDE         | Chicoutimi       | cons. recherche    | SEGUIN LOUISE            | Laval            |                    |
| PAQUET CHRISTIANE        | Gaspé            | santé mentale      | SERGERIE MARCEL          | Rimouski         | cons. recherche    |
| PAQUET SYLVIE            | Mauricie         | nutrition          | SEVIGNY FABIOLA          | Rouyn - Noranda  | santé mat - inf.   |
| PAQUETTE LORRAINE D.     | Lakeshore        | nutrition          | SMOLLA DANIEL            | Gaspé            | cons. recherche    |
| PARADIS PIERRE           | Saint-Sacrement  | adj. adm.          | ST-PIERRE LOUISE         | Hauterive        | adj. prog.         |
| PARADIS REJEAN           | St - Jérôme      | chef DSC           | ST-PIERRE NORMANDE       | Roberval         | santé des jeunes   |
| PARE LOUISE              | Lanaudière       | audiologie - orto  | ST-SAUVEUR SERGE         | Laval            | act. phy.          |
| PARENT DIANE             | Lakeshore        | santé - travail hy | STE-CROIX LOUIS-PHILIPPE | Gaspé            | adj. plan.         |
| PARENT RACHEL            | Sacré - Coeur    | santé mentale      | SYLVESTRE RITA           | Ste - Justine    | santé des jeunes   |
| PAYETTE JEAN-CLAUDE      | Lanaudière       | santé dentaire     | SYNNETT DANIEL           | Montmagny        | gérontologie       |
| PAYETTE MARTIN           | St - Luc         | santé dentaire     | TANGUAY FRANCOIS         | Montmagny        | santé - travail hy |
| PELLETIER GENEVIEVE      | beauceville      | agent comm. - info | TARDIF JEAN-MARC         | Gaspé            | santé - travail hy |
| PELLETIER JOCELYNE       | Rivière-du-Loup  | adj. prog.         | TESSIER BARBARA          | Beauceville      |                    |
| PELLETIER MARIE          | Montmagny        | santé des adultes  | TETREULT JEANNE          | Maisonnette-Rose | santé mat - inf.   |
| PEPIN ODETTE             | Outaouais (Hull) | santé-travail coor | THEBERGE RENE            | Lakeshore        | adj. adm.          |
| PERRAULT CHANTAL         | Maisonnette-Rose | santé mentale      | THERIAULT VILMONT        | Hauterive        | coor. recherche    |
| PERRAULT-BARRIERE SYLVET | Haut-Richelieu   | santé des jeunes   | THERRIEN LOUISE          | Enfant - Jésus   | santé des jeunes   |
| PERREault ODETTE         | Maisonnette-Rose | santé des jeunes   | THIBault LOUISE          | Lanaudière       | périnatalité       |
| PERRON MARCEL            | Roberval         | gérontologie       | THOMAS DANIEL            | Ste - Justine    | gérontologie       |
| PESANT PIERRE            | St - Luc         | gérontologie       | TOUSIGNANT YVES          | St - Hyacinthe   | chef DSC           |
| PICHE RONALD             | Valleyfield      | santé - travail hy | TREMBLAY DANIEL          | Lakeshore        | coor. recherche    |
| PLANTE ROBERT            | C.h.u.l.         | santé-travail coor | TREMBLAY RENE            | Mauricie         | chef DSC           |
| POIRIER LOUIS            | Rouyn - Noranda  | santé-travail coor | TREMBLAY ROLAND          | St - Hyacinthe   | cons. recherche    |
| POIRIER MARCEL           | Trois - Rivières | santé-travail coor | TREMPÉ NORMAND           | Outaouais (Hull) | cons. recherche    |
| POIRIER PAUL             | Enfant - Jésus   | santé-travail coor | TURCOTTE JEAN JACQUES    | St - Hyacinthe   | maladies infect.   |
| POTVIN NELSON            | Lakeshore        | cons. recherche    | TURGEON JANINE           | beauceville      | adj adm - prog - p |
| POULIN MAURICE           | Trois - Rivières | med. conseil       | VAILLANCOURT MATHIEU     | Trois - Rivières | d.g. CH - DSC      |
| POUPART GILLES           | Valleyfield      | chef DSC           | VEILLETTE BOUCHER CARMEN | Rouyn - Noranda  | santé des jeunes   |
| PREMONT LUCIE            | C.h.u.l.         | chef DSC           | VEILLEUX JULIEN          | Saint-Sacrement  | chef DSC           |
| PREMONT SYLVIE           | Montmagny        | santé des jeunes   | VEILLEUX SYLVIE          | Beauceville      | santé des jeunes   |
| PREVOST MICHEL           | Rouyn - Noranda  | cons. recherche    | VIGNEAULT JEAN-PIERRE    | Lévis            | santé-travail coor |
| QUENNEVILLE ANDRÉE       | Enfant - Jésus   | adj. prog.         | WHITE FRANCOISE          | beauceville      | périnatalité       |
| QUESNEL GERALDINE T.     | Valleyfield      | santé mat - inf.   |                          |                  |                    |
| QUIMPER GERALD           | Montmagny        | adj. adm.          |                          |                  |                    |
| RACINE GINETTE           | Ste - Justine    | santé-travail coor |                          |                  |                    |
| RACINE SIMON             | Verdun           | chef DSC           |                          |                  |                    |
| REID JOHANNE             | Lanaudière       | adj. prog.         |                          |                  |                    |
| RICHARD GHISLAINE        | Outaouais (Hull) | adj adm - prog - p |                          |                  |                    |
| RINGUET JACQUES          | C.h.u.l.         | adj. plan.         |                          |                  |                    |
| RIVERIN LEOPOLD          | Roberval         | chef DSC           |                          |                  |                    |
| ROBERGE ROGER T.         | Lévis            | chef DSC           |                          |                  |                    |
| ROBERT JEAN              | St - Luc         | chef DSC           |                          |                  |                    |
| ROBIDAS GUY              | St - Jérôme      | adj. prog.         |                          |                  |                    |
| ROBILLARD PIERRE         | St - Jérôme      | med. conseil       |                          |                  |                    |
| ROBITAILLE JEAN          | Valleyfield      | adj. adm.          |                          |                  |                    |
| ROCHETTE EMILIE          | Enfant - Jésus   | chef DSC           |                          |                  |                    |
| ROSSIGNOL GUY            | Rivière-du-Loup  | med. conseil       |                          |                  |                    |
| ROUSSEAU ROBERT          | Verdun           | santé-travail coor |                          |                  |                    |

AUTRES PARTICIPANTS-TESNOMNOM DE L'ORGANISME

|                               |                                    |
|-------------------------------|------------------------------------|
| APRIL NICOLE                  | C.H.U.L.                           |
| BÉLAND FRANCOIS               | UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL             |
| CHOINIÈRE NORMAND             | ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC |
| CONTANDRIOPOULOS ANDRE-PIERRE | UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL             |
| DUTRISAC CLAIRE               | LA PRESSE PLUS                     |
| DUVAL MICHEL                  | UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL             |
| EMOND ALICE                   | C.L.S.C. ST-EUSTACHE               |
| FORTIN JEAN-PAUL              | M.A.S.                             |
| GAGNÉ LOUISE                  | C.H.U.L.                           |
| GARON GAÉTAN                  | M.A.S.                             |
| GIRARD PAULETTE               | UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL             |
| GOULET LISE                   | UNIVERSITÉ MCGILL                  |
| GRAVEL SYLVIE                 | UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL             |
| LABRECQUE PASCAL              | C.H.U.L.                           |
| LALIBERTÉ DENIS               | C.H.U.L.                           |
| LAMARCHE CLAIRE               | RADIO-QUÉBEC                       |
| LAMARCHE PAUL                 | O.M.S.                             |
| LECLAIRE GINETTE              | M.A.S.                             |
| LEMYRE PIERRE                 | C.H. RÉGIONAL DE LA MAURICIE       |
| MAHEU BRIGITTE                | UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL             |
| MACPHERSON ALEXANDER S.       | D.S.C. TORONTO                     |
| MEYR LAURENCE                 | C.H.U.L.                           |
| OUELLET DIANE                 | UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL             |
| PINEAULT RAYNALD              | UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL             |
| POIRIER CLAUDE                | C.H.U.L.                           |
| ROCHON JEAN                   | UNIVERSITÉ DE LAVAL                |
| ROSSIGNOL MICHEL              | C.H.U.L.                           |
| ROY MARIE-RENEÉ               | UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL             |
| SPITZER WALTER                | UNIVERSITÉ MCGILL                  |
| TERRIS MILTON                 | JOURNAL P.H.P. ÉTATS-UNIS          |
| TREMBLAY MICHÈLE              | UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL             |
| TREMBLAY YVES                 | A.S.P.Q.                           |
| TURCOTTE FERNAND              | UNIVERSITÉ DE LAVAL                |

LISTE DES DÉPARTEMENTS ET DIRECTIONS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE:

Beauceville  
Hôpital St-Joseph  
253, rue de l'Hôpital  
BEAUCEVILLE-OUEST (Québec)  
G0M 1A0  
Tél: (418) 774-3126

Enfant-Jésus  
Hôpital de l'Enfant-Jésus  
1401, 18e rue  
QUÉBEC (Québec)  
G1J 1Z4  
Tél: (418) 694-5924

Charles Lemoyne  
2075, Victoria  
2e étage, suite 103  
ST-LAMBERT (Québec)  
J4S 1H1  
Tél: (514) 465-7800

Gaspé  
Hôtel-Dieu de Gaspé  
Casier postal 120  
HAVRE DE GASPÉ (Québec)  
G0C 1S0  
Tél: (418) 368-2443

Chicoutimi  
Hôpital de Chicoutimi  
305, St-Vallier  
CHICOUTIMI (Québec)  
G7H 5H6  
Tél: (418) 549-2195  
poste 291

Hauterive  
Centre hospitalier régional  
Baie-Comeau - Hauterive  
635, boulevard Joliette  
HAUTERIVE (Québec) G5C 1P1  
Tél: (418) 589-3701  
poste 240

C.H.U.L.  
2705, boulevard Laurier  
STE-FOY (Québec)  
G1V 4G2  
Tél: (418) 656-8900

Hull  
Centre hospitalier régional  
de l'Outaouais  
1040, boulevard St-Joseph  
HULL (Québec) J8Z 1X9  
Tél: (819) 777-3871

De Lanaudière (Joliette)  
585, boulevard Manseau  
JOLIETTE (Québec)  
J6E 3E5  
Tél: (514) 759-9900

Lakeshore  
Lakeshore General Hospital  
175, chemin Stillview # 310.  
POINTE-CLAIRE (Québec)  
H9R 4S3  
Tél: (514) 694-2055

Drummondville  
Hôpital Ste-Croix  
570, rue Herriot  
DRUMMONDVILLE (Québec)  
J2B 1C1  
Tél: (819) 478-1381 poste 710

Laval  
Cité de la Santé de Laval  
1755, boulevard René Laënnec  
VIMONT (Ville de Laval)  
H7M 3L9  
Tél: (514) 668-1010 poste 347

Lévis  
Hôtel-Dieu de Lévis  
143, rue Wolfe  
LÉVIS (Québec)  
G6V 3Z1  
Tél: (418) 835-7121

Maisonnette-Rosemont  
5415, boulevard de l'Assomption  
MONTRÉAL (Québec)  
H1T 2M4  
Tél: (514) 255-3222

Mauricie  
Centre hospitalier régional  
de la Mauricie  
550, rue Brodway  
SHAWINIGAN-SUD (Québec)  
G9N 1M3  
Tél: (819) 537-9321 poste 225

Montmagny  
Hôtel-Dieu de Montmagny  
350, boulevard Taché Ouest  
MONTMAGNY (Québec) G5V 3R8  
Tél: (418) 248-6205

Montreal General Hospital  
1597, avenue des Pins Ouest  
MONTRÉAL (Québec)  
H3G 1B3  
Tél: (514) 937-9231

Rimouski  
Hôpital St-Joseph de Rimouski  
150, rue Rouleau  
RIMOUSKI (Québec)  
G5L 5T1  
Tél: (418) 724-8454

Rivière-du-Loup  
Hôtel-Dieu de Rivière-du-Loup  
75, rue St-Henri  
RIVIÈRE-DU-LOUP (Québec)  
G5R 2A4  
Tél: (418) 862-8261 poste 227

Roberval  
Hôtel-Dieu de Roberval  
140, avenue Lizotte  
ROBERVAL (Québec)  
G8H 1B9  
Tél: (418) 275-4922

Rouyn-Noranda  
435, rue Gagné  
ROUYN (Québec)  
J9X 3P8  
Tél: (819) 764-3264

Sacré-Coeur de Montréal  
Hôpital du Sacré-Coeur  
5400, boulevard Gouin Ouest  
MONTRÉAL (Québec)  
H4J 1C5  
Tél: (514) 333-2367

Saint-Hyacinthe  
Hôpital Honoré-Mercier  
2750, rue Laframboise  
ST-HYACINTHE (Québec) J2S 4Y8  
Tél: (514) 773-5501

Saint-Jean  
300, montée St-Luc  
ST-JEAN-SUR-RICHELIEU (Québec)  
J3A 1G2  
Tél: (514) 348-0905

Saint-Jérôme  
Hôtel-Dieu de St-Jérôme  
1000, rue Labelle Bureau 250  
ST-JÉRÔME (Québec)  
J7Z 5N6  
Tél: (514) 436-5669

Sainte-Justine  
Hôpital Ste-Justine  
3175, chemin de la côte Ste-Catherine  
MONTRÉAL (Québec)  
H3T 1C5  
Tél: (514) 342-9322

Saint-Luc  
Hôpital St-Luc  
1001, rue St-Denis  
MONTRÉAL (Québec)  
H2X 3H9  
Tél: (514) 285-6471

Trois-Rivières  
Hôpital Ste-Marie  
1991, boulevard du Carmel  
TROIS-RIVIÈRES (Québec)  
G8Z 3R9  
Tél: (819) 373-2787

Saint-Sacrement  
Hôpital Saint-Sacrement  
1050, chemin Ste-Foy  
QUÉBEC (Québec)  
G1S 4L8  
Tél: (418) 688-3670

Valleyfield  
Hôtel-Dieu de Valleyfield  
55, rue Jacques Cartier  
VALLEYFIELD (Québec)  
G6T 4R4  
Tél: (514) 371-6313

Sherbrooke  
C.H.U.S.  
Chemin de Stoke  
SHERBROOKE (Québec)  
J1H 5N4  
Tél: (819) 563-5555

Verdun  
Hôpital général du Christ-Roi  
de Verdun  
4000, boulevard Lasalle  
VERDUN (Québec) H4G 2A3  
Tél: (514) 761-3551 poste 377

/JMCN  
84-02-03

## 8.2 LA LISTE DES EXPOSANTS ET COMMANDITAIRES

LA LISTE DES EXPOSANTS ET COMMANDITAIRES:

ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC  
284, carré St-Louis  
MONTRÉAL (Québec)  
H2X 1A4

BLOCK DRUG CO. LTEE  
36, Northline Road  
TORONTO (Ontario)  
M4B 3E3

INSTITUT ARMAND FRAPPIER  
531, boulevard des Prairies  
C.P. 100  
LAVAL-DES-RAPIDES (Ville de Laval)  
H7N 4S3

LE LABORATOIRE B.M.G. INC.  
C.P. 841  
VARENNES (Québec)  
J0L 2P0

LES LABORATOIRES COOPER LIMITÉE  
974, Lakeshore Road  
MISSISSAUGAU (Ontario)  
L5E 1E4

MERK FROSST CANADA INC.  
C.P. 1005  
POINTE-CLAIRE (Québec)  
H9R 4P8

SYBIS - INFORMATIQUE MÉDICALE INC.  
63, rue Quidoz  
STE-THÉRÈSE (Québec)  
J7E 4L3

### 8.3 LA CONFÉRENCE PARALLÈLE DU GROUPE SYBIS

## LA CONFÉRENCE PARALLÈLE DU GROUPE SYBIS.

### L'informatique à l'heure des DSC.

Sommaire des éléments d'information de la conférence présentée le 12 décembre 1983 par Rhéal Blanchard de la firme SYBIS Informatique Médicale Inc. dans le cadre du colloque des départements de santé communautaire, "Pour une mission en santé".

La présente a pour but de fournir quelques commentaires et observations afin de situer le rôle que l'informatique est appelé à jouer comme support opérationnel dans le secteur de la santé et de fournir quelques conseils et mise en garde devant permettre des retombées heureuses lors de l'utilisation d'un support informatique.

Un inventaire sommaire des applications courantes et de leur pénétration est aussi présenté.

### Réajustement d'heure ou augmentation de productivité.

L'augmentation considérable de la productivité dans le secteur manufacturier au cours des quarante dernières années a conduit à un investissement moyen de 20,000\$ en outils de productivité par travailleur alors que pour les activités cléricales les changements de méthodes et de moyens de travail n'ont pas subi cette progression importante, avec des investissements de moins de 1,000\$ par collet blanc. (machine à écrire, classeur, calculatrice...)

Cette dernière situation est en voie de se corriger rapidement. Des ventes prévues de dix millions d'unités de micro-ordinateurs pour le marché nor-américain au cours des 12 prochains mois indiquent l'accélération de la réorganisation des opérations des secteurs tertiaires.

Que peut vous apporter cette révolution, Comment bénéficier de cette révolution et non en être des victimes. Suite à mon expérience des 18 dernières années dans la réalisation de systèmes informatiques interactifs pour la planification et le contrôle des opérations, je désire apporter divers points de vue afin de vous guider quelque peu à travers les étapes et réajustements d'heure qu'impose à chacun l'avance technologique informatique.

Tableau I -Evolution des coûts typiques.

| année | équipement | logiciel     |          |
|-------|------------|--------------|----------|
|       |            | personnalisé | standard |
| 1960  | \$750K     | \$250K       | \$250K   |
| 1975  | \$15K      | \$70K        | \$15K    |
| 1985  | \$1.5K     | \$33K        | \$5K     |

Les bas coûts actuels d'un ordinateur sont dues à une percée technologique où il est possible de reproduire pour moins de 200\$ l'ensemble des fonctions d'un ordinateur sur une plaquette de silicium contenant 238,000 éléments de fonctions électroniques. L'apparition de la même efficacité dans le secteur de l'automobile permettrait par exemple d'acheter aujourd'hui pour 60\$, la Rolls Royce qui se vendait 30,000\$ en 1960.

## Raisons d'être de l'informatique.

"La nécessité (la paresse) est la mère de l'invention".

L'informatique est devenu un outil majeur afin de suivre et de contrôler l'évolution rapide des diverses activités. Le spectre d'un grand chômage à la suite de son utilisation massive peut être dissipé en considérant par exemple que si nous ne disposions pas aujourd'hui de centrales téléphoniques automatisées, toutes les femmes du continent seraient requises afin d'acheminer par branchement manuel, le volume quotidien actuel des communications téléphoniques.

### 1- Libération de l'homme (et de la femme)

Faire faire par une machine, tout ce qui est possible. Alors que pour satisfaire les besoins essentiels nos pères devaient travailler 72hres/sem, nous-mêmes, de 35 à 40hres, nous pouvons prévoir que nos enfants ne devront en dépenser que 20 pour satisfaire aux mêmes besoins.

### 2- Fiabilité.

- Validation en cours d'étape
- Cheminement guidé

### 3- Rapidité.

### 4- Constance: de la présentation

## Pourquoi utiliser l'informatique.

- 1- Effectuer une quantité d'opération simple.
- 2- Faire des calculs compliqués.
- 3- Mémoriser, classier et extraire de l'information.
- 4- Diffuser ou obtenir de l'information.
- 5- Diminuer l'utilisation des téléphones.
- 6- Eliminer la redondance des informations afin de ne disposer que d'une vérité.
- 7- Protéger l'information: accès, feu, vol, vandalisme.
- 8- Accélérer le service: retrouver plus rapidement le numéro d'un dossier.
- 9- Effectuer les fonctions cléricales quotidiennes, afin de disposer de plus de temps pour mieux planifier et mieux servir la clientèle.
- 10- Absorber les surcharges de travail:
  - Fins de périodes
  - Vacances
  - absences maladies
  - affluence momentanée

## Quoi - Quand informatiser

Tout ordinateur, petit, moyen ou grand, peut effectuer des tâches semblables de traitement, d'entreposage ou de transmission de données, sous réserve toutefois de difficultés plus ou moins grandes de programmation et de temps variés d'exécution.

Il est essentiel de bien identifier les objectifs d'une mécanisation et d'établir les jalons de mesure afin de contrôler le succès de l'opération. L'informatisation doit être vécue comme une expérience positive et non comme un mal nécessaire. Autrement, son succès sera bien fragile.

Il y a autant de solutions informatiques à un problème qu'il y a d'intervenants. Seul l'établissement des avantages économiques anticipés permettra d'effectuer un choix réaliste.

Voici une liste afin de guider le lecteur dans l'identification des fonctions à haute incidence d'informatisation:

1- Activités routinières d'opération:

Avec haut volume  
Avec longues séquences

2- Utilisation multiple des mêmes données de base:

Par la même personne  
Par des personnes à l'intérieur du même service  
Par d'autres services

3- Problèmes de communication:

Afin d'obtenir de l'information d'un autre service  
Afin de transmettre des données à un autre service

Il s'agit ici d'éliminer les dérangements téléphoniques impronptus et les inconvénients et coûts des courriers internes.

4- Contexte évolutif:

Emission de rapports préliminaires, intermédiaires et finaux.

## Points à surveiller.

### Quant à l'usager.

#### Déplacement d'une fonction

Il ne faut pas que l'informatisation entraîne un déplacement de ses responsabilités traditionnelles vers le service informatique, ceci afin d'éviter le désabusement du personnel directement impliqué dans la marche routinière des opérations. Il ne faut pas que cela devienne la faute de "l'informatique" si les résultats ne sont pas adéquats. Les mêmes personnes feront le même travail avec des moyens différents.

Il faut que les coûts d'opération soient absorbés par les utilisateurs. Ceci permet un contrôle de la qualité des services, avec le choix d'un retour au support manuel ou de faire appel à des fournisseurs extérieurs pour une plus grande qualité ou de meilleurs coûts.

Dans le secteur public, il est aussi important d'imputer à un service tous les coûts d'opération, à cause du processus de comparaison inter-établissement et de la détermination des enveloppes budgétaires.

#### Support à une fonction.

L'informatisation doit viser l'assistance à une fonction cléricale ou technique, par opposition à son élimination, ceci afin d'éliminer le besoin constant de faire appel aux informaticiens afin d'adapter les systèmes aux nouvelles conditions d'opérations.

### Même gamme de service

Même si cela pose un défi informatique important, il faut que les usagers disposent d'au moins des mêmes facilités jugées indispensable à l'intérieur d'un système manuel. Ex. un système manuel peut disposer d'index phonétiques manuels afin d'accélérer l'extraction de l'information alors que la contrepartie informatique qui a autant besoin d'une telle approche n'en disposera souvent pas.

### Simple d'utilisation

Un système doit être simple d'utilisation et ne nécessiter que quelques heures d'entraînement. Le système doit être auto-documenter et l'utilisateur guidé en cours d'utilisation.

### Temps réponse

Bien que le chargement de programmes peuvent demander quelques secondes il est essentiel que les temps réponses à l'intérieur d'une application de saisie, de recherche ou de validation d'information, soient de moins de deux secondes. De même, les changements d'une application à une autre doivent être rapides, si ils doivent se produire continuellement au cours de l'exercice d'une fonction.

### Procédures en cas de pannes prolongées

Tout doit être prévu afin de poursuivre normalement les opérations routinières lors de pannes prolongées d'un système informatique. De même l'accès à l'information vitale ainsi que sa protection doivent être assurés.

### Uniformité d'opération

L'application informatique doit être suffisamment à point et générale pour permettre l'utilisation uniquement de l'informatique dans l'exercice d'une activité donnée, ceci afin d'éviter de perpétuer l'utilisation mixte manuelle-informatique, permettant rarement l'atteinte des objectifs économiques.

## Quant à l'aspect informatique.

### Gestion des facilités informatiques.

La disponibilité de services informatiques entraîne des difficultés administratifs et des coûts additionnels non négligeables.

Afin d'assurer une qualité d'opération et une évolution normale, des postes budgétaires doivent être prévus pour chacun des éléments suivant:

- Entretien de l'équipement
- Entretien des logiciels fournis par les fabricants d'équipement, i.e systèmes d'exploitation
- Entretien des logiciels d'opération
- Support technique aux Utilisateurs:
  - afin de répondre aux problèmes courant d'opération
- Développement: Afin d'étendre les services ou de répondre à des changements de politique

Les systèmes achetés et/ou développés doivent permettre leur fonctionnement sur une gamme d'équipement.

## L' informatique en santé.

Tout d'horizon des applications administratives (non-financières) dans les secteurs privés et publics.

### Centres hospitaliers.

Une douzaine d'établissements disposent de la majorité des applications dans les secteurs énumérés ci-après, alors qu'une centaine en possèdent deux ou trois éléments:

- 1- Archives: index patients, Traitement de texte, statistiques médicales et hospitalières.
- 2- Admission: Inscription, gestion de lits
- 3- Pharmacie: Traitement des prescriptions, contrôle des interactions médicamenteuses, index-croisés de documents.
- 4- Radiologie: Inscription des visites, gestion des ressources, rédaction de rapports, statistiques, facturation à la RAMQ.
- 5- Urgence: Origine de la clientèle, lieu de l'événement, avec quoi, endroit du corps affecté, diagnostic posé.
- 6- Labo-Pathologie: Rédaction automatique des rapports suite à lecture optique de formulaire de collectes de données, statistiques cyto-patho et suivi des rendez-vous.
- 7- Labo-Biochimie: voir 6-

### En cliniques privées.

Une quarantaine de cliniques disposent déjà de systèmes d'identification patients et d'index des actes posées pour fins de facturation auprès de la Régie. Quelques unes disposent même d'un dossier informatique complet, pour leurs patients.

Les systèmes de rendez-vous y sont aussi souvent informatisés et quelques spécialistes utilisent le traitement de texte.

#### Potentiel.

- Dossiers CSST.
- Interrogation à distance des vaccins requis pour voyages.
- Déclaration des maladies infectieuses.
- Entretien des fiches de vaccination.
- Support au diagnostique et à la thérapie. (déjà disponibles)

#### D. S. C. .

- Etudes épidémiologiques à partir des données de l'urgence et des statistiques des archives.
- Dépistage et contrôle de l'hypertension

#### Potentiel.

- Enseignement via ordinateur, à l'école ou dans les salles d'attentes
  - Comment se nourrir
  - Comment se brosser les dents
  - Etc.....etc....

## **Embûches de la micro-informatique.**

**Boîte-noire:** Pas facile de comprendre ce qui se passe à l'intérieur. Plus compliqué de jeter un coup d'oeil sur l'information et d'en faire le ménage.

## **Etales vers l'informatisation.**

- Approbation de principe par l'administration.
- Assignation d'un responsable au dossier.
- Identification des secteurs offrant un intérêt.
- Etablissement de la rentabilité.
- Recherche de logiciels d'application.

Cette dernière étape dicte souvent le type d'équipement qui sera retenu ainsi que sa source d'approvisionnement. Si les progiciels requis ne sont pas satisfaisant, il faudra qu'ils soient développés ou modifiés avant de faire l'acquisition de configurations importantes d'équipement.

- Recherche d'équipement
- Approbation des budgets

## **Formation.**

Il ne faut pas oublié d'inclure ici des provisions pour la formation du personnel utilisateur. Pour éviter les catastrophes et être confortable sur son siège d'opérateur, tout comme pour la conduite automobile, l'utilisateur doit:

Etre familier avec l'appareil et ses besoins et/ou soins d'entretien  
connaître certaines lois d'usage et conventions  
maîtriser certaines conventions  
posséder certains réflexes  
acquérir une certaine dextérité  
observer certaines règles

**Mise en garde:** Tout le monde peut suivre des cours mais, plusieurs ne pourront jamais graduer.

Comme le demande tout fabricant, il faut lire et relire les manuels accompagnant l'équipement et/ou les logiciels.

Tout nouvel usager d'applications simples sur micro-ordinateur a besoin d'être formé de deux à trois jours. Toute personne devant utiliser un outil de développement pour la création et l'entretien de banques de données, doit profiter d'au moins trois à cinq jours de formation additionnelles. Il faut prévoir de 250 à 450\$ par jour et souvent par personne, pour quelques-uns de ces cours. Plusieurs maisons d'enseignement offrent par ailleurs des cours d'introduction à des coûts très avantageux.

Ceci illustre aussi l'importance de connaître l'impact économique prévu, afin de ne pas considérer de tels déboursés comme des dépenses pures mais de les voir plutôt comme des investissements essentiels pour un meilleur retour.

## Coûts d'entretien.

Lorsque la micro-informatique fournit un support à une fonction d'opération, il devient important d'assurer la continuité de sa disponibilité. Cette préoccupation peut se refléter par des investissements annuels de 20 à 40 pourcent de la valeur de l'équipement de base.

### Les éléments de coûts d'opération sont les suivant:

- 1- Entretien de la quincaillerie: sur place ou à l'atelier, avec des délais d'intervention de 4 ou 24 hres.
- 2- Support aux utilisateurs:  
Déterminer s'il s'agit de:
  - malfonctionnement du terminal
  - problème électrique
  - défaillance de l'ordinateur et de ses unités de mémoire
  - mauvaise opération par l'utilisateur
  - rencontre de conditions limites dans les programmes
- 3-

## Les aléas du développement de logiciel.

Le début de l'écriture d'une application est prévisible mais sa durée est toujours très incertaine. De plus, le résultat alors obtenu peut être très différent de celui originalement anticipé. Ce travail de pionnier doit être entrepris pour régler un problème important dont la dimension économique est bien établie.

Un projet de développement doit être attaqué sur une base d'auto-financement par le pionnier, pour ses propres besoins. La réussite d'un tel projet peut ensuite apporter un retour additionnel sur l'investissement, grâce à la vente de droit d'utilisation.

## Transportabilité des logiciels.

Il faut s'assurer que les applications développées puissent être compatibles avec plusieurs marques d'ordinateurs et avec plusieurs types d'écrans. Le logiciel doit être transportable à un coût de l'ordre de 10 à 25% de la valeur de la version originale. Pour y arriver, il faut choisir adéquatement les langages et/ou les outils de développement pour leur construction.

C'est une précaution essentielle quand on réalise que les investissements les plus élevés sont dans les coûts de logiciels d'une part, (typiquement de 2 à 5 contre 1) et que d'autre part la permanence des fournisseurs et fabricants d'équipement est imprévisible. De plus, celui qui offre aujourd'hui la meilleure combinaison coût-performance peut être battu rapidement.

On peut considérer que la fonction à supporter ou la nature du service à être fourni par l'informatique est relativement stable alors que le véhicule pour l'effectuer devra nécessairement être changé un jour.

### Achat d'équipement pour les besoins à court-terme seulement.

La rapide évolution technique permet de posséder de plus en plus de capacité et de fonctions, à des coûts toujours plus bas. Il faut donc planifier la désuétude et prévoir aujourd'hui comment et où l'équipement acquis pourra servir demain.

## **Handicap 1: Informatique vs système manuel.**

L'ordinateur est une boîte où on ne peut voir directement ce qui s'y passe ou ce qu'il y a à l'intérieur sans faire appel à un entraînement particulier, alors qu'un classeur permet plus facilement entre autre d'observer que l'espace de rangement commence à manquer et qu'il est essentiel d'y faire le ménage avant de songer à l'utilisation de plus d'espace de rangement, les restrictions physiques forçant une action plus immédiate.

Une discipline sévère pour la sauvegarde quotidienne de l'information sur support magnétique doit aussi être instaurée. Il est plus fréquent de perdre de l'information sur support magnétique que de voir disparaître son classeur.

L'entretien préventif est moins essentiel et moins coûteux pour un classeur tout en étant plus simple à réparer.

## **Handicap 2: Micro vs mini ordinateurs**

### **Echange d'information**

Il est actuellement plus facile d'échanger de l'information entre plusieurs terminaux reliés à un même ordinateur qu'entre plusieurs micro-ordinateurs. Les micro-ordinateurs sont très efficaces en mono-usager.

Plus de support technique est disponible localement dans un environnement de mini-ordinateur, à cause de l'importance des justifications économiques.

### **Coûts typiques**

L'ordre de grandeur des prix fournis ici, est pour de l'équipement dit "commercial" par opposition à celui de type "Hobby".

Micro-ordinateur, 16 bits, 128Koctets de mémoire vive, Un million d'octets en mémoire externe, écran monochrome de 80 caractères par lignes, 24 lignes, capacité graphique: 4 à 6,000\$

Pour 10 à 20 millions d'octets add. de mémoire, ajouter 4 à 6,000\$

Imprimante, 180 cps, qualité simili-correspondance et capacité graphique 1,000 à 2,000\$

### **L'informatique aux informaticiens.**

L'utilisateur d'un micro peut perdre beaucoup de temps à ajuster ou développer ses logiciels d'application alors qu'un spécialiste en informatique (technicien ou professionnel) peut régler beaucoup plus élégamment et rapidement les problèmes qui se posent. L'utilisateur doit surtout fournir un effort important afin de définir ses besoins et problèmes, ce qui représente souvent près de la moitié du travail dans un projet d'informatisation.

Note 1: Texte composé sur imprimante OKIDATA 83A, sans qualité lettre.  
confdsc.txt 27/3/84

SYBIS: 1-514-435-9188

8.4 LES COMMENTAIRES DES PARTICIPANTS-TES  
«POUR UNE MISSION EN SANTÉ»: CE QU'ON EN DIT...

## LES COMMENTAIRES DES PARTICIPANTS-TES:

«POUR UNE MISSION EN SANTÉ»: CE QU'ON EN DIT ...

- Les chefs acceptent de se mettre la tête sur le bûcher: dixit: un chef;
- les départements de santé communautaire sont le reflet de la prévention: timide; dixit: un professionnel;
- la grande maladie des départements de santé communautaire: l'écholalie; dixit: un professionnel;
- les chefs appellent les professionnels à leur rescousse; dixit: un professionnel;
- une opération qui coûte cher pour éponger un manque de leadership des chefs; dixit: un professionnel;
- le colloque ne servira qu'à nous flatter la bedaine et à petter nos bretelles; dixit: un chef;
- il faut politiser la santé communautaire; dixit: un professionnel;
- le colloque est un nouveau départ: il est temps que nous fassions le point entre nous avant de poursuivre avec nos partenaires: A.H.Q., C.R.S.S.S.;C.L.S.C.; dixit: un professionnel;
- une activité de communication attendue depuis longtemps; dixit: un professionnel;
- un projet qui me ramène en 1975; dixit: un professionnel;
- les D.S.C. doivent commencer par la base;
- voici la meilleure face des D.S.C., la face cachée ...;
- enfin, vous comprenez!;
- le colloque: une immense colique!;
- à l'image des D.S.C., nous travaillons dans l'ombre!;
- les chefs sont prêts à partager le pouvoir, c'est à voir!;
- question pour historiens: en quelle année sont morts les D.S.C.?,

- vive les «santés communautaires» ...;
- vive les D.S.C. - Vive les D.S.C. libres; dixit: un professionnel frustré!;
- et, si on se prenait un peu moins au sérieux? ...;
- les chefs acceptent de se mettre la tête sur le bûcher; dixit: un professionnel - y paraît qu'on a brûlé Jeanne d'Arc ... elle entendait des voix...;
- réveillez-vous les D.S.C.!!;
- il faut toujours essayer de comprendre!...;.
- les départements de santé communautaire sont le reflet de la prévention: timide; dixit: un professionnel;
- définition: un professionnel: quelqu'un qui a peur de «signer» ses positions: il ne fait que les signifier;
- concertation, participation: piège à con!;
- délire intellectuel sur des faux problèmes... Allo colloque;
- il faut politiser la santé communautaire; dixit: un professionnel;
- c'est à croire que les institutions n'ont leur raison d'être que pour les intervenants. Et que sont les bénéficiaires dans toute cette agitation?;
- si on peut obtenir un consensus, le problème des D.S.C.: comment établir la concertation dans l'encadrement de la recherche sur la problématique du vécu des intervenants à l'intérieur d'un cadre de référence;
- ôme souitôme. Il s'étonnait de voir que les yeux du chat étaient situés exactement là ....! où la peau était trouée; dixit: un autre professionnel;
- ce qu'il faut pour régler les problèmes de santé des Québécois, c'est un super gros colloque de deux semaines sur «The love Boat» dans les Caraïbes (bar ouvert);
- un projet qui me ramène en 1975; dixit: un professionnel - moi, j'ai évolué plus que ça!;
- rien ne sert de courir, il faut démarrer à temps si on est bien branché sur le courant;

- CRSSS-DSC: «j'ai serré mon marteau». «Il me reste mon scalpel»;
- serait-ce le «chant du cygne des D.S.C.»;
- un chef, quelqu'un qui signe les rapports des professionnels;
- pourquoi par des D.M.P.: départements de médecine publique;
- «l'homme ne meurt pas, il se tue» (Sénèque, quelques années avant Jésus-Christ);
- il est urgent de se rencontrer plus souvent;
- on ne parle même pas le même titre?;
- le temps était à la tornade et à la tempête, mais on se retrouve dans la pluie, dans la «slutch»;
- le colloque: 350 victimes de somnolence
  - ↓
  - est-ce un problème?
  - un besoin?
  - un programme?
  - le fruit de la concertation?
  - une priorité?
- D.S.C.: Quand serons-nous autre chose que des experts et deviendrons-nous de véritables gestionnaires de la santé qui n'ont plus besoin d'un guide de procédures qui s'appelle Politiques du M.A.S.,.,.,;
- autorité de compétence est une aberration d'universitaire. Il faut la prendre auprès de la population ou qu'elle nous soit donnée par des pouvoirs politiques;
- il y a eu plus de questions de fond lors du congrès du parti conservateur!;
- dépense tes énergies à pondre des solutions plutôt que de les dépenser à calculer ce que ça coûte, tu dépenses inutilement en critiquant...;
- arrêtons d'être critiqueux mais plutôt critique. Plutôt que de perdre du temps à calculer les coûts rattachés au colloque, mettons du temps à donner des idées pour améliorer notre sort. Arrêtons d'attendre après les autres. A G I S S O N S dans l'action;
- vous n'êtes pas écoeurés de mourir bande de caves, c'est assez.
- il y a un vaste malaise sur ce tableau!....

## 8.5 LA COUVERTURE DE PRESSE

# LE MÉDECIN

## DU QUÉBEC

**février 1984**

**volume 19**

**numéro 2**

### ***Santé communautaire***

#### ***Réflexion sur une mission***

La mission des départements de santé communautaire se traduit par un certain nombre de fonctions auxquelles correspondent les ressources dont ils disposent. Ces fonctions sont la planification, la coordination, la recherche, l'enseignement et la prestation de services. En d'autres termes, leur mission consiste à conseiller le réseau et la communauté dans leurs interventions reliées à la santé, à promouvoir la santé sur leur territoire et à assurer la protection de la santé de la communauté.

Aussi, en vertu de la mission et des fonctions qui leur sont imparties, les D.S.C. ont un rôle clé à jouer dans la mise au point de programmes de santé pour les citoyens, dans la détermination des priorités de santé et dans l'orientation de politiques de santé.

Dans cette optique, l'Association des directeurs des départements de santé communautaire (A.D.D.S.C.), qui regroupe les 32 D.S.C. du Québec, a tenu en

décembre dernier, à Ville de Laval, un colloque intitulé «Pour une mission en santé».

La question posée était la suivante : «Le Québec a-t-il besoin de programmes provinciaux de santé?» En y répondant, on a cherché en même temps à faire le point sur les récentes réalisations en planification socio-sanitaire à l'extérieur du pays et au Québec, à connaître les points de vue de différents représentants du milieu de la santé publique et communautaire sur ce qu'ils attendent des D.S.C. et enfin à dégager une stratégie commune face à l'élaboration de dossiers prioritaires en santé en 1984 et ce, sur les plans sous-régional, régional et provincial.

C'était la première fois qu'un colloque réunissait les professionnels du réseau des 32 D.S.C. du Québec pour leur permettre d'échanger sur leurs réalisations et leurs projets en cours. L'événement revêtait donc une importance particulière, d'autant plus que les D.S.C. vivent actuellement une mutation profonde. En effet, de dispensateurs de services de première ligne, les



*Le Dr. René Tremblay, président de l'Association des directeurs des départements de santé communautaire. Le Dr. Tremblay a fait état des résultats d'un sondage mené auprès de chacun des 32 D.S.C. du Québec. Ces résultats révèlent que près du tiers des D.S.C. ont complété le transfert des services de première ligne aux C.L.S.C. et que près de la moitié sont en bonne voie de les effectuer.*

D.S.C. orientent de plus en plus leur travail vers la planification socio-sanitaire, un phénomène qui se traduit en particulier par le transfert de ressources vers d'autres établissements de santé.

Dix ans après leur création, les D.S.C. sont invités à concentrer leurs efforts sur l'identification et l'analyse des besoins de la population, alors que les C.R.S.S.S. sont là pour planifier les ressources et que les C.L.S.C. jouent un rôle au niveau de la distribution des services et de l'animation auprès des individus. Mais le contexte actuel en est encore de mutation, et l'on comprend que les professionnels qui travaillent dans les D.S.C. ressentent une certaine inquiétude. Pourtant, comme le soulignait le sous ministre Guy Rivard, les D.S.C. sont une charnière importante du système socio-sanitaire du Québec et pour eux, le temps est à l'action et non à la morosité ou à l'attentisme.

Un panel a d'ailleurs fait état de la nécessité pour les D.S.C. de poursuivre leur mandat en collaboration avec les autres intervenants du réseau. La santé communau-

taire peut être la préoccupation unique des D.S.C., mais elle n'est pas leur apanage exclusif, comme l'a souligné le Dr. Tremblay.

Les participants ont donc consacré une journée et demie à travailler en ateliers pour définir une stratégie commune d'action. De ces 18 ateliers sont issues des résolutions qui ont fait l'objet de propositions soumises à l'assemblée réunie en plénière. On en retient que les professionnels de la santé des D.S.C. ont du pain sur la planche. Il y aura néanmoins une suite prochaine à ce colloque, l'assemblée ayant en effet décidé de former un comité qui a pour mandat d'élaborer un projet d'association, de regroupement ou de forum des professionnels des D.S.C., incluant les chefs, de mettre sur pied, en 1984, un secrétariat provincial provisoire qui permette de consolider les structures de communication, sans oublier la formation d'un comité chargé d'organiser d'ici un an un colloque axé sur les stratégies d'intervention faisant l'objet d'actions communes aux niveaux régional et provincial et ce, en concertation avec les partenaires du milieu.

Bref, pour ces quelque 300 professionnels de la santé, la réflexion aura sans doute été laborieuse, mais il semble ne faire aucun doute qu'elle débouchera sur une action mieux définie et davantage en accord avec la vocation première des D.S.C.

## Première assemblée annuelle des DSC

CAROLE ROY

**MONTRÉAL** — Les médecins qui œuvrent dans le milieu de la santé communautaire se sentent limités par les modes de rémunération en vigueur qui les régissent. C'est ce qui est ressorti de la première assemblée annuelle de l'Association des médecins spécialistes en santé communautaire, qui s'est tenue le 14 décembre dernier dans le cadre du congrès d'orientation des Départements de santé communautaire (DSC).

L'Association trouve inacceptable que les médecins au sein de cette spécialité soient les seuls médecins spécialistes québécois à n'avoir aucun acte spécifique à facturer à la Régie d'assurance-maladie (RAMQ). Des représentations ont été faites auprès du ministère des Affaires sociales par le biais de la Fédération des médecins spécialistes du Québec lors de négociations précédentes, mais

l'Association n'a pu obtenir l'insertion au Tableau d'honoraires d'actes spécifiques à leur spécialité. "Pour l'Association des médecins spécialistes en santé communautaire, une telle situation signifie de façon implicite que les membres de l'Association ne sont ni des médecins ni des spécialistes à part en-

tière", mentionne-t-on dans un document préparé en octobre 1983 par l'Association.

Le président de l'Association, le **Dr Michel Grimard**, a déclaré, au cours de l'assemblée, que l'Association poursuivra énergiquement les objectifs de négociation dans l'année courante.

L'Association compte présentement près de soixante membres. Sur ce nombre, on évalue qu'il y a au sein de l'Association une quarantaine de médecins qui évoluent à plein temps à l'intérieur des ententes entre le ministère des Affaires sociales et la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

# Les DSC veulent prendre la place qui leur revient

(C.R.) LAVAL — Le transfert des services de première ligne des Départements de santé communautaire (DSC) aux CLSC provoque l'inquiétude parmi les professionnels qui voient leurs fonctions redéfinies. C'est pourquoi l'Association des directeurs des DSC a préparé un colloque d'orientation, afin de faire le point sur la situation des DSC au Québec et sur leur évolution. Plus de 300 professionnels du réseau des 32 DSC se sont réunis les 12, 13 et 14 décembre dernier pour dégager une stratégie commune en politique de santé québécoise.

Les DSC ont, en effet, dû délaisser une partie du mandat qui leur avait été confié lors de leur création en 1973, dans le but de pallier aux lacunes des CLSC. Aujourd'hui, un peu plus du tiers des DSC a achevé le transfert des services, alors que plus de 62% du réseau des CLSC est maintenant complet.

"Les DSC voient enfin que le moment est arrivé où ils peuvent réaliser leur propre mandat, constate le

**Dr René Tremblay**, directeur du Département de santé communautaire du Centre hospitalier régional de la Mauricie et président du comité organisateur du colloque, c'est-à-dire principalement l'analyse de l'état de santé et l'identification des problèmes et besoins de la population, le développement de programmes pour solutionner ces problèmes, la coordination des actions et l'évaluation des programmes et des interventions".



*"L'amélioration des communications et de la concertation entre les DSC augmentera sans aucun doute notre efficacité sociale et, partant de là, notre crédibilité," affirme le Dr René Tremblay, président du comité organisateur du colloque.*

Le sous-ministre adjoint à la Santé du ministère des Affaires sociales, **M. Guy Rivard**, a également souligné l'importance du rôle futur des DSC: "Les attentes à votre égard sont grandes, a-t-il dit, mais votre compétence est la pierre angulaire de votre succès".

M. Rivard, a aussi ajouté que les DSC devront être plus présents et intervenir dans des questions d'actualité, en plus de proposer des projets concrets, s'ils veulent prendre la place qui leur est dévolue en matière de politiques et de programmes de santé.

## Manque de coordination

Il ressort clairement, après trois jours de colloque, que le réseau des DSC doit se doter de mécanismes de concertation, afin d'établir une mission commune et d'éviter les interventions répétitives au niveau régional. Plusieurs mécanismes ont été mis en place pour assurer que cette concertation ait lieu.

Ce sera au printemps 1984 que les différents comités constitués pendant le colloque présenteront des projets de priorité, d'actions et de stratégie d'intervention. Malgré le manque de propositions concrètes en matière de politique de santé, le Dr Tremblay s'est dit fort satisfait du résultat du colloque. "C'est la première fois que les représentants des 32 DSC ont pu échanger sur leur situation. C'est déjà un bon début", a-t-il ajouté.

# Plus d'argent alloué à la prévention

(C.R.) LAVAL — Aux États-Unis, des sommes importantes sont dépensées pour le traitement de maladies, alors que la prévention fait figure de parent pauvre auprès des autorités et même du grand public. Selon le **Dr Milton Terris**, président de l'Association nationale pour des politiques en santé publique des États-Unis, cet état de chose ne peut durer face aux coûts escaboteux des soins. Le Dr Terris a déclaré, lors du colloque des Départements de santé communautaire, le 12 décembre dernier, que les gouvernements devraient revoir leurs priorités et se rendre compte "qu'un sou consacré à la prévention vaut son pesant d'or".

"Nous en sommes à la deuxième révolution épidémiologique. En premier lieu, les mesures de santé publique ont contribué fortement à la diminution du taux de mortalité et de morbidité dû à des maladies infectieuses durant les 100 dernières années, alors que les traitements médicaux ont joué un rôle secondaire", mentionne le Dr Terris. Il fait remarquer que ce n'est que depuis quelques décennies que nous disposons d'agents antibiotiques et

chimiothérapiques pour aider à combattre ces maladies.

Dans le cas des maladies non infectieuses, l'épidémiologie est appelée également à jouer un plus grand rôle. Le Dr Terris apporte, comme exemple, la baisse d'incidence de mortalité due à la cirrhose du foie en Angleterre, à la suite de l'adoption de mesures économiques rendant l'alcool moins accessible à la population. "Si nous mettions de l'avant des mesures de contrôle plus strictes dans le domaine de la santé publique, nous pourrions diminuer d'un quart — ou même d'un tiers — le taux de mortalité dû à des maladies cérébro-vasculaires", ajoute-t-il.

Le Dr Terris admet que ces mesures de contrôle sont difficiles à appliquer à cause de l'impact qu'elles peuvent avoir sur certaines industries, notamment les distilleries et les producteurs de tabac. "Les mesures de contrôle utilisées pour la protection contre les maladies infectieuses, telles que la mise en quarantaine d'animaux contaminés et la pasteurisation du lait, ont fait l'objet de protestations de la

part des cultivateurs; mais ce n'est rien comparé aux protestations des industries les plus puissantes, au-



*Le Dr Milton Terris: "La première révolution épidémiologique s'attaquait à des agents vivants: virus, bactéries et autres micro-organismes. Maintenant nous devons faire face à un nombre grandissant de substances qui causent la maladie."*

jourd'hui, qui usent de leur influence auprès des gouvernements pour échapper aux restrictions".

Le Dr Terris croit qu'éduquer le public sur les risques inhérents à la consommation de certains produits peut encourager les gens à adopter des attitudes plus favorables pour leur bien-être. Il aimerait toutefois que l'on puisse aller plus loin. "On devrait interdire toute publicité sur le tabac, tel que recommandé par l'Association internationale d'épidémiologie, et remplacer cette perte de revenus auprès des médias par une campagne publicitaire provenant des départements de santé communautaire" précise-t-il.

Le Dr Terris est conscient que, cette deuxième révolution épidémiologique représente un défi de taille à relever pour tous les intervenants en santé communautaire. Il espère toutefois que les départements de santé communautaire au Québec pourront s'inspirer de l'expérience américaine afin d'établir et de faire adopter des mesures de santé publique pour l'amélioration de l'état de santé de tous les québécois.



Claire Dutrisac

## VIEILLIR

# Les DSC et la gérontologie Que de problèmes à le 3e Âge...

/ 381

**L**es DSC (Départements de santé communautaire) sont, dans le réseau des Affaires sociales, de grands inconnus, pour ne pas dire de grands méconnus. Peu de gens savent ce qu'ils font, où ils le font, comment ils le font.

Il en existe huit dans la région montréalaise (O6-A) répartis dans autant d'hôpitaux. Je les ai cherchés dans le répertoire des établissements, établi, chaque année, par le MAS (ministère des Affaires sociales) sans les trouver. S'ils y sont, on les a bien cachés! On me dira peut-être qu'ils ne peuvent être mentionnés dans ces listes parce qu'un DSC forme un département dans un centre hospitalier donné. Qu'on le veuille ou non, c'est un département bien spécial, même s'il semble fonctionner comme les autres départements. Et puisque chaque hôpital n'en est pas doté, il faudrait bien savoir où nichent nos DSC. Comme leur nom l'indique, ils s'occupent de la santé publique. «C'est un peu court!» dirait Cyrano. Aussi nous y reviendrons ultérieurement. Aujourd'hui, je sais que les DSC se préoccupent de gérontologie. C'est un sujet pour nous, non?

### Les problèmes

J'ai reçu deux documents. L'un, les plus instruites et les plus

réalisé par le groupe de travail en gérontologie des DSC de la région O6-A (Montréal). Le second présente les résultats d'une consultation auprès de nombreux intervenants sur le premier document. Donc, une étude et des conclusions; puis des commentaires et des suggestions. Le tout est assez volumineux, bourré de matière.

Je désignerai, pour faciliter la lecture de mon article, les auteurs du premier document comme «l'Équipe». Son but était de dégager des priorités afin que tous les intervenants dans le domaine du Troisième Âge poussent ensemble sur les roues de la charrette, dans la même direction. On veut donc essayer d'établir une certaine planification, au lieu d'actions sporadiques, parfois éphémères, qui en plus font double emploi et brûlent inutilement des énergies.

Les femmes vivant plus longtemps que les hommes, l'Équipe écrit avec pertinence que «le vieillissement de la population s'effectue au féminin». Et que par voie de conséquence, «le problème de la vieillesse, c'est donc aussi celui des femmes seules».

On parle souvent de «bien vieillir». L'Équipe souligne que celles «qui s'adaptent le plus facilement sont habituellement celles qui sont les plus instruites et les plus

qui peuvent modifier leur environnement assez facilement; ce qui demande une certaine liberté financière».

On a découvert 53 problèmes regroupés en six catégories. Problèmes reliés: 1) à l'environnement physique et social; 2) à la formation et à la sensibilisation des intervenant(e)s; 3) aux habitudes de vie; 4) à l'organisation des ressources et des services; 5) à la santé mentale; 6) à la santé physique.

Rien ne semble avoir été oublié. Mais ce qui frappe le lecteur, c'est, outre la magnifique synthèse du document, l'interdépendance de tous ces problèmes. Il faudrait pouvoir agir sur tous les fronts à la fois!

### Les priorités

Devant l'impossibilité de tout faire simultanément, on a dégagé les problèmes graves qui se prêtent à une action efficace. Ce qui ne signifie pas qu'il n'existe pas de problèmes plus graves encore; mais on ne dispose pas actuellement de moyens d'intervention. Il faudra effectuer de la recherche sur ces points précis.

On a donc proposé comme «premières priorités d'intervention» une politique de retraite, la marginalisation de la personne

âgée, les politiques gouvernementales pour les personnes âgées, la sensibilisation des médecins, le sentiment d'inutilité et l'adaptation à la retraite. On donne aussi une seconde liste d'interventions relatives à la consommation de médicaments et les familles d'accueil, entre autres priorités.

On nous avertit que ces regroupements auraient pu être faits différemment. Et qu'à l'intérieur des tableaux, l'ordre de présentation des problèmes ne correspond pas à un ordre prioritaire. Le regroupement effectué par l'Équipe n'est pas le seul possible, précise-t-on. Et l'on donne un exemple: on aurait pu regrouper en un bloc les problèmes concernant la marginalisation et le manque de relations sociales, la solitude ressentie, le sentiment d'inutilité et la sensibilisation de la communauté.

Finalement, on a jugé prioritaires les problèmes suivants: manque de relations sociales et solitude ressentie; marginalisation et sentiment d'inutilité; politiques de retraite, de logement, de revenu, d'emploi, de transport; sensibilisation de la communauté, tout ça au chapitre de l'environnement social.

Quant à la formation des intervenants, on a insisté sur la sensibilisation des médecins et des phar-

macien(ne)s. On a relié aux habitudes de vie la consommation de médicaments; la santé mentale à l'adaptation à la retraite et au sentiment d'insécurité; à la santé physique, l'autonomie physique.

Dans une brève conversation téléphonique avec M. Roger Brosseau, responsable du programme de santé «population adulte» au DSC de la Cité de la Santé de Laval, je me suis étonnée de ce que l'on ignore la situation des vieillards relégués dans les foyers dits clandestins. M. Brosseau m'a fait remarquer que seulement 8 p. cent environ des personnes âgées vivent en institution, 80 p. cent font face chez elles à diverses difficultés, dont le manque de revenu. Manque qui me paraît la cause de beaucoup d'autres problèmes majeurs, comme la solitude, une mauvaise santé physique et mentale, des logements infortables et générateurs de mal de, etc. On n'a pas parlé non plus d'erreur de ma part, de l'exploitation du Troisième Âge dans certaines résidences privées.

Il faudrait vraiment un Comité d'Protection... M. Pierre-Marc Johr son s'écrit: «Encore! encore! Oui, encore, encore et une fois de plus, ENCORE!»

DOSSIER  
RADIOTHÉRAPIE  
Évolution au Québec  
Page 47

# L'ACTUALITÉ MÉDICALE

Montreal le 16 janvier 1994



Photo: André L. Lefebvre

M. Guy Rivard, sous-ministre adjoint à la santé au M.A.S.



Colloque «Pour une mission en santé»

# LES D.S.C. RÉORIENTENT LEUR ACTION POUR DÉVELOPPER DE NOUVELLES STRATÉGIES

par André Cappiello

**H**antés par un passé pas très lointain (encore présent pour beaucoup d'entre eux) où ils devaient assurer les services de première ligne en attendant que le réseau des C.L.S.C. de la province se développe, les Départements de santé communautaire ont décidé de réorienter leur action dans le but de développer des stratégies d'action face aux divers problèmes de santé de la population. Cela, sans délaisser pour autant leur mandat premier qui est d'identifier les besoins en santé.

C'est sur cette constatation que s'est clos le colloque organisé par l'Association des directeurs de D.S.C. les 12, 13 et 14 décembre dernier à Laval. Près de 300 professionnel(le)s œuvrant dans les 32 D.S.C. de la province participaient à ce colloque dont le thème était : «Pour une mission en santé».

## À un tournant de l'histoire

Après avoir distribué des services de première ligne à la

population pendant plus de dix ans, les Départements de santé communautaire doivent remettre cette responsabilité entre les mains des C.L.S.C. À l'heure actuelle, un peu moins du tiers des D.S.C. ont effectué le transfert des services. Ceux qui ne l'ont pas encore fait devront emboîter le pas aussitôt que le réseau des C.L.S.C. sera complété.

Les Départements de santé communautaire en sont donc arrivés à un tournant important de leur courte histoire. Devant les nouveaux horizons qui s'ouvrent à eux, les professionnel(le)s des D.S.C. sentaient le besoin de se réunir pour redéfinir leur orientation.

«Nous en sommes, en tant que D.S.C., à un moment où il nous faut accélérer la réalisation de notre mandat propre, expliquait le Dr René Tremblay, président de l'Association des directeurs de D.S.C., au cours de son allocution d'ouverture. Concrètement, cela signifie que notre travail ne sera plus le



Le Dr René Tremblay, président de l'A.D.D.S.C.

même, que nos besoins en personnel, par exemple, ne seront plus ceux que nous connaissions.»

## Le nouveau rôle

Mais quel est donc le rôle que seront appelés à jouer les

Départements de santé communautaire dans le réseau du ministère des Affaires sociales? Seront-ils appelés à être les nouveaux promoteurs de la santé? Devront-ils axer spécifiquement leur action sur l'établissement des priorités de santé sur une base régionale? Devront-ils plutôt le faire sur une base provinciale?

En fait, selon la *Loi sur la santé et les services sociaux*, le mandat premier des D.S.C. est d'identifier les besoins de la population en santé physique et mentale et de mettre en œuvre ces programmes. Ce mandat n'a pas changé. En fait, il est même appelé à occuper une place plus grande dans le milieu de la santé. Comme le soulignait le Dr René Tremblay, au cours d'une conférence de presse post-colloque, en abandonnant la dispensation des soins, les D.S.C. pourront s'occuper plus à fond de leur vocation première.

Reprendre une place dans le réseau

Même si les Départements de santé communautaire existent depuis une dizaine d'années, la place qu'ils occupaient dans le réseau des Affaires sociales étaient mal définie — condition inhérente au rôle de dispensateurs de soins qu'ils jouaient, alors que ce n'était pas pour ce travail qu'ils avaient été créés.

Invité à prendre la parole au cours d'un souper-conférence, le sous-ministre adjoint à la santé au Ministère des Affaires sociales, M. Guy Rivard, a souligné les attentes de son ministère devant le rôle que doivent jouer les D.S.C. « Vous êtes vraiment une charnière, et nous entendons utiliser votre expertise, a-t-il souligné. Dites-vous bien qu'en matière d'études sur la santé, qu'en matière d'élaboration de politiques et de programmes, vous pouvez devenir vraiment pour nous la pierre angulaire du système de santé. »

Toutefois, le Sous-Ministre adjoint a tenu à préciser que les Départements de santé communautaire n'étaient pas seuls dans le système de soins. Ils les a ainsi invités à travailler en collaboration avec les « partenaires du milieu » et plus particulièrement les conseils régionaux.

### **Concertation entre D.S.C.**

Un autre problème souvent soulevé au cours du colloque est la duplication du travail qui se fait d'une région à l'autre. Un problème de communication, puisque aucune structure ne permettait de savoir sur quel projet travaillait le D.S.C. voisin.

En ce sens, le président de l'Association des directeurs de D.S.C., le Dr René Tremblay, a lancé un appel à la concertation. « L'amélioration des communications et de la concertation entre les D.S.C., a-t-il déclaré, augmentera sans aucun doute notre efficacité sociale et, partant, de là, notre crédibilité. »

Le problème majeur du besoin de concertation a été soulevé à maintes reprises au cours du travail en atelier. Au cours de la plénière, les quelque 300 participants au colloque ont d'ailleurs adopté une proposition en ce sens. Elle se lit comme suit : qu'un comité (...) ait pour mandat d'élaborer, d'ici à la fin de février 1984, un projet d'association, de regroupement ou de forum des professionnels des D.S.C., incluant les chefs.

Dans la même optique, une autre recommandation demandait à l'exécutif de l'A.D.D.S.C. de consolider ses structures de communication en mettant sur pied un secrétariat provincial provisoire en 1984, en attendant les résultats du comité sur le regroupement des D.S.C.

Le Sous-Ministre adjoint avait également mis le doigt sur ce problème au cours de son allocution. « N'attendez pas toujours des mandats trop clairs pour faire des choses, pour échanger des informations à caractère régional avec d'autres D.S.C., a-t-il souligné, évitez surtout de faire en double le travail des autres. »

### **Développer des stratégies d'action**

Un des buts du colloque était de développer des méthodes pour en arriver à identifier les principaux problèmes de santé faisant l'objet d'actions communes au niveau provincial. Or, une recommandation à ce sujet voulant l'organisation d'un colloque sur ce thème a été défaite.

Une autre proposition par contre — adoptée celle-là — demandait qu'un comité soit mis sur pied pour organiser un colloque axé sur les stratégies d'intervention faisant l'objet d'actions communes aux niveaux régional et provincial.

« Les participants au colloque, a souligné le Dr Tremblay, n'étaient pas prêts à proposer des priorités de santé sur une base provinciale. Ils ont plutôt opté pour développer des stratégies d'implantation de programmes en ce qui concerne la mécanique des actions à prendre en santé communautaire » ●

Québec, Le Soleil, mardi 13 décembre 1983

# Les DSC retournent à leur

## rôle premier

par Monique GIGUERE

envoyée spéciale du Soleil

LAVAL — Après avoir joué aux pompiers pendant dix ans, les 32 départements de santé communautaire (DSC) sont arrivés à une croisée des chemins. Avec la mise en place des derniers centres locaux de services communautaires (CLSC) d'ici trois ans, ils ne dispenseront plus de services directs à la population. Désormais, ils devront se consacrer entièrement à la mission pour laquelle ils ont été créés: l'identification des besoins des Québécois.

Près du tiers des DSC ont complété le transfert des services de première ligne aux CLSC et près de la moitié sont en train de l'effectuer, a déclaré, hier, devant près de 400 délégués réunis à Laval, pour un colloque sur l'avenir des DSC, le président de l'Association des directeurs de départements de santé communautaire, le Dr René Tremblay, de Shawinigan.

"Concrètement, cela signifie que notre travail ne sera plus le même", a indiqué le Dr Tremblay qui a précisé que de la façon dont les DSC prendront le virage dépendait la survie du concept de santé communautaire dans le réseau de la santé au Québec.

### Région de Québec

Il existe présentement à l'échelle provinciale 110 CLSC sur les 160 que comportera le réseau une fois parachevé. Dans l'agglomération urbaine de Québec, pour cinq CLSC en place, il en reste environ sept à venir: deux sur le territoire du Centre hospitalier de l'université Laval (CHUL), deux et trois respectivement sur les territoires de l'hôpital du Saint-Sacrement et de l'Enfant-Jésus.

Dans le cas du CHUL, le directeur du département de santé communautaire, le Dr Louis Bernard, a indiqué qu'un quatrième CLSC ouvrira ses portes au dé-

de 1984 pour desservir la population de Val-Bélair et de Loretteville. Pour que le réseau du CHUL soit complet, il ne manquera donc plus qu'un seul CLSC pour la clientèle de Sainte-Foy et de Sillery.

Pour donner une idée de l'importance de la mutation amorcée, le Dr Bernard a souligné qu'une fois le transfert des services de première ligne complété, le budget du DSC

du CHUL, qui était de \$3.5 millions tombera sous le million de dollars. Une diminution, donc, de plus de \$2 millions représentant surtout les salaires du personnel qui sera transféré dans les CLSC en même temps que les services.

Ces services, ce sont essentiellement les cours prénatals, les visites postnatales, les services de santé scolaire et de santé au

travail, les soins à domicile et le reste.

### Le mandat

Quant au mandat originel et fondamental des DSC, il consistera comme il avait été prévu il y a 10 ans à identifier les besoins de la population, à définir des priorités, à développer des programmes, à coordonner les actions afin d'assurer

une utilisation maximale des ressources disponibles et à évaluer les programmes par rapport aux objectifs.

Le Dr Tremblay estime que si cinq problèmes majeurs de santé pouvaient être identifiés par les 32 DSC au cours de la prochaine année, cela signifiera que la concertation est possible et que le virage est bien amorcé.

# Un sous-ministre "provoque" les délégués par ses questions

par Monique GIGUERE

envoyé spéciale du Soleil

LAVAL — "Le temps est à l'action pour vous et ce sera là l'essentiel de mon message."

Les quelque 400 représentants des 32 départements de santé communautaire (DSC) du Québec, réunis en colloque à Laval, en banlieue nord de Montréal, pour discuter de leur avenir, se sont fait haranguer de belle manière, hier, par le sous-ministre adjoint à la santé, au ministère des Affaires sociales, M. Guy Rivard, qui leur a fait subir une manière de "supplice de la question". Des questions on ne peut plus précises et directes.

"Innovez-vous, ou avez-vous innové, en matière de promotion de la santé, a-t-il demandé sans ménagements à son auditoire, ou est-ce le Conseil des affaires sociales et de la famille, a-t-il ajouté ironique, qui publiera les quatre prochains ouvrages remplis de questions et de réflexions sur la santé des Québécois?" faisant manifestement allusion à la collection "La santé des Québécois", que le conseil vient de rendre publique.

"Où en êtes-vous dans votre travail d'identification des besoins qui permettrait au ministère de mieux répartir les ressources socio-sanitaires entre les régions?", a-t-il poursuivi.

"Où en est rendue l'élaboration de cette stratégie qui vous permettrait d'apporter une contribution absolument essentielle à la remise en question de la façon dont nous formons nos professionnels de la santé?"

"Est-ce bien seulement à l'été 1984 que vous allez mettre en commun aux niveaux régional et provincial des dossiers prioritaires en matière de santé?"

Pierre angulaire

Le sous-ministre Rivard a déclaré aux délégués que les DSC pouvaient vraiment devenir la pierre angulaire du système en matière de politiques et de programmes de santé mais à la condition de présenter des projets.

"Inutile de vous dire que nous vous mettons au défi de nous amener à refuser des projets de valeur présentés dans le cadre de vos responsabilités", a-t-il lancé à son auditoire qui ne semblait trop savoir sur quel ton il devait prendre les propos du sous-ministre.

"Ne vous gênez surtout pas, en même temps que vous travaillez aux politiques et programmes, pour intervenir sur des questions d'actualité, a-t-il insisté. Ne refilez pas cette responsabilité à d'autres."

Des questions d'actualité, M. Rivard faisait fort d'en donner des exemples: les pesticides à Rimouski, l'incidence élevée du cancer dans un

quartier de Laval, l'hépatite dans Louis-Hippolyte-Lafontaine, les lignes de haute tension en Estrie.

"Ce ne sont pas des amusettes, a poursuivi M. Rivard pour bien montrer qu'il ne blaguait pas. On peut en rire parfois, parce que le sujet nous intéresse plus ou moins, mais ces dossiers existent et les gens en parlent. Veuillez vous en occuper."

Précisant que la santé communautaire était devenue la marque de commerce du système de santé du Québec, le sous-ministre Rivard a pressé les gens des DSC de ne pas toujours attendre de mandats trop clairs pour faire des choses.

Pendant une trentaine de minutes, M. Rivard s'est ainsi employé à bien enfoncer le clou du ministre dans la chair des DSC. Le message en a sans doute laissé plus d'un perplexe, même si le sous-ministre a pris soin de dire qu'il ne souhaitait pas la mort des DSC mais leur santé.

LE SOLEIL: 13 DÉCEMBRE 1983

# Les DSC reviendront à leur premier mandat

(Renée Rowan) — Après avoir joué, pendant 10 ans, un rôle de suppléance en attendant que le réseau des centres locaux de services communautaires (CLSC) soit mis en place, les départements de santé communautaire (DSC) se préparent à revenir à leur premier mandat : l'identification des besoins en santé de la population.

Près du tiers des 32 DSC du Québec ont complété le transfert des services de première ligne aux CLSC, tandis que 23 % sont en voie de le faire. D'ici trois ans, les DSC ne dispenseront plus de services directs à la population, prévoit le président de l'Association des directeurs de départements de santé communautaire.

Le Dr René Tremblay a dressé un bilan de la situation devant les 400 délégués réunis à Laval, au début de la semaine, pour un colloque sur l'avenir des DSC. Au 1<sup>er</sup> décembre, on comptait au Québec 124 CLSC; l'ouverture d'un seul autre devrait être annoncée par le ministère des Affaires sociales d'ici avril 1984. Une fois le réseau parachevé, on comptera 166 CLSC à travers tout le territoire québécois.

Le thème de la rencontre s'inscrivait dans le cadre des mandats confiés par le gouvernement aux DSC : l'iden-

tification des besoins en santé physique et mentale de la population ainsi que l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes de santé.

Les DSC ont aussi, depuis 1979, un mandat en sécurité et santé au travail et oeuvrent également dans le domaine de la protection de la santé publique en matière d'épidémies et de mesures de contrôle appropriées.

Le sous-ministre adjoint à la santé, au ministère des Affaires sociales, M. Guy Rivard, qui participait à la séance d'ouverture de ce colloque de trois jours, n'a pas

hésité à haranguer son auditoire, à le pousser au pied du mur : « Où en êtes-vous dans votre travail d'identification des besoins qui permettrait au ministère de mieux répartir les ressources socio-sanitaires entre les régions ? »

Le sous-ministre a pressé les délégués de ne pas toujours attendre de mandats clairs pour agir, pour prendre des initiatives. « Ne vous gênez surtout pas, en même temps que vous travaillez sur des programmes, pour intervenir sur des questions d'actualité. N'abandonnez pas cette responsabilité à d'autres », a insisté M. Rivard.

LE DEVOIR: 13 DÉCEMBRE 1983

# La disparition des DSC

Québec, Le Soleil, mercredi 14 décembre 1983

## n'est pas écartée

par Monique GIGUERE

*envoyée spéciale du Soleil*

LAVAL — Leurs initiales sont DSC. Qui sont-ils?

Telle est la question, simple, claire, précise et brutale que se posent depuis deux jours les participants au colloque organisé à Laval par l'Association des directeurs des départements de santé communautaire (ADDSC) pour discuter de la survie ou de la mort des DSC.

Les DSC ne définissent pas les politiques. C'est le rôle du MAS (ministère des Affaires sociales).

Les DSC ne gèrent pas les ressources humaines et matérielles. C'est la tâche des CRSSS (Conseils régionaux de la santé et des services sociaux).

Les DSC ne doivent pas dispenser de services de première ligne. C'est l'affaire des CLSC (Centre locaux de services communautaires).

Que sont et que font donc les DSC? Les DSC, ce sont des départements de santé communautaire. Ce sont, en principe, les gardiens, les protecteurs, les om-

budsman de la santé des citoyens. Ils ont pour mission de débusquer le mal là où il se cache avant qu'il n'attaque la santé publique.

Les DSC, ce sont aussi plus de 1,500 travailleurs qui ne savent plus à quoi se raccrocher après avoir fait pendant 10 ans de la suppléance pour des CLSC inexistantes.

Maintenant qu'on les somme, d'ici trois ans, de déposer la trousse de soins à domicile, à l'école et au travail, les DSC sont désorientés et ne savent plus vers quoi se tourner.

Qui d'ailleurs souffrirait de leur disparition puisque les services qu'ils dispensent à la population le seront désormais par les CLSC, sitôt implantés?

### Devenez visibles

Lundi, le sous-ministre adjoint à la Santé, aux Affaires sociales, M.

Guy Rivard, les a mis en demeure de se tailler une place au soleil. "Soyez visibles, leur a-t-il lancé. Faites-vous connaître. Faites-vous un devoir de publier ce que vous savez. Voulez-vous, s'il vous plaît, me causer des problèmes?", leur a-t-il demandé avec une rare insistance.

Après le bâton, ce fut la carotte, hier soir, avec le directeur sortant de la Santé communautaire et des politiques de santé au mi-

nistère, M. Jean-Paul Fortin, qui a tenté de verser un peu de baume sur l'âme angoissée des DSC. "Le ministère croit à la santé communautaire, a-t-il déclaré sur un ton rassurant. Il appuiera fermement son évolution."

M. Fortin, qui s'envolera bientôt pour le Maroc, où il travaillera pour l'Office mondial de la santé (OMS), sera remplacé à la Direction

de la santé communautaire par le Dr Raymond Carignan.

Malgré l'avis optimiste qu'il a fait aux DSC, ces derniers sont néanmoins au pied du mur. Ils sont sommés de faire la démonstration de leur compétence. Transition, mutation ou disparition? Les DSC n'ont pas le choix. S'ils veulent survivre, ils devront se trouver une raison de vivre.

Prévention en matière de santé

# Un Américain s'attaque aux grands de l'économie

par Monique GIGUERE

(envoyée spéciale du SOLEIL)

LAVAL — Le coût d'une cirrhose devrait être rendu si prohibitif que personne ne puisse plus s'offrir le luxe de s'éteindre, euphorique, dans les vapeurs de l'alcool.

C'est une guerre sans merci que le Dr Milton Terris, rédacteur en chef de la revue américaine "Public Health Policy", a déclaré, aux Etats-Unis, aux brasseurs, distillateurs, viticulteurs, compagnies de tabac, producteurs laitiers, éleveurs de volaille, de porc, de bovins, et j'en passe, pour mener à bien ce qu'il a appelé "la seconde révolution épidémiologique".

Devant les 400 délégués du milieu de la santé communautaire réunis en colloque à Laval, le Dr Terris a expliqué qu'alors que la première révolution épidémiologique était dirigée contre les microbes, les virus et les bactéries, la seconde devait s'attaquer à des ennemis beaucoup plus puissants.

Ces ennemis, ce sont les grands de l'économie: les magnats du tabac, de l'alcool, des matières grasses, les fabricants de produits chimiques, de cosmétiques, de véhicules automobilés, d'armes à feu. Bref, tous ceux qui ont forgé le style de vie d'un bon milliard de personnes dans le monde, plus particulièrement en Amérique du Nord.

## Une petite à \$8.75

Le Dr Terris n'est pas homme à lésiner sur les moyens à prendre pour que les gens vivent en santé. Dans le cas de l'alcool, il ne demande rien de moins que l'interdiction de toute publicité et des hausses de taxes qui feraient grimper le prix d'une petite bière consommée dans un endroit public de \$1.75 à \$8.75.

Pour réduire le taux de mortalité imputable à la cigarette, le Dr Terris croit également que les gouvernements devraient augmenter

les crédits destinés à l'éducation populaire. Il juge parfaitement inacceptable que les compagnies de tabac consacrent \$100 millions par année à la publicité aux Etats-Unis, alors que l'Etat n'alloue qu'un maigre \$2 millions pour la prévention.

Ce que vise le Dr Terris, c'est une réduction de 40 à 50 pour 100 du taux de mortalité dû aux cirrhoses, aux cancers du poumon et aux infarctus.

## Prévention

Pour atteindre son objectif, le directeur de "Public Health Policy" est d'avis que c'est sur la prévention d'abord que doivent s'appuyer les politiques de santé de tout gouvernement.

Par rapport au traitement qui est une solution immédiate à une souffrance ou une douleur, le Dr Terris reconnaît que la prévention est un concept relativement abstrait. Mais, comme il le dit: "Une once de prévention vaut plusieurs livres de traitement".

Le programme est tout tracé pour ceux qui veulent devenir des adeptes du Dr Terris: primo, il faut cesser de fumer; secundo, renoncer à l'alcool; tertio, s'abstenir de beurre, de fromage, de sucreries.

En un mot, pour être sûr de ne mourir ni d'une cirrhose, ni d'un cancer du poumon, ni d'un infarctus, il n'y a qu'un moyen: devenir puritain. Ce que le Dr Terris ne nie pas.

Mais si l'on en juge par un tout petit incident survenu au colloque, le chemin est encore long avant que tout le monde ne meure de vieillesse. Invités à lever la main ceux qui étaient prêts à renoncer au cocktail qui devait suivre l'allocution du Dr Terris, à peine une douzaine de bras hésitants sont apparus au-dessus de 400 têtes. A croire que tout le monde à ce colloque est manchot!

LE SOLEIL: 14 DÉCEMBRE  
1983

Québec, . Soleil, jeudi 15 décembre 1983 . . . .

# Le colloque des DSC n'a

A-9

## rien réglé

par **Monique GIGUERE**  
envoyée spéciale du Soleil

LAVAL — L'atmosphère était propice, hier, à un enterrement de première classe pour les 32 départements de santé communautaire (DSC) du Québec: panne d'électricité, morosité des délégués, chaleur lourde de salon funéraire. Mais les DSC ne se sont pas sabordés.

C'est pourtant le fouillis le plus

medey du Sheraton de Laval, avant de finalement adopter cinq résolutions portant sur un projet de regroupement des DSC, la mise sur pied d'un secrétariat provincial et la nécessité d'établir des priorités.

Une première proposition pour la tenue d'un second colloque, battue en brèche au début de la plénière, est revenue sur la table dans un nouvel emballage à la fin des délibérations pour, cette fois, être rapidement adoptée.

Plusieurs délégués ont déploré que le débat de deux jours, au lieu de déboucher sur des stratégies d'action, se soit enlisé dans des discussions à n'en plus finir sur les structures des DSC.

**Manque, manque, manque...**

Manque de leadership, manque de concertation, manque de consultation, manque d'information, manque de confiance. Les "manques" reviennent comme un leitmotiv dans le rapport de synthèse des discussions qui se sont déroulées en atelier tout au long de la journée de mardi.

Outre la litanie des lacunes, les participants aux 18 ateliers ont re-

total, la confusion générale au sein de ces établissements de santé. Tout au moins, si on en juge par la façon dont s'est déroulée la séance plénière qui a clôturé ce colloque de deux jours, organisé à Laval par l'Association des directeurs des départements de santé communautaire (ADDSC), pour discuter de l'orientation des DSC.

Les délégués se sont littéralement enfilés dans tous les losanges du tapis de la salle Cho-

gretté l'absence de mandat clair des DSC, les conflits d'intérêts entre les DSC et les centres hospitaliers (CH), la concurrence entre les DSC et les CLSC (Centres locaux de services communautaires) et, surtout, le fossé, profond, insondable dans certains cas, qui sépare chefs et indiens à l'intérieur même de plusieurs DSC.

Les chefs, ce sont tous des médecins. Les indiens, ce sont les autres professionnels de la santé: infirmières, diététistes, conseillers en tous genres. Ce conflit, c'est, selon le mot d'un médecin, l'éternelle dichotomie entre le sanitaire et le social, le curatif et le préventif.

En plus de demander que la loi soit amendée pour faire en sorte que le poste de chef de DSC puisse à l'avenir être détenu par un travailleur de la santé autre qu'un médecin, des délégués ont dénoncé l'attitude de certains chefs qui empêche toute collaboration étroite avec les CSLC.

**Crédibilité**

Coincés entre les CRSSS (Conseils régionaux de la santé et

des services sociaux) et les CLSC, les DSC, par la voix de certains délégués, ont également exprimé la crainte de voir leur rôle réduit à celui de simple courroie de transmission des politiques de santé du ministère des Affaires sociales.

Autre problème: les DSC ne savent pas où loger, à quel établissement du réseau se rattacher. D'après le rapport des travaux en atelier, leur cœur balance entre les centres hospitaliers et les conseils régionaux des trois S. On se demande qui des CH ou des CRSSS ont le plus de prestige et sont le moins susceptibles d'entacher la crédibilité des DSC.

L'exercice auquel s'est livré pendant deux jours le monde de la

santé communautaire a mis en lumière l'angoisse "existentielle" des DSC. Mais l'utilité du colloque reste à démontrer.

Un exercice qui, à raison de \$3,000 par DSC, a coûté plus de \$100,000 aux contribuables québécois, comme l'a fait observer un des intervenants lors de la plénière. Sans compter les salaires des 350 délégués qui ont dû s'absenter de leurs DSC pour participer au colloque.

Et tout cet effort pour se retrouver finalement plus ou moins Gros-Jean comme devant. Chose certaine, la crise de croissance des DSC n'est pas encore chose du passé et le problème de leur crédibilité demeure entier.

## **Le colloque des DSC**

**LAVAL (PC) —** Les Départements de santé communautaire pourraient devenir la pierre angulaire du système en matière de politiques et de programmes de santé mais à la condition de présenter des projets, a déclaré lundi le sous-ministre adjoint à la Santé du ministre des Affaires sociales.

Prenant la parole devant quelque 400 représentants des 32 DSC du Québec, réunis en colloque à Laval, M. Guy Rivard a suggéré que les DSC devraient intervenir sur une foule de questions, tel que les pesticides à Rimouski, l'incidence élevée du cancer dans un quartier de Laval, les effets sur la santé des lignes de haute tension dans l'Estrie, etc.

«Où en êtes-vous dans votre travail d'identification des besoins qui permettrait au ministère de mieux répartir les ressources socio-sanitaires entre les régions?», a demandé M. Rivard aux délégués.

Précisant que la santé communautaire était devenue la marque de commerce du système de santé au Québec, le sous-ministre a pressé les personnes travaillant en DSC de prendre plus d'initiatives que d'habitude.

JOURNAL DE MONTRÉAL: 14 DÉCEMBRE  
1983

# CARREFOUR

DES AFFAIRES SOCIALES

— Vol.6 — N°2, Printemps 1984

## SOMMAIRE

## Quand le cerveau prend un coup de vieux. . .



En même temps que la recherche progressait, une nouvelle terminologie s'est installée au cours des dernières années pour désigner les troubles mentaux chez les personnes âgées: maladie d'Alzheimer, maladie de Pick, chorée de Huntington, etc. Restent aussi les pseudo-démences, résultats d'un état dépressif ou de troubles affectifs. Comment distinguer les vraies des fausses? Comment dépister et traiter l'une et l'autre? La recherche et la formation des praticiens médicaux et sociaux prennent ici une importance capitale qui s'accroîtra encore dans les années à venir.

## L'avenir des départements de santé communautaire

La santé communautaire reste, dans divers milieux, un concept à développer, sinon à actualiser. Avec le parachèvement du réseau des centres locaux de services communautaires, les DSC sont plus que jamais appelés à y travailler. Le sous-ministre adjoint aux programmes de santé nous trace ici les grandes lignes de l'orientation qui se dessine.

## Les défis d'une approche communautaire en santé au travail

La santé au travail est devenue, en quelques années, une activité fort importante des départements de santé communautaire. Michel Clermont et Maria De Koninck rendent compte ici des fonctions respectives de la Commission de la santé et sécurité du travail et des DSC en cette matière. Ils proposent ensuite aux divers acteurs d'intégrer les principes de l'approche communautaire à la santé au travail.



## La lutte contre les empoisonnements

Poisons domestiques, médicaments, toxiques industriels, toxiques environnementaux, la liste des dangers pour la santé, et parfois même pour la vie, s'allonge de jour en jour, au gré des nouvelles découvertes. Le Centre de toxicologie du Québec est responsable, depuis dix ans, du programme provincial de lutte contre les empoisonnements. Son action déborde largement le cadre du traitement.

## La santé internationale

Deux articles, deux entrevues, jettent un nouvel éclairage sur les activités de l'Organisation mondiale de la santé. D'abord, le docteur Gaston Harnois, nous fait part des recherches sur la santé mentale qui se déroulent au Centre de collaboration de l'OMS à Montréal. Enfin, Paul Lamarche rend compte des projets de la « région » européenne qui regroupe 33 pays.

### SOCIOSCOPE

- Intégration des personnes handicapées
- Sondage sur les besoins des ataxiques
- CLSC et DSC passent à l'action dans le secteur du vêtement
- Programme régional d'utilisation de l'énergie électrique
- Sixième campagne annuelle de la magnétothèque
- Les événements

### EXPÉRIENCES

- Blanc-Sablon: le bout du monde?
- Des « relevailles » en douceur
- « Une expérience à tenter: développer des services en post-natal »
- Albatros
- Le Centre de collaboration de l'OMS

### CONDITION FÉMININE

- Agressions sexuelles
- Des actions en régions

### AFFAIRES INTERNATIONALES

- Entrevue avec Paul Lamarche, du Bureau de l'Europe de l'OMS
- Programme de missions et de stages en affaires sociales

### DOSSIER: LES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

- |   |                                                  |    |
|---|--------------------------------------------------|----|
| 2 | Quand le cerveau prend un coup de vieux! . . .   | 20 |
| 3 | Le « boom » des personnes âgées                  | 22 |
| 4 | Confusion mentale: dépasser l'approche fataliste | 26 |
| 5 | La personne confuse: un portrait                 | 28 |
| 6 | Les recherches de l'autonomie                    | 29 |

### RECHERCHE

- |    |                                                                                      |    |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 8  | La nouvelle recherche                                                                | 31 |
| 10 | Le service social dans les centres de services sociaux au Québec: une double réalité | 32 |
| 11 | Durée et stabilité du placement d'enfants: une étude prédictive                      | 34 |

### TOXICOLOGIE

- |  |                                                         |    |
|--|---------------------------------------------------------|----|
|  | Le réseau québécois de lutte contre les empoisonnements | 36 |
|--|---------------------------------------------------------|----|

### SANTÉ COMMUNAUTAIRE

- |    |                                                            |    |
|----|------------------------------------------------------------|----|
| 14 | <u>L'avenir des départements de santé communautaire</u>    | 40 |
| 14 | Les défis d'une approche communautaire en santé au travail | 42 |

### MOT DU MINISTRE

- |    |  |    |
|----|--|----|
| 16 |  | 46 |
|----|--|----|

### PUBLICATIONS

- |    |  |    |
|----|--|----|
| 18 |  | 47 |
|----|--|----|

## Entrevue avec Paul Lamarche du bureau de l'Europe de l'OMS

Propos recueillis par Hervé Anctil

*Paul Lamarche occupe, depuis un an, le poste de « responsable de la planification des programmes de santé » du bureau d'Europe de l'Organisation mondiale de la santé. Il nous fait part ici des efforts de concertation des 33 pays membres de la « région » européenne et des grands axes en matière de santé qui se dessinent pour l'avenir. Monsieur Lamarche était auparavant directeur des politiques de santé au ministère des Affaires sociales.*

### Carrefour

*Quel est, globalement, le rôle du bureau de l'Europe de l'OMS? S'agit-il essentiellement d'un rôle-conseil?*

**Paul Lamarche**

L'OMS n'a en effet qu'un pouvoir d'influence; les décisions doivent venir des pays eux-mêmes. En Europe, nous sommes cependant en train d'élaborer une politique « régionale » (européenne) de santé à laquelle tous les pays adhéreront. C'est la première fois qu'on tente d'obtenir un consensus de l'ensemble des membres. Cette politique est contenue dans deux documents. Le premier intitulé « La stratégie régionale pour la santé pour tous en l'an 2000 » a déjà été adopté à Madrid, en 1981, par les 33 pays, c'est-à-dire notre Parlement. Ce document énonce les quatre axes qui serviront de base à l'orientation des politiques de santé nationales pour l'avenir. Ces axes sont: favoriser un meilleur style de vie, améliorer les conditions de l'environnement, réorienter les systèmes de santé en mettant l'accent sur les soins primaires, prévoir des mesures de support (planification, recherche, enseignement).

Un deuxième document, qui devrait être endossé par les pays membres en cours d'année, va encore plus loin; il énonce les modalités qui vont permettre d'opérationnaliser la stratégie. De façon précise, il définit les « cibles », quantifie les objectifs.

### Carrefour

*Par exemple?*

**Paul Lamarche**

... la proportion nationale de non-fumeurs à atteindre en 1990, le minimum d'investissements qu'un État doit consentir pour l'organisation sanitaire, etc.

Au cours de 1984, les pays de la région européenne prendront donc des engagements fermes sur ces objectifs et il leur reviendra d'appliquer les mo-



« **L'**internationalisation de la santé reste à venir, alors qu'elle est réalisée depuis longtemps en économie ».

dalités d'opération. Quant au bureau de l'Europe de l'OMS, il exercera une fonction support auprès d'eux.

#### **Carrefour**

*Que signifie exactement l'objectif « Santé pour tous en l'an 2000 » fixé par l'OMS?*

#### **Paul Lamarche**

Cet objectif prend sa signification dans la réduction des écarts entre pays, régions, peuples et groupes quant au niveau de santé. Depuis 30 ans, la santé s'est améliorée en Europe, comme d'ailleurs un peu partout. Cependant, de façon relative, les écarts persistent. C'est donc l'équité qu'il faut viser, l'élimination graduelle des disparités. Et cela ne s'applique pas qu'aux pays en voie de développement; le déséquilibre est parfois aussi grand entre régions ou groupes socio-économiques de pays riches. La « santé pour tous » c'est en fin de compte, la recherche d'un niveau acceptable de santé pour tous, recherche axée sur l'équilibre. D'où l'importance d'investir dans les soins de santé primaire. On a beaucoup misé, ces 20 dernières années, sur le traitement et la technologie du traitement. Une réorientation des efforts est certes nécessaire.

Il importe aussi de créer des conditions sociales et culturelles telles que ce que les Anglais appellent le « healthy lifestyle » soit facile à choisir, ce qui n'est pas le cas actuellement. Il paraît même nécessaire de déborder le cadre socio-sanitaire et d'investir dans les valeurs. L'exemple des pays scandinaves où les installations sportives et de loisirs font partie de l'environnement quotidien est, sur ce point, éclairante. L'architecture, l'urbanisme, les incitatifs de consommation vont certainement évoluer dans ce sens. La santé ne dépend plus essentiellement du secteur traditionnel de la santé.

#### **Carrefour**

*N'y a-t-il pas un risque: que la santé en vienne à prendre trop de place?*

#### **Paul Lamarche**

Il ne faut pas en effet tomber dans le « santéisme », créer une nouvelle morale. Nous en sommes cependant encore loin. Aujourd'hui, c'est plutôt l'« économisme » qui prévaut. Le seul

lobbying organisé est économique, toutes les décisions politiques reposent sur des valeurs économiques ou, du moins, en tiennent compte.

Pourquoi le critère sanitaire ne serait-il pas aussi important? En pratique, les deux ne sont pas nécessairement en conflit. Mais la santé n'a pas encore beaucoup débordé la notion de service, le cadre de la relation du thérapeute avec son client.

#### **Carrefour**

*Cela suppose la formation de groupes de pression organisés qui pourront*

*influencer les choix politiques. Ces groupes sont-ils importants en Europe?*

#### **Paul Lamarche**

Le mouvement se développe, particulièrement dans les pays scandinaves. Mais, comme l'économie, la santé doit maintenant prendre une dimension internationale; les styles de vie, les problèmes (qu'on pense aux pluies acides) s'internationalisent. L'internationalisation de la santé reste à venir, alors qu'elle est réalisée depuis longtemps en économie.

#### **Carrefour**

*La plupart des pays européens comptent déjà une grande proportion de personnes âgées. Comment le Québec, qui atteindra les taux européens actuels dans 15 ou 20 ans, pourrait-il profiter de leur expérience pour planifier l'avenir?*

#### **Paul Lamarche**

Même si la réflexion date de plus longtemps, elle n'est, sans doute, guère plus avancée qu'ici. Le questionnement est le même. La notion de personne âgée a cependant beaucoup évolué ces dernières années. Les politiques sociales, globalement, établissent encore l'âge de la retraite à 65 ans. Mais c'est le quatrième âge (75 ans) qui constitue le problème le plus important en termes de services.

La Norvège, par exemple, qui compte déjà 15% de personnes âgées, a dû faire face au problème de l'engorgement des hôpitaux. Comme réponse, on a réorienté des personnels et changer la vocation de nombreux établissements.



« **L**a notion de soins de santé primaires s'est élargie et débordé aujourd'hui le strict cadre médical; la santé ne concerne plus uniquement les acteurs du système de santé ».



Un peu partout, on mise sur la création de ressources « alternatives » légères; ce ne sont pas, le plus souvent, des « alternatives » à l'institution mais bien au milieu de vie naturel. Les gens ont généralement plus besoin d'un milieu social que de soins. L'emphase qu'on a encore tendance à mettre sur le biologique fausse la problématique.

Au fond, on est en train de redéfinir le niveau de responsabilité collective; entre les deux pôles que sont la famille et l'État dans le partage de cette responsabilité, des expériences sont explorées. Des pays moins développés économiquement, comme le Maroc et l'Algérie, pourraient sans doute contribuer à la recherche: le support social y est encore très développé.

#### **Carrefour**

*En matière de soins de santé primaires et de santé communautaire, où se situe globalement le Québec par rapport aux pays européens?*

**Paul Lamarche**

Jusqu'à récemment, on considérait les soins primaires comme le premier point de contact avec le système de santé. Aujourd'hui, la notion s'élargit; elle comprend l'intégration et l'utilisation des ressources de la communauté et, de ce fait, déborde le strict cadre médical; en d'autres termes, la santé ne concerne plus uniquement les acteurs du système de santé.

Depuis dix ans, ces concepts sont expérimentés au Québec, notamment par les CLSC et les DSC. Je fais cependant un reproche aux Québécois: ils diffusent très peu leur expérience. Sauf au Canada, elle est très peu connue et c'est dommage. D'autres pays pourraient certainement en profiter.

## Programme de missions et de stages en Affaires sociales

Une mission est un séjour à l'extérieur du Québec de deux personnes pendant deux semaines. Elle vise à explorer ou recueillir des informations sur un sujet précis du secteur de la santé et des services sociaux par des visites dans des établissements ou organismes étrangers susceptibles de répondre adéquatement aux objectifs fixés.

Un stage est un séjour en France d'une personne pendant une durée de trois ou douze mois. Il consiste à observer ou à participer à la dispensation des services dans des institutions étrangères par une implication professionnelle directe du stagiaire. Le stage peut également permettre à l'individu de suivre un programme de formation non offert au Québec et conduisant à l'obtention d'un diplôme.

Soulignons qu'un projet de mission peut provenir d'un ou plusieurs établissements, organismes ou directions générales. À cet égard, les projets présentant un caractère de complémentarité inter-établissements ou établissements-Ministère seront favorisés.

#### **Conditions d'admission**

Chaque participant doit:

- être à l'emploi du ministère des Affaires sociales, de ses organismes ou de son réseau d'établissements de santé et de services sociaux à titre permanent;
- être citoyen canadien ou immigrant reçu;
- avoir une expérience pertinente d'au moins trois ans dans le secteur des Affaires sociales;
- détenir un diplôme universitaire.

#### **Obligations des participants**

Durant leur mission ou leur stage, les participants sont soumis aux conditions de travail prévalant dans les milieux d'accueil étrangers.

Les participants s'engagent à demeurer au service de leur employeur québécois pour une durée égale à trois fois celle de leur mission ou de leur stage.

Ils doivent également, dans les huit semaines de leur retour, rédiger un rapport pour leur employeur québécois, et le transmettre au Service des relations extra-gouvernementales du Ministère pour évaluation.

#### **Inscription au programme**

Chaque responsable de projets doit remplir les formulaires « Description détaillée du projet » et « Curriculum vitae »; ce dernier doit être rempli également par le second participant s'il s'agit d'une mission.

Ces documents d'inscription, dactylographiés et dûment approuvés par le sous-ministre adjoint, le président d'organisme ou le directeur général concerné, doivent parvenir à l'adresse suivante avant le premier septembre 1984:

Service des relations extra-gouvernementales  
Cabinet du sous-ministre  
Ministère des Affaires sociales  
1075, chemin Ste-Foy  
15<sup>e</sup> étage  
Québec, (Québec)  
G1S 2M1

Pour plus de renseignements sur ce programme, on s'adressera au Service des relations extra-gouvernementales du Ministère (643-5066).

# L'AVENIR DES DÉPARTEMENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Guy Rivard\*

Les départements de santé communautaire se sont réunis, en décembre dernier, pour réfléchir sur leur rôle sous-régional, régional et provincial, en matière d'élaboration de politiques et de promotion de la santé. Pour bien situer cette démarche, il faut rappeler brièvement l'évolution des DSC.

Leur création fut caractérisée par divers problèmes administratifs généralement propres aux nouvelles structures. Par la suite, leur évolution fut davantage marquée par l'élaboration de programmes préventifs dits « de base » (santé scolaire, contrôle des maladies transmissibles, cours prénatals, etc.). Au cours de cette phase, les DSC ont repris, amélioré ou créé des programmes d'intervention caractéristiques de ceux jusque-là dispensés principalement par les unités sanitaires. Le rôle de la communauté à laquelle s'adressaient ces programmes demeura plutôt passif, tant dans leur conception que dans leur réalisation. Au cours de cette même période, les DSC sont demeurés assez étroitement impliqués dans la réalisation des programmes en vigueur, en l'absence d'un réseau complet de CLSC.

Assez récemment, le ministre des Affaires sociales a raffermi sa démarche en vue du parachèvement du réseau des CLSC. Il est, en effet, depuis longtemps connu que la politique du ministère des Affaires sociales est de confier la réalisation des programmes aux CLSC, ces membres à part entière du réseau socio-sanitaire, qui sont précisément là pour effectuer ce genre d'activités. Cette évolution plus récente, caractérisée par un transfert de ressources, situe actuellement les DSC à une croisée de chemins. C'est donc dans cette perspective évolutive que les DSC



se sont réunis pour rechercher une meilleure définition de leur rôle, de leurs fonctions propres, de leur « mission en santé ».

La santé communautaire est devenue une marque de commerce de notre système socio-sanitaire, ce système qui présente plus d'avantages que de désavantages,

plus de forces que de faiblesses, ce système qu'on nous envie, quand on l'étudie en dehors de nos frontières. Dans ce système, les intervenants de la santé communautaire sont près des gens, de leurs problèmes et de leurs besoins; responsables de territoires à taille raisonnable, les DSC abordent des

\* Sous-ministre adjoint aux programmes de santé, ministère des Affaires sociales

problèmes à taille humaine. Ainsi sont-ils amenés à contribuer toujours davantage à l'identification des solutions les plus réalistes et les plus pratiques à ces problèmes.

Cependant, la reconnaissance accordée à la santé communautaire par ses adeptes n'entraîne pas le monde de la santé ou la population à accepter nécessairement et globalement l'approche de la santé communautaire.

Pour acquérir la reconnaissance qu'ils recherchent, les ressources spécialisées en santé communautaire doivent d'une part travailler à préciser, à rendre visibles et transparentes, les fonctions d'un DSC dans la communauté sous-régionale, et la contribution toujours possible et essentielle d'une telle structure aux plans régional et provincial.

D'autre part, les DSC doivent démontrer et faire reconnaître par les professionnels de la santé les limites du modèle curatif dans l'analyse des problèmes de santé, de même que la nécessité de recourir à d'autres modèles complémentaires. Les DSC ont le devoir, plus que jamais, de témoigner du réalisme des stratégies de promotion de la santé et de sensibiliser les politiciens quant à la rentabilité à long terme des programmes de prévention. En poursuivant leur évolution, les DSC seront amenés à se préoccuper davantage des causes socio-économiques profondes de la maladie physique ou mentale.

En me rattachant aux trois thèmes qui sous-tendent toute ma philosophie d'action au Ministère, je veux ici préciser la vision que me procure la réalisation de la « mission en santé » des DSC

### **L'équilibre**

La réalisation de la mission en santé communautaire signifiera l'émer-

gence d'un équilibre entre les fonctions d'enquête sur les problèmes de la population, d'élaboration des politiques de santé, d'organisation du réseau socio-sanitaire, d'opération de ce réseau et de son contrôle. Elle signifiera aussi un plus grand équilibre entre la nécessité de répondre aux besoins réels de la population et les ressources disponibles et aussi entre les différentes phases du continuum santé à savoir prévention-dépistage-diagnostic-traitement-réadaptation. Les DSC sont une charnière importante de notre système de santé. Le Ministère entend utiliser leur expertise de plus en plus et ils devraient, en quelque sorte, devenir la pierre angulaire du système.

### **La régionalisation**

Une mission aussi vaste que celle des DSC ne peut s'exercer en vase clos: des mécanismes adéquats de communication et de coordination des ressources disponibles doivent être prévus aux plans sous-régional, régional et provincial.

Pour le Ministère, les conseils régionaux de la santé et des services sociaux constituent les partenaires avec lesquels il entend, de façon immédiate, faire participer les intervenants de chacune des régions aussi bien à la définition des problèmes, qu'au choix des priorités d'intervention et à l'organisation du réseau. Le mandat des conseils régionaux ne peut s'exercer sans l'input de l'expertise des DSC. Le ministère des Affaires sociales vise donc, tout en assurant le respect du rôle et des compétences de chacun des intervenants, à s'assurer de la coordination des efforts aux plans régional et provincial, en développant les mécanismes de communication et de coordination nécessaires, en collaboration avec les conseils régionaux.

### **Les clientèles cibles**

Certains groupes de la population sont en quête de services appropriés de façon plus importante et urgente que d'autres. Des problèmes particuliers touchent les personnes âgées, les personnes handicapées, les jeunes; ces problèmes doivent retenir notre attention comme étant des problèmes de l'heure qui demandent des solutions pratiques.

En même temps que les DSC travaillent à l'élaboration de politiques et de programmes, en même temps qu'ils font des études ou travaillent à l'expérimentation de nouveaux moyens d'intervention, ils doivent intervenir dans des questions d'actualité: l'épandage des pesticides dans certaines régions, l'incidence élevée du cancer dans certaines localités, les conséquences sur la santé de la pollution de l'air et de l'eau, etc. Ces dossiers existent, les gens en parlent. Ils préoccupent même les politiciens à l'Assemblée nationale. Les DSC doivent s'en préoccuper, s'en occuper; c'est aussi une question d'équilibre.

Le Ministère est convaincu que la promotion de la santé et la prévention doivent servir d'assises aux politiques de santé de tout gouvernement. Il croit à la santé communautaire et il appuiera son évolution.

Dans le développement des DSC, il y a encore beaucoup de place pour plus de leadership, plus de concertation et de meilleures communications. Les DSC ne souffrent pas d'un problème de crédibilité par rapport à ce qu'ils font et qui est relié à leur mission fondamentale. Cependant, un peu plus de productivité et de performance leur vaudront sans doute la reconnaissance qui leur revient. Le temps est à l'action.

CENTRE DE DOCUMENTATION  
D. S. C. CHARLES LEMOYNE.

E-2058

A558 2  
ex. 2

A558  
ex. 2

C NTR. DE DOCUMENTATION  
D. S. C. CHARLES LEMOYNE

