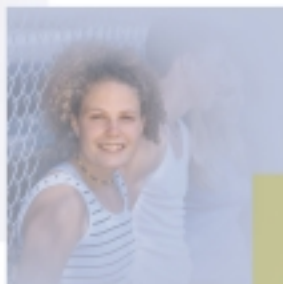
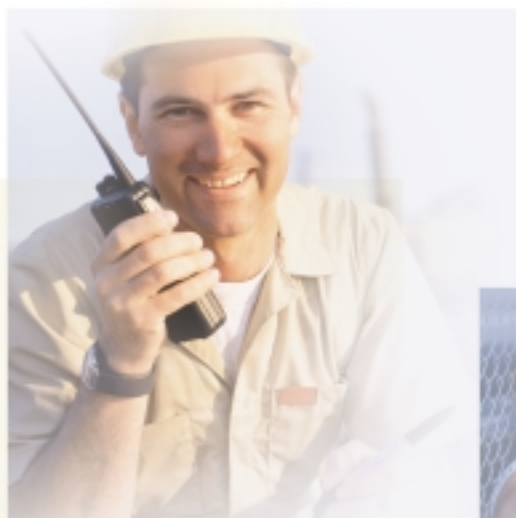


Plan d'action régional de santé publique 2004-2012 Côte-Nord

La santé publique: L'affaire de chacun!



Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Côte-Nord





Plan d'action régional de santé publique 2004-2012 Côte-Nord

Lasanté**publique:** **L'affaire**de**chacun!**

Le Plan d'action régional de santé publique 2004-2012 a été élaboré par la Direction de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.

Sous la direction de

Raynald Cloutier, m.d., directeur de santé publique

En collaboration avec

Micheline Anctil, Centre de santé des Nord-Côtiers

Johanne Beaudoin, Centre de santé de la Basse-Côte-Nord

Diane Giasson, CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan

Daniel Jacques, Centre de santé de l'Hématite

Sylvie Méthot, CLSC-Centre de santé des Sept Rivières

Stéphane Sergerie, Centre de santé de la Minganie

Comité de rédaction

Denis Beausoleil

Nicole Boudreau

Line Caron

Jacques-François Cartier

Réal Castonguay

Hélène Chouinard

Isabelle Lamontagne

Jean-Guy LeBel

Sandra Morin

Marielle Richard

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les hommes que les femmes.

© Régie régionale de la santé et des services
sociaux de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 2004

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-89003-160-8

MOT DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

Le déploiement du Plan d'action régional de santé publique (PAR) concrétise la volonté du réseau de la santé nord-côtier de se doter d'un cadre de référence pour la consolidation des services en prévention et promotion de la santé. En ce sens, le PAR constitue un consensus des principaux acteurs du réseau de la santé et de ses partenaires sur les besoins en prévention de la santé pour notre population.

Ce consensus permettra d'améliorer la coordination de nos interventions et d'orienter le développement. Bien sûr, nous aurons à prioriser les interventions selon la croissance des ressources consenties à la santé publique, mais nous posséderons l'outil pour le faire.

Le PAR nous permettra également de maintenir notre approche de concertation qui rallie nos partenaires intersectoriels et communautaires avec les intervenants du réseau de la santé.

En définitive, le PAR assurera le lien entre les besoins en santé publique et le développement des ressources. Il favorisera une utilisation efficiente des ressources basée sur la concertation et le partenariat.

Raynald Cloutier
Directeur de santé publique

MOT DU PRÉSIDENT DU FORUM DE LA POPULATION

L'élaboration et la mise en place du Plan d'action régional de santé publique constituent une étape essentielle pour consolider les services en prévention et promotion de la santé. Ce plan d'action définit les responsabilités des différents acteurs du réseau de la santé et les liens étroits qu'ils doivent maintenir avec leurs partenaires.

Le plan d'action insiste sur la participation de tous les professionnels (médecins, infirmières, psychologues, etc.) dans le rôle qu'ils ont à jouer pour favoriser les activités préventives. Ils sont invités à profiter de leur travail quotidien pour sensibiliser leur clientèle à l'importance d'adopter de saines habitudes de vie.

Le plan d'action soulève la nécessité de consolider nos campagnes de promotion de la santé, particulièrement la saine alimentation et l'activité physique.

Finalement, le Plan d'action de santé publique se déploiera en concertation avec les autres organismes publics (Sûreté du Québec, milieu scolaire, municipalités, etc.) de façon à s'assurer que les actions entreprises reflètent les attentes de la population et s'harmonisent avec les interventions de nos partenaires pour le mieux-être de notre population. Il s'agit d'un véritable virage prévention basé sur des actions concrètes et supportées par des plans d'action locaux réalistes et dynamiques.

Dan Mauger
Président du Forum de la population

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ACIA	Agence canadienne d'inspection des aliments
AMI	Accès au matériel injectable
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCSR	Centre de coordination des services régionaux
CDD	Centre de dépistage désigné
CIPSCN	Centre d'intervention et de prévention du suicide Côte-Nord
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
COU	Contraception orale d'urgence
CPE	Centre de la petite enfance
CRD	Conseil régional de développement
CRID	Centre de référence pour investigation désigné
CS	Centre de santé
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DGSP	Direction générale de la santé publique
DRMG	Département régional de médecine générale
ELDEQ	Enquête longitudinale du développement des enfants du Québec
ETC	Équivalent temps complet
FADOQ	Fédération de l'âge d'or du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la Statistique du Québec
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MAD	Maintien à domicile
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MENV	Ministère de l'Environnement du Québec
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTQ	Ministère des Transports du Québec
PAL	Plan d'action local

PAPA	Personne âgée en perte d'autonomie
PAR	Plan d'action régional de santé publique
PAS	Programme d'application sélective
PMSD	Pour une maternité sans danger
PQAT	Programme québécois d'abandon du tabagisme
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PSSE	Programme de santé spécifique à l'établissement
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SCHL	Société canadienne d'hypothèques et de logement
TCNS	Table de concertation nationale en surveillance
TRIPP	Table régionale intersectorielle sur la prévention et la promotion de la santé en milieu scolaire
URLS	Unité régionale Loisir et Sport

TABLE DES MATIÈRES

	Page
1. Introduction.....	1
2. Le contexte du Plan d'action régional de santé publique.....	3
3. Les caractéristiques régionales	5
4. Les pratiques cliniques préventives	17
5. Les campagnes de promotion de la santé	19
6. Les actions reliées au cycle de vie	21
6.1 Clientèle 0-4 ans	21
6.1.1 État de situation et problématique	21
6.1.2 Objectifs et activités	26
6.2 Clientèle 5-17 ans.....	29
6.2.1 État de situation et problématique	29
6.2.2 Objectifs et activités	35
6.3 Clientèle 18-64 ans.....	39
6.3.1 État de situation et problématique	39
6.3.2 Objectifs et activités	49
6.4 Clientèle 65 ans et plus	57
6.4.1 État de situation et problématique	57
6.4.2 Objectifs et activités	61
7. Les actions reliées à la protection de la santé.....	67
7.1 Domaine des maladies infectieuses.....	67
7.2 Domaine de la santé environnementale.....	78
7.3 Domaine de la santé en milieu de travail	85

8.	Le développement des communautés.....	89
9.	Le plan de mobilisation	93
10.	La surveillance et le développement de connaissances en santé publique.....	96
11.	L'évaluation et le suivi du Plan d'action régional de santé publique	99
12.	Les conditions de réussite.....	101
13.	Conclusion.....	103

CHAPITRE 1

INTRODUCTION

La dernière décennie a permis au réseau québécois de la santé de mieux encadrer le développement de la santé publique. En effet, la publication de la Politique de la santé et du bien-être en 1992 a précisé les stratégies et les interventions requises pour contrer les problématiques de santé publique. Par la suite, les Priorités nationales de santé publique 1997-2002 ont établi les principes directeurs basés entre autres sur la concertation de tous les acteurs du réseau et de ses principaux partenaires. Finalement, la *Loi sur la santé publique* en 2001 et le Programme national de santé publique en 2002 orienteront l'action de prévention et promotion pour la période 2003-2012.

C'est dans ce contexte que le Plan d'action régional (PAR) de santé publique s'inscrit comme le modèle régional d'organisation de service permettant d'atteindre des résultats tangibles en prévention et promotion de la santé. En effet, le PAR et les plans d'action locaux qui en découleront préciseront les rôles et responsabilités des acteurs du réseau et la participation des partenaires. Le PAR sera basé sur une connaissance fine du portrait de santé de notre population et des principaux facteurs de risque et déterminants qui l'affectent.

Le PAR rassemble les actions incontournables pour améliorer la santé et le bien-être de notre population tout en répondant aux attentes du Programme national de santé publique (PNSP). Il sera également l'outil avec lequel la Direction de santé publique, les CLSC et les différents partenaires conviendront des priorités d'action pour la Côte-Nord. En ce sens, le PAR précise les interventions relevant du CLSC et devant se retrouver dans les plans d'action locaux.

Le PNSP retient cinq stratégies pour orienter les objectifs et interventions que l'on retrouvera dans le PAR et les plans d'action locaux de santé publique :

- Renforcer le potentiel des personnes
- Soutenir le développement des communautés
- Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être
- Soutenir les groupes vulnérables
- Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives

Nous en ajoutons deux, soit :

- Favoriser l'intégration des services de prévention et de promotion avec les services de 1^{re} ligne
- Assurer le développement et le maintien des compétences des acteurs

Le directeur de santé publique, désigné comme gestionnaire du PAR par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, prendra les mesures requises pour assurer l'appropriation du PAR par le réseau de la santé et sa diffusion auprès des partenaires. Nous avons d'ailleurs une préoccupation particulière en ce qui regarde

les communautés autochtones. Nous maintenons notre approche de collaboration pour informer ces communautés sur les programmes de prévention et de promotion de façon à harmoniser les interventions. En ce qui regarde la protection de la santé publique, le réseau de la santé nord-côtier doit mettre en place les mécanismes requis pour que les populations autochtones bénéficient de services similaires en fonction des responsabilités dévolues aux différents paliers d'intervenants.

Sur le plan de la conception, trois principes guideront la rédaction des objectifs soit : la qualité, l'accessibilité et la continuité. La qualité se réfère au maintien et au développement de la compétence des professionnels qui dispensent les services en fonction de guides et de protocoles d'intervention reconnus. Un effort constant doit être consacré pour assurer une accessibilité équitable à l'ensemble des Nord-Côtiers et Nord-Cotières en fonction de leurs besoins particuliers. La continuité consiste à assurer la pérennité des services, notamment par un financement adéquat.

Le PAR, suite à son approbation par le conseil d'administration, servira de guide de gestion pour l'allocation des ressources. Il précisera les obligations du réseau de la santé découlant du plan de mobilisation en cas de menaces à la santé publique. Il contiendra les résultats à atteindre et les indicateurs permettant de suivre l'évolution des interventions.

La première phase de déploiement du PAR est 2004-2007. Cette phase sera marquée par l'implantation de plans d'action locaux concertés et, nous le souhaitons, un développement accéléré des ressources humaines et financières.

CHAPITRE 2

LE CONTEXTE DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE¹

L'importance d'agir dans de multiples secteurs avant que n'apparaissent les problèmes de santé et les problèmes psychosociaux fait l'objet d'un large consensus. Depuis 1992, plusieurs événements ont contribué à donner à la santé publique au Québec un essor fort remarqué. Bien sûr, on peut penser d'abord à l'adoption de la *Politique de la santé et du bien-être* en 1992, suivie, cinq ans plus tard par les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*.

On peut penser aussi à la création, en juin 1998, de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) dont la principale mission consiste à soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux, ainsi que les régies régionales en matière de santé publique.

Parmi les événements qui ont marqué l'essor de la santé publique, on retrouve l'adoption, en 2001, de deux mesures législatives prévoyant entre autres la nomination d'un directeur national et de directeurs régionaux de santé publique.

Ainsi, en vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux*, le directeur national de santé publique conseille et assiste le ministre et le sous-ministre en titre dans l'exercice de leurs responsabilités au regard de la santé publique. Cette loi prévoit que le ministre peut déléguer au directeur national de santé publique des fonctions ou des pouvoirs qui lui sont attribués par la *Loi sur la santé publique*.

Par ailleurs, la loi modifiant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* identifie de nouvelles responsabilités pour les directeurs régionaux de santé publique :

- Informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de faire les études et recherches nécessaires à cette fin;
- Identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;
- Assurer une expertise en prévention et promotion de la santé et conseiller la Régie régionale sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitables;
- Identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, prendre les mesures nécessaires pour favoriser cette action;
- Informer le directeur national de santé publique de toute situation d'urgence ou de toute situation mettant en danger la santé de la population.

¹ Au regard des mesures législatives mentionnées dans ce chapitre, le texte emprunte celui publié au chapitre 1 du Plan d'action régional de la Montérégie. Voir Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, *Vers une action renouvelée en santé publique pour la Montérégie : Plan d'action régional 2003-2006*, Document de consultation, 5 mai 2003.

La *Loi sur la santé publique (Projet de loi 36)*, adopté en décembre 2002, réaffirme les fonctions de la santé publique en instaurant une meilleure surveillance de l'état de santé de la population, une place accrue à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des problèmes sociaux et des traumatismes ainsi qu'une plus grande instrumentation pour la protection de la santé et des activités de vigie sanitaire inhérentes à cette fonction.

Le *Programme national de santé publique (PNSP)*, qui définit l'offre de service en santé publique au Québec pour la prochaine décennie, incarne la principale mesure de ce nouveau cadre législatif. La nouvelle loi ordonne également l'élaboration de plans d'action régionaux et locaux de santé publique, en conformité avec les objectifs poursuivis et les activités prévues au PNSP dans chacune des régions et des territoires de CLSC du Québec. Toujours selon cette loi, ces plans doivent comporter des mécanismes de reddition de comptes et un cadre d'évaluation des résultats.

La *Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Projet de loi 90)*, adoptée en juin 2002, permet désormais aux infirmières et infirmiers d'initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage et de procéder à la vaccination dans le cadre de l'application de la *Loi sur la santé publique*. Les infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec pourront également contribuer à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*. Ces changements de pratique pourront modifier la dispensation de certains services actuellement offerts.

Le virage «prévention», préconisé par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux tenue en 2000, est une priorité inscrite au Plan de la santé et des services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). Les principales mesures ciblées sont les pratiques cliniques préventives à intégrer dans la pratique quotidienne des intervenants de la santé, des actions préventives à mener auprès de la population générale et de groupes vulnérables et, enfin, le soutien des autres secteurs d'activités impliqués dans le domaine de la santé publique, comme le milieu scolaire, les centres de la petite enfance (CPE), le monde du travail, le milieu communautaire et les municipalités.

Le *Programme national de santé publique* assure la continuité des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Il présente les objectifs sociosanitaires qui ont été fixés provincialement et les activités se rapportant à l'une ou l'autre des fonctions essentielles de santé publique, soit la surveillance de l'état de santé de la population, la promotion de la santé, la prévention et la protection. Ces activités ont été retenues en fonction de l'importance des problèmes de santé ou des problèmes psychosociaux qu'elles visent à atténuer et de l'efficacité reconnue de l'intervention pour contribuer à atteindre les objectifs fixés. Un bon nombre d'activités constituent désormais l'offre de service commune à toutes les régions du Québec pour intervenir en santé publique, et ce, sur un horizon de dix ans. Une mise à jour est par ailleurs prévue à tous les trois ans. Le programme permet également d'adapter la planification des actions aux dynamiques régionales et locales.

C'est dans cette optique que se situe donc le présent PAR pour la région nord-côtière.

CHAPITRE 3

LES CARACTÉRISTIQUES RÉGIONALES²

3.1 DIMENSION SOCIODÉMOGRAPHIQUE

La Côte-Nord s'étend sur un immense territoire, soit de Tadoussac, à l'ouest, jusqu'à Blanc-Sablon, à l'est, en passant par l'Île-d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et de Schefferville. De Tadoussac à Blanc-Sablon, le littoral s'allonge sur environ 1 200 kilomètres. La région se caractérise notamment par une faible densité de population répartie sur 17 200 km². Plusieurs communautés, situées en Basse-Côte-Nord, sont isolées et ne sont pas reliées entre elles par voie terrestre. La superficie totale du territoire nord-côtier s'étale sur environ 270 000 km².

Le territoire régional se subdivise en six municipalités régionales de comté (MRC). Il s'agit des MRC de la Haute-Côte-Nord, de Manicouagan, des Sept-Rivières, de Caniapiscau, de la Minganie et celle de la Basse-Côte-Nord³.

En 2001, la population de la Côte-Nord se situait autour de 101 998 personnes. Depuis une vingtaine d'années, on observe une diminution constante de ses effectifs. Alors qu'on dénombrait 119 900 habitants sur le territoire en 1981, on en prévoit aux environs de 97 000 en 2011.

La population nord-côtère s'avère plus jeune que celle de la province. En 2001, 33 % des gens avaient moins de 25 ans, comparativement à 31 % pour le Québec. Pour leur part, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 9 % de la population régionale en regard de 13 % de celle de l'ensemble de la province.

Toutefois, comme celle du Québec, la population de la région vieillit. De 1981 à 2011, les démographes prédisent que la proportion de jeunes âgés de moins de 15 ans passera de 27 % à 15 %. Pour leur part, les personnes âgées représenteront 13 % de la population nord-côtère en 2011, comparativement à 3 % en 1981.

² Ce texte est adapté d'un document publié en octobre 2002 sur le site Internet de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord : DESROCHES, Michel. *Quelques chiffres révélateurs concernant la population nord-côtère*, Baie-Comeau, Régie régionale de la santé et des services sociaux, Service en connaissance, surveillance, recherche et évaluation, octobre 2002, 13 p.

Afin de faciliter la lecture, la plupart des pourcentages ont été arrondis à l'unité dans le texte. Ils ne l'ont pas été dans les tableaux ni dans les figures.

³ Il est d'usage courant de parler de MRC pour désigner le territoire de la Basse-Côte-Nord même si celui-ci ne constitue pas dans les faits une MRC.

Population selon certains groupes d'âge, Côte-Nord, 1981 à 2011

Année	Population totale (Nbre)	0-14 ans (%)	65 ans et + (%)
1981	119 900	27,5	3,6
1986	107 994	24,8	4,6
1991	105 836	22,6	5,9
1996	105 096	20,6	7,4
2001	101 998	18,7	9,2
2011	97 224	15,3	13,4

Source : MSSS

La région comprend neuf communautés autochtones établies dans huit réserves montagnaises et une naskapie. Les communautés autochtones connaissent une croissance démographique, contrairement à l'ensemble de la population nord-côtière. En effet, leur poids démographique régional est passé de 5 % en 1986 à 8 % en 2001. La population autochtone est également plus jeune que celle de l'ensemble de la région. En 1996, les jeunes âgés de moins de 15 ans comptaient pour 36 % de la population amérindienne.

Population autochtone, Côte-Nord, 1986 à 2001

Année	Population autochtone (Nbre)	Population autochtone / Population totale (%)
1986	5 508	5,1
1991	6 365	6,0
1996	7 570	7,2
2001	7 980	7,8

Source : MSSS

Afin d'évaluer l'appartenance des répondants à la communauté autochtone, Statistique Canada a posé la question suivante au recensement de 1996 : *«Êtes-vous un Autochtone, c'est-à-dire, un Indien de l'Amérique du Nord, un Métis, ou un Inuit (Esquimaux)?»*. Pour cet organisme, cette question visait à mesurer la propre perception d'un individu quant à son identité autochtone. Ainsi, une personne pouvait se dire Autochtone, sans nécessairement faire partie d'une bande indienne ou sans être un Indien des traités ou un Indien inscrit aux termes de la *Loi sur les Indiens du Canada*.

Ainsi, sur la Côte-Nord, près de une personne sur dix (9 %) se dit d'appartenance autochtone, ce qui représente environ 9 170 personnes (Indien, Métis ou Inuit). Dans les MRC de la Basse-Côte-Nord (20 %) et de Caniapiscau (23 %), cette situation rejoint un peu plus de un individu sur cinq. En 1996, Statistique Canada a recensé à l'extérieur des réserves amérindiennes près de une personne sur cinq (21 %) se définissant comme Autochtone.

Les données du même recensement montrent que près des trois quarts de la population nord-côtière (70 %) est concentrée dans les MRC de Manicouagan (35 %) et de Sept-Rivières (35 %), ce qui représente 72 800 personnes. À elles seules, les municipalités de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent près de la moitié de la population régionale (49 %).

D'après les données de l'Institut de la statistique du Québec⁴, le solde migratoire est demeuré relativement stable, de la période 1991-1995 (- 3,2 %) à la période 1995-1999 (- 3,7 %). Dans son ensemble, la Côte-Nord n'a donc pas connu d'exode massif de sa population vers d'autres régions du Québec. Par contre, pour la période 1995-1999, les soldes migratoires négatifs les plus importants se retrouvent chez les personnes âgées de 20 à 29 ans (- 9,5 %) et de 55 à 64 ans (- 6,4 %). Ce phénomène pourrait partiellement s'expliquer du fait que la mobilité des individus de ces deux groupes d'âge, et surtout celle des 20 à 29 ans, est très influencée par les conditions socioéconomiques, notamment par le marché de l'emploi ou par un contexte économique défavorable.

Il convient de rappeler qu'en janvier 2000, lors de l'*Enquête Santé Côte-Nord*, 28 % des jeunes âgés de 18 à 29 ans ont mentionné «avoir l'intention, au cours des cinq prochaines années, de quitter définitivement la Côte-Nord pour aller habiter dans une autre région». Par ailleurs, contrairement à certaines croyances populaires, les personnes âgées de 65 ans et plus ne quittent pas massivement la région. En fait, de 1995 à 1999, le solde migratoire les concernant est de - 3,6 %.

Au regard de la composition des familles, selon le recensement de 1996, les couples en union libre représentent une famille nord-côtière sur quatre (25 %) comparativement à 20 % pour l'ensemble du Québec. Pour leur part, les familles monoparentales totalisent 15 % des familles sur la Côte-Nord, en regard de 16 % au Québec. Les familles sans enfant sont proportionnellement moins nombreuses sur la Côte-Nord (29 %) qu'au Québec (34 %). À l'exemple de la situation provinciale (10 %), une famille nord-côtière sur dix compte trois enfants et plus (11 %). Dans les familles monoparentales, un peu plus de la moitié des enfants (52 %) sont âgés de moins de 15 ans comparativement à 50 % pour le Québec. Par ailleurs, un peu plus de trois enfants sur dix âgés de 14 ans ou moins (30 %) vivent avec des parents non mariés. Au Québec, cette proportion se chiffre à 21 %.

De leur côté, les gens vivant seuls⁵ comptent pour environ 8 % de la population demeurant dans les ménages, soit 7 685 personnes. Au Québec, ce pourcentage est supérieur (11 %). Les informations fournies par le recensement révèlent que les hommes nord-côtiers sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à vivre seules (8,4 % c. 6,6 %). Au Québec, on remarque le phénomène inverse : les femmes vivent seules dans une plus forte proportion que les hommes (12 % c. 10 %). Aussi, les femmes nord-côtières sont proportionnellement deux fois moins nombreuses à vivre seules que les femmes du Québec (6,6 % c. 12 %).

Sur la Côte-Nord, près de une personne sur deux (48 %) vit en couple, que ce soit en union libre ou par mariage. Comme au Québec, c'est au sein du groupe des personnes âgées de 25 à 39 ans que se retrouvent majoritairement les individus ayant choisi de vivre en union libre (62 % sur la Côte-Nord comparativement à 57 % au Québec).

Environ 4,6 % de la population régionale affirme ne pas pouvoir soutenir une conversation en français (6,2 % au Québec). Ces gens se retrouvent surtout sur la Basse-Côte-Nord où près de six personnes sur dix (57 %) parlent l'anglais ou une langue amérindienne. En Basse-Côte-Nord, un peu plus des trois quarts des personnes âgées de 65 ans et plus (78 %) ne peuvent soutenir une conversation en français. Dans la MRC de Caniapiscau, 38 % des personnes âgées de 65 ans et plus parlent uniquement une langue amérindienne. Dans l'ensemble du territoire nord-côtier, 87 % de la population déclare uniquement le français comme langue maternelle comparativement à 5 % pour l'anglais. Au Québec, la proportion de la population qui déclare uniquement le français comme langue maternelle se situe à 80 %. Sur la Côte-Nord, environ 12 000 personnes, soit 12 % de la population, ne parlent pas le français à la maison. Dans l'ensemble de la province, ce pourcentage atteint 16 %.

⁴ DES ROCHES, Michel, et collaborateur. Rapport de l'Enquête Santé Côte-Nord 2000, Baie-Comeau, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, 2001, 266 pages.

⁵ À ne pas confondre avec le concept de «personne seule». Ce dernier concept se veut plus large, car il englobe les personnes vivant seules et celles qui habitent avec des personnes non apparentées.

3.2 DIMENSION ÉCONOMIQUE

En ce qui a trait à la scolarité des personnes âgées de 15 ans et plus, 22 % de la population nord-côtière possède un niveau inférieur à la 9^e année. C'est dans la MRC de la Basse-Côte-Nord où cette proportion est la plus élevée (43 %). Toujours à l'échelle régionale, 60 % des gens de 15 ans et plus font part d'un niveau de scolarité équivalent tout au plus à un 5^e secondaire (treize années ou moins) en regard de 53 % pour le Québec. Ajoutons que parmi les résidents nord-côtiers de 15 ans et plus qui occupent un emploi, 45 % n'ont pas dépassé le 5^e secondaire comparativement à 39 % pour le Québec. Dans la région, une personne sur dix (11 %) âgée de 15 ans et plus a fait des études universitaires comparativement à 20 % pour la population québécoise du même âge.

Près de huit jeunes nord-côtiers sur dix (79 %) âgés de 15 à 19 ans fréquentent l'école à temps plein. Chez les jeunes nord-côtiers âgés de 20 à 24 ans, ce taux de fréquentation scolaire chute à 36 % (42 % au Québec).

Au regard du secteur d'activité économique, les trois divisions d'industries dans lesquelles on retrouve davantage la population nord-côtière masculine sont les «industries manufacturières» (24 %), les «industries des mines et carrières» (11 %) et les «industries de la construction» (10 %). Les travailleuses nord-côtieres sont davantage concentrées dans les «industries des services de soins de santé et des services sociaux» (19 %), les «industries de commerce de détail» (17 %) et les «industries de l'hébergement et de la restauration» (14 %). Tous secteurs d'activité confondus, la population nord-côtière active oeuvre principalement dans les domaines des «ventes et services» (25 %) ainsi que les «métiers, transport et machinerie» (21 %).

Au moment du recensement de 1996, la moitié de la population nord-côtière de 15 ans et plus (52 %) détient un emploi comparativement à 55 % pour celle du Québec. Sur la Côte-Nord, c'est dans la MRC de Caniapiscau où l'on retrouve la proportion la plus élevée de personnes au travail (63 %) chez les 15 ans et plus tandis que la MRC de la Basse-Côte-Nord affiche le rapport emploi-population le plus faible de la région (32,3 %). Les mêmes données nous apprennent qu'un peu plus du tiers des jeunes âgés de 15 à 24 ans (34 %) ont un emploi en 1996 en comparaison de 44 % pour l'ensemble des Québécois du même âge.

Dans la même veine, environ trois personnes sur dix (35 %) ont déclaré en 1996 ne pas disposer de revenu d'emploi; cette proportion est comparable à celle que l'on retrouve au Québec (38 %).

Une famille nord-côtière sur deux (51 %) dispose d'un revenu total de moins de 50 000 \$. Au Québec, cette proportion est plus importante (59 %). Trois familles de la région sur dix (29 %) de type «époux-épouses» gagnent quelque 70 000 \$ et plus par année. Dans l'ensemble de la province, cette proportion se chiffre à 24 %.

Les seuils de faible revenu sont déterminés par Statistique Canada d'après les statistiques canadiennes sur les dépenses des familles. Ces seuils varient selon la taille de la famille et d'après la taille du secteur de résidence. Selon Statistique Canada, en 1995, près d'une famille nord-côtière sur sept (14 %) est considérée comme une unité à faible revenu. Dans l'ensemble du Québec, environ une famille sur cinq se retrouve dans la même situation (19 %). Dans le même ordre d'idées, la proportion de résidents nord-côtiers vivant sous le seuil de faible revenu au cours de la même période s'établit à 15 % comparativement à 23 % au Québec.

3.3 DIMENSION SOCIO SANITAIRE

3.3.1 Perception de l'état de santé

La perception de l'état de santé est considérée comme un indicateur important de l'état de santé d'une population. Plusieurs études ont démontré sa fiabilité et sa validité en raison de sa corrélation avec d'autres indicateurs représentant des dimensions spécifiques de la santé. Il est maintenant intégré dans la plupart des enquêtes de santé⁶.

D'après les résultats de l'Enquête sociale et de santé 1998, environ 13 % des résidents de la Côte-Nord âgés de 15 ans et plus se perçoivent en moyenne ou mauvaise santé. Ce résultat s'avère comparable à la situation provinciale (11 %). La proportion de personnes insatisfaites de leur état de santé augmente avec l'âge. Les individus âgés de 65 ans et plus sont en effet davantage portés à se considérer en moyenne ou mauvaise santé (34 %) que les gens âgés de 15 à 64 ans (10 %). Les données de l'enquête révèlent aussi que les personnes âgées de la Côte-Nord éprouvent davantage une insatisfaction au regard de leur santé que celles de l'ensemble de la province (34 % c. 23 %). Les mêmes données démontrent une relation significative entre la perception de l'état de santé et d'autres indicateurs comme l'indice de détresse psychologique, la perception de la santé mentale, la satisfaction vis-à-vis la vie sociale, etc.

3.3.2 Perception de l'état de santé mentale

Sur la Côte-Nord, toujours en 1998, environ 7 % des personnes de 15 ans et plus manifestaient un point de vue défavorable au regard de leur santé mentale (perception moyenne ou mauvaise) comparativement à 8 % de la population québécoise. La proportion de résidents nord-côtiers exprimant une telle perception tend à être un peu plus élevée chez les femmes que chez les hommes (8 % c. 6 %), bien que l'écart observé ne se révèle pas statistiquement significatif.

3.3.3 Détresse psychologique

Les résultats de l'Enquête sociale et de santé 1998 montrent qu'environ un Nord-Côtier âgé de 15 ans et plus sur cinq (18 %) se retrouve dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique (20 % au Québec). Cette proportion représente un peu plus de 14 530 personnes. Sur la Côte-Nord, la proportion de personnes situées au niveau élevé de l'indice tend à s'abaisser avec l'avancement en âge, tendance qui est confirmée à l'échelle provinciale.

Par rapport à l'enquête de 1992-1993, les données de l'Enquête sociale et de santé 1998 démontrent que la proportion de résidents de la Côte-Nord situés à l'échelon élevé de l'indice de détresse psychologique a baissé significativement, passant de 25 % à 18 %. La Côte-Nord revient pratiquement au niveau mesuré dans la première enquête de 1987.

⁶ Voir Madeleine LEVASSEUR, « Perception de l'état de santé », dans : DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE et autres (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 259-260.

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population âgée de 15 ans et plus, Côte-Nord, 1992-1993 et 1998

Caractéristique	Côte-Nord		
	Enquête 1992-1993 (%)	Enquête 1998 (%)	Écart statistiquement significatif
Sexe			
Homme	21,1	14,0	Oui
Femme	30,0	22,5	Oui
Âge			
15 à 24 ans	31,3	26,6	Non
25 à 44 ans	23,3	17,0	Oui
45 à 64 ans	23,9	15,0	Oui
65 ans et plus	28,8 *	15,5 *	Non
Population totale	25,5	18,2	Oui

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

3.3.4 Idées suicidaires

Environ 2 700 personnes, soit 3,4 % de la population nord-côtière âgée de 15 ans et plus, auraient sérieusement songé à se suicider au cours des douze mois précédant l'Enquête sociale et de santé 1998. Cette proportion s'apparente à celle enregistrée pour le Québec (3,9 %).

La prévalence des idées suicidaires tend à diminuer avec l'âge. Précisons que l'enquête ne permet pas de détecter des différences significatives à ce chapitre entre les groupes d'âge. Ceci étant précisé, mentionnons que 6,2 % des jeunes de 15 à 24 ans affirment avoir sérieusement pensé au suicide durant la même période, comparativement à 3,3 % pour les personnes de 25 à 44 ans et à 2,2 % pour leurs aînés de 45 ans et plus.

3.3.5 Des facteurs de risque à surveiller

Les résultats présentés dans *Le portrait de santé – Le Québec et ses régions*⁷ révèlent entre autres que certains comportements ou facteurs de risque sont davantage présents sur la Côte-Nord comparativement au Québec. Par exemple, les fumeurs s'y retrouvent en plus forte proportion (38 % c. 34 %).

Au regard de la consommation d'alcool, l'Enquête sociale et de santé 1998 démontre que 81 % des Nord-Côtiers de 15 ans et plus ont consommé de l'alcool de façon régulière ou occasionnelle durant les douze mois ayant précédé l'enquête soit pratiquement la même proportion que celle observée au Québec. Parmi ces personnes, on en retrouve proportionnellement un plus grand nombre rapportant une consommation élevée sur la Côte-Nord que dans la province. Ainsi, environ 39 % des consommateurs d'alcool mentionnent avoir absorbé cinq consommations ou plus en une même occasion, au moins cinq fois durant l'année précédant l'enquête en comparaison de 29 % des consommateurs québécois. De la même façon, par rapport au Québec, on retrouve dans la région une proportion plus faible de consommateurs qui soulignent n'avoir jamais pris au moins cinq consommations en une même occasion (31 % c. 43 %) durant la même période de référence.

⁷ PAGEAU, Michel, et autres. *Le portrait de santé – Le Québec et ses régions*, Les Publications du Québec, 2001, 432 pages.

D'autres informations fournies par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) pour l'année 1998 (Fichiers de la Société de l'assurance automobile du Québec) indiquent que le taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies est plus important sur la Côte-Nord qu'au Québec (504 condamnations pour 100 000 titulaires de permis comparativement à 300 condamnations au niveau provincial). On parle ici de conduite d'un véhicule avec un taux d'alcool supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang et de refus de subir l'alcootest ou de fournir un échantillon de sang.

L'Enquête sociale et de santé 1998 montre aussi que la Côte-Nord compte une plus grande proportion de sa population présentant un excès de poids que celle du Québec (33 % c. 28 %). L'enquête de 1992-1993 avait également montré que le surplus de poids affectait davantage les résidents de la Côte-Nord que ceux de l'ensemble de la province (28 % c. 25 %). Les hommes de la région sont davantage touchés que les femmes par un problème d'excès de poids (37 % c. 28 %).

Cette enquête révèle également qu'environ 48 % des résidents nord-côtiers âgés de 15 ans et plus sont sédentaires ou très peu actifs. Cela signifie que, pendant leur temps libre, ces personnes pratiquent moins de quatre fois par mois une activité physique durant 20 à 30 minutes par séance. À cet égard, la proportion régionale s'apparente beaucoup à celle du Québec (environ 48 %).

Par ailleurs, la proportion de naissances vivantes dont la mère a moins de 11 ans de scolarité est également plus importante dans la région (26 % c. 15 %). Il en est de même du taux de grossesses à l'adolescence (24 grossesses pour 1 000 filles âgées de 14 à 17 ans comparativement à 20 grossesses à l'échelle provinciale).

3.3.6 Des conditions sociales difficiles

Les statistiques fournies dans *Le portrait de santé – Le Québec et ses régions* font ressortir clairement des conditions sociales difficiles sur le territoire nord-côtier. Tout d'abord, le taux annuel d'incidence de nouvelles prises en charge dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse* durant la période 1993-1999 est plus élevé sur la Côte-Nord (8 prises en charge pour 1 000 jeunes âgés de 0 à 17 ans comparativement à 4 prises en charge au Québec). Ce taux reflète le nombre d'enfants et de jeunes pour lesquels les services des centres jeunesse (ou le tribunal) ont décidé d'appliquer des mesures de protection. Ces prises en charge sont reliées à des cas de négligence, d'abus physiques, d'abus sexuels, de troubles de comportement ou d'abandon.

En 1999, le taux de jeunes âgés de 12 à 17 ans ayant contrevenu au code criminel et aux lois fédérales ou provinciales désavantage également la Côte-Nord (6 647 contrevenants pour 100 000 jeunes âgés de 12 à 17 ans comparativement à 5 963 contrevenants au Québec). Les délits considérés ici sont essentiellement les crimes contre la personne (meurtres, agressions sexuelles, voies de fait, etc.), les crimes contre la propriété (vols, introductions par infraction, etc.), les infractions liées à la conduite de véhicule (conduite avec facultés affaiblies, délit de fuite, etc.) et les crimes relatifs à la drogue.

Toujours en 1999, le taux de crimes contre la personne est plus important sur le territoire nord-côtier qu'au Québec (1 036 infractions criminelles pour 100 000 personnes comparativement à 910 infractions criminelles). Les crimes contre la personne, appelés aussi «*crimes avec violence*» comprennent plus particulièrement les homicides, la négligence criminelle et autres infractions entraînant la mort, les agressions sexuelles, les attouchements sexuels, les enlèvements, les vols qualifiés, les voies de fait et les menaces. Toutefois, ces deux derniers types de crimes sont les plus fréquents sur le territoire nord-côtier. Par exemple, en ce qui concerne les menaces, on dénombre 264 infractions par 100 000 personnes comparativement à 185 au Québec.

Enfin, le taux annuel de victimisation pour violence conjugale n'est guère plus reluisant dans la région (457 victimes de violence conjugale pour 100 000 femmes âgées de 12 ans et plus comparativement à 385 victimes au Québec). Les délits dont il est question ici sont le meurtre et la tentative de meurtre, l'agression sexuelle, les voies de fait, les enlèvements ou séquestrations, le harcèlement criminel et la profération de menaces. Les délits considérés ont d'abord fait l'objet d'un signalement aux corps policiers et ont été jugés fondés après enquête policière même s'ils ne se sont pas traduits par une mise en accusation.

3.3.7 Décès et espérance de vie

a) Taux de mortalité et espérance de vie

Bien que le taux de mortalité de la population nord-côtière ait diminué de 18 % de 1984 à 1998, celui-ci reste toutefois plus élevé que celui de la province (793 décès pour 100 000 personnes en 1994-1998 comparativement à 728 décès).

Taux ajusté* de mortalité, Côte-Nord, province de Québec, 1984 à 1988

	1984 à 1988 (0/000)	1989 à 1993 (0/000)	1994 à 1998 (0/000)	Variation de 1984 à 1998 (%)
Côte-Nord	965 (+)	823 (+)	793 (+)	- 18
Québec	839	759	728	- 13

Source : Institut national de santé publique du Québec, 2001.

(+) Valeur significativement plus élevée que celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 0,05.

* Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.

L'espérance de vie des résidents de la Côte-Nord s'avère légèrement inférieure à celle de l'ensemble des Québécois. Dans le cas de la Côte-Nord, elle se situe à 77 ans, tandis qu'elle s'établit à 78 ans au Québec, de 1994 à 1998. De même, l'espérance de vie des Nord-Côtières est plus importante que celle des Nord-Côtiers (81 ans c. 73 ans).

Au niveau régional comme à l'échelle provinciale, l'espérance de vie a progressé ces dernières années. Entre 1984 et 1998, elle a fait un bond de 2 ans sur ces deux territoires.

Espérance de vie à la naissance, Côte-Nord, province de Québec, 1984 à 1988

	1984 à 1988 (An)	1989 à 1993 (An)	1994 à 1998 (An)	Variation de 1984 à 1998 (An)
Côte-Nord	74,8 (-)	76,2 (-)	76,8 (-)	2,0
Québec	75,9	77,2	77,9	2,0

Source : Institut national de santé publique du Québec, 2001.

(-) Valeur significativement plus faible que celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 0,05.

Par ailleurs, en 1998, l'espérance de vie en bonne santé s'établissait à 65 ans sur la Côte-Nord en regard de 67 ans au Québec.

b) Principales causes de décès

Les cancers affectent l'état de santé de la population nord-côtière de façon significative. À preuve, de 1994 à 1998, ils représentent la première cause de décès dans la région (35 %), devançant ainsi les maladies de l'appareil circulatoire (27 %) et l'ensemble des traumatismes (14 %). Rappelons que les traumatismes se divisent en deux catégories : les traumatismes non intentionnels et les traumatismes intentionnels. Ces derniers comprennent les suicides et les homicides. Parmi les traumatismes

non intentionnels, on retrouve principalement les noyades, les intoxications accidentelles, les chutes non intentionnelles, les incendies, les brûlures, les blessures liées aux activités sportives et récréatives, ainsi que les accidents impliquant des véhicules à moteur.

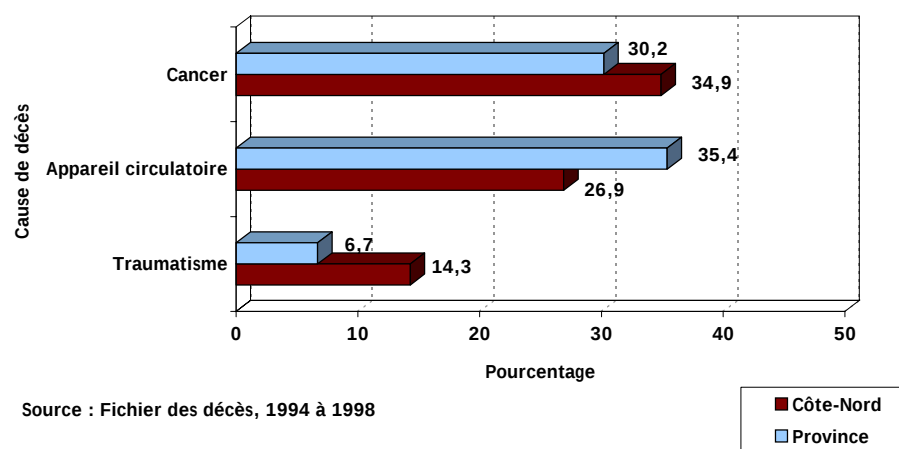
Principales causes de décès, Côte-Nord, 1994 à 1998

Cause de décès	Nombre de décès (Nombre)	Cause de décès / Ensemble des causes (%)
Tumeurs	970	34,9
Maladies de l'appareil circulatoire	748	26,9
Traumatismes	398	14,3
Autres causes	661	23,9
Total	2 777	100,0

Source : Fichier des décès, MSSS

Au Québec, ce sont les maladies de l'appareil circulatoire qui constituent la première cause de décès (35 %), suivi par les cancers (30 %) et les traumatismes (7 %).

Principales causes de décès, Côte-Nord, province, 1994 à 1998



Source : Fichier des décès, 1994 à 1998

Chaque année, en moyenne, on recense 399 nouveaux cas de cancer sur le territoire nord-côtier et 194 décès causés par cette maladie. Le cancer du poumon constitue le plus important type de tumeurs malignes sur la Côte-Nord. À lui seul, il occasionne 91 nouveaux cas de cancer par année en moyenne, constituant ainsi un taux d'incidence supérieur à celui de la province (117 nouveaux cas pour 100 000 personnes comparativement à 76 nouveaux cas). De plus, le cancer du poumon est à l'origine du plus grand nombre de décès par tumeurs malignes dans la région, soit 72 annuellement. Le taux de mortalité pour ce type de cancer dans la région est d'ailleurs supérieur au taux provincial (96 décès pour 100 000 personnes comparativement à 65 décès).

Le cancer du sein est au second rang quant au nombre de nouveaux cas de tumeurs malignes enregistrés, soit 50 à chaque année en moyenne. Contrairement au cancer du poumon, le taux d'incidence observé sur la Côte-Nord pour ce type de tumeurs est comparable à celui enregistré à l'échelle du Québec (112 nouveaux cas pour 100 000 femmes comparativement à 111 nouveaux cas). Le cancer du sein tue environ 13 Nord-Côtières chaque année. Le taux de décès pour cette cause se compare à la donnée provinciale (31,7 décès pour 100 000 femmes comparativement à 32,1 décès). De 1984 à 1998, le taux de décès par cancer du sein est demeuré relativement stable dans la région comme au Québec, malgré une légère tendance à la hausse du phénomène sur la Côte-Nord à la fin des années 80.

Pour ce qui est des maladies de l'appareil circulatoire, elles sont à l'origine de 150 décès en moyenne chaque année chez la population régionale. Chez cette dernière, le taux de mortalité pour cette cause est comparable à celui observé chez l'ensemble des résidents du Québec (240 décès pour 100 000 personnes comparativement à 258 décès).

3.3.8 Autres problèmes de santé physique qui se démarquent

CHLAMYDIOSE

Le taux annuel de nouveaux cas enregistrés de chlamydie, pour la période 1995-1999, est supérieur à celui noté à l'échelle provinciale avec 241 nouveaux cas pour 100 000 personnes comparativement à 96,7 nouveaux cas au Québec (Laboratoire de santé publique du Québec, INSPQ). Tout comme dans le cas du cancer du poumon, on remarque un écart significatif avec la donnée provinciale depuis un certain nombre d'années.

TRAUMATISMES INTENTIONNELS

De 1997 à 1998, les traumatismes intentionnels causent 25 décès en moyenne dans la région. Les suicides accaparent la quasi totalité de ces décès (23). La Côte-Nord présente un taux de mortalité pour cette cause qui se compare, sur le plan statistique, à celui observé au Québec (23 décès pour 100 000 personnes comparativement à 20 décès).

Sur le territoire nord-côtier, 88 % des personnes décédées d'un traumatisme intentionnel sont de sexe masculin et 37 % sont âgées de moins de 30 ans. Les trois quarts des décès attribuables à cette cause touchent les résidents des MRC de Sept-Rivières et de Manicouagan (76 %), ce qui correspond approximativement à leur poids populationnel dans l'ensemble de la région.

TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

Le taux annuel de décès pour traumatismes non intentionnels est également plus important sur la Côte-Nord (53 décès pour 100 000 personnes comparativement à 27 décès au Québec). De tous les traumatismes non intentionnels, les accidents impliquant les occupants de véhicules à moteur sont à l'origine du plus grand nombre de morts. De 1997 à 1998, cette cause accidentelle occasionne 17 décès en moyenne par année chez la population nord-côtière, ce qui confère à la région le deuxième plus important taux de mortalité du Québec (16 décès pour 100 000 personnes), derrière Chaudière-Appalaches. En fait, le taux de mortalité nord-côtier est environ deux fois supérieur à celui de la province (environ 7 décès pour 100 000 personnes).

CHUTES

Sur la Côte-Nord, les chutes représentent la seconde cause de mortalité en importance parmi les traumatismes non intentionnels. Elles sont responsables de huit décès en moyenne sur le territoire, ce qui attribue à la région le taux de mortalité le plus élevé pour cette cause au Québec (12,8 décès pour 100 000 personnes). Ce

taux régional est 59 % supérieur à celui observé pour l'ensemble de la province (8,1 décès pour 100 000 personnes). Il faut toutefois préciser que le faible nombre de cas enregistré sur la Côte-Nord commande la prudence au plan statistique.

Dans la région, la très grande majorité de personnes victimes d'une chute non intentionnelle mortelle sont âgées de 75 ans et plus (87 %) et sont de sexe féminin (60 %). Par ailleurs, les chutes accidentelles sont responsables de 29,6 % de toutes les admissions hospitalières pour traumatismes sur le territoire nord-côtier, totalisant 269 hospitalisations en moyenne annuellement.

BLESSURES LIÉES AUX ACTIVITÉS SPORTIVES ET RÉCRÉATIVES

Les blessures liées aux activités sportives et récréatives sont à l'origine de six décès par année sur la Côte-Nord. Celles-ci représentent 10 % des admissions hospitalières pour traumatismes, soit 92 hospitalisations chaque année en moyenne. La région détient d'ailleurs le taux d'hospitalisations le plus élevé pour cette cause au Québec (86 admissions hospitalières pour 100 000 personnes). Ce taux est 75 % supérieur à celui observé à l'échelle provinciale (49 admissions hospitalières pour 100 000 personnes).

LE RÉSEAU RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Pour compléter ce bref portrait régional, il convient de présenter succinctement la composition du réseau nord-côtier de la santé et des services sociaux. Ce réseau comprend dix établissements dont plusieurs assument une mission double et même triple. Actuellement, il se présente comme suit :

La MRC de la Haute-Côte-Nord :

Le **Centre de santé des Nord-Côtiers** a son siège social aux Escoumins et d'autres installations à Bergeronnes et à Forestville. Il couvre le territoire qui s'étend de Tadoussac à Sainte-Thérèse-de-Colombier, incluant la municipalité de Sacré-Cœur et la communauté montagnaise de Essipit. Le Centre de santé dessert une population de 13 191 habitants.

La MRC de Manicouagan :

Le **CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan** dessert la population de la MRC. L'établissement a son siège social à Baie-Comeau. Le **Centre hospitalier régional Baie-Comeau** accueille, pour sa part, les résidents des MRC de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan.

La MRC de Manicouagan regroupe 35 063 habitants. Ce territoire débute avec la communauté montagnaise de Betsiamites et s'étend jusqu'à la municipalité de Baie-Trinité. La municipalité la plus peuplée de ce territoire est Baie-Comeau (24 300 habitants).

La MRC de Sept-Rivières :

Le **CLSC – Centre de santé des Sept Rivières** a son siège social à Sept-Îles et des installations à Port-Cartier où se trouve son siège administratif. Le **Centre hospitalier régional de Sept-Îles**, pour sa part, compte parmi sa clientèle les résidents des MRC de Sept-Rivières, de Minganie, de Caniapiscau et le secteur de la Basse-Côte-Nord.

La MRC de Sept-Rivières compte 36 249 habitants et inclut les communautés montagnaises de Uashat et Malioténam. Sept-Îles est la municipalité la plus peuplée de la MRC avec 24 363 habitants.

La MRC de Caniapiscau :

Le **Centre de santé de l'Hématite** est situé à Fermont. Il dessert une population de 4 184 habitants et compte la communauté montagnaise de Matimékosh, de juridiction fédérale.

Légalement constitué en 2001, le **CLSC Naskapi** regroupe la communauté du même nom à Kawawachikamach, de juridiction provinciale (562 habitants).

La MRC de Minganie :

Le **Centre de santé de la Minganie** se retrouve à Havre-Saint-Pierre (3 369 habitants). Mingan et Pointe-Parent constituent les deux communautés autochtones du territoire. La MRC de Minganie compte une population de 6 898 habitants.

La Basse-Côte-Nord :

Le **Centre de santé de la Basse-Côte-Nord** est situé à Blanc-Sablon. Au total, le Centre de santé dessert une population de 5 851 habitants. Le territoire de la Basse-Côte-Nord s'étend de Kégaska jusqu'aux frontières du Labrador et comprend les communautés montagnaises de Pakua Shipi et Unamen Shipu.

Le Centre de santé de la Basse-Côte-Nord dessert également quelque 3 000 personnes vivant au Labrador dans des villages reliés par la route à Blanc-Sablon.

Une couverture régionale :

Le **Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord** couvre l'ensemble de la population régionale avec ses services de réadaptation en déficience physique et intellectuelle, en toxicomanie, ainsi qu'en protection et réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation.

Son siège social est à Baie-Comeau. Il offre des services dans toutes les MRC, y compris le secteur de la Basse-Côte-Nord.

CHAPITRE 4

LES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

Bien qu'on attribue volontiers aux soins curatifs l'amélioration des taux de mortalité dans la population, l'espérance de vie en bonne santé dépend, pour une large part, d'un ensemble de facteurs environnementaux et comportementaux sur lesquels les interventions préventives auront une incidence majeure. Abondamment documentée au cours des 20 dernières années, la prévention, pour être efficace, doit toucher l'ensemble des niveaux d'intervention du réseau de la santé, qu'il soit populationnel, individuel ou organisationnel (Shah, 1990⁸; Guide canadien de médecine clinique préventive, 1994⁹; Rapport du Collège des médecins de famille du Québec, 1998¹⁰; Rapport de la Commission Clair, 2000¹¹; Rapport Romanow¹²; Plan de relance du MSSS, 2002¹³).

Des stratégies d'interventions préventives, développées tant auprès des individus que dans les milieux de vie, permettraient de prévenir bon nombre de maladies chroniques, causes principales de mortalité et de morbidité autant chez les hommes que chez les femmes. Dans ce contexte, les services de première ligne tiennent un rôle primordial. Les médecins de famille, qui constituent souvent le seul contact continu du patient avec le système de soins, sont des acteurs de premier ordre pour des actions individuelles qui touchent la promotion de saines habitudes de vie, le counselling préventif, l'immunisation, le recours aux tests de dépistage, de même que la prévention des complications associées aux maladies chroniques. Par ailleurs, les médecins spécialistes, en partenariat avec les médecins de famille, auront des rôles particuliers à jouer dans des secteurs de prévention secondaire et tertiaire. À titre d'exemple, les médecins spécialistes seront directement interpellés pour le suivi des patients inscrits à une clinique d'insuffisance cardiaque, à un programme de réadaptation pulmonaire, de même que les patients inscrits au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Toutefois, le manque de médecins spécialistes en région exige un rôle accru des médecins de famille dans des activités de deuxième ligne. Cette réalité doit nécessairement être prise en compte dans l'organisation des services et au niveau des activités particulières de formation médicale.

La pratique clinique préventive s'articule principalement autour de deux types d'intervention : le dépistage de maladies chroniques et de facteurs de risque, de même que le counselling sur les habitudes de vie et l'autogestion de la maladie.

1. Le dépistage précoce constitue un volet important de la médecine préventive. Ce type d'intervention peut être systématique comme dans le cas du PQDCS pour les femmes de 50 à 69 ans. Par ailleurs, une démarche est actuellement en cours au Québec dans le but d'étudier la pertinence d'instaurer un programme de dépistage systématique du cancer colorectal et du cancer du col utérin. Le dépistage de l'hypertension artérielle, du diabète et des dyslipidémies, tous reconnus comme étant d'importants facteurs de risque de maladie cardiovasculaire, font partie des recommandations du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical

⁸ SHAH, Chandrakant P. *Public health and preventive medicine in Canada*, 2nd ed. – Toronto: C.P. Shah – xiii, 1990, 193 pages.

⁹ GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa : Approvisionnements et Services Canada, 1994, 1136 pages.

¹⁰ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000*, Rapport et recommandations de la Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000 suivis des engagements du Collège des médecins du Québec, chapitre 4, 1998, pages 119 à 138.

¹¹ COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les solutions émergentes, rapports et recommandations*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 2000, 410 pages.

¹² ROMANOW, Roy, J. Canada. *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Guide par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*, Ottawa, Canada, 2002.

¹³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour faire les bons choix, plan de la santé et des services sociaux*, 2002, 35 pages.

périodique. La nature des interventions dans ce domaine est de deux types : les traitements pharmacologiques et les traitements non pharmacologiques, de type counselling, portant eux sur des changements de certaines habitudes de vie (tabagisme, sédentarité, alimentation inadéquate).

2. Le counselling englobe un large éventail d'activités réalisées dans le but d'améliorer l'état de santé d'une personne et de ralentir la progression de la maladie. Ce type d'intervention vise la modification de comportements nocifs pour la santé (ex. : tabagisme, sédentarité, alimentation inadéquate, consommation excessive d'alcool), le renforcement des habitudes de vie saines, des enseignements sur l'autogestion de la maladie et un suivi à long terme. En 1994, le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique publiait le Guide canadien de médecine clinique préventive dans lequel on retrouvait, entre autres choses, un certain nombre de recommandations concernant le counselling tabagique. Ces recommandations détaillent un counselling adapté aux diverses clientèles cibles, enfants et adolescents non fumeurs, adolescents fumeurs, femmes enceintes fumeuses et adultes fumeurs. Plusieurs outils de soutien à la pratique médicale dont l'efficacité est reconnue sont actuellement accessibles et le Programme régional de lutte contre le tabagisme est bien implanté sur la Côte-Nord. Par ailleurs, l'intervention clinique préventive portant sur certains facteurs de risque, telle la sédentarité, est nettement moins documentée. Bien que ce dernier facteur de risque soit étroitement associé aux maladies cardiovasculaires, au diabète non insulino-dépendant, à l'obésité et à l'ostéoporose, le counselling préventif, portant sur les bienfaits de l'activité physique, est moins reconnu et utilisé en clinique. Un important travail de développement d'outils et de promotion auprès des médecins devra être réalisé au cours des prochaines années.

Cibles proposées :

- Développer des activités de soutien visant à intégrer et à maintenir les pratiques cliniques préventives dans les groupes de médecine de famille et autres types de services médicaux de première ligne, à l'aide d'outils cliniques destinés aux médecins, aux infirmières et aux patients (ex. : Programme intégré d'aide à la cessation tabagique disponible sur la Côte-Nord).
- Consolider la formation portant sur la gestion préventive des maladies chroniques et particulièrement celles pour lesquelles des programmes de services intégrés sont déjà en place : clinique d'insuffisance cardiaque, programme de réadaptation pulmonaire, de même que ceux à venir (programme de lutte au cancer dont fait partie le PQDCS qui est déjà déployé sur la Côte-Nord).
- Poursuivre des interventions visant la prévention et la promotion auprès des équipes multidisciplinaires en ce qui a trait à la complémentarité des rôles et responsabilités de chacun.
- Développer un mécanisme de consultation simple et efficient afin d'ajuster en continu les services en fonction des besoins des professionnels de la santé et de leur clientèle en matière de prévention et de promotion.

CHAPITRE 5

LES CAMPAGNES DE PROMOTION DE LA SANTÉ

«Il ne faut qu'une seconde pour transmettre un message autour de la terre, mais il faut parfois des années pour enfoncer une simple idée dans la tête d'un être humain» (Charles Kettering).

Cette citation décrit parfaitement l'importance des campagnes de communication dans le domaine de la santé publique. Le message a beau être clair, on ne le répétera jamais assez souvent, car la promotion dans le domaine de la santé vise à modifier des habitudes de vie, à changer des comportements. Une telle opération passe non seulement par des campagnes de communication efficace, mais doit être accompagnée d'interventions soutenues touchant l'individu dans son milieu de vie afin de s'assurer de la continuité du message.

Dans notre région, des actions de communication pour des publics cibles sont déjà en marche depuis quelques années et ont prouvé leur efficacité. Songeons par exemple aux publications des bulletins «La santé recherchée», «Contamine-Action» et «Santé en têtes». Nous entendons poursuivre la publication de ces trois bulletins d'information.

La formule «Passeport-Santé», s'adressant au grand public (par le biais des journaux locaux et des stations radiophoniques), nous semble toujours appropriée pour renseigner sur divers sujets qui touchent le quotidien : l'allaitement maternel, la drogue, le viol, la violence, la santé mentale, etc. La publication de ces messages de prévention et de promotion de la santé devra s'accompagner nécessairement d'interventions de santé publique, ce qui ajoute à la crédibilité du message véhiculé. Ceci peut impliquer la production de matériel promotionnel.

Nous continuerons de participer et de supporter la diffusion des campagnes nationales de santé publique, en y associant des actions régionales et locales pouvant impliquer des partenaires multisectoriels.

Le PAR prévoit aussi une série de campagnes promotionnelles, sur des problématiques diverses qui touchent la population en général ou qui sont propres à la Côte-Nord. Les objectifs spécifiques sont décrits pour chacune des clientèles et des domaines d'interventions. En conclusion, l'approche retenue est basée sur l'élaboration de campagnes de communication, qui doivent nécessairement faire l'objet d'une diffusion à des moments précis pour que l'impact soit réel. Un calendrier devra être élaboré en consultation avec les directions de services communautaires des CLSC et centres de santé. Mais pour bien réussir une campagne de promotion de santé publique, il faudra y jumeler un financement suffisant si l'on souhaite s'assurer de la continuité et de la qualité du message.

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS

Implanter des campagnes de communication en lien avec les cycles de vie et la protection de la santé publique pour favoriser la modification des comportements et l'acquisition de saines habitudes de vie

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Réalisation de campagnes promotionnelles	➤ Produire un plan d'action			X	X			X		
	➤ Valider le plan d'action auprès de la table des directeurs des services communautaires			X		X		X		
	➤ Concevoir les campagnes et élaborer les outils promotionnels			X	X			X		
	➤ Diffuser les campagnes dans les médias régionaux			X	X			X		
Réalisation de bulletins d'information	➤ Concevoir les bulletins d'information	X			X			X		
	➤ Assurer la diffusion auprès des clientèles ciblées	X			X			X		
Validation du calendrier	➤ Consulter annuellement la table des directeurs de services communautaires sur le calendrier des campagnes promotionnelles			X	X		CLSC et CS	X		

M = Maintien

C = Consolidation

D = Développement

CHAPITRE 6

LES ACTIONS RELIÉES AU CYCLE DE VIE

6.1 CLIENTÈLE 0-4 ANS

6.1.1 ÉTAT DE SITUATION ET PROBLÉMATIQUE

ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE

Le virage prévention visant à contrer différents problèmes sociaux et de santé s'adresse à tous les groupes d'âge de la population québécoise, mais l'ensemble des organisations et des intervenants qui les animent s'entendent pour convenir de l'importance d'un effort particulier auprès des jeunes enfants et de leur famille. En effet, en intervenant tôt, nous fournissons à nos enfants toutes les chances de grandir en santé et de vivre heureux. Il a été démontré qu'une intervention dès la grossesse et auprès des enfants en très bas âge est extrêmement efficace, puisque c'est largement à ce moment que s'établissent les conditions favorables à un développement optimal.

En 2000, 1 025 naissances vivantes sont survenues en Côte-Nord et nous comptons, en 2002, 5 354 enfants âgés entre 0 et 4 ans.

On connaît depuis longtemps l'influence du statut économique, du niveau de scolarité, de la qualité du logement ou de la situation d'emploi sur bon nombre de problèmes de santé physique et de problèmes psychosociaux. À ces facteurs de risque s'ajoutent d'autres indicateurs de défavorisation dont, en particulier, la monoparentalité et le jeune âge de la mère, un phénomène important sur le territoire nord-côtier, surtout dans les communautés autochtones.

En Côte-Nord, 13,7 % des familles vivaient sous le seuil du faible revenu, selon les données du recensement de 1996, et 15,8 % des enfants de 14 ans et moins faisaient partie d'une famille monoparentale. Pour leur part, les familles monoparentales comptaient pour 15,2 % de l'ensemble des familles. Selon ces mêmes données, 21,6 % de la population nord-côtère, âgée de 15 ans et plus, possédait un niveau de scolarité inférieur à la 9^e année. On comptait par ailleurs une moyenne de 95 naissances par année entre, 1997 et 2000, dont la mère était âgée de moins de 20 ans.

Ces enfants qui vivent en milieu défavorisé sont plus à risque de naître prématurément ou avec un faible poids à la naissance, entraînant ainsi des risques de problèmes de croissance et de développement. La population nord-côtère est d'ailleurs aux prises avec plusieurs facteurs de risque associés aux situations de maltraitance à l'endroit des enfants (données 1994-1998) :

- La plus forte proportion provinciale de bébés de petits poids dans la province;
- La deuxième région du Québec avec une proportion plus grande de naissances prématurées;
- La troisième région après le Nunavik et les Terres Cries de la Baie-James à avoir une plus grande proportion de mère avec moins de 11 années de scolarité;

- La deuxième région présentant un taux élevé de sortie du secondaire sans diplôme (1998-1999);
 - La deuxième région avec un taux de chômage le plus élevé en 1999;
- (Le Portrait de santé : Le Québec et ses régions, INSPQ, 2001).

Les études démontrent que de 10 à 15 % des enfants vont avoir des difficultés d'adaptation au cours de leur vie, et ces situations, si elles perduraient, peuvent s'aggraver et engendrer des problèmes plus sérieux. Pour prévenir les difficultés d'adaptation et de développement, il faut donc intervenir tôt, de façon intensive et au moment opportun auprès des familles et des enfants à risque.

Un ensemble de mesures visant à améliorer les conditions qui entourent la naissance ou la santé des tout jeunes enfants et à mieux soutenir les parents dans l'exercice de leur rôle parental est déjà en place. L'ensemble des CLSC et centres de santé de la région ont convenu, en 2001, d'un panier de services de base régional afin de favoriser le développement optimal des enfants et de prévenir les difficultés ciblant de façon particulière les familles les plus vulnérables. L'offre de service est ainsi dorénavant définie, et les prochaines années en verront le déploiement progressif dans la mesure où les ressources actuelles et à venir le permettront, car une disparité quant à la disponibilité des ressources demeure encore, ne pouvant ainsi garantir une même accessibilité de services pour l'ensemble de la population nord-côtière. Au fil des trente dernières années, le développement des services en CLSC et centres de santé s'est effectué de manière inégale à partir de possibilités différentes d'un territoire à l'autre. La consolidation et le développement de ces services sur l'ensemble du territoire deviennent ainsi un objectif du réseau.

Par ailleurs, l'approche de développement des communautés est de plus en plus préconisée pour améliorer la santé et le bien-être des personnes ainsi que pour assurer à la population des environnements sains et sécuritaires. Les CLSC et centres de santé, surtout dans le cadre du Programme de soutien aux jeunes parents, ont vraiment accentué le partenariat dans la réponse aux besoins des jeunes familles. Le secteur de la santé et des services sociaux s'associe toujours de plus en plus aux partenaires intersectoriels tels la sécurité du revenu, l'emploi, l'éducation, les CPE, les municipalités, etc., et aux initiatives émanant de la communauté elle-même, animées avec dynamisme par les organismes communautaires famille.

Tous sont porteurs d'un même créneau :

« Naître en santé, à terme et d'un poids suffisant, être aimé de ses parents, dans un environnement propice à son développement fixent en grande partie la qualité de la relation que l'enfant forgera avec ses parents et son entourage et les conditions qui lui permettront de grandir et de développer toutes ses potentialités. »
(Politique de périnatalité, p. 17)

Périnatalité

L'évolution des technologies, les transformations du réseau et le développement social nous commandent de réviser le système de continuité de soins périnataux pour l'ajuster aux réalités actuelles.

La réalité nord-côtière, en regard de l'immensité du territoire, nous oblige à examiner de plus près le vécu des familles dont les mères doivent accoucher loin de leur milieu de vie. Ces familles doivent se déplacer pour une certaine période de temps vers Sept-Îles ou Baie-Comeau. Ce phénomène est d'autant amplifié depuis que les régions de la Minganie et de Caniapiscau orientent les futures familles vers Sept-Îles pour l'accouchement. Certaines doivent y séjourner pour d'assez longues périodes, parfois sans soutien et accompagnement. On constate des disparités importantes dans les différents territoires quant à l'aide financière qui est accordée. Les établissements du réseau et les groupes d'entraide doivent revoir leur offre de service avec un souci de complémentarité et de continuité.

La maternité précoce constitue un facteur de risque qui peut compromettre la sécurité et le développement des enfants. Les études démontrent que les conditions socioéconomiques souvent difficiles de ces jeunes familles, associées à l'immatrité de la mère ou de jeunes parents, ainsi que leur ignorance au sujet des soins et du

développement de l'enfant, peuvent compromettre l'avenir de leurs enfants et faire en sorte qu'ils soient plus à risque de négligence, d'abus et d'abandon (Tarabulsy, 1998).

Sur la Côte-Nord, le taux de grossesses à l'adolescence est supérieur au reste de la province. Une recherche a d'ailleurs été réalisée, dont les résultats ont été produits¹⁴. Le taux nord-côtier de grossesses pour 1 000 adolescentes était alors de 24,2 contre 19,5 pour la province de Québec pour la période 1995-1998. De plus, les jeunes filles enceintes de la Côte-Nord sont moins susceptibles de recourir à l'avortement puisque, sur 100 grossesses, 48 se terminent par une naissance vivante alors que, au niveau provincial, cette proportion est de 28 %.

Le Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP), s'adressant spécifiquement aux familles dont la mère est âgée de moins de 20 ans, est en phase d'implantation dans quatre territoires sur sept au niveau régional. Les activités qui y sont proposées devraient avoir un impact certain sur la sécurité de ces enfants et le soutien à apporter aux parents pour leur sain développement.

Le Plan d'action régional pour les jeunes en difficulté et leur famille prévoit par ailleurs de proposer aux communautés autochtones de s'approprier le programme.

HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES

L'emploi de l'acide folique en prévention des malformations du tube neural est bien établi maintenant. Au Québec, l'incidence de ces malformations est de 4 cas par 1 000 naissances, avec un pourcentage de risque de récurrence empirique de 4,5 %. Pour assurer son rôle préventif pour les malformations du tube neural, la consommation d'acide folique doit avoir débuté en période préconceptionnelle par la maman et se maintenir jusqu'à 12 semaines après les dernières règles. Cette pratique clinique préventive reste à développer sur le plan régional. La promotion de cette recommandation pourra être faite chez les professionnels de la santé (médecins, infirmières, pharmaciens) susceptibles de travailler auprès des femmes en âge de procréer. Les volets prénatal et santé scolaire des CLSC et centres de santé de la région devraient être également mis à contribution pour rejoindre cette clientèle cible.

Les plus récentes statistiques relatives à l'allaitement maternel révèlent que, en 2002-2003, 62,4 % des mères allaitent à la sortie du Centre hospitalier régional de Sept-Îles et 54,4 % à leur sortie du Centre hospitalier régional Baie-Comeau. La Côte-Nord s'est par ailleurs dotée d'un plan d'action pour la promotion, le soutien et la protection de l'allaitement maternel. Un comité régional en assure le suivi, et plusieurs objectifs sont à ce jour réalisés ou en voie de réalisation. Une formation ayant pour but d'assurer une plus grande cohérence et efficacité des interventions dans le domaine a été entreprise auprès de l'ensemble des professionnels et aidants naturels de la région. Ce plan d'action prévoit la mobilisation de tous les partenaires concernés à entreprendre une démarche de certification au réseau «Amis des bébés» dans les établissements offrant des services d'accouchement. Cet objectif se situe toutefois dans un plan d'ensemble dont le préalable est la formation des intervenants et aidants naturels.

La phénylcétonurie est une anomalie héréditaire du métabolisme de la phénylalanine, dont l'incidence est d'environ 1 cas pour 12 000 naissances. L'hypothyroïdie congénitale est une insuffisance thyroïdienne ayant une incidence de 1 cas pour 4 000 naissances vivantes. Il est important de faire le dépistage dans les premiers jours de vie du nouveau-né, pour éviter les conséquences graves à long terme de ces maladies et initier, le plus rapidement possible, leur traitement. Sur la Côte-Nord, actuellement, seul le dépistage de la phénylcétonurie est fait de façon systématique chez les nouveau-nés. Le dépistage de l'hypothyroïdie congénitale reste à développer.

¹⁴ BANVILLE, Lyse. La grossesse chez les adolescentes de la Côte-Nord : État de situation et perspective de prévention du phénomène, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, Octobre 2001.

L'enquête longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ), amorcée en 1998, permettra de fournir des données anthropométriques chez les moins de 4 ans et de déterminer la prévalence d'embonpoint et d'obésité chez les enfants québécois.

Santé dentaire

La carie dentaire affecte la quasi-totalité de la population. La promotion de saines habitudes de vie chez la clientèle 0-4 ans et une prévention efficace en ce domaine doivent s'amorcer le plus précocement possible, en inculquant aux parents, dès la naissance de l'enfant, les principes de base d'une bonne hygiène dentaire : saine alimentation, hygiène buccale et une promotion de la visite chez le dentiste.

Au plan de la disponibilité des ressources, six hygiénistes accordant 70 % de leur temps à l'application du programme provincial en accord avec le programme national sont en place en 2003 pour un équivalent de 5,6 postes ETC. Ces services sont toutefois toujours inexistants dans la MRC de Manicouagan.

Le 30 % de temps résiduel est laissé à l'initiative de l'intervenante locale pour des projets à caractères locaux ou autres et pour permettre leur collaboration aux différentes campagnes de promotion et aux enquêtes épidémiologiques réalisées par l'intervenant régional.

Il est reconnu que la fluoruration de l'eau demeure le moyen de prévention des caries coronaires et radiculaires le plus efficace, le plus équitable et le plus rentable selon le «Guide canadien de clinique préventive». Les villes de Baie-Comeau et Sept-Îles seront priorisées pour la période 2004-2007.

De plus, les études ont démontré que 90 % de toute la carie dans ce groupe d'âge se retrouve concentrée chez 10 % de ces enfants. Dans la plupart des cas, cette manifestation de la carie est appelée *la carie de la petite enfance*. Pour les dépister, nous travaillerons avec les intervenants dans les cliniques de vaccination pour promouvoir la première visite chez le dentiste six mois après l'apparition de la première dent, soit vers l'âge de un an. Une campagne de promotion est prévue en avril 2004, par l'intermédiaire de l'intervenant régional en collaboration avec les intervenants locaux.

TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

Blessures à domicile

Plus du tiers des traumatismes avec blessures surviennent à domicile : le domicile, tant intérieur qu'extérieur, étant le lieu où les jeunes de moins de 15 ans et les adultes de plus de 45 ans se blessent le plus fréquemment. Outre les chutes, circonstances de plus de la moitié des blessures à domicile, ce type de traumatismes inclut, notamment :

- les intoxications, responsables de plus de décès qu'il y a 30 ans dans la population québécoise, et qui surviennent principalement par l'ingestion d'un produit toxique, tel qu'un médicament ou un produit d'entretien domestique, l'accessibilité à ces produits constituant le principal déterminant de la survenue de ces intoxications;
- les blessures par brûlures dues aux accidents et associées principalement à l'absence d'avertisseur de fumée fonctionnel, au type de logement occupé, à l'utilisation de système de chauffage d'appoint, au fait de fumer en état d'ébriété, à la température des chauffe-eau et à l'inflammabilité des vêtements;
- la suffocation, l'étranglement et l'étouffement dus à l'ingestion de corps étrangers attribuables, notamment, à une mauvaise dentition ainsi qu'à des pathologies affectant la coordination motrice et les fonctions mentales;
- la noyade et la quasi-noyade.

Les visites à domicile visant la dyade mère-enfant en milieu socioéconomiquement défavorisé peuvent s'avérer une stratégie efficace de promotion de la santé et de prévention des blessures. En effet, bien qu'elles comportent des limites méthodologiques importantes et une grande hétérogénéité des indicateurs d'efficacité retenus limitant leur comparabilité, plusieurs études évaluatives concernant les visites à domicile intégrant un volet de prévention des blessures arrivent à des constats positifs en termes de réduction des hospitalisations et des visites en clinique médicale ou à l'urgence pour blessures. Les programmes de visites à domicile, impliquant soit des infirmières, des travailleuses sociales ou des ressources dites «paraprofessionnelles», ont le potentiel de lever les barrières à la promotion de la santé et d'influencer l'environnement familial de façon à réduire la présence de facteurs de risque et l'incidence de blessures.

Traumatismes routiers

Selon les données de la SAAQ¹⁵, on note pour les années 1999 et 2000 un nombre moyen de 7 décès, 106 blessés graves et 632 blessés légers chez les enfants âgés de 0 à 5 ans passagers d'un véhicule.

Une étude conjointe SAAQ-MTQ rapporte qu'en 2000, le taux global d'utilisation correcte des sièges d'auto chez les enfants n'était que de 40 %¹⁶. Il est à noter que les risques de décès et de blessures graves chez l'enfant lors d'une collision frontale sont réduits de 70 % par l'usage de siège de retenue adéquat¹⁷.

Depuis octobre 2002, les modifications de l'article 397 du Code de sécurité routière concernant les dispositifs de retenue pour enfants sont en vigueur. Dans la nouvelle législation, la taille en position assise est le critère utilisé en remplacement de l'âge pour déterminer quels enfants doivent utiliser un dispositif de retenue pour enfants.

Beaucoup de travail d'information et de sensibilisation demeure à faire. À titre d'exemple, lors d'une clinique de vérification d'installation de sièges d'auto tenue en mai 2003 à Baie-Comeau, 45 des 49 sièges vérifiés avaient des modifications à apporter.

¹⁵ Société de l'assurance automobile du Québec, Bilan 2000 (Accidents, parc automobile, permis de conduire, 2001).

¹⁶ Ministère des Transports du Québec. Politique de sécurité dans les transports 2001-2005, volet routier, 2001, p. 32.

¹⁷ RIVARA, F.P., D.C. GROSSMAN, P. CUMMINGS (1997). Injury prevention : First of two parts. The New England Journal of Medicine, vol. 337 (8):543-48.

6.1.2 OBJECTIFS ET ACTIVITÉS

Poursuivre la consolidation et le développement des services préventifs de base dans le programme famille-enfance-jeunesse

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Offre de service de base enrichie, équitable et harmonisée dans les CLSC et les centres de santé	➤ Investir selon le niveau de besoins de chacun des établissements en fonction du panier de services adopté régionalement		X		X		CLSC et CS		X	
Modalités davantage aidantes à l'égard des familles dont la femme doit quitter son milieu pour aller accoucher	➤ Réviser le système de continuité de soins périnataux		X		X	X	CLSC et CS (Minganie, Basse-Côte-Nord, Sept Rivières et Hématite), CHRSH, organismes communautaires - famille	X		
Réduction des problèmes d'abus physique et psychologique, d'agression sexuelle et de négligence à l'endroit des enfants	➤ Implanter le PSJP et les interventions de type NEGS dans tous les territoires de CLSC		X			X	Organismes communautaires – famille, CPE, Centre jeunesse	X		
	➤ Offrir un service de soutien et d'accompagnement aux communautés autochtones dans l'adaptation et l'implantation de ces programmes			X	X		CLSC et CS	X		
	➤ Attribuer un programme de formation destiné aux intervenants du réseau			X	X		CLSC et CS, maisons de formation	X		
	➤ Sensibiliser les médecins travaillant auprès des familles défavorisées afin qu'ils les réfèrent aux CLSC et centres de santé		X			X	DRMG, CMDP, GMF	X		
	➤ Soutenir davantage les services de garde de milieux défavorisés par l'élaboration d'un protocole d'entente entre les CLSC, les centres de santé et les CPE		X			X	CPE, Centre jeunesse	X		
Amélioration de la santé buccodentaire des enfants	➤ Promouvoir la fluoruration des eaux auprès des autorités municipales			X	X		Municipalités	X		

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
	➤ Promouvoir la première visite chez le dentiste six mois après l'apparition de la première dent par l'entremise des cliniques de vaccination			X		X				
Nouveaux parents mieux outillés pour assumer leur rôle et responsabilités	➤ Réviser et harmoniser le contenu des rencontres prénatales en incluant des informations préventives au regard des différents facteurs de risque (tabac, alcool, abus, etc.) et de saines habitudes préventives (alimentation, sièges d'auto, allaitement maternel, etc.) ➤ Intégrer des activités d'éveil à la lecture et à l'écriture dans les programmes PSJP et NEGS	X				X	CH, organismes communautaires - famille			
				X		X	Organismes communautaires – famille, MEQ, MSSS, Régie régionale	X		

Promouvoir et soutenir l'implantation de pratiques cliniques préventives

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Réduction de l'incidence des malformations du tube neural	➤ Promouvoir la prise de doses suffisantes d'acide folique par les femmes en âge de procréer			X	X		DRMG, CMDP, GMF, médecins, pharmaciens	X		
Réduction des effets et des conséquences de l'hypothyroïdie	➤ Implanter des protocoles de dépistage systématique de l'hypothyroïdie congénitale chez les nouveau-nés			X		X*	DRMG, CMDP, GMF, médecins, pharmaciens	X		
Augmentation de l'allaitement maternel	➤ Développer le réseau «Amis des bébés» dans les établissements offrant des services d'accouchement		X			X*	Organismes communautaires - famille	X		
	➤ Former le personnel des établissements accoucheurs			X		X*	Organismes communautaires - famille	X		
	➤ Former et soutenir les aidants naturels			X		X*	Organismes communautaires - famille			

* Le niveau local relève des deux centres hospitaliers offrant des services d'accouchement.

Réduire la mortalité et la morbidité liées aux traumatismes et intoxications accidentelles

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile	➤ Soutenir la mise en œuvre du volet de prévention des traumatismes intégré aux programmes PSJP et NEGS (formation des intervenants famille-enfance-jeunesse dans chaque CLSC et centre de santé, aide financière pour l'achat des trousses, rétroactions)			X	X			X		X
Réduction de la morbidité et de la mortalité chez les usagers du réseau routier	➤ Prévoir le financement régional pour l'achat et la mise en disponibilité de sièges d'auto pour enfants en milieux défavorisés et pour les bébés ayant des besoins particuliers : les prématurés (moins de 37 semaines de gestation), les bébés de petits poids (moins de 2 500 grammes) et les bébés à terme qui ont présenté des problèmes cardiorespiratoires (après avoir été soumis à une observation)			X	X			X		X
	➤ Promouvoir l'utilisation des sièges d'auto pour enfants selon les mesures législatives en vigueur		X	X	X		CPE, Sûreté du Québec, organismes communautaires - famille	X		X
	➤ Réaliser des activités reliées au prêt de sièges d'auto pour enfants pour les parents en milieux socioéconomiquement défavorisés		X	X		X	Organismes communautaires	X		X
	➤ Réaliser des cliniques de vérification de sièges d'auto pour enfants		X	X		X		X		X

M = Maintien

C = Consolidation

D = Développement

6.2 CLIENTÈLE 5 – 17 ans

6.2.1 ÉTAT DE SITUATION ET PROBLÉMATIQUE

ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE

Intervention globale et concertée en milieu scolaire

Afin de répondre à l'ensemble des objectifs dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé pour les jeunes de 5 à 17 ans en milieu scolaire, la Côte-Nord s'est dotée d'une Table régionale intersectorielle sur la prévention et la promotion de la santé en milieu scolaire (TRIPP) dont le mandat est de favoriser une intervention unifiée et cohérente. Ainsi, la majorité des objectifs en milieu scolaire retenus dans le PNSP sont traités à travers un plan d'action régional qui se traduira dans des plans d'action locaux sous la responsabilité des CLSC et des centres de santé. Toutefois, selon les différentes problématiques abordées, les organismes communautaires seront invités à collaborer aux activités.

- En 1997, la Régie régionale et ses partenaires adoptaient, pour cinq ans, un *Plan d'action régional multisectoriel en promotion de la santé et prévention de la toxicomanie*. Le but de ce plan d'action était *d'harmoniser et coordonner les actions préventives et répressives en milieu scolaire*. Les résultats, après cinq ans, démontrent que les écoles ont naturellement élargi leurs actions pour s'orienter vers une approche globale et intégrée en prévention et promotion de la santé.
- Devant ces faits et dans la foulée des **ententes de complémentarité MSSS-MEQ** contenues dans le document *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes*, la Table régionale intersectorielle en prévention et promotion de la santé en milieu scolaire (TRIPP) a révisé le plan d'action en toxicomanie afin de l'élargir à la prévention et la promotion de la santé. Le *Plan d'action intersectoriel sur la prévention et la promotion de la santé en milieu scolaire* a comme but *d'harmoniser et coordonner les actions de promotion de la santé, de prévention et de répression effectuées auprès des jeunes en milieu scolaire et de s'assurer de la présence d'une programmation intégrée couvrant l'ensemble des facteurs de risque et de protection pour les jeunes du préscolaire à la fin du secondaire*. Il propose cinq actions reprises du plan en toxicomanie et élargies :
 - soutenir l'implantation d'orientations en prévention et promotion de la santé en milieu scolaire auprès des partenaires en milieu scolaire;
 - favoriser l'implantation d'un plan d'action ou d'une planification intersectoriels concertés dans chaque établissement scolaire du primaire et du secondaire;
 - favoriser, sur une base récurrente, la mise en œuvre d'un programme continu de prévention et de promotion de la santé véhiculant un message de responsabilisation et couvrant l'ensemble des facteurs de risque et de protection dans le développement des jeunes;
 - appliquer un protocole d'intervention policière dans les établissements primaires et secondaires;
 - favoriser l'implantation d'un programme axé sur la transmission générationnelle des difficultés de fonctionnement familial et d'un programme de développement des compétences parentales dans les CLSC et les centres de santé.
- Les résultats pour 2003, concernant la mise en place d'un plan d'action ou d'une planification intersectoriels concertés pour les commissions scolaires francophones, sont les suivants : 78 % des écoles secondaires, 18 % des écoles primaires-secondaires, 48 % des écoles primaires. De plus, un inventaire des activités et des programmes en prévention et promotion de la santé dans les écoles nord-côtières a démontré que l'implantation d'un programme et le nombre d'activités recensées dans une école sont proportionnels au soutien dont un milieu peut disposer. Puisque ces ressources sont affectées différemment selon chaque MRC, la pénétration diffère. Enfin, le programme de prévention de la transmission générationnelle des difficultés de fonctionnement familial «*Une affaire de famille!*» est implanté dans les MRC de Sept-Rivières et de Manicouagan. La formation, quant à elle, a été donnée dans quatre territoires de CLSC et centres de santé. En résumé, il apparaît que les écoles ne possèdent pas les ressources pour actualiser des programmes de prévention; les enseignants manquent de temps et n'ont pas l'expertise et les CLSC et les centres de santé n'ont pas non plus les ressources nécessaires pour les soutenir.

- Dans le cadre de la promotion de la santé en milieu scolaire, la région a bénéficié de l'ensemble des activités de la campagne nationale «*Parler c'est grandir*» et la majorité des écoles secondaires ont été touchées. Afin d'en maximiser l'impact, la campagne a été intégrée au plan d'action régional. Pour continuer sur cette lancée, la TRIPP planifie, pour l'année 2003, une tournée des écoles secondaires portant sur l'estime de soi.
- Le projet régional de promotion de la santé et de la prévention de la détresse chez les jeunes «Responsable c'est fiable!», anciennement «Guerre des tox», se tient depuis huit ans.

Maladies infectieuses (VIH-SIDA, VHC et autres infections transmissibles sexuellement)

Certains adolescents, par le fait qu'ils fréquentent peu le réseau sociosanitaire ou, en raison de leurs comportements ou leurs situations de vie difficiles, sont plus à risque de contracter une infection transmissible sexuellement ou d'être infectés par le VIH ou le virus de l'hépatite C. De façon plus spécifique, on fait référence aux jeunes des centres jeunesse, aux jeunes de la rue, aux jeunes prostitués, aux toxicomanes et aux utilisateurs de drogues injectables (UDI), aux jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, aux jeunes du milieu scolaire inscrits en cheminement particulier et aux jeunes vulnérables fréquentant les organismes communautaires jeunesse. L'état de situation et les objectifs pour cette clientèle se retrouvent à la section 7.1.2.

Santé mentale et suicide

Dans la foulée de la Stratégie québécoise d'action face au suicide, le 21 juin 2000, le conseil d'administration de la Régie régionale adoptait son *Plan d'action régional 2000-2005 - S'entraider pour la vie*. Signalons qu'au plan national, de nouvelles cibles 2003-2008 se grefferont à la stratégie au cours de la présente année. Parmi les 27 mesures retenues au plan d'action régional, deux visent la prévention et s'adressent aux jeunes en milieu scolaire de niveaux primaire et secondaire :

- contribuer à l'implantation de programmes de prévention éprouvés ou prometteurs en milieu scolaire tant au niveau primaire que secondaire;
- favoriser l'implantation et le suivi d'un programme de prévention-postvention face au suicide dans toutes les écoles secondaires.

Ces actions sont prises en compte dans la mise en œuvre du *Plan d'action intersectoriel sur la prévention et la promotion de la santé en milieu scolaire*.

Éducation à la sexualité et prévention de la grossesse à l'adolescence

La grossesse à l'adolescence constitue une situation qui peut compromettre l'avenir des adolescentes sur les plans personnel, économique et social. En effet, la majorité des adolescentes ayant la charge d'un enfant ne complètent pas leurs cours secondaires et sont donc plus susceptibles de vivre dans la pauvreté.

Le Portrait de santé : le Québec et ses régions (INSPQ, 2001) fait ressortir les éléments suivants pour la période de 1995 à 1998 :

- taux annuel moyen de grossesses à l'adolescence des 14 à 17 ans a été de 24,2 grossesses pour 1 000 adolescentes sur la Côte-Nord contre 19,6 pour la province (3^e rang sur 16 régions, après Montréal et l'Outaouais);
- taux de naissances vivantes est de 11,6 pour 1 000 adolescentes contre 5,5 pour la province (taux plus élevé sur 16 régions);
- taux d'avortements provoqués est de 11,0 pour 1 000 adolescentes contre 13,2 pour la province.

Sur la base des données 1993-1995, les jeunes filles autochtones comptent pour 8 % de la population des adolescentes âgées de 14 à 17 ans sur la Côte-Nord et sont responsables de 46,4 % de naissances vivantes enregistrées dans ce groupe d'âge, alors que les adolescentes blanches qui représentent 92 % des jeunes filles de ce

groupe se partagent 53,6 % du nombre total de naissances vivantes. Enfin, le taux de fécondité chez les adolescentes de la Côte-Nord demeure supérieur au reste de la province, même lorsque les communautés autochtones sont exclues du calcul statistique (7,5 contre 5,6 pour le Québec)¹⁸.

Abus physique et psychologique, agression sexuelle et négligence

Les études démontrent que des conditions socioéconomiques difficiles, associées à l'immaturation de la mère ou des jeunes parents ainsi que leur ignorance au sujet des soins et du développement de l'enfant, peuvent compromettre l'avenir de ce dernier et faire en sorte qu'il soit plus à risque de négligence, d'abus et d'abandon. De plus, des recherches récentes ont établi que les enfants vivant dans un milieu familial où éclate la violence conjugale peuvent développer toute une gamme de problèmes physiques, psychologiques, comportementaux et cognitifs en plus d'être eux-mêmes à risque de mauvais traitements. Enfin, il appert que l'importance des difficultés d'adaptation de ces enfants est liée au degré de sévérité des conflits conjugaux.

Concernant les services offerts, l'avis de grossesse permet un suivi plus précoce de la part des CLSC et des centres de santé et particulièrement dans le cadre du PSJP. Des séances de rencontres prénatales s'adressant spécifiquement aux futures mères adolescentes ont été instaurées.

Le Centre jeunesse proposera, ces prochains mois, une formation régionale visant l'implantation d'un programme de dépistage des enfants victimes d'abus.

HABITUDES DE VIE ET DES MALADIES CHRONIQUES

Le «Portrait de santé», préparé par l'INSPQ en 2001, montre que le Québec suit la tendance des pays industrialisés en matière de morbidité et de mortalité par maladies chroniques. L'état de situation des habitudes de vie en lien causal direct avec les principales maladies chroniques, telles que retenues par le Programme national de santé publique (les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'asthme, l'ostéoporose, l'obésité et les maladies buccodentaires), est au Québec très inquiétant. En effet, le tabagisme, la sédentarité et les mauvaises habitudes alimentaires représentent les trois principales causes directes de mortalité par maladies chroniques toutes causes confondues. À titre d'exemple, au Québec, comme partout dans les pays industrialisés, la proportion de personnes obèses (adultes et jeunes) ou présentant un excès de poids est en augmentation rapide. On qualifie actuellement l'obésité d'épidémie. En plus de constituer un facteur de risque important dans l'apparition du diabète de type 2, l'obésité est associée également aux maladies cardiovasculaires et à l'hypertension. Or, on sait que l'activité physique et l'alimentation sont en lien direct avec le diabète. Selon une enquête de santé auprès des enfants et des adolescents québécois en 1999 (Programme national de santé publique, p. 95, no 108), il semble qu'un enfant sur quatre présente, à l'âge de neuf ans, un facteur de risque modifiable de maladies cardiovasculaires. Comme l'adoption de saines habitudes de vie se fait en bas âge, l'intégration de ces trois principaux déterminants (tabagisme, activité physique et alimentation) à une stratégie globale de prévention dans les milieux scolaires représente une voie d'action prioritaire.

Tabagisme

Selon l'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire (2002), la proportion de jeunes qui font usage quotidien de la cigarette est passée de 30,4 (1998) à 23,1 (2002). Cette diminution cache toutefois une importante problématique. En effet, cette baisse du taux de fumeurs quotidiens serait davantage liée à une augmentation de jeunes non fumeurs qui débutent le secondaire qu'à une tendance à l'abandon du tabagisme chez les jeunes fumeurs quotidiens. De plus, cette enquête met en évidence l'écart significatif qui existe entre la proportion de fumeurs parmi les garçons (20,1 %) et parmi les filles (26,2 %). Cette situation est fort

¹⁸ BANVILLE, Lyse. La grossesse chez les adolescentes de la Côte-Nord : État de situation et perspective de prévention du phénomène, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, Octobre 2001, p. 34-35.

préoccupante pour la santé publique. En effet, si l'on considère l'augmentation de risques de problèmes cardiovasculaires associés à l'usage combiné du tabac et des contraceptifs oraux, des effets délétères directs du tabac sur le fœtus et le nourrisson en plus des risques associés à la fumée de tabac dans l'environnement pour les enfants, il est incontournable que cette problématique reçoive une attention particulière autant dans le domaine de la prévention qu'en aide à la cessation tabagique.

Activité physique

L'apparition de la sédentarité chez les jeunes se manifeste généralement, de façon graduelle, entre le début et la fin du secondaire. Selon les dernières données de l'Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé (1998), un adolescent sur deux n'atteignait pas le niveau recommandé par les autorités scientifiques et médicales («que tous les enfants et les adolescents soient physiquement actifs tous les jours ou presque et qu'ils pratiquent des activités physiques d'intensité moyenne ou plus élevée, 3 fois ou plus par semaine, pendant au moins 20 minutes»).

Une entente de partenariat, ayant pour but principal d'améliorer l'offre de service en milieu scolaire, unit désormais Kino-Québec, Loisir et Sport Côte-Nord et le Sport étudiant de la Côte-Nord.

Alimentation

Au Québec, il a été observé que l'insatisfaction d'un grand nombre de jeunes (60 % des adolescents et 45 % des enfants avec un poids normal) face à leur image corporelle est en lien avec des pratiques de contrôle de poids telles que sauter des repas ou jeûner toute une journée (Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, 1999).

Les jeunes canadiens de 11, 13 et 15 ans conjuguent des fréquences de consommation élevée d'aliments riches en gras de mauvaise qualité en sel et en sucres concentrés à des fréquences de consommation inférieures aux recommandations minimales pour ce qui est des aliments de base, viandes et substituts, fruits et légumes, produits céréaliers et produits laitiers (Santé Canada, 1993-1994).

Santé dentaire

Selon une enquête portant sur la santé buccodentaire des élèves québécois, 56 % des enfants de 7 et 8 ans sont affectés par la carie dentaire¹⁹. Cette proportion atteint 75 % chez les jeunes de 14 ans.

La carie dentaire affecte la quasi-totalité de la population. Ainsi, le domaine d'intervention portant sur les habitudes de vie et les maladies chroniques traite de plusieurs affections dont les maladies buccodentaires.

Au plan de la disponibilité des ressources, six hygiénistes sont en place en 2003 pour un équivalent de 5,6 postes qui accordent 70 % de leur temps à l'application du programme provincial en accord avec le programme national. Les territoires de Manicouagan et Haute Côte-Nord nécessitent quant à eux un développement ou une consolidation des ressources.

¹⁹ BRODEUR, J.M., et autres. Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 151 pages (Collection analyse et surveillance, no 18)

Une campagne de promotion sur les scellants a été réalisée auprès des parents avec la collaboration des écoles et se continue par la distribution de matériel de promotion. Cette mesure est une des meilleures mesures de prévention pour ce groupe d'âge.

TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

Aires de jeux et équipements

Depuis l'été 2001, la Direction de santé publique s'est investie dans un projet d'évaluation de l'aspect sécuritaire des aires de jeux pour enfants.

Au cours des étés 2001 et 2002, un total de 117 aires de jeux (70 parcs municipaux, 44 cours d'écoles et 3 aires de jeux des centres jeunesse et maisons de jeunes) ont été évalués. L'été 2003 a été consacré à une évaluation du niveau d'application des recommandations émises, suite aux visites faites à l'été 2001 et à une évaluation des nouveaux appareils et aires de jeux aménagés après l'été 2001, dans les trois MRC les plus peuplées.

Les trois appareils qui causent davantage de blessures, soit les glissoires, les balançoires et les grimpeurs, ont été évalués. Le problème le plus fréquemment retrouvé dans les aires de jeux est le manque de matériau amortisseur sous les zones de chute. Entre 63 % et 85 % des appareils de jeux évalués ne possédaient pas l'épaisseur requise de matériau amortisseur. Notons que la zone de protection recommandée pour les balançoires faisait défaut, plus de la moitié des glissoires présentaient des risques d'accrochage et trois fois sur quatre, il n'y avait pas de garde-fous au haut de la surface glissante. Pour ce qui est des grimpeurs, le principal problème concernait la hauteur de chute qui excédait, pour la moitié des appareils (51,6 %), la hauteur conseillée par la norme (2,1 mètres ou 7 pieds).

Quelques pistes d'action ont été dégagées et les recommandations pour diminuer le plus possible le risque d'accident et la sévérité des blessures en cas d'accident dans les aires de jeux ont alors été acheminées aux autorités responsables de ces espaces récréatifs. Par ailleurs, les situations qui présentaient un danger imminent ont été signalées aux responsables qui ont déjà apporté les correctifs nécessaires, soit en modifiant l'appareil ou soit en le retirant de l'aire de jeux.

Les résultats obtenus à l'été 2003 démontrent que certains responsables d'aires de jeux ont pris en considération les recommandations émises à l'été 2001 et ont apporté les correctifs nécessaires à leurs installations, particulièrement en ce qui a trait aux balançoires.

Aménagement sécuritaire des piscines résidentielles

La Direction de santé publique a initié, à l'été 2002, une étude sur la sécurité en piscine résidentielle. L'ensemble des grilles d'évaluation, utilisées dans le cadre du projet, ont été élaborées à partir du règlement type du Secrétariat aux loisirs et aux sports de la Direction de la sécurité.

Plus de 75 % des municipalités des cinq MRC de la Côte-Nord ont une réglementation; celles qui n'en ont pas représentent une faible densité de population et ont habituellement des températures qui ne favorisent guère la baignade. Certains critères présents dans les règlements devraient être révisés car ils laissent place à l'interprétation.

À la fin de l'été 2003, c'est un total de 271 installations de piscines résidentielles des MRC de la Haute-Côte-Nord, de Manicouagan et des Sept-Rivières qui avaient fait l'objet d'une inspection, soit 150 en 2002 et 121 en 2003. Le taux de participation des propriétaires inscrits dans les différentes municipalités a été de 25,8 % pour l'été 2002 et de 13,8 % à l'été 2003. En général, malgré quelques lacunes, les piscines résidentielles sont aménagées avec le souci d'assurer la sécurité.

Parmi les problèmes les plus fréquemment rencontrés, notons l'absence de mécanisme automatique de fermeture d'accès à la piscine (7 % des propriétaires seulement), l'absence du système de verrouillage automatique de l'accès à la piscine (un cas sur deux), le non-respect des normes pour les clôtures (le tiers des piscines visitées ne sont pas complètement ou partiellement entourées d'une clôture d'au moins 1,2 mètre) et enfin le non-respect des normes d'installation des systèmes de filtration (40 % des systèmes de filtration).

Là aussi, des pistes d'action ont été dégagées et les recommandations pour diminuer le plus possible les risques d'accidents et de noyades dans les piscines résidentielles ont été adressées aux autorités concernées.

6.2.2 OBJECTIFS ET ACTIVITÉS

Implanter le plan d'action intersectoriel sur la prévention et la promotion de la santé et du bien-être en milieu scolaire

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Implantation du plan d'action intersectoriel en prévention et promotion de la santé et du bien-être en milieu scolaire	➤ Soutenir l'implantation d'orientations en prévention et promotion de la santé et du bien-être auprès des partenaires oeuvrant en milieu scolaire, notamment les commissions scolaires, les écoles, la sécurité publique aux niveaux régional et local			X	X	X	TRIPP, commissions scolaires, écoles postes de police	X	X	X
	➤ Favoriser l'implantation d'un plan d'action ou d'une planification concertés en prévention et promotion de la santé et du bien-être dans chaque établissement scolaire du primaire et du secondaire		X	X		X	Écoles	X		X
	➤ Favoriser, sur une base récurrente, la mise en œuvre d'un programme continu de prévention et promotion de la santé et du bien-être, véhiculant un message de responsabilisation et couvrant les facteurs de risque et de protection dans le développement des jeunes dans les écoles primaires et secondaires			X		X	Écoles	X		X
	➤ Favoriser l'implantation d'un programme axé sur la prévention de la transmission générationnelle des difficultés de fonctionnement familial et d'un programme portant sur l'amélioration des compétences parentales dans les CLSC et centres de santé		X			X	Écoles	X		X
	➤ Contribuer à la mise en œuvre des ententes de complémentarité MSSS-MEQ «Deux réseaux, un objectif : le développement de jeunes aux niveaux régional et local»			X	X	X	Direction générale du MEQ (régional), commissions scolaires, écoles	X		
	➤ Mettre en œuvre une campagne triennale de promotion de la santé en milieu scolaire avec les partenaires intersectoriels			X	X			X		

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Réduction des problèmes liés à la toxicomanie, la santé mentale chez les clientèles vulnérables hors contexte scolaire	➤ Consolider les services préventifs supportés par le travail de rue ➤ Superviser au niveau local les activités préventives du travail de rue		X		X		Centre Le Canal, organismes communautaires	X		
Suivi de l'implantation du plan d'action sur le suicide pour le milieu scolaire	➤ Favoriser l'implantation et le suivi d'un programme de prévention/postvention face au suicide dans toutes les écoles secondaires et cégeps ➤ Implanter les activités préventives face au suicide ➤ Effectuer la détection précoce des jeunes à haut degré de vulnérabilité			X	X	X	Centre de prévention suicide de la Côte-Nord, écoles	X		X
			X			X	Centre jeunesse, écoles	X		X
				X		X	Centre jeunesse, écoles	X		X
Contribution à l'implantation d'un programme d'éducation à la sexualité et de prévention de la grossesse à l'adolescence	➤ Collaborer à la mise en œuvre des orientations du document MSSS-MEQ «L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation» aux niveaux régional et local			X	X	X	TRIPP (régional), écoles (local)	X		X
Harmonisation des mesures de prévention prévues dans les plans d'action régionaux portant sur la violence conjugale et les agressions sexuelles avec le plan d'action intersectoriel sur la prévention et la promotion de la santé et du bien-être en milieu scolaire	➤ S'assurer que les mesures des futurs plans d'action en violence conjugale et les agressions sexuelles, touchant la clientèle des jeunes âgés de 5 à 17 ans, s'harmonisent avec les objectifs visés et les responsabilités respectives des partenaires engagés au plan d'action intersectoriel sur la prévention et la promotion de la santé et du bien-être en milieu scolaire ➤ Mettre en œuvre les mesures des futurs plans d'action en violence conjugale et agressions sexuelles, touchant la clientèle des jeunes âgés de 5 à 17 ans, dans le respect des orientations inscrites au plan d'action intersectoriel sur la prévention et la promotion de la santé et du bien-être en milieu scolaire ➤ Assurer le suivi de la mise en œuvre des mesures des futurs plans d'action en violence conjugale et en agression sexuelle touchant la clientèle des jeunes âgés de 5 à 17 ans			X	X		Comité régional intersectoriel sur la violence conjugale et en agression sexuelle	X		
				X		X	Tables locales de concertation en violence conjugale et en agression sexuelle, TRIPP	X		
				X	X		Comité régional intersectoriel en violence conjugale et en agression sexuelle	X		

Développer un plan d'action en prévention des maladies chroniques et promotion de saines habitudes de vie

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Prévenir l'adoption des habitudes tabagiques chez les jeunes	➤ Promouvoir et soutenir les activités de certains programmes de prévention du tabagisme, notamment le projet «La gang allumée»	X			X		TRIPP	X		X
	➤ Promouvoir et supporter l'organisation d'interventions favorisant la prévention en milieux scolaire et communautaire, notamment le projet «La gang allumée»	X		X		X	TRIPP	X		X
	➤ Concevoir des projets pilotes axés sur la prévention du tabagisme			X	X		TRIPP	X		
	➤ Collaborer aux projets pilotes axés sur la prévention du tabagisme en milieu scolaire			X		X		X		
	➤ Favoriser l'harmonisation des interventions réalisées dans les milieux scolaires et communautaires visant l'engagement des jeunes dans la prévention	X		X	X			X		X
Augmentation de la proportion des jeunes pratiquant l'activité physique	➤ Organiser un réseau d'éducateurs physiques en milieu scolaire				X			X		
	➤ Implanter des activités préventives en milieu scolaire				X		CLSC, CS, TRIPP	X		
Augmentation de la proportion de jeunes consommant 5 fruits et 5 légumes par jour	➤ Développer un outil pour répertorier l'accès et la disponibilité aux aliments sains			X	X			X		
	➤ Répertorier l'accès et la disponibilité aux aliments sains dans les écoles secondaires			X		X	Commissions scolaires	X		
	➤ Implanter des activités préventives visant l'acquisition de saines habitudes alimentaires		X			X		X		X
	➤ Participer à une campagne de promotion sur l'adoption de saines habitudes alimentaires			X	X			X		
	➤ Collaboration aux orientations en matière de sécurité alimentaire		X		X			X		X
	➤ Participer aux activités en matière de sécurité alimentaire		X	X		X		X		X

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Offre de services préventifs en santé dentaire	➤ Appliquer le programme de santé dentaire en santé publique en complétant l'équipe d'hygiénistes dentaires			X		X		X		X
	➤ Effectuer des campagnes annuelles de promotion relativement aux scellants et à l'ingestion de fluor			X	X			X		

Soutenir les municipalités et les écoles quant à l'application adéquate de la norme de sécurité existante concernant l'aménagement des aires et des équipements de jeux

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Application adéquate de la norme de sécurité existante concernant l'aménagement des aires et des équipements de jeux par les municipalités et les écoles	➤ Offrir des formations sur la norme de sécurité existante aux responsables municipaux et scolaires	X			X		URLS Côte-Nord	X		X
Aménagement sécuritaire des piscines résidentielles	➤ Rencontrer les responsables municipaux pour discuter des résultats et du suivi au projet de l'aménagement sécuritaire des piscines résidentielles			X	X			X		

M = Maintien

C = Consolidation

D = Développement

6.3 CLIENTÈLE 18 – 64 ANS

6.3.1 ÉTAT DE SITUATION ET PROBLÉMATIQUE

ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE

Suicide

Le problème de suicide

La Stratégie québécoise d'action face au suicide «S'entraider pour la vie» de 1998 aborde la prévention à trois niveaux : la prévention auprès des groupes à risque, la prévention auprès des jeunes et le contrôle de l'accessibilité aux moyens. Dans la foulée de la stratégie, le 21 juin 2000, le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux adoptait son propre plan d'action régional 2000-2005 qui visait principalement les clientèles vulnérables, la population et les intervenants. Pour assurer un suivi aux 27 mesures retenues régionalement, qui s'inscrivent principalement dans le champ de la promotion et de la prévention, un comité régional, composé d'acteurs intersectoriels, a été créé.

Suite à une évaluation provinciale de l'implantation de la stratégie réalisée en 2002, de nouvelles orientations 2003-2008 ont été dégagées dans la perspective d'assurer l'actualisation de la stratégie aux plans provincial et régional et d'optimiser les efforts investis depuis 1998.

Dans son ensemble, la plupart des orientations prévues s'accordent adéquatement aux priorités régionales. Une attention est apportée aux personnes qui présentent des problèmes de santé mentale et pour qui le risque de suicide est élevé, aux personnes suicidaires ou ayant déjà fait une tentative de suicide et celles aux prises avec des problèmes d'abus et de dépendance à l'alcool et aux drogues.

Selon les statistiques produites au plan provincial, la majorité des régions ont des taux supérieurs aux moyennes québécoises. Le suicide est reconnu comme un phénomène majoritairement masculin et, plus particulièrement, pour le groupe d'âge de 20-49 ans, tandis que les tentatives de suicide ressortent comme une réalité plutôt féminine. Ces deux constats correspondent à la réalité de la Côte-Nord. En 2000, 23 personnes sont décédées par suicide, comparativement à 35 en 1995²⁰.

Signalons que, selon le rapport de l'Enquête sociale et de santé 1998 pour la région Côte-Nord, 3,4 % de la population de la Côte-Nord âgée de 15 ans et plus, aurait pensé sérieusement à s'enlever la vie dans les 12 mois précédents l'enquête. La proportion régionale ressemble à celle du Québec qui se situe à 3,9 %. De ce nombre, 56 % avait identifié un moyen.

Bien que des progrès aient été accomplis régionalement pour diminuer les décès par suicide et les tentatives, il y a lieu de maintenir les efforts avec l'ensemble des acteurs impliqués. Il importe de souligner que le Centre de prévention du suicide de la Côte-Nord joue un rôle de premier plan, entre autres, dans des activités de prévention, de sensibilisation et de formation et pour lesquelles le réseau de la santé et des services sociaux lui reconnaît une expertise.

En tenant compte des orientations ministérielles et régionales, les actions à réaliser dans le cadre du PAR doivent être axées sur la sensibilisation, la formation, le dépistage, l'évaluation, le traitement et le suivi des clientèles à risque, ainsi que sur la concertation entre les différents services existants. De plus, des efforts doivent

²⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Fichiers des décès, 2002.

être déployés pour informer la population et mobiliser un plus grand nombre d'acteurs possibles autour de la conviction qu'il est possible de prévenir le suicide et que cela demeure une responsabilité collective.

Finalement, la contribution des personnes qui acceptent d'agir comme sentinelles ou aidants naturels dans leur milieu ou dans leur communauté constitue un filet de sécurité sociale permettant de détecter des situations de détresse et d'orienter les clientèles à risque vers les services appropriés.

Le problème de santé mentale

Le portrait de la santé mentale de la population nord-côtière a été peu documenté jusqu'à ce jour. Toutefois, selon l'Organisation mondiale de la santé, le stress, l'épuisement professionnel («burnout»), la dépression, les troubles d'anxiété et d'adaptation sont de plus en plus présents, entre autres, dans différents milieux de travail. Il importe de souligner que la réorganisation et les changements qui surviennent présentement dans différents milieux de travail occasionnent des tensions et des effets de stress négatif qui ont des répercussions sur la santé physique et psychologique des personnes.

Jusqu'à maintenant, peu de programmes de prévention ont été mis en place dans différents milieux de travail pour aider au personnel à gérer leur stress et de faire face à des situations conflictuelles. À cet égard, l'Association canadienne pour la santé mentale d'Ottawa a bâti un programme qui s'intitule «Hoptimisme – la gestion du stress au travail». Ce programme a été repris par l'Association canadienne de la santé mentale sur la Côte-Nord. Cet organisme s'inscrit comme un partenaire important parmi les acteurs en santé et services sociaux dans la région.

Violence conjugale et agressions sexuelles

Violence conjugale

Le deuxième plan d'action gouvernemental découlant de la Politique gouvernementale en matière de violence conjugale : «Prévenir, dépister, contrer» verra bientôt le jour. Dans le cadre des actions de promotion et de prévention, intégrées à ce plan d'action, la Régie régionale, en concertation avec les partenaires concernés, sera appelée à appuyer, renforcer et donner une couleur régionale à ces actions que devra intégrer le nouveau plan d'action régional intersectoriel en violence conjugale. Elle devra, de plus, s'assurer de la présence du plus grand nombre de conditions de réussite à la réalisation du plan d'action sur l'ensemble du territoire de la Côte-Nord.

Ce document sera d'autant plus important, qu'en matière de violence conjugale, les statistiques fournies par le ministère de la Sécurité publique indiquent que, pour les années 1997 à 2001, la Côte-Nord compte parmi les quatre régions enregistrant un taux de victimes de violence conjugale supérieur à celui constaté dans l'ensemble du Québec. Il importe de préciser que ces données ne tiennent compte que des situations rapportées aux policiers.

Taux de victimisation conjugale, Côte-Nord, province de Québec, 1998 à 2000
(Nombre de victimes par 100 000 habitants)

	Femmes			Hommes			TOTAL		
Année	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001
Côte-Nord	459,7	532,8	489,5	42,4	137,2	72,9	245,2	329,5	275,7
Ensemble du Québec	387,7	420,7	430,8	62,4	79,2	81,5	228,1	253,1	259,4

De plus, il ressort que, dans l'ensemble du Québec en 2001, les taux de victimisation les plus élevés, chez les femmes, se situaient d'abord chez les 30 à 39 ans, puis chez les 18 à 29 ans et, enfin, chez les 40 à 49 ans.

Agressions sexuelles

En mars 2001, le gouvernement du Québec déposait ses orientations en matière d'agression sexuelle ainsi qu'un plan d'action s'y rapportant. Le gouvernement y articule ses interventions autour de quatre axes d'intervention dont :

- la promotion de valeurs fondamentales;
- la prévention des agressions sexuelles.

En accord avec la mesure 55 du Plan d'action gouvernemental, le Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle s'active présentement à assurer l'évaluation de la mise en œuvre des Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle pour les exercices financiers 2001-2002 et 2002-2003.

Parallèlement à cet exercice de suivi, la Côte-Nord travaille actuellement à l'élaboration d'un plan d'action régional intersectoriel en matière d'agression sexuelle pour 2004-2007.

En matière d'agression sexuelle, les statistiques tirées des données sur la criminalité pour 2001 démontrent une stabilisation du taux de crimes contre la personne et, à l'inverse, une augmentation du taux de victimes d'agression sexuelle. Aussi, les femmes sont davantage victimes que les hommes. De plus, on remarque que les femmes les plus concernées par cette problématique sont, par ordre décroissant du taux de victimes : les 12-14 ans, les 15-17 ans, les 18-19 ans, les 0-11 ans, les 20-24 ans, les 25-34 ans, les 35-44 ans et suivent les plus de 45 ans.

En matière d'agression sexuelle comme en matière de violence conjugale, les statistiques fournies par le ministère de la Sécurité publique indiquent que, pour les années 1997 à 2001, la Côte-Nord compte parmi les quatre régions enregistrant un taux de victimes d'agression sexuelle supérieur à celui constaté dans l'ensemble du Québec. Il importe de préciser que ces données ne tiennent compte que des situations rapportées aux policiers.

Jeu pathologique

En octobre 2000, le MSSS annonçait la mise en place d'un programme expérimental pour prévenir, réduire et traiter le jeu pathologique. En 2000-2003, la Côte-Nord s'est vu octroyer un montant de 283 333 \$. La majeure partie de ce montant est allouée pour mettre en place des services de traitement externe dans deux pôles, soit Sept-Îles et Baie-Comeau (deux intervenants), d'où rayonnent les services et offrir des services de traitement à l'interne hors région.

De plus, cette somme permet également la mise en place de la coordination régionale et la concertation, une partie du support aux proches et un soutien à la programmation intégrée en promotion de la santé et prévention du jeu.

En décembre 2002, la Régie régionale de la Côte-Nord adoptait, pour une période de trois ans, le Plan d'action nord-côtier 2003-2005 sur le jeu pathologique qui comporte trois axes d'intervention :

- la prévention, le dépistage et la référence;
- des services spécialisés accessibles aux joueurs en difficulté et à leur famille;
- une coordination régionale et des actions concertées.

L'offre des jeux de hasard et d'argent toujours croissante au Québec et dans la région entraîne des conditions favorables à l'émergence de problèmes d'adaptation et d'intégration associés au jeu.

Un plan d'action régional intersectoriel en prévention et promotion de la santé en milieu scolaire est en élaboration et propose des services intégrés. La prévention du jeu pathologique fait partie des problématiques ciblées par ce plan.

Pour soutenir la programmation intégrée en promotion de la santé et en prévention du jeu, la Régie régionale a réservé un montant récurrent de 8 000 \$. Les ressources financières allouées sont insuffisantes pour couvrir la prévention dans l'ensemble des milieux de travail, des établissements, des organismes communautaires, des détaillants d'appareils de loterie-vidéo qui rencontrent et rejoignent des joueurs excessifs et leur entourage.

La région dispose de deux formateurs régionaux reconnus sur le jeu pathologique, mais la demande croissante pour des services de traitement diminue leur temps disponible pour offrir de la formation aux intervenants des CLSC et centres de santé et des organismes communautaires au dépistage, au conseil et à la référence dans la perspective d'intégrer la problématique du jeu dans la pratique professionnelle.

L'éclosion dans la population de cette problématique nouvelle exige que la région développe une expertise dans ce domaine. C'est pourquoi, nous souhaitons développer, pour 2004-2007, la prévention du jeu avec le Centre Le Canal, impliqué depuis le début sur le programme expérimental pour prévenir, réduire et traiter le jeu pathologique.

Alcoolisme et toxicomanie

La Côte-Nord se situe au troisième rang des régions du Québec en ce qui concerne la population qui prend 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une même semaine et au deuxième rang pour celle qui présente une consommation élevée d'alcool cinq fois ou plus au cours d'une année.

Le programme «Alcochoix» est présentement en cours d'implantation sur tout le territoire nord-côtier. Cependant, il faut intensifier la promotion médiatique du programme afin d'augmenter les inscriptions. Le milieu de travail est une clientèle cible qui n'est pas véritablement rejointe par le programme.

En 2000, la Régie régionale a octroyé aux CLSC et centres de santé un montant de 25 000 \$, réparti selon un montant de base (5 000 \$) à la population de 18 ans et plus.

Le traitement de substitution à la méthadone n'est pas disponible dans la région.

Grossesses non désirées

Bien qu'une grossesse non désirée puisse survenir à tout âge, les taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) indiquent qu'il est plus élevé chez les femmes de 18-19 ans sur la Côte-Nord²¹. L'acquisition de connaissances et l'accessibilité à la contraception orale d'urgence (COU) ainsi qu'aux services d'IVG sont des moyens efficaces pour prévenir les grossesses non désirées.

Actuellement, les centres hospitaliers régionaux de Baie-Comeau et de Sept-Îles offrent les services d'IVG jusqu' à 12 semaines pour chacun de leur territoire respectif. La région de Québec a reçu le mandat de donner le service aux femmes de la Côte-Nord de 16 à 20 semaines, l'Estrie offrira le service de 20 à 22 semaines et la région de Montréal pour les services hors province. Tous ces services doivent être disponibles en 2004.

Les CLSC et centres de santé sur chaque territoire de MRC offrent des services d'évaluation/préparation médicale et psychosociale, de support psychosocial et de référence pour les femmes désirant mettre un terme à leur grossesse. La plupart offre un support psychosocial post-interruption volontaire de grossesse.

La COU est disponible dans les salles d'urgence du territoire et dans les CLSC.

HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES

Maladies chroniques et habitudes de vie

Les liens étroits mis en évidence dans les études cliniques et épidémiologiques entre les habitudes de vie et l'apparition des maladies chroniques les plus fréquentes (maladies cardiovasculaires, cancers de l'appareil respiratoire et de l'appareil digestif, diabète, maladie respiratoire obstructive chronique, asthme, ostéoporose, obésité) en font aujourd'hui un domaine d'intervention majeur en santé publique.

Malgré un taux de mortalité à la baisse, les maladies cardiovasculaires demeurent encore aujourd'hui une importante cause de mortalité et de morbidité (pour la Côte-Nord cela représente 27 % de 1994-1998). Avec le vieillissement de la population, le fardeau des maladies cardiovasculaires sur notre société ira en s'accroissant. Au nombre des principaux facteurs de risque, on retrouve le diabète (en 1999-2000, la Côte-Nord présentait la plus forte prévalence relative de diabète au Québec; 5,6 % par rapport à 4,9 % pour l'ensemble du Québec²²), l'hypertension artérielle, les dyslipidémies et l'obésité. Mais ces importants problèmes de

²¹ ROCHON, Madeleine. Taux de grossesse à l'adolescence, Québec 1080 à 1995, régions sociosanitaires de résidence 1993-1995 et autres groupes d'âge, Service de la recherche, Direction de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997.

²² Institut national de santé publique du Québec : *Prévalence du diabète au Québec et dans ses régions, 2002*.

santé sont tributaires d'un certain nombre d'habitudes de vie néfastes parmi lesquelles figurent au premier plan le tabagisme, la sédentarité de même qu'une alimentation déséquilibrée. La population canadienne, dans une proportion de 80 %, présente au moins un facteur de risque contrôlable de maladies cardiovasculaires; près du tiers cumulent deux facteurs de risque et 11 % en cumulent trois et plus²³. Les enquêtes de santé nous indiquent que les personnes issues de milieux défavorisés, en particulier, affichent une forte prévalence de ces facteurs de risque. À titre d'exemple, l'insécurité alimentaire, une situation mise en évidence dans 8 % des ménages québécois selon l'Enquête sociale et de santé (1998) impose des contraintes majeures quant à la capacité de se procurer, en quantité suffisante, des aliments nutritifs. Le développement de maladies chroniques dans une population se fait dans un contexte où l'environnement social, économique, légal et physique joue un rôle primordial. Il est donc essentiel que les actions de santé publique, pour être efficaces, reconnaissent et ajustent les interventions en fonction de ces environnements.

Au cours de la dernière décennie (1991-2001), le nombre de décès par cancer au Québec a augmenté de 31 %. Ils représentent la première cause de mortalité pour la population nord-côtière (34,9 %). Bien que les taux globaux de mortalité par cancer restent à peu près stables, le taux de mortalité par cancer du poumon chez les femmes a triplé de 1977 à 1997 (Statistique Canada). Le Portrait de santé préparé par l'Institut national de santé publique montre également que la mortalité due à la maladie pulmonaire obstructive chronique est également en augmentation chez la femme. Ces accroissements alarmants sont la conséquence directe de l'augmentation de la prévalence du tabagisme chez les femmes. Cette situation est particulièrement critique pour l'intervention car, de façon générale, les femmes offrent plus de résistance que les hommes à s'engager dans un processus d'arrêt tabagique. En effet, selon la dernière Enquête Santé Côte-Nord, seulement 55 % des femmes souhaitent cesser de fumer au cours de la prochaine année comparativement à 65 % chez les hommes. La proportion de fumeurs sur la Côte-Nord reste encore élevée. En effet, l'Enquête Santé Côte-Nord 2000 indique un taux de fumeurs réguliers de 30,1 % dans la population adulte. Cette proportion augmente à 36,1 % pour la population âgée entre 18 et 29 ans. De plus, la proportion de fumeurs réguliers dans la population adulte à faible revenu (moins de 20 000 \$ annuellement) est de près de 43 %.

L'obésité et l'excès de poids, des facteurs de risque de plus en plus ciblés pour l'ensemble des maladies chroniques, sont en augmentation rapide dans la population québécoise, tant chez les adultes que chez les enfants. La proportion de personnes âgées entre 20 et 64 ans qui présentent un excès de poids a augmenté de 45 % entre 1987 et 1998, passant de 20 % à 28,9 %²⁴. Selon l'Enquête sociale et de santé 1998, 33 % de la population nord-côtière présenterait un excès de poids.

Parmi les axes d'intervention possibles dans le domaine des maladies chroniques, le dépistage précoce des maladies, les programmes de prévention orientés sur l'adoption de saines habitudes de vie, de même que le soutien aux politiques publiques représentent des voies d'action à prioriser.

Programme québécois sur le dépistage du cancer du sein (PQDCS)

Sur la Côte-Nord, les cancers représentaient, de 1994 à 1998, la première cause de décès. Le cancer du sein tue environ 13 Nord-Côtières chaque année. Le taux ajusté de décès pour cette cause se compare à la donnée provinciale (31,7 décès pour 100 000 femmes comparativement à 32,1 décès). Le cancer du sein est au second rang quant au nombre de nouveaux cas de tumeurs malignes enregistrés, soit 50 chaque année en moyenne. Le taux ajusté d'incidence observé sur la Côte-Nord est également comparable à celui noté à l'échelle du Québec (112,5 nouveaux cas pour 100 000 femmes comparativement à 110,8 nouveaux cas)²⁵.

²³ Fondation des maladies du cœur du Canada : Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada, 2003.

²⁴ SCHAFFER, C. et L. MONGEAU. *L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids*, 2000, 85 p.

²⁵ Institut national de santé publique du Québec. Tableaux de bord pour le Programme québécois de lutte au cancer (2002), cité dans La santé recherchée, vol. 2, no 1, février 2003.

Implantation du PQDCS en Côte-Nord

En 1998, le Québec introduisait progressivement son programme de dépistage du cancer du sein qui invite toutes les Québécoises âgées entre 50 et 69 ans à passer une mammographie aux deux ans.

L'ensemble des services liés au PQDCS va de l'invitation à participer au programme à l'établissement du diagnostic pour les femmes qui ont eu un résultat anormal lors de la mammographie de dépistage. Ces services sont offerts aux endroits suivants : au Centre de coordination des services régionaux (CCSR), dans les centres de dépistage désignés (CDD) et dans les centres de référence pour investigation désignés (CRID).

Le Centre de coordination des services régionaux de la Côte-Nord (CCSR-CN) assume, auprès de la clientèle visée par le PQDCS, la totalité de ses fonctions depuis octobre 2001 (envoi des lettres d'invitation, de relance, de résultats et de rappel). Trois personnes assurent la permanence au centre : deux coordonnatrices (administrative et médicale) et une secrétaire. Un réseau de coordonnateurs locaux est en place : il s'agit d'intervenants/pivots qui assurent les liens fonctionnels avec le CCSR-CN (arrimage des activités régionales et locales, etc.), la liaison et la communication étroite entre les diverses personnes concernées par le PQDCS dans l'établissement, etc.

Depuis septembre 2002, les activités de dépistage sont offertes dans trois centres de dépistage désignés (Centre hospitalier régional Baie-Comeau, Centre hospitalier régional de Sept-Îles et Centre de santé de la Minganie). De plus, le service itinérant de mammographie, opéré par le Centre d'expertise en dépistage de l'Institut national de santé publique du Québec, est mis à contribution pour rejoindre la clientèle isolée et éloignée des centres de dépistage désignés : une unité mammographique portative, nommée SOPHIE (prioritairement pour les régions isolées, comme la Basse-Côte-Nord et le secteur de Schefferville) et une unité mammographique mobile, nommée CLARA (pour les régions éloignées d'un CDD, mais reliées au réseau routier, comme Fermont). Jusqu'à présent, le service itinérant de mammographie a été gratuit pour les régions, à l'exception des dépenses inhérentes au transport de la clientèle vers le site de dispensation du service. Les activités liées à l'investigation se font dans les deux centres hospitaliers régionaux (Centre hospitalier régional Baie-Comeau et Centre hospitalier régional de Sept-Îles) et, exceptionnellement, en centres de dépistage désignés (au Centre de santé de la Minganie) pour certains examens. Il est prévu que les deux centres hospitaliers régionaux soient désignés CRID.

De 1999 à 2000, le taux de couverture de la mammographie (diagnostique ou de dépistage) était de 55,4 % chez les Nord-Côtières âgées de 50 à 69 ans. Il variait passablement d'une MRC à l'autre : il était de 64,6 % pour la MRC de Manicouagan alors que cette proportion était de 37,0 % en Basse-Côte-Nord²⁶.

Activité physique

L'Enquête sociale et de santé 1998 révèle que près de la moitié des Nord-Côtières âgées de 15 ans et plus (47,6 %) sont sédentaires ou très peu actifs, taux comparable à la tendance observée à l'échelle provinciale (48 %). Le pourcentage de gens actifs, hommes et femmes, diminue avec l'âge et, plus particulièrement, au passage à l'âge adulte.

Alimentation

Parmi 16 régions du Québec, la Côte-Nord se classe 2^e pour la proportion de la population de 15 ans et plus présentant un excès de poids en 1998 (32,8 % c. 22,1 % pour le Québec, Portrait de santé : le Québec et ses régions, 2001). Pour l'obésité, la Côte-Nord affiche une proportion de 14,6 % par rapport à 13,0 % pour la

²⁶ Régie de l'assurance maladie du Québec. Cité dans La santé recherchée, vol. 2 no 1, février 2003.

province. Les plus récentes données de l'enquête sur les collectivités permettent de dire que, toutes proportions gardées, l'embonpoint (IMC>27) affecte un plus grand nombre d'individus âgés de 35 à 44 ans sur la Côte-Nord qu'au Québec (43,8 % c. 28,4 %, CESSC, cycle 1.1, 2000-2001).

Un sondage effectué en 2001 mentionne que seulement 28 % de la population québécoise consomme au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour (Association canadienne de la distribution de fruits et légumes, 2001). Sur la Côte-Nord, près des deux tiers de la population âgée de 12 ans et plus n'atteignent pas la recommandation minimale de consommer cinq portions de fruits et de légumes par jour (65,2 %, alors que la proportion est de 57,8 % au Québec).

À l'automne 2002, une tournée par territoire de CLSC a permis de sensibiliser les intervenants du réseau et certains partenaires à l'insécurité alimentaire. L'information recueillie permet de dégager que, malgré une proportion moindre de personnes nord-côtières (5,7 %) rapportant de l'insécurité alimentaire comparativement au Québec (8,3 %), plusieurs intervenants (santé, organismes communautaires, milieu scolaire) identifient des besoins importants d'aide alimentaire et également de support aux habiletés des enfants, adolescents et familles.

De plus, la perception de la qualité des habitudes alimentaires permet d'évaluer la qualité de l'alimentation au sein d'une population. En 1998, sur 16 régions du Québec, la Côte-Nord affiche la 2^e plus faible proportion de la population à qualifier ses habitudes alimentaires d'excellentes ou de très bonnes (33,5 % c. 39,4 %).

TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

Au Québec, à chaque année, les réseaux routiers et les véhicules hors route font de nombreuses victimes, particulièrement chez les jeunes de moins de 30 ans. Les traumatismes sur le réseau routier surviennent surtout chez les occupants de véhicules à moteur, ces derniers représentant, moyenne annuelle 1995-2000, 76,8 % des décès et 80,2 % des blessés graves associés à une collision impliquant un véhicule à moteur (SAAQ-MTQ, 2001)²⁷. Par ailleurs, en matière de sécurité routière, il est reconnu que l'alcool au volant et la vitesse demeurent les deux principaux facteurs à l'origine des collisions.

Sur la Côte-Nord, les traumatismes représentent une cause importante de mortalité pour la région. Au cours de la dernière décennie, 15 % des décès leur ont été attribuables et de tous les traumatismes non intentionnels, les accidents impliquant les occupants de véhicules à moteur sont à l'origine du plus grand nombre de morts.

De 1997 à 1998, sur la Côte-Nord, les accidents impliquant les occupants de véhicules à moteur touchent principalement la population masculine (58,8 %). La plupart des accidents routiers meurtriers observés dans la région surviennent au cours des mois de juin à août (31 %) et de septembre à novembre (38 %). Près de trois décès sur dix, attribuables à cette cause, concernent les jeunes âgés de moins de 25 ans (29,4 %). Par ailleurs, les trois quarts des victimes d'accidents routiers ont moins de 45 ans (76,4 %)²⁸.

La proportion de décès sur les hospitalisations révèle en quelque sorte la gravité des accidents chez les occupants de véhicules à moteur : la Côte-Nord affiche un ratio parmi les plus élevés de la province (24,3 % comparativement à 14,8 % au Québec)²⁹. Plusieurs hypothèses de la situation particulière régionale peuvent être avancées. Par exemple, le fait de n'avoir, la plupart du temps, qu'une chaussée unique à deux voies contiguës comme route, ou encore la plus forte présence de camions lourds dans la circulation, sont des éléments susceptibles d'influencer le nombre et la gravité des accidents.

²⁷ Ministère des Transports du Québec. Politique de sécurité dans les transports 2001-2005, volet routier, tableau page 4.

²⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Fichiers des décès, cité dans La santé recherchée, vol. 1, no 2, juin 2002.

²⁹ Institut national de santé publique du Québec (2001). Cité dans La santé recherchée, vol.1 no 2, juin 2002.

De 1995 à 2000, l'ensemble des accidents de la route rapportés sur le territoire nord-côtier se répartissent sensiblement selon le poids respectif des différentes MRC. Ainsi, 50,6 % des événements ont été rapportés dans le secteur ouest du territoire (MRC de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan) et 49,4 % dans les autres territoires administratifs de la région. Le portrait est toutefois différent pour certains types d'accidents. Par exemple, pour les accidents impliquant des morts ou des blessés graves, respectivement 72,6 % et 60,7 % des événements rapportés se sont déroulés entre Tadoussac et Baie-Trinité³⁰.

Par ailleurs, en matière de sécurité routière, il est reconnu que l'alcool au volant et la vitesse demeurent les deux principaux facteurs à l'origine des collisions.

L'alcool

Sur le territoire nord-côtier, certaines statistiques indiquent qu'il reste encore beaucoup d'efforts à faire pour diminuer l'alcool au volant. Par exemple, en 1998, les données de la SAAQ démontrent que le taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies y était plus important qu'au Québec (504 condamnations pour 100 000 titulaires de permis comparativement à 300 condamnations à l'échelle provinciale)³¹. Par ailleurs, les résultats de l'Enquête Santé Côte-Nord 2000 suggèrent que la majorité de la population nord-côtière a le sentiment que le phénomène de l'alcool au volant est loin d'être réglé dans leur milieu : 75,9 % d'entre eux affirment que ce comportement à risque constitue un problème «très important» ou «important». Cette étude démontre également que les jeunes considèrent généralement l'alcool au volant comme un problème beaucoup moins important que les personnes plus âgées. À preuve, la proportion des répondants ayant mentionné que ce problème était «très important» passe de 29,6 % chez les 18 à 29 ans à 53,1 % chez les 65 à 74 ans. À la lumière de ces résultats, les efforts d'information et de sensibilisation déjà entrepris doivent se poursuivre sur la Côte-Nord, voire même s'intensifier.

La vitesse

Pour ce qui est de la vitesse excessive et des accidents de la route, nous ne disposons pas de statistiques détaillées sur le sujet. Toutefois, il est reconnu que les longs trajets à parcourir sur le réseau nord-côtier incitent certains conducteurs impatients à dépasser régulièrement les limites permises. Les messages publicitaires conçus pour conscientiser la population sur ce problème sont toujours de mise.

Les véhicules lourds

Finalement, la présence accrue de gros véhicules peut constituer un risque pour la sécurité routière et peut être à l'origine d'un certain nombre d'accidents causant des morts et des blessés graves. Depuis le début des années 1990, les accidents impliquant un véhicule lourd ont augmenté, et ce, peu importe le type d'accidents. À titre d'exemple, ce type de véhicule était présent dans 7,6 % des accidents avec blessés graves entre 1990 et 1994 et dans 12 % d'entre eux entre 1995 et 2000³².

Les systèmes de retenue pour enfants

Selon les données de la SAAQ³³, on note pour les années 1999 et 2000 un nombre moyen de 7 décès, 106 blessés graves et 632 blessés légers chez les enfants âgés de 0 à 5 ans passagers d'un véhicule.

³⁰ Société de l'assurance automobile du Québec. Fichiers informatisés, 1995-2000, cité dans La santé recherchée, vol. 1 no 2, juin 2002.

³¹ Société de l'assurance automobile du Québec. Cité dans La santé recherchée, vol. 1 no 2, juin 2002.

³² Ministère des Transports du Québec, Direction régionale de la Côte-Nord, 1990 à 2000, cité dans La santé recherchée, vol. 1 no 2, juin 2002.

³³ Société de l'assurance automobile du Québec, Bilan 2000 (Accidents, parc automobile, permis de conduire, 2001).

Une étude conjointe de la SAAQ-MTQ rapporte qu'en 2000 le taux global d'utilisation correcte des sièges d'auto chez les enfants n'était que de 40 %³⁴. Il est à noter que les risques de décès et de blessures graves chez l'enfant lors d'une collision frontale sont réduits de 70 % par l'usage de siège de retenue adéquat³⁵.

Depuis octobre 2002, les modifications de l'article 397 du Code de sécurité routière concernant les dispositifs de retenue pour enfants sont en vigueur. Dans la nouvelle législation, la taille en position assise est le critère utilisé en remplacement de l'âge pour déterminer quels enfants doivent utiliser un dispositif de retenue pour enfants.

Beaucoup de travail d'information et de sensibilisation demeure à faire. À titre d'exemple, lors d'une clinique de vérification d'installation de sièges d'auto tenue en mai 2003 à Baie-Comeau, 45 des 49 sièges vérifiés avaient des modifications à apporter.

³⁴ Ministère des Transports du Québec. Politique de sécurité dans les transports 2001-2005, volet routier, 2001, p. 32.

³⁵ RIVARA, F.P., D.C. GROSSMAN, P. CUMMINGS (1997). Injury prevention : First of two parts. The New England Journal of Medicine, vol. 337 (8):543-48.

6.3.2 OBJECTIFS ET ACTIVITÉS

Réduire les problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des adultes										
Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Réduction du suicide	➤ Poursuivre l'actualisation du Plan d'action régional relatif au suicide «S'entraider pour la vie» en ce qui regarde les éléments préventifs ➤ Soutenir le Centre de prévention du suicide dans ses activités de recrutement, de formation et de suivi des sentinelles ➤ Soutenir les pratiques cliniques préventives (détection précoce des personnes à risque) ➤ Élaborer, mettre en place et promouvoir les outils de dépistage des personnes à risque ➤ Améliorer les connaissances et l'expertise des intervenants en matière de dépistage et d'évaluation de l'urgence suicidaire ➤ Réaliser les activités de prévention dans les cégeps et dans les milieux de travail ➤ Promouvoir les mesures préventives sur le contrôle des armes à feu, les médicaments et le monoxyde de carbone ➤ Promouvoir des mesures de protection sur les facteurs de risque		X		X		CIPSCN, pharmaciens, Sûreté du Québec, comité multisectoriel régional relatif au suicide, DRMG, cégep, comité de santé en milieu de travail du CIPSCN, syndicats CSN et FTQ, médias, commissions scolaires, services correctionnels, médecins	X	X	
Réduction des troubles anxieux et dépressifs	➤ Promouvoir les programmes portant sur la gestion du stress au travail ➤ Sensibiliser la population et les professionnels sur les signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs			X	X		Association canadienne de santé mentale, milieux de travail	X	X	
Réduction de la violence conjugale	➤ Élaborer le Plan d'action régional intersectoriel ➤ Diffuser le Plan d'action régional intersectoriel auprès des partenaires			X	X		Comité régional intersectoriel en violence conjugale et en agression sexuelle	X		

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
	➤ Mettre en œuvre les mesures du Plan d'action régional intersectoriel, relevant de l'instance régionale			X	X		Comité régional intersectoriel en violence conjugale et en agression sexuelle	X		
	➤ Mettre en œuvre les mesures du Plan d'action régional intersectoriel, relevant des instances locales			X		X	Tables locales de concertation en violence conjugale et en agression sexuelle	X		
	➤ Effectuer un suivi de gestion de la réalisation du Plan d'action régional intersectoriel			X	X		Comité régional intersectoriel en violence conjugale et en agression sexuelle	X		
	➤ Réaliser une campagne de sensibilisation régionale			X	X		Comité régional intersectoriel en violence conjugale et en agression sexuelle	X		
	➤ Collaborer à la réalisation d'une campagne de sensibilisation dans chacun des territoires			X		X	Tables locales de concertation en violence conjugale et en agression sexuelle	X		
	➤ Promouvoir et soutenir les pratiques cliniques préventives en matière de violence conjugale			X	X		Comité régional intersectoriel en violence conjugale et en agression sexuelle	X		
	➤ Soutenir la recherche sur la problématique des groupes vulnérables (femmes, personnes âgées, communautés autochtones)	X		X	X		Comité régional intersectoriel en violence conjugale et en agression sexuelle	X		

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Réduction des agressions sexuelles	➤ Élaborer le Plan d'action intersectoriel			X	X		Comité régional intersectoriel en violence conjugale et en agression sexuelle, tables locales de concertation	X		
	➤ Diffuser le Plan d'action régional intersectoriel auprès des partenaires			X	X		Comité régional intersectoriel en violence conjugale et en agression sexuelle	X		
	➤ Mettre en œuvre les mesures du Plan d'action régional intersectoriel, relevant de l'instance régionale			X	X		Comité régional intersectoriel en violence conjugale et en agression sexuelle	X		
	➤ Mettre en œuvre les mesures du Plan d'action régional intersectoriel, relevant des instances locales			X		X	Tables locales de concertation en violence conjugale et en agression sexuelle	X		
	➤ Effectuer un suivi de gestion de la réalisation du Plan d'action régional intersectoriel			X	X		Comité régional intersectoriel en violence conjugale et en agression sexuelle	X		
	➤ Réaliser une campagne de sensibilisation régionale			X	X		Comité régional intersectoriel en violence conjugale et en agression sexuelle	X		
	➤ Collaborer à la réalisation d'une campagne de sensibilisation dans chacun des territoires			X		X	Tables locales de concertation en violence conjugale et en agression sexuelle	X		

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
	➤ Promouvoir et soutenir les pratiques cliniques préventives en matière d'agression sexuelle ➤ Soutenir la recherche sur la problématique des groupes vulnérables (femmes, personnes âgées, communautés autochtones)			X	X		Comité régional intersectoriel en violence conjugale et en agression sexuelle	X		
				X	X		Comité régional intersectoriel en violence conjugale et en agression sexuelle	X		
Réduction du jeu pathologique	➤ Mettre en œuvre le Plan d'action régional ➤ Consolider le programme de prévention ➤ Participer régionalement à la campagne d'information nationale ➤ Promouvoir les services auprès de la population et des professionnels du réseau ➤ Implanter des outils de dépistage et de suivi ➤ Mettre en place une campagne promotionnelle triennale ➤ Former les intervenants du réseau	X	X	X	X		Centre Le Canal	X		X
					X			X		X
				X	X	X*		X		X
				X	X	X*		X		
				X	X	X*		X		
				X		X*		X		X
Réduction de la consommation d'alcool	➤ Implanter le programme de réduction de la consommation d'alcool ➤ Consolider le programme Alcochoix ➤ Réaliser une campagne promotionnelle visant à contrer la conduite en état d'ébriété ➤ Former les médecins et les pharmaciens à la prescription de méthadone (prioritairement au Centre Le Canal) ➤ Réaliser un plan de communication ➤ Développer une collaboration avec les équipes de santé au travail des CLSC et centres de santé		X		X		Centre Le Canal	X		X
			X			X		X		
				X	X			X		
				X	X			X		
				X	X	X		X		X

* Les activités de niveau local sont sous la responsabilité du Centre Le Canal.

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Réduction des grossesses non désirées	➤ Réaliser des activités de prévention portant sur les grossesses non désirées		X		X			X		
	➤ Développer l'accès à la COU dans les pharmacies		X			X	Pharmacies	X		

Prévenir les maladies chroniques et promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Développement d'un plan d'action en prévention des maladies chroniques et en promotion de saines habitudes de vie et implantation du plan d'action	➤ Écrire un plan d'action en prévention des maladies chroniques et en promotion de saines habitudes de vie			X	X		Association pulmonaire du Québec, Fondation canadienne des maladies du Cœur, Diabète Québec	X		
	➤ Créer une équipe régionale multidisciplinaire en prévention et dépistage précoce des maladies chroniques			X	X			X		
	➤ Participer aux rencontres de l'équipe multidisciplinaire en prévention et dépistage précoce des maladies chroniques			X		X		X		
	➤ Maintenir la coordination du réseau de services intégrés en maladie pulmonaire obstructive chronique et insuffisance cardiaque	X			X			X		X
	➤ Appliquer le plan d'action en prévention des maladies chroniques et en promotion de saines habitudes de vie, notamment implanter les programmes «Mieux vivre avec sa MPOC», «À vous de jouer» et assurer un accès continu à un centre d'abandon du tabagisme (CAT)	X		X		X		X	X	X
	➤ Former les intervenants dans le cadre des activités du réseau de services intégrés pour les patients souffrant de MPOC et d'insuffisance cardiaque			X	X		CLSC, CS	X		
	➤ Participer aux formations offertes dans le cadre des activités du réseau de services intégrés pour les patients souffrant de MPOC et d'insuffisance cardiaque			X		X		X		

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Développement du Plan d'action régional d'intervention et de services intégrés pour lutter contre le cancer	➤ Écrire le Plan d'action régional d'intervention et de services intégrés pour lutter contre le cancer ➤ Mettre en place deux équipes interdisciplinaires sous-régionales ➤ Participer aux rencontres des équipes interdisciplinaires sous-régionales			X	X		Association du cancer de l'Est du Québec, Société canadienne du cancer	X		
				X	X			X		
				X		X		X		
Consolidation de l'implantation du Programme régional de dépistage du cancer du sein et augmenter le taux de participation	➤ Soutenir la mise en œuvre du programme (formation des intervenants, soutien à la certification des centres de dépistage, organisation des services et communication) ➤ Désigner des centres de référence pour investigation ➤ Maintenir le CCSR ➤ Recruter des femmes admissibles ➤ Développer des mécanismes régionaux pour assurer la qualité du programme ➤ Promouvoir le programme ➤ Implanter des services de soutien et d'entraide ➤ Soutenir les pratiques cliniques préventives	X		X	X		Organismes communautaires	X		X
				X	X			X		
		X			X			X		X
		X			X			X		X
				X	X			X		
				X	X			X		X
		X		X		X		X		X
				X		X		X		X
Réduction de l'usage du tabac	➤ Soutenir les actions locales relatives au PQAT ➤ Implanter le PQAT ➤ Maintenir la coordination des CAT ➤ Évaluer les CAT ➤ Participer à l'évaluation des CAT ➤ Soutenir les pratiques cliniques préventives en matière de tabagisme ➤ Participer à la campagne promotionnelle des services d'aide à la cessation tabagique au niveau régional ➤ Participer à la campagne promotionnelle des services d'aide à la cessation tabagique au niveau local	X			X		Conseil québécois sur le tabac et la santé, Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, Les médecins pour un Canada sans fumée, Conseil canadien pour le contrôle du tabac, Association pulmonaire du Québec, Association pour le droit des non-fumeurs, milieux de travail, médecins	X		X
		X		X		X		X		X
		X		X	X			X		X
				X	X			X		X
				X		X		X		X
		X		X	X			X		X
		X		X	X	X		X		X
		X		X		X		X		X

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
	➤ Soutenir régionalement le programme «Défi, j'arrête, j'y gagne» ➤ Soutenir localement le programme «Défi, j'arrête, j'y gagne» ➤ Suivre l'évolution du tabagisme à l'échelle régionale	X			X			X		X
		X		X		X		X		X
		X			X			X		X
Augmentation de la proportion d'adultes pratiquant l'activité physique	➤ Réaliser une campagne promotionnelle du patinage en famille «Plaisir sur glace» ➤ Réaliser une campagne promotionnelle de la marche auprès des adultes en milieux de travail ➤ Collaborer au développement d'un guide sur les lieux de marche sur la Côte-Nord ➤ Promouvoir la marche régulière (de façon individuelle ou par la formation de clubs de marche) ➤ Soutenir financièrement le programme «Prenez l'air avec Kino-Québec» pour les adultes de 55 ans et plus	X			X		CLSC, CS, municipalités, milieux de travail, Loisirs et sports Côte-Nord, Associations touristiques régionales Manicouagan et Duplessis, regroupements d'adultes de 55 ans et plus	X		X
		X			X			X		X
				X	X			X		
				X	X			X		X
		X		X		X		X		X
				X		X		X		X
Augmentation de la proportion d'adultes présentant un poids santé	➤ Répertorier, par une étude, les programmes et activités de promotion de la saine alimentation en lien avec la prévention des maladies chroniques et l'insécurité alimentaire ➤ Participer à une campagne de promotion sur l'adoption de saines habitudes alimentaires ➤ Promouvoir la consommation minimale de 5 fruits et légumes par jour ➤ Intervenir individuellement, ou auprès de groupes, sur les habitudes alimentaires, et ce, dans les milieux de vie			X	X			X		
				X	X			X		
		X		X		X		X		X
				X		X		X		X
Amélioration de la condition d'hygiène buccodentaire des personnes en perte d'autonomie dans les établissements de soins de longue durée	➤ Voir chapitre Clientèle 65 ans et plus									

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Prévention des infections par le VIH, le VHC et les ITS auprès des groupes vulnérables	➤ Voir chapitre Maladies infectieuses - Clientèle 18-64 ans									

Prévenir les traumatismes non intentionnels

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Réduction de la morbidité et de la mortalité chez les usagers du réseau routier	➤ Collaborer à la mise en œuvre des PAS : conduite automobile avec facultés affaiblies par l'alcool	X	X		X		SAAQ, MTQ, Sûreté du Québec, CLSC et CS	X		X
	➤ Collaborer à la mise en œuvre des PAS : tenue de cliniques de vérification d'installation de sièges d'auto pour enfants	X	X		X			X		X
	➤ Collaborer à une campagne promotionnelle visant la prévention de la conduite avec facultés affaiblies			X	X			X		
	➤ Participer à la table de concertation en sécurité routière (Baie-Comeau) plus particulièrement à l'identification d'indicateurs à suivre prioritairement	X			X			X		X
	➤ Participer au comité de sécurité de la route 389	X			X			X		X
	➤ Soutenir la création d'un réseau d'intervenants locaux			X	X			X		
	➤ Soutenir la formation des intervenants locaux en promotion de la sécurité et en prévention des traumatismes			X	X			X		
	➤ Participer à la formation en promotion de la sécurité et en prévention des traumatismes			X		X		X		

6.4 CLIENTÈLE 65 ANS ET PLUS

6.4.1 ÉTAT DE SITUATION ET PROBLÉMATIQUE

ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE

Prévention de l'abus, de la négligence et de la violence auprès des personnes âgées

Trop souvent, la problématique des mauvais traitements à l'égard des aînés paraît moins évidente dans une région comme la Côte-Nord ou si on la compare à d'autres groupes d'âge. Cependant, ici comme ailleurs, le phénomène existe et de façon tout aussi importante que dans d'autres catégories de la population. C'est pourquoi les intervenants et les principaux acteurs sociaux se doivent d'être vigilants pour ne pas négliger ce problème, de continuer à s'en préoccuper et de redoubler de créativité pour trouver des formules efficaces visant à enrayer ce fléau.

En 2000-2001, la Régie régionale s'est concentrée sur l'élaboration d'un programme de prévention, de dépistage et d'intervention dans les situations de mauvais traitements envers les aînés vivant à domicile ou en milieu substitut, qui a donné lieu à :

- La conception et la distribution d'un dépliant d'information visant à sensibiliser et informer l'ensemble de la population à cette problématique.
- La collaboration avec la Sûreté du Québec et d'autres organismes afin de prévenir et de dépister les situations de mauvais traitements envers les personnes âgées.
- La dispensation de sessions de formation à plus d'une centaine d'intervenants (infirmières, travailleurs sociaux, auxiliaires familiales, bénévoles) oeuvrant tant en milieu naturel qu'en milieu institutionnel (CHSLD) afin de les sensibiliser et de les habiliter à prévenir, à dépister et à intervenir dans les situations d'exploitation envers les personnes âgées.
- La présentation d'un mémoire à la Commission des droits de la personne et des droits à la jeunesse et participation à leur audience.

Cependant, en 2003, le réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, comme promoteur ou comme partenaire important, n'a toujours pas en place de formules ou de dispositifs privilégiés de concertation visant à faire échec à la violence auprès des aînés.

Violence et agression sexuelle

Bien qu'en chiffre absolu, les victimes de violence conjugale et d'agression sexuelle chez les femmes de 65 ans et plus sont beaucoup moins nombreuses que celles des autres strates d'âge, il importe, tel que décrit plus haut, de nous préoccuper de leur situation à cet égard.

Les plans d'action régionaux intersectoriels à élaborer pour 2004-2007 respectivement en violence conjugale et en agression sexuelle contiendront chacun des mesures à réaliser en matière de prévention, sensibilisation et formation destinées à la population adulte sans distinction de l'âge (voir clientèle 18-64 ans).

Suicide

Sur la Côte-Nord, selon les données statistiques 1999, une seule personne dans le groupe d'âge 65 à 69 ans est décédée par suicide sur un total de 23 suicides dont 2 femmes et 21 hommes.

Dans le cadre du Plan d'action régional relatif au suicide «S'entraider pour la vie» 2000-2005, les actions menées en matière de prévention, de sensibilisation et de formation visent l'ensemble de la population adulte, et ce, aussi sans égard à l'âge.

Résidences privées

Au cours des dernières années, certains problèmes sont apparus avec le développement des résidences privées pour personnes âgées. Ces problèmes touchent, entre autres, la qualité des services, la sécurité des installations, de même qu'à certains abus ou au manque de soins. Plusieurs reproches tiennent aussi au manque de réglementation touchant ce type de ressource d'hébergement.

Le 14 juin 2002, la loi modifiant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* confiait aux régies régionales la responsabilité de constituer et de tenir à jour annuellement un registre des résidences privées pour personnes âgées. Déjà depuis huit ans, la Régie régionale de la Côte-Nord maintenait un registre de ces résidences avec la complicité des CLSC et des centres de santé et cette collaboration se poursuit toujours. On y a répertorié 14 résidences privées pour personnes âgées avec services pour un total de 169 unités locatives.

Par ailleurs, préoccupée par la qualité des services offerts à l'intérieur de ces résidences, la Régie régionale profita de la Table de concertation des aînés du CRD Côte-Nord pour sensibiliser les différents partenaires à cette préoccupation. En mars 2002, un comité composé de neuf personnes provenant des secteurs tels que la FADOQ – région Côte-Nord, les CLSC et les centres de santé, les résidences privées, les municipalités et la Table régionale des Aînés, coordonna les destinées de l'implantation en Côte-Nord du programme Rose d'Or. Un peu moins de 50 % des résidences privées pour aînés se sont inscrites à ce programme d'appréciation sur une base volontaire, ce qui représente tout de même 75 % des occupants de logement de ce type.

Consommation de médicaments psychotropes

La consommation de médicaments psychotropes serait particulièrement importante au sein de la population féminine, notamment chez les personnes âgées, et souvent inappropriée^{36 37}.

Prévention du jeu pathologique

Une attention particulière doit être portée à la popularité croissante des jeux de hasard et d'argent auprès des personnes pour lesquelles le risque de dépendance au jeu est plus élevé, dont les personnes âgées.

MALADIES CHRONIQUES ET HABITUDES DE VIE

En 2002, sur la Côte-Nord, 9,5% de la population était âgée de 65 ans et plus. C'est dans cette partie de la population que les problèmes de santé associés aux maladies chroniques se font le plus sentir.

³⁶ Enquête sociale et de santé 1998, Québec, Institut de la statistique du Québec 2000, p. 117 à 147.

³⁷ Comité permanent de lutte à la toxicomanie, MSSS, 2000, 21 pages.

Les statistiques canadiennes de 1999 nous révèlent que les maladies cardiovasculaires représentent la principale cause de décès (36 % dont 20 % par cardiopathies ischémiques). Comme dans la plupart des pays industrialisés, le cancer était quant à lui responsable de 30 % des décès alors que 10 % des décès étaient attribuables aux maladies respiratoires. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, un nombre grandissant de personnes vivent avec une maladie chronique. Il est donc essentiel de s'intéresser aux caractéristiques des personnes qui développent ce genre de maladies (incidence) et qui en sont actuellement atteintes (prévalence). À titre d'exemple, dans la population âgée de 70 ans et plus, une personne sur quatre déclare souffrir de problèmes cardiaques. Bien que le taux de maladies cardiovasculaires est plus élevé dans ce groupe d'âge, de nombreux Canadiens développent ce type d'affection dans la quarantaine (pour les hommes) et dans la cinquantaine (pour les femmes).

L'association positive observée entre l'âge et la plupart des maladies chroniques n'est pas nécessairement une conséquence inévitable du vieillissement. En effet, le tabagisme, la sédentarité et les habitudes alimentaires malsaines représentent des habitudes de vie communes aux principales maladies chroniques. Des changements apportés à ces comportements auront des conséquences positives pour la santé à tout âge, que ce soit pour prévenir l'apparition de la maladie, pour ralentir sa progression ou diminuer les complications. Prévenir ou retarder l'apparition de maladies chroniques, c'est diminuer les taux de mortalité précoce et les incapacités associés, c'est également prévenir ou retarder la perte d'autonomie fonctionnelle et assurer le maintien d'une qualité de vie.

Ainsi, il demeure pertinent à tout âge de promouvoir l'arrêt tabagique, l'activité physique et une saine alimentation et de réduire au maximum l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement. À cela, s'ajoute le dépistage précoce de certaines maladies dont le cancer du sein, le cancer colorectal, l'hypertension, le diabète, l'accès rapide à des services médicaux intégrés en urgence, en intrahospitalier et en externe (GMF et CLSC), à des services de réadaptation, à des soins à domicile et à des soins palliatifs.

Tabagisme

Selon la dernière Enquête Santé Côte-Nord (2000), près de 16 % des personnes âgées de 65 à 74 ans sont des fumeurs réguliers. Bien que cette proportion soit plus faible que dans la population adulte (environ 35 %), les fumeurs de 65 à 74 ans sont moins enclins à vouloir cesser de fumer que dans la population de 18-64 ans (39 % comparativement à 60 %).

Activité physique

Le déclin de la pratique de l'activité physique, avec l'avancement en âge, est observé dans le monde industrialisé et le Québec ne fait pas figure d'exception. Selon l'Enquête sociale et de santé 1998, sur la Côte-Nord, 49,9 % des adultes de 65 ans et plus sont sédentaires ou très peu actifs dans leurs loisirs.

Parmi tous les bienfaits induits par un mode de vie physiquement actif, on retrouve la prévention de l'ostéoporose, problème qui touche à lui seul 1,4 million de Canadiens. À l'échelle provinciale, c'est plus de 300 000 Québécoises et 130 000 Québécois de 50 ans et plus qui en sont atteints (Société de l'Ostéoporose du Canada, 2003).

Alimentation

En 1998, la population nord-côtière âgée de 65 ans et plus est statistiquement moins nombreuse (30,6 %) que la population québécoise du même âge (46,6 %) à qualifier ses habitudes alimentaires comme étant excellentes ou très bonnes (Rapport de l'Enquête sociale et de santé, 1998, pour la région de la Côte-Nord).

Sans plus, on peut affirmer que la clientèle du secteur de l'hébergement de longue durée est rejointe de manière insuffisante au regard de leurs habitudes alimentaires et de ses effets sur la santé et le bien-être des individus. Quelques activités en maintien à domicile pour la clientèle âgée font l'objet de demandes spécifiques, mais non systématiques.

Santé dentaire

La carie dentaire affecte la quasi-totalité de la population, dont 56 % des enfants de 7 et 8 ans et 75 % des jeunes de 14 ans (Programme national de santé publique 2003-2012, p. 43). En 2003, six hygiénistes dentaires sont en place dans les différentes MRC de la Côte-Nord, à l'exception de celle de la Manicouagan, afin d'y actualiser l'application de programmes de type national, provincial et local.

Parmi ces projets à caractère local, le projet «Clés en mains» afin d'améliorer l'état de santé buccodentaire des personnes en perte d'autonomie dans les centres de santé de soins de longue durée est accessible pour ceux-ci.

TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

Les chutes figurent parmi les plus importantes causes de décès par traumatismes. Les taux de mortalité indiquent également que, après avoir été relativement stables entre 1984 et 1996, les décès par chute ont connu une légère hausse : le taux annuel moyen pour 100 000 personnes passant de 7,4 entre 1991-1996 à 8,1 en 1997-1998. Les chutes constituent, de plus, la principale cause d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels. Les personnes âgées en sont les principales victimes. Les causes les plus fréquentes de chutes chez ces personnes sont liées à un mauvais équilibre, à une coordination musculaire faible, à l'utilisation de médicaments psychotropes et aux dangers présents dans leur environnement immédiat. À ces causes s'ajoutent le fait d'avoir déjà chuté et l'isolement social. Par ailleurs, certains facteurs en lien avec les habitudes de vie des personnes, notamment la malnutrition, contribueraient à rendre les personnes âgées plus à risque de chutes et de blessures et, par conséquent, à réduire leur autonomie.

Trois grandes catégories d'interventions de prévention des chutes, décrites dans la littérature scientifique, ont démontré la capacité de réduire les chutes dans certaines conditions : 1) les interventions, principalement cliniques, qui corrigent ou préviennent des facteurs de risque de chute chez les aînés qui viennent en contact avec le système de santé; 2) les interventions de groupe qui, généralement construites autour de séances d'exercices physiques visant l'équilibre, abordent également d'autres facteurs de risque qui se prêtent à une approche en groupe; 3) les interventions qui visent une communauté entière.

Les résultats des trois revues d'études (incluant une méta-analyse), avec essais randomisés, viennent appuyer les approches proposées dans les deux premières catégories. Par contre, la troisième catégorie d'intervention ne s'appuie pas sur des essais randomisés et la littérature scientifique ne rapporte que quelques approches de «Communautés sécuritaires» en Norvège et en Australie. Au Québec, plusieurs régions ont amorcé l'implantation de l'approche clinique ou l'approche d'exercice physique de groupe réalisée dans la communauté (Programme de type PIED de la DSP de Montréal-Centre).

6.4.2 OBJECTIFS ET ACTIVITÉS

Réduire les problèmes d'abus, de négligence et de violence à l'endroit des personnes âgées										
Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Mise en place de mécanismes pour supporter les actions des intervenants des établissements et des organismes du réseau visant à contrer la violence à l'égard des aînés	➤ Sensibiliser la Table régionale de concertation des Aînés (CRD)			X	X		Table régionale des Aînés (CRD)	X		
	➤ Créer et soutenir des tables de concertation dans les MRC			X		X	Organismes communautaires, médecins, Sûreté du Québec, Commission des droits de la personne et des droits à la jeunesse et autres organismes intéressés au bien-être des aînés	X		
	➤ Promouvoir l'utilisation de l'outil dépistage des situations d'abus auprès des intervenants évaluateurs du réseau			X	X	X	Médecins, intervenants du réseau, policiers	X		
Mise à jour annuelle du répertoire des résidences privées et le maintien d'un programme d'appréciation de la qualité pour les résidences désireuses d'adhérer	➤ Informer par les médias sur les obligations des propriétaires de résidences privées pour personnes âgées de s'identifier directement à la Régie régionale ou par l'intermédiaire du CLSC et centre de santé de leur territoire		X		X			X		
	➤ Entente de collaboration avec les municipalités de la Côte-Nord pour informer la Régie régionale ou les CLSC et centres de santé des demandes de permis concernant les projets d'immeubles destinés à être utilisés comme résidences privées pour personnes âgées			X	X		Municipalités	X		
	➤ Promouvoir l'utilisation du protocole d'appréciation de la qualité des services dans les résidences privées		X		X			X		

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
	➤ Planifier la deuxième édition du programme Rose D'Or	X			X		Comité aviseur regroupant la FADOQ-Côte-Nord, Table régionale de concertation des Aînés, CLSC-CS, org. com. et résidences privées déjà reconnues	X		
	➤ Assurer le financement récurrent permettant la viabilité du programme		X		X		Comité aviseur, municipalités, entreprises	X		
	➤ Promouvoir la participation des résidences privées au processus de qualification		X		X		Comité aviseur et résidences privées déjà reconnues	X		
Production de deux plans d'action régionaux intersectoriels respectivement en violence conjugale et en agression sexuelle comportant des mesures en promotion et prévention adaptées aux femmes âgées de 65 ans	➤ Voir clientèle 18-64 ans									

Prévenir et diminuer les comportements présentant un risque de dépendance

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Diminution de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées	➤ Intervenir auprès des consommateurs, des prescripteurs et des distributeurs de médicaments pour prévenir la consommation inappropriée de médicaments psychotropes			X	X		Médecins, DRMG, pharmaciens, professionnels des établissements		X	
Mise en place des activités de prévention en lien avec le jeu pathologique	➤ Collaborer aux activités nationales d'information, d'éducation et de sensibilisation touchant les personnes de 65 ans et plus	X			X			X		

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
	➤ Mettre en place des activités de prévention et de promotion visant une approche globale de responsabilisation			X	X		Centre Le Canal	X		
	➤ Former les intervenants des établissements de CLSC et centres de santé, et des organismes communautaires au dépistage, au conseil et à la référence dans la perspective d'intégrer la problématique du jeu pathologique dans la pratique professionnelle			X		X*	Centre Le Canal	X		

* Les activités de niveau local relèvent de l'organisme régional Centre Le Canal

Favoriser l'adoption de saines habitudes de vie

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Développement d'un plan d'action en prévention des maladies chroniques en promotion de saines habitudes de vie	➤ Voir clientèle 18-64 ans									
Poursuite du développement du plan d'action régional d'intervention et de services intégrés pour lutter contre le cancer	➤ Voir clientèle 18-64 ans									
Consolidation de l'implantation du programme régional de dépistage du cancer du sein et l'augmentation du taux de participation	➤ Voir clientèle 18-64 ans									
Réduction de l'usage du tabac	➤ Voir clientèle 18-64 ans									

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Réduction de la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans et plus par l'augmentation de 5 % le niveau recommandé d'activité physique	➤ Maintenir le programme «Viactive»: programme d'activité physique reconnu surtout pour ses pauses-exercices, individuelles ou en groupe	X			X	X	Intervenants locaux : regroupements d'adultes de 55 ans et plus, centres de jour, centres d'action bénévole, résidences privées	X		X
	➤ Maintenir le programme «Prenez l'air avec Kino-Québec» : programme de soutien financier favorisant la pratique d'activité physique en plein air auprès des adultes de 55 ans et plus	X			X		Intervenants locaux : regroupements d'adultes de 55 ans et plus	X		X
	➤ Mettre en place la campagne régionale de prévention de l'ostéoporose par la pratique régulière de l'activité physique			X	X		Intervenants locaux : regroupements d'adultes de 55 ans et plus, centres de jour, centres d'action bénévole, résidences privées	X		
	➤ Promouvoir la marche régulière (de façon individuelle ou par la formation de clubs de marche)			X	X		Regroupements d'adultes de 55 ans et plus	X		
	➤ Mettre en place les autres volets du programme «Viactive» tels que la marche, l'activité physique en plein air, Muscul'action et l'aquaforme			X	X		Intervenants locaux : regroupements d'adultes de 55 ans et plus, centres de jour, centres d'action bénévole, résidences privées	X		
	➤ Actualiser un projet de prévention des chutes : programme d'exercice permettant l'amélioration de l'équilibre, la souplesse et le renforcement musculaire			X	X		Intervenants locaux : regroupements d'adultes de 55 ans	X		
Augmentation de la proportion de personnes de 65 ans et plus présentant un poids santé	➤ Voir clientèle 18-64 ans ➤ Documenter la situation de malnutrition chez la clientèle en hébergement de longue durée			X	X			X		

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
	➤ Mettre en place des activités de dépistage de la malnutrition chez la clientèle en hébergement de longue durée			X		X		X		X
Amélioration de la condition d'hygiène buccodentaire des personnes en perte d'autonomie dans les établissements de soins et de longue durée	➤ Implanter le projet «Clés en mains» sur tout le territoire en transmettant la formation et la connaissance du projet			X	X		Intervenants dentaires locaux et personnel soignant des établissements de soins de longue durée	X		
	➤ Élaborer une campagne de promotion de recours optimal du fluor sous toutes ses formes par l'intervenant régional et les intervenants locaux, car le fluor est aussi très bénéfique pour les personnes de ce groupe d'âge			X	X			X		

Assurer l'implantation par les CLSC et les centres de santé des mesures multifactorielles de prévention de chutes pour les personnes âgées à risque

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux chutes chez les personnes à risque	➤ Analyser la situation régionale et locale, et préparer un plan d'implantation tenant compte des contraintes organisationnelles et des disponibilités facilitant le déploiement des mesures multifactorielles faisant appel à l'une ou l'autre des approches retenues régionalement			X	X		Centres de jour, organismes communautaires, CLSC et CS	X		
	➤ Déterminer le financement requis pour l'implantation d'une offre de service régionale ou locale (budget en provenance de l'enveloppe MAD, PAPA ou des crédits supplémentaires en prévention)			X	X			X		
	➤ Former les intervenants dans les CLSC, centres de santé et les organismes communautaires concernés			X	X			X		

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
	➤ Réaliser les activités reliées aux mesures multifactorielles de prévention de chutes destinées aux personnes âgées à risque, notamment celles qui ont déjà fait une chute			X		X	Centres de jour, organismes communautaires	X		

M = Maintien

C = Consolidation

D = Développement

CHAPITRE 7

LES ACTIONS RELIÉES À LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

7.1 DOMAINE DES MALADIES INFECTIEUSES

7.1.1 ÉTAT DE SITUATION ET PROBLÉMATIQUE

Le domaine d'intervention portant sur les maladies infectieuses regroupe les maladies qui sont causées par des agents biologiques transmis selon différents modes. Certaines infections restent asymptomatiques ou très banales, alors que d'autres sont très graves et peuvent même entraîner la mort. Parmi les infections et les maladies qui représentent une menace pour la santé de la population, quelques-unes reçoivent une attention particulière en raison de leur apparition, de leur recrudescence, de leur ampleur, de leur gravité, de leur potentiel de contagiosité ou de l'existence de moyens d'intervention efficaces.

La prévention et le contrôle des maladies infectieuses

De nombreuses maladies infectieuses sont maintenant sous contrôle ou sous le seuil d'élimination (rougeole, rubéole, oreillons, infection à *Haemophilus influenzae* type b, poliomyélite, diphtérie, tétanos), notamment en raison de l'amélioration des conditions de vie, de l'implantation de programmes de prévention, de l'amélioration des traitements et de la vaccination. Cependant, d'autres maladies infectieuses demandent des interventions de santé publique afin de protéger la population (infections à méningocoque, entérite à *E. Coli* O157, campylobactériose, salmonellose, chlamydiose, tuberculose). La Direction de santé publique de la Côte-Nord reçoit annuellement plus de 400 déclarations de maladies à déclaration obligatoire qui sont enregistrées au fichier de surveillance provinciale. Il s'agit principalement de la chlamydiose (62 %) et des maladies entériques (21 %).

Le chapitre XI de la *Loi sur la santé publique* donne des pouvoirs au directeur de santé publique en cas de menaces à la santé de la population. La vigie sanitaire est l'un des moyens dont il dispose afin de remplir son mandat de protection de la santé de la population. Les actions consistent à recueillir des données (MADO, signalements d'une menace à la santé, etc.), à réaliser des enquêtes épidémiologiques et à proposer des interventions le cas échéant (recherche de contacts, immunisation, traitement préventif, etc.). La prévention des MADO potentiellement transmissibles par le don ou la réception de sang, d'organes ou de tissus s'inscrit à l'intérieur de l'enquête épidémiologique réalisée systématiquement lors de la déclaration d'un cas.

Les mesures de vigie sanitaire nécessitent la collaboration des intervenants du réseau, particulièrement les médecins et les professionnels de la santé des CLSC et centres de santé pour l'application des protocoles d'intervention. Actuellement, ces professionnels reçoivent régulièrement de l'information et de la formation sur les maladies à déclaration obligatoire et l'application des protocoles d'intervention.

Un système de réponse aux urgences en santé publique est en place 24 heures par jour et permet aux déclarants de rejoindre un professionnel de la Direction de santé publique en tout temps afin d'intervenir rapidement.

Par ailleurs, des plans d'urgence pour se préparer à faire face à des menaces appréhendées telles que le SRAS, la pandémie attendue d'influenza ou à une éventuelle attaque terroriste avec le virus de la variole devront être élaborés.

Les maladies évitables par l'immunisation

De nombreuses maladies infectieuses, auparavant très fréquentes, sont maintenant prévenues ou contrôlées par l'immunisation. En voici quelques exemples :

- La poliomyélite est éliminée des Amériques depuis 1994.
- Au Québec, aucun cas de diphtérie n'a été déclaré depuis 1990.
- L'incidence des infections envahissantes à *Haemophilus influenzae* de type b est en baisse depuis 1993, la vaccination systématique des nourrissons ayant été entreprise en 1992. Un seul cas a été enregistré sur la Côte-Nord depuis 1993.
- Le taux d'incidence de l'hépatite B tend également à diminuer.

Toutefois, la persistance de certaines maladies au Québec nous incite à demeurer vigilants :

- Des cas sporadiques de rougeole sont encore enregistrés.
- Quelques éclosions de coqueluche ont eu lieu dans des écoles secondaires.
- Deux cas de rubéole congénitale ont été déclarés depuis 1999.

La vaccination constitue le moyen le plus efficace dont dispose notre société pour se protéger contre les risques d'épidémie. Les taux d'efficacité des vaccins à prévenir l'infection et ses complications sont très élevés (plus de 90 %) en autant que la qualité des produits immunisants administrés soit maintenue lors du transport et de l'entreposage. De plus, pour contrôler une maladie, il faut garder les taux de vaccination très élevés (plus de 95 %).

Le calendrier provincial d'immunisation de base comprend la vaccination contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, les oreillons, les infections à *Haemophilus influenzae* type b et les infections à méningocoque du sérogroupe C. Le vaccin contre l'hépatite B est administré aux élèves de la 4^e année du primaire. Des discussions sont actuellement en cours afin d'inclure dans la vaccination des nourrissons, le vaccin contre la varicelle et celui contre le pneumocoque conjugué ainsi qu'une dose de rappel du vaccin contre la coqueluche pour les élèves du 3^e secondaire. Actuellement, plus de 95 % des jeunes nord-côtiers sont adéquatement vaccinés contre l'une ou l'autre des maladies évitables par l'immunisation selon le calendrier de base. D'ici quelques années, l'implantation provinciale d'un système d'information vaccinale structuré facilitera grandement l'évaluation des couvertures vaccinales.

De plus, une campagne provinciale de vaccination contre l'influenza est réalisée dès le mois de novembre de chaque année et s'adresse à toutes personnes atteintes de maladies chroniques ou âgées de 60 ans ou plus. Cette vaccination annuelle constitue la mesure la plus efficace pour prévenir ou atténuer la maladie et ses complications (pneumonie, insuffisance rénale et cardiaque). On estime que, chaque année au Québec, entre 10 000 et 50 000 personnes atteintes de la grippe doivent être hospitalisées et que 1 000 à 1 500 d'entre elles vont décéder des complications de cette maladie.

Sur la Côte-Nord, 100 % des vaccins utilisés pour l'immunisation de base et des voyageurs et plus de 50 % des vaccins contre l'influenza sont administrés par les infirmières et les infirmiers oeuvrant dans les CLSC et les centres de santé de la région. Les médecins participent à la campagne annuelle de vaccination contre l'influenza et collaborent ainsi à rejoindre les clientèles à risque.

Le service public de vaccination est accessible plusieurs heures par semaine, soit sur rendez-vous ou à l'occasion de campagnes de vaccination (influenza, hépatite B, méningocoque), ce qui représente plus de 25 000 visites effectuées dans les CLSC et les centres de santé, en milieu scolaire ou autres. Le service public de vaccination est, sans aucun doute, un des facteurs favorisant son accessibilité et sa qualité, puisqu'il est offert par des infirmières et des infirmiers (vaccinateurs) possédant de nombreuses années d'expérience en immunisation et bénéficiant de formation continue.

Le VIH/SIDA, VHC et infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

- La chlamydie demeure depuis plusieurs années l'infection transmissible sexuellement (ITS) la plus fréquemment déclarée. Cependant, depuis 1998, le taux d'incidence de la chlamydie est relativement stable (231/100 000 personnes), mais demeure deux fois plus élevé que celui du Québec (98,5/100 000 personnes). Les clientèles touchées sont les femmes (3 fois plus que les hommes), les jeunes âgés de 15-19 ans (37,1 % des cas), les jeunes adultes de 20-24 ans (32,1 % des cas) et les autochtones (40 % des cas)³⁸.
- On constate une décroissance fulgurante des cas de gonorrhée depuis 1990³⁹, leur nombre passant de 96 à 1 cas en moyenne par année. Cette tendance est la même au Québec.
- La syphilis est réapparue au Québec en 2000⁴⁰ et touche principalement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) fréquentant les saunas gais et ceux dont les partenaires sexuels résident habituellement à l'extérieur du Québec. Aucun cas n'a été déclaré sur la Côte-Nord depuis 1993.
- Le taux d'incidence du sida⁴¹ au Québec a diminué de plus de 90,5 % entre 1992 et 2000. Cette situation s'explique en raison de l'efficacité des nouvelles thérapies contre le VIH et des nouveaux médicaments prophylactiques contre plusieurs infections opportunistes associées au sida, introduits sur le marché en 1996. Sur la Côte-Nord, 17 cas de sida ont été déclarés depuis 1986. Cependant, la banalisation du sida a amené une recrudescence de comportements à risque tels que les relations sexuelles non protégées et le partage de seringues.
- Il y a plus de personnes qui vivent aujourd'hui avec le VIH, celles-ci ayant connu une augmentation de l'ordre de 24 % par rapport à 1996. On estime que 50 à 200 personnes sont infectées par le VIH sur la Côte-Nord. L'infection au VIH est maintenant à déclaration obligatoire (par le Laboratoire de santé publique du Québec) pour des fins de surveillance depuis avril 2002⁴².
- Depuis 1998, la Direction de santé publique de la Côte-Nord reçoit en moyenne 22 cas d'hépatite C⁴³ annuellement. Il s'agit majoritairement d'hommes âgés de plus de 30 ans dont les principaux facteurs de risque identifiés sont les suivants : utilisateurs de drogues injectables (UDI), incarcération, transfusion sanguine et exposition aux liquides biologiques.

Les actions efficaces pour prévenir la transmission de ces infections sont l'éducation à la santé pour diminuer les relations sexuelles non protégées, le travail de rue, l'accessibilité au matériel d'injection stérile, l'intervention préventive auprès des partenaires d'une personne qui a contracté une ITS. Au cours des dernières années, plusieurs programmes et activités de prévention des ITS visant les clientèles vulnérables et le renforcement des comportements sexuels sécuritaires ont été réalisés dans la région. Des travaux sont en cours afin d'intégrer les services de dépistage et de prévention dans tous les CLSC et centres de santé pour permettre une meilleure accessibilité particulièrement pour les clientèles vulnérables (ex. : UDI, HARSAH, autochtones).

³⁸ PARENT, Bruno et coll. Analyse des cas d'infection génitale à chlamydia trachomatis, de gonorrhée, d'hépatite B, de syphilis déclarés au Québec, par année civile 1997-2001, Ministère de la Santé et des Services sociaux, avril 2003.

³⁹ Fichier MAD0, région 09.

⁴⁰ PARENT, Bruno et coll. Analyse des cas d'infection génitale à chlamydia trachomatis, de gonorrhée, d'hépatite B, de syphilis déclarés au Québec, par année civile 1997-2001, Ministère de la Santé et des Services sociaux, avril 2003.

⁴¹ TURMEL, Bruno. Portrait de l'infection par le VIH et du sida au Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2002.

⁴² TURMEL, Bruno. Portrait de l'infection par le VIH et du sida au Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2002.

⁴³ Fichier MAD0, région 09.

Actuellement, l'accès aux services ITS diffère d'un territoire à l'autre. La clinique ITSS du CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan et celle du CLSC-Centre de santé des Sept Rivières sont accessibles quotidiennement et rejoignent 65 % de la population de la région. Les autres CLSC/centres de santé offrent des services de dépistage, de planification des naissances et d'éducation à la sexualité quelques heures par semaine ou à la demande et ces services sont offerts par des infirmières.

La Côte-Nord possède également un réseau d'accès au matériel d'injection (AMI) qui compte 32 sites situés dans les établissements de santé du territoire, l'organisme Actions Sida Côte-Nord, ainsi que dans plusieurs pharmacies privées.

Par ailleurs, quelques établissements de santé ont mis en place des procédures visant l'application des recommandations en cas d'exposition au sang et autres liquides biologiques et celles-ci devront être développées ou consolidées dans chacun des établissements de soins.

Enfin, soulignons que la nouvelle *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le SIDA, l'infection par le VHC et les ITS - Orientations 2003-2009*⁴⁴ sera diffusée au cours des prochaines semaines. Il s'agit d'un document complémentaire au *Programme national de santé publique* et au *Plan d'action régional de santé publique*.

Les autres maladies infectieuses

D'autres problèmes reliés aux maladies infectieuses sont préoccupants pour le réseau de santé publique et bénéficient d'une attention particulière.

Les infections nosocomiales

Les infections nosocomiales, comme par exemple le SARM et l'influenza, surviennent dans les milieux de soins faisant augmenter la morbidité et la mortalité reliées à l'hospitalisation. On estime qu'environ 60 000 infections nosocomiales surviennent annuellement au Québec (dont 6 000 bactériémies)⁴⁵.

L'accès à de bonnes ressources en prévention des infections est un élément clé pour contrôler ces infections transmises en établissement. À cet égard, une norme canadienne recommande l'équivalent à temps complet d'une ressource humaine pour 133 lits de soins de courte durée.

Par ailleurs, la survenue du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) au Canada en 2003 a permis de mettre en évidence certaines lacunes du réseau québécois de la santé, particulièrement en lien avec les ressources en prévention des infections en établissement. Ces dernières sont souvent insuffisantes, mal formées et affectées à d'autres tâches.

À l'heure actuelle, sur la Côte-Nord, seuls les centres hospitaliers régionaux de Sept-Îles et de Baie-Comeau possèdent une ressource en prévention des infections, mais cette ressource est souvent affectée à d'autres tâches.

Depuis les dernières années, la résistance des bactéries aux antibiotiques devient une préoccupation grandissante pour la santé publique, notamment en raison de la menace à la santé de la population que représente l'augmentation de l'incidence des infections reliées à ces pathogènes. Il s'agit principalement du *Staphylocoque auréus* résistant à la méthicilline (SARM), de l'*Entérocoque* résistant à la vancomycine (ERV) et également du *Neisseria gonorrhoeae*, du *Mycobactérium tuberculosis* et du *Streptocoque pneumoniae* (pneumocoque).

⁴⁴ Document complémentaire «Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le SIDA, l'infection par le VHC et les ITS – Orientations 2003-2009, Service de lutte contre les ITSS, MSSS.

⁴⁵ Programme national de santé publique 2003-2012. Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 53.

La Côte-Nord n'est pas épargnée par cette problématique puisqu'en 2001, une éclosion de SARM a été signalée dans un établissement de soins de la région. Des guides d'interventions provinciaux sont disponibles dans chacun des établissements afin de donner des lignes directrices à tous les professionnels de la santé qui donnent des soins aux bénéficiaires, tant en établissement qu'à domicile. De plus, une stratégie régionale d'intervention a également été diffusée, recommandant qu'une politique interne de dépistage soit adoptée.

Le virus du Nil occidental

L'infection par le VNO est une nouvelle problématique qui a émergé en Amérique du Nord en 1999 et les premiers cas humains ont été signalés au Québec en 2002. Sur la Côte-Nord, une seule corneille positive a été signalée en 2002, mais aucun cas humain n'a été déclaré jusqu'à présent. Le VNO est transmis par les moustiques à l'humain et les oiseaux en sont le principal réservoir. Un plan provincial d'intervention sur le VNO existe au Québec depuis 2000 et est appliqué dans la région.

La rage

Bien que la rage humaine soit un phénomène rare, les conséquences de celle-ci sont toujours dramatiques. Au Québec, on ne retrouve que deux souches du virus de la rage : celle associée au renard et celle associée à la chauve-souris. La Côte-Nord est une région enzootique pour la rage animale (renard). Chaque année, des dizaines de morsures animales nécessitent une enquête épidémiologique et la recommandation d'un traitement préventif (immunoglobulines et vaccins). Bien qu'aucun cas de rage chez la chauve-souris n'a été signalé dans notre région jusqu'à présent, la situation est de plus en plus préoccupante et nécessite une attention particulière.

La santé des voyageurs

Les voyageurs sont de plus en plus nombreux, de tous âges (enfants, personnes âgées) et de toutes conditions médicales, requérant ainsi des conseils spécifiques à leur état de santé. Chaque séjour à l'étranger comporte des risques qui méritent d'être analysés selon les données les plus récentes de la littérature en médecine de voyage. Dans la région, des services préventifs spécifiques aux voyageurs sont disponibles dans tous les CLSC et centres de santé et supportés par la Direction de santé publique. Cependant, à l'instar des autres régions du Québec, ces services ne sont pas assurés, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas dispensés gratuitement. Enfin, un centre accrédité de vaccination contre la fièvre jaune situé au CLSC-Centre de santé des Sept Rivières (secteur Sept-Îles) est maintenant accessible aux voyageurs nord-côtiers depuis trois ans.

7.1.2 OBJECTIFS ET ACTIVITÉS

Surveiller et contrôler les maladies infectieuses

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Application des lignes directrices dans l'investigation des cas, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions, tel que prévu dans la Loi sur la santé publique lors de déclarations, de signalements ou d'éclosions en collaboration avec les établissements de santé et les médecins	➤ Diffuser l'information concernant la mise à jour de la nouvelle liste des MADO à tous les professionnels de la santé			X	X			X		X
	➤ Déclarer les MADO ou signaler les menaces à la santé de la population		X			X	CS montagnais, médecins	X		X
	➤ Réaliser les enquêtes épidémiologiques	X				X	CS montagnais			X
	➤ Soutenir la réalisation des enquêtes épidémiologiques, diffuser les protocoles d'intervention et participer à la surveillance provinciale des MADO	X			X		MSSS			X
	➤ Consolider le système de réponse aux urgences en santé publique		X		X			X		X
Disponibilité de plans d'urgence en cas de menaces réelles ou appréhendées	➤ Élaborer un plan d'urgence régional en cas de pandémie d'influenza et sur la variole			X	X		Organisation de la sécurité civile, médecins	X		
	➤ Intégrer les autres maladies infectieuses émergentes dans les plans d'urgence existants (ex. : SRAS)			X	X			X		X
	➤ Élaborer des plans d'urgence locaux en conformité avec les plans d'urgence régionaux			X		X	Municipalités, bureaux locaux de ministères ou d'organismes impliqués dans les mesures d'urgence, CS montagnais, médecins	X		

Prévenir les maladies évitables par l'immunisation

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Vaccination des jeunes (95 %) selon les recommandations en matière de vaccination de base incluant les élèves de la 4 ^e année du primaire (90 %) (hépatite B) et de 3 ^e secondaire en milieu scolaire	➤ Maintenir l'accessibilité et l'expertise d'un service public de vaccination dans tous les CLSC et les centres de santé de la région ➤ Mettre en œuvre les recommandations en matière de vaccination et de promotion de l'immunisation et collaborer à l'évaluation de la couverture vaccinale	X			X		Milieu scolaire CS montagnais, médecins	X		X
Vaccination des jeunes (95 %) contre la varicelle et contre les infections à pneumocoque (si ajout au calendrier régulier à l'âge de un an)	➤ Soutenir la mise en œuvre et la promotion de la vaccination (ex. : formation, production d'outils) ➤ Évaluer la couverture vaccinale	X	X		X	X	MSSS CS montagnais Médecins	X		X
Vaccination contre l'hépatite A, l'hépatite B, l'influenza et le pneumocoque des personnes appartenant aux groupes vulnérables (80 % : influenza-pneumocoque, personnel soignant : 60 % pour l'influenza)		X			X			X		X
Surveillance des manifestations cliniques inhabituelles suite à l'administration d'un vaccin	➤ Diffuser les nouvelles réglementations aux médecins et aux vaccinateurs ➤ Déclarer les manifestations cliniques inhabituelles suite à une immunisation ➤ Collaborer ou réaliser les enquêtes épidémiologiques ➤ Offrir l'expertise-conseil auprès des médecins et des vaccinateurs et participer à la surveillance provinciale		X	X	X		CS montagnais, médecins CS montagnais, médecins	X		X
Maintien du programme de gestion des produits immunisants dans tous les établissements	➤ Diffuser les mises à jour du guide «Gestion des produits immunisants : norme et procédures régionales»	X			X			X		X

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
	➤ Supporter, conseiller et former les vaccinateurs ➤ Appliquer les normes et procédures régionales de gestion des produits immunisants ➤ Signaler les bris de la chaîne thermique ➤ Évaluer et effectuer le suivi lors de bris de la chaîne thermique ➤ Collaborer au développement provincial du système informatisé de gestion des produits immunisants dans les établissements vaccinateurs	X			X	X	MSSS	X		X
			X			X	CS montagnais, médecins	X		X
		X				X	CS montagnais	X		X
		X			X			X		X
		X			X		MSSS	X		X

Prévenir les infections par le VIH, le VHC et les ITS auprès des groupes vulnérables en complémentarité avec la Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA, le VHC et les ITS

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Soutien dans le maintien ou l'implantation d'un programme d'éducation à la sexualité	➤ Offrir l'expertise-conseil concernant la mise en œuvre d'un programme d'éducation à la sexualité en milieu scolaire et en milieu de réadaptation		X		X		MEQ, MSSS	X		X
	➤ Réaliser les activités prévues au programme d'éducation à la sexualité incluant les cliniques jeunesse existantes		X			X	Milieu scolaire, Centre jeunesse, CS montagnais	X		X
Maintien de l'accès aux moyens de prévention et de protection pour les groupes vulnérables	➤ Promouvoir l'utilisation du condom et les comportements sexuels sécuritaires		X			X	Actions Sida Côte-Nord, milieu scolaire, travailleurs de rue, CS montagnais	X		X
	➤ Mettre en place des mesures visant la réduction des méfaits pour les détenus des deux centres de détention provinciaux (condoms et eau de javel)	X				X	Centres de détention provinciaux	X		X

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
	➤ Distribuer gratuitement du matériel d'injection stérile aux utilisateurs de drogue par le réseau AMI de la Côte-Nord et récupérer les seringues souillées ➤ Réaliser des activités de prévention des ITSS en milieux de vie (ex. : Éducation aux adultes, cégeps, centres de détention provinciaux)		X		X		Réseau AMI (établissements de santé, pharmacies, CS montagnais, Actions Sida Côte-Nord)	X		X
			X			X	Milieu scolaire, centres de détention provinciaux, Actions Sida Côte-Nord, CS montagnais	X		X
Implantation des services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE) dans tous les CLSC et centres de santé visant principalement les clientèles vulnérables	➤ Réaliser les activités prévues au panier de services défini provincialement ➤ Soutenir la mise en oeuvre			X		X	Actions Sida Côte-Nord, CS montagnais, médecins MSSS	X		X
				X	X			X		X
Implantation de procédures visant l'application des protocoles de prise en charge de toutes personnes exposées accidentellement au sang et aux autres liquides biologiques dans tous les établissements de soins	➤ Élaborer des protocoles post-exposition et mettre en place des procédures visant leur application ➤ Soutenir la mise en place des procédures et la formation	X	X		X	X	CS montagnais, médecins MSSS	X		
Maintien de l'accès à la gratuité des médicaments pour traiter les ITS	➤ Diffuser un rappel concernant le programme de gratuité auprès des médecins et des établissements de santé ➤ Informer la clientèle visée		X		X			X		
			X			X	Pharmacies privées, CS montagnais, médecins	X		X

Prévenir les autres maladies infectieuses

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Application des recommandations concernant la prévention et le contrôle des infections nosocomiales dans tous les établissements de soins ainsi que les mesures de protection individuelle	➤ Diffuser les recommandations et les guides de prévention et soutenir leur application		X		X		MSSS	X		X
	➤ Mettre en œuvre une politique de dépistage des bactéries multirésistantes dans chacun des établissements de soins (ex. : SARM, ERV)		X			X	Médecins	X		
	➤ Implanter les recommandations concernant les infections nosocomiales et les mesures de protection individuelle		X			X	Médecins	X		
	➤ Réaliser les enquêtes épidémiologiques lors d'éclosion (ex. : SARM, influenza)			X		X	Médecins	X		X
	➤ Évaluer la pertinence de mettre sur pied une table régionale en prévention des infections dans les établissements			X	X			X		
Application régionale du plan d'intervention québécois sur la prévention et le contrôle de l'encéphalite du Nil occidental (collaboration des services de santé environnementale et de santé au travail)	➤ Réaliser annuellement des activités prévues au plan d'intervention québécois (information à la population, surveillance des encéphalites, soutien aux enquêtes épidémiologiques)		X		X		MSSS, municipalités, ministère de l'Environnement, MAPAQ, FAPAQ, ACIA	X		X
	➤ Collaborer aux activités prévues au plan d'intervention (information à la population, réalisation des enquêtes épidémiologiques)		X			X	CS montagnais, médecins	X		X
Application des recommandations provinciales concernant la rage animale	➤ Diffuser les recommandations concernant l'exposition au virus de la rage et promouvoir les mesures préventives		X		X		ACIA, MSSS	X		X
	➤ Réaliser les enquêtes épidémiologiques lors de signalements de morsures et soutenir l'intervention	X			X	X	ACIA, Sûreté du Québec	X		X
	➤ Réaliser les interventions recommandées (vaccination des groupes cibles incluant la prophylaxie post-exposition antirabique)		X			X	CS montagnais, médecins	X		X

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Maintien des services de prévention en santé des voyageurs dans les CLSC et centres de santé	➤ Appliquer les recommandations en matière de vaccination selon les destinations et diffuser l'information sur les comportements et traitements préventifs	X				X	Médecins			X
	➤ Promouvoir les services offerts auprès de la population, des médecins et des agences de voyage		X			X		X		X
	➤ Soutenir les professionnels des cliniques santé-voyage (vaccination, comportements préventifs, diffusion des actualités et recommandations)	X			X			X		X

Soutenir les pratiques cliniques préventives

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Applications des recommandations concernant les pratiques cliniques préventives par les médecins	➤ Diffuser les recommandations concernant le dépistage de certaines maladies infectieuses chez les femmes enceintes		X		X		MSSS	X		X
	➤ Dépister la rubéole, l'hépatite B, la colonisation par le streptocoque du groupe B et offrir systématiquement le test de dépistage du VIH chez les femmes enceintes		X			X	CS montagnais, médecins	X		X

M = Maintien

C = Consolidation

D = Développement

7.2 DOMAINE DE LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

7.2.1 ÉTAT DE SITUATION ET PROBLÉMATIQUE

Le champ d'intervention santé et environnement recouvre l'ensemble des éléments du milieu physique susceptibles de porter atteinte à la santé, soit la qualité de l'air, de l'eau, du sol et des aliments. À ces paramètres s'ajoutent, dans une vision élargie, des objectifs comme le maintien de milieux de vie sécuritaires et d'écosystèmes viables. Avec le système de soins de santé, la génétique et les habitudes de vie, l'environnement est considéré comme l'un des principaux déterminants de la santé.

Mandats et fonctions associés au domaine de la santé et de l'environnement

Les activités touchant la santé et l'environnement s'inscrivent dans le cadre du mandat du directeur de santé publique (article 373 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*) et répondent à des impératifs de protection, d'information, de connaissance et de surveillance, de promotion et de prévention.

Ces activités peuvent, par exemple, consister dans l'intervention en situation d'urgence, dans les avis de santé publique relativement à des problèmes environnementaux pouvant avoir une incidence (immédiate ou non) sur la santé de la population, dans la réalisation de recherches sur l'exposition à un contaminant d'origine environnementale, dans des enquêtes sur des habitudes de vie en lien avec l'environnement, dans la réalisation et la diffusion de messages touchant la santé et l'environnement, etc.

Ce champ d'intervention dépasse évidemment la seule gestion des risques chimiques ou biologiques. Malheureusement, la plupart des activités conduites en santé environnementale sont contextuelles (ad hoc), de sorte que certains enjeux plus importants sont rarement abordés. Ainsi, à titre de «région ressource», beaucoup de questions pourraient faire l'objet d'évaluation au chapitre de la santé environnementale. Ainsi en est-il de l'impact sur la santé et l'environnement des modes de gestion de la forêt, du développement énergétique, des pêches et des mines. Ces questions rejoignent celles, beaucoup plus globales, du type de développement que nous souhaitons pour assurer le plein épanouissement (et donc la santé) de nos communautés. Par ailleurs, compte tenu de l'existence de populations autochtones sur le territoire, la problématique environnementale acquiert ici une importance particulière. En effet, le mode de vie traditionnel des autochtones accroît le risque d'être exposé aux contaminants présents dans l'environnement. L'existence d'entreprises à risque sur le territoire pose aussi avec acuité la question de la réponse en situation d'urgence, surtout si l'on tient compte de l'étendue du territoire. À ce chapitre, la région est mal préparée à faire face à un sinistre d'envergure.

Contexte régional

La Côte-Nord présente de nombreux aspects qui la distinguent des autres régions du Québec : sa faible densité de population, son territoire immense (sa superficie correspond à 23,5 % du territoire québécois), son éloignement par rapport aux grands centres urbains que sont Montréal et Québec, son économie orientée vers l'exploitation des ressources naturelles, etc. D'autres éléments sont également à souligner, comme la faible scolarité de la population, l'absence de constituante universitaire et celle de lien routier desservant l'ensemble du territoire habité.

Plusieurs de ces caractéristiques constituent des contraintes à la mise en place de services efficaces au niveau de la santé environnementale. D'une part, l'éloignement fait en sorte que si une urgence majeure survient loin de Baie-Comeau, le répondant régional ne pourrait vraisemblablement arriver sur les lieux avant plusieurs heures... et que, ce faisant, il ne laisserait derrière lui (c'est-à-dire à la DSP) personne pour répondre à des questions touchant la santé et l'environnement, ni non plus pour l'assister dans sa réponse à la situation d'urgence.

D'autre part, il apparaît évidemment irréaliste de traiter un problème de salubrité d'une résidence à distance, sans aucun moyen de valider les informations. Il va de soi que la qualité de la réponse donnée sera limitée en l'absence d'intervenant apte à confirmer l'existence d'un problème là où il est signalé. Voilà pourquoi il apparaît souhaitable de développer notre capacité de réponse au niveau local. Cette démarche peut impliquer ou non un accroissement du personnel affecté à la réponse au niveau local, mais il importe de cibler avec précision les rôles de chaque niveau de l'organisation, afin d'être en mesure d'agir efficacement.

Organisation actuelle en santé environnementale

Depuis maintenant plus de dix ans, une réponse est assurée au chapitre de la santé environnementale à la Direction de santé publique de la Côte Nord. Les services sont réalisés à partir des bureaux de la Direction de santé publique situés à la Régie régionale de la santé et des services sociaux à Baie-Comeau. Soulignons ici que le service de santé environnementale ne dispose pas de budget distinct; les coûts sont assumés à même le budget de la Direction de santé publique.

Durant la période allant de 1990 à 2000, un professionnel embauché sur une base permanente a ainsi constitué le noyau du service. Un médecin conseil s'est joint à l'équipe en 1996; il en fait d'ailleurs toujours partie (à temps partiel), mais, résidant depuis quelque temps en Estrie, son apport objectif demeure limité. La dernière décennie a été marquée par des fluctuations significatives dans le nombre de personnes affectées aux questions touchant la santé environnementale, au gré des subventions pour des projets qui ont permis d'accroître momentanément le nombre de personnes impliquées dans ce dossier. À l'heure actuelle, le départ du médecin conseil, rattaché à la Direction de santé publique, vient ramener à sa plus simple expression le service de santé environnementale sur la Côte-Nord.

En ce qui concerne les interventions conduites au niveau local, si l'on s'en tient aux données du Portrait des interventions et dépenses de santé publique des CLSC et des centres de santé du territoire, aucune somme n'a été affectée au champ de la santé environnementale au cours des années 2001-2002.

Voici un aperçu des tâches qui sont réalisées par le professionnel de la Direction de santé publique de la Côte-Nord. La description qui suit prend en compte l'essentiel des activités réalisées sur la période allant de 1990 à 2002.

- Répondre aux appels du public concernant des problèmes liés à la qualité de milieu de vie et l'hygiène du milieu (qualité de l'eau potable, qualité de l'air intérieur, bruit, etc.), et les consigner dans un fichier informatisé (FRAISE).
- Réaliser des projets visant la protection et la prévention dans le domaine de la santé et de l'environnement : études portant sur les problématiques d'exposition aux contaminants présents sur le territoire et les problèmes de santé associés.
- Rédiger des avis, mémoires et des rapports sur des sujets particuliers : gestion des matières résiduelles, matières dangereuses, fumées de bois, qualité de l'eau de consommation, etc.
- Prendre connaissance des données touchant la qualité de l'eau de consommation, conserver à jour le registre de données; au besoin, intervenir pour s'assurer que les mesures sont prises pour protéger la population au chapitre des risques d'origine hydrique et informer les exploitants de réseaux d'aqueduc et la population des risques liés aux contaminants présents dans l'eau.
- Participer, au nom de la Direction de santé publique, à des débats sur des questions environnementales, aux travaux de comités régionaux et provinciaux sur l'environnement.
- Produire des rapports d'inventaire des risques environnementaux.
- Évaluer les risques associés au milieu industriel.
- Diffuser l'information au public, réaliser à l'occasion des entrevues dans les médias.
- Évaluer la recevabilité d'études d'impact et l'acceptabilité de projets au nom du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Développer et structurer la réponse donnée au niveau local pour l'ensemble du territoire de la Côte-Nord.

La description qui précède est relativement exhaustive, mais elle ne rend toutefois pas compte des développements récents qui ont modifié quelque peu la charge de travail en santé environnementale. En effet, l'entrée en vigueur du nouveau Règlement québécois sur la qualité de l'eau potable a accru le nombre de signalements de dépassements des normes de qualité de l'eau; le simple fait de consigner les données requiert désormais de plus en plus de temps. Par ailleurs, selon les prévisions du ministère de l'Environnement, le nombre de réseaux soumis au règlement sera également accru au cours des prochaines années, ce qui laisse anticiper une surcharge additionnelle à venir.

D'autres questions, comme l'entrée en vigueur de la Loi sur la sécurité civile, permettent d'anticiper des développements du côté de la gestion des risques industriels sur notre territoire. On sait que la formation de comités mixtes municipalités industries amène habituellement l'implication des directions de santé publique dans ces comités. Si elle constitue une opportunité intéressante au chapitre du développement des communautés, cette loi amènera vraisemblablement de nouvelles responsabilités à assumer de notre part. Finalement, la saisie des maladies à déclaration obligatoire constitue une nouvelle activité qui ne manquera pas de requérir plus de temps et d'énergie dans les années à venir, en raison des changements apportés aux critères pour leur déclaration.

À ce stade, il apparaît essentiel de consolider la réponse offerte au niveau régional, tout en permettant un développement des activités conduites au niveau local. Incidemment, c'est là le défi que le présent plan d'action doit relever pour assurer la prévention et la protection de la santé publique sur la Côte-Nord.

Propositions de développement du service santé et environnement - Côte-Nord

Mise en contexte des propositions

Les intervenants de santé environnementale sont, pour l'heure, situés à deux niveaux, en l'occurrence le niveau régional et le niveau local. On a vu que l'essentiel des activités conduites étaient réalisées à la Direction de santé publique; toutefois, au niveau local, le service Info-Santé offre une réponse de base à la population aux prises avec des problèmes touchant la santé et l'environnement. Le plus souvent, il s'agit de référer les personnes aux ressources compétentes; parfois, aussi, du matériel d'information est distribué.

Le plan de consolidation adopté en 1999 avait pour objectif d'implanter sur le plan local un système de réponse en santé environnementale avec le soutien des instances régionales. Dans un premier temps, il s'agissait de définir les services et les responsabilités sur les plans local et régional; il fallait aussi explorer les avenues permettant la concertation et la coordination dans l'intervention, de manière à ce que tous les volets de l'intervention en santé environnementale soient couverts. Il fallait enfin faire connaître auprès des intervenants et de la population les mécanismes mis en place pour assurer la réponse.

Des tentatives ont été réalisées depuis pour définir et rendre opérationnel un mode d'organisation satisfaisant à ce niveau. Ces efforts se sont toutefois avérés infructueux; en fait, si, au niveau local, il semble exister une certaine volonté pour répondre adéquatement aux impératifs du dossier de santé environnementale, il existe aussi de nombreuses contraintes à la mise en œuvre d'un tel système.

Ce qui a été tenté, à savoir une réponse donnée par les équipes de santé au travail (en considérant une rétribution financière annuelle ultérieure) présentait, de toute évidence, des difficultés importantes : interférence avec la planification des instances locales, difficulté à superviser les personnes affectées à des dossiers de santé environnementale, difficulté à quantifier le nombre d'heures attribuables à chaque intervention de santé environnementale, difficulté à être payé (en fait, aucun CLSC n'a jamais été payé pour ces interventions, qui, pour l'essentiel, ont eu cours entre 1997 et 2000). D'ailleurs, un programme de formation relativement à la qualité de l'air intérieur a été offert durant la période 1999-2001 et la plupart des participants provenaient des équipes de santé au travail.

De plus, il existe actuellement une réponse donnée au niveau du service Info-Santé CLSC, mais cette réponse doit être développée pour mieux rencontrer les besoins de la population.

La section qui suit vise à esquisser les modalités d'organisation qui pourraient être mises en œuvre si les conditions budgétaires sont rencontrées pour permettre le développement d'une organisation propre à la santé environnementale sur la Côte-Nord.

1^{re} proposition scénario d'organisation :

1 chef d'équipe à la DSP à temps plein

2 techniciens en hygiène du milieu postés sur 2 axes (est-ouest, c'est-à-dire Sept-Îles / Baie-Comeau)

2^e proposition scénario d'organisation

1 chef d'équipe DSP (temps plein)

1 professionnel DSP (temps plein)

0,5 technicien en administration

7.2.2 OBJECTIFS ET ACTIVITÉS

Développer et rendre accessible à la population nord-côtière un traitement adéquat des problématiques en santé environnementale

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Consolidation des ressources en santé environnementale	➤ Énoncer des propositions de modèles définissant les services et les responsabilités touchant la santé et l'environnement		X		X			X		
	➤ Discuter les propositions et identifier, en interface avec le niveau régional, des orientations souhaitables en matière d'organisation		X			X		X		
	➤ Implanter un système de réponse en santé environnementale		X		X			X		
	➤ Participer à l'implantation d'un système de réponse en instituant les mécanismes appropriés		X			X		X		
Réduction de la morbidité et de la mortalité reliées à la mauvaise qualité de l'air intérieur et extérieur	➤ Sensibiliser les inspecteurs municipaux au chapitre de la salubrité et l'air intérieur par des activités de formation et d'information	X			X		MENV, SCHL	X		X
	➤ Supporter les inspecteurs municipaux en recevant et en répondant aux appels du public en matière de qualité de l'air intérieur et en effectuant au besoin des visites avec les inspecteurs municipaux			X		X		X		X
	➤ Supporter les actions des intervenants de Info-Santé au chapitre de la salubrité des résidences par le biais de séances de formation, d'information et par le biais d'échange sur les signalements		X		X		Info-Santé	X		
	➤ Supporter les actions des intervenants de Info-Santé au chapitre de la salubrité des résidences par le biais d'échange d'information sur les signalements			X		X		X		
	➤ Maintenir les activités de formation des intervenants de CLSC concernant l'approche épidémiologique et les enquêtes		X		X			X		

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
	➤ Réaliser des campagnes de sensibilisation du public aux risques en lien avec la qualité de l'air intérieur ➤ Planifier et supporter des interventions avec ou sans enquêtes épidémiologiques lors de signalements de problèmes de qualité de l'air intérieur ➤ Administrer des enquêtes lors de signalements de problèmes de qualité de l'air intérieur ➤ Collaborer à la mise en place de cliniques d'asthme par le responsable des maladies chroniques ➤ Effectuer une évaluation préliminaire de la présence d'herbe à poux sur le territoire de la Côte-Nord			X	X			X		X
				X	X			X		X
				X		X				
				X	X			X		
				X	X			X		
Réduction du nombre de cancers reliés aux facteurs environnementaux	➤ Participer au comité de travail multipartite sur les HAP à Baie-Comeau ➤ Supporter l'évaluation des résidences privées exposées au radon à Baie-Johan-Beetz ➤ Réaliser des campagnes de sensibilisation et d'information du public en collaboration avec le responsable des maladies chroniques ➤ Informer les travailleurs à risque	X			X		CLSC-CS	X		X
				X	X			X		
				X	X			X		X
			X			X	Équipe de santé au travail	X		X
Réduction de la morbidité et de la mortalité d'origine hydrique	➤ Surveiller, en collaboration avec le ministère de l'Environnement, la qualité de l'eau de consommation ➤ Planifier et supporter les enquêtes épidémiologiques lors de signalements de dépassements des normes de coliformes fécaux et <i>Escherichia coli</i> dans l'eau des réseaux	X			X		MENV	X		X
				X	X			X		X

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
	➤ Administrer les enquêtes épidémiologiques lors de signalement de dépassements des normes de coliformes fécaux et <i>Escherichia coli</i> dans l'eau des réseaux ➤ Informer les exploitants de réseaux d'aqueduc			X	X		CLSC, CS	X		
		X			X			X		
Réduction des intoxications d'origine environnementale	➤ Assurer le traitement des signalements de déclaration de cas d'intoxications ➤ Effectuer des enquêtes lors de signalements ➤ Réaliser des campagnes de sensibilisation du grand public			X	X		Médecins	X		X
				X	X			X		X
				X	X			X		X
Réduction des impacts sur la santé des situations d'urgence et des catastrophes environnementales	➤ Participer à l'amélioration et à la préparation aux situations d'urgence tant dans le réseau (plan d'urgence) que chez les intervenants de première ligne (pompiers, policiers, responsables des mesures d'urgence) ➤ Collaborer aux démarches régionales relatives à la gestion des risques d'accidents industriels majeurs ➤ Mettre en place un système de garde en santé environnementale ➤ Participer à la mise en place d'un système de garde en santé environnementale			X	X			X		X
				X	X			X		X
				X		X				X

M = Maintien

C = Consolidation

D = Développement

7.3 DOMAINE DE LA SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL

7.3.1 ÉTAT DE SITUATION ET PROBLÉMATIQUE

Les activités en santé au travail s'inscrivent dans le cadre d'une entente CSST-MSSS⁴⁶ prévue en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c.M-19,2) et de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (L.R.Q., c.S-2,1). Dans notre région, les interventions réalisées dans le cadre de cette entente interpellent les membres de l'équipe régionale et des six équipes locales des CLSC et centres de santé. De plus, elles requièrent la concertation et la collaboration de la Direction régionale de la CSST.

Au cours des dernières années, trois programmes provinciaux ont été appliqués sur la Côte-Nord, notamment sur la prévention de la silicose associée au décapage au jet d'abrasif, la réduction de l'exposition aux gaz et fumées de soudage, les risques et les mesures préventives reliés à l'utilisation de l'ammoniac comme réfrigérant. Actuellement, d'autres programmes sont en cours d'application ou en développement : réduire l'exposition aux isocyanates chez les carrossiers, protéger certains groupes de travailleurs contre les risques infectieux (information et vaccination), éliminer les risques d'intoxication au monoxyde de carbone associés à l'utilisation de chariot élévateur, sensibiliser les milieux de travail aux dangers reliés à la manipulation de l'amiante lors des travaux de construction, diminuer le nombre de nouveaux cas de surdité professionnelle et de troubles musculosquelettiques.

En outre, deux projets régionaux sont appliqués : diminuer l'apparition de l'asthme professionnel chez les travailleurs exposés aux vapeurs de crabe, éviter la survenue d' v nement tragique chez les travailleurs de la forêt pouvant être exposés aux piqûres d'insectes et à la chaleur. D'autre part, les membres des équipes de santé au travail offrent, aux étudiants inscrits au programme de formation professionnelle des trois établissements d'enseignement de la région, des rencontres d'information portant sur les dangers à la santé et à la sécurité reliés à leur futur travail et la façon de les prévenir.

  ce jour, les équipes de santé au travail ont élaboré ou mis à jour des programmes de santé spécifiques (PSSE) dans 346 établissements; ces programmes, adaptés pour chaque établissement, ont pour objectif de diminuer l'incidence, la prévalence et les conséquences des lésions professionnelles en réduisant l'exposition des travailleurs aux contaminants de nature physique, chimique, biologique et ergonomique par des activités de surveillance médicale et environnementale, des rencontres de formation et d'information et de l'organisation d'un service de premiers secours et de premiers soins. Annuellement, les équipes répondent à environ 400 demandes de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite dans le cadre du programme «Pour une maternité sans danger» (PM SD); ces demandes consistent à évaluer le poste de travail et les tâches de la travailleuse enceinte ou qui allaite afin de déterminer si le milieu de travail comporte des dangers pour l'enfant à naître ou, à cause de son état de grossesse, pour elle-même ou pour l'enfant qui est allait .

Chaque année, les membres des équipes de santé au travail reçoivent et traitent 78 demandes de services; il s'agit essentiellement de demandes de soutien et d'expertise provenant notamment des employeurs, des travailleurs, des membres des comités de santé et de sécurité, ainsi que des inspecteurs de la CSST. Enfin, dans certains cas, la CSST s'adresse aux membres des équipes pour évaluer l'exposition des travailleurs à des contaminants. Cette évaluation permet de porter un jugement éclairé sur la relation entre l'exposition liée au travail et la maladie professionnelle développée par le travailleur.

Par ailleurs, les milieux de travail demeurent un lieu privilégié pour sensibiliser la population adulte, dans un optique de promotion de saines habitudes de vie et de prévention de problèmes de santé qui, tout en étant bénéfiques pour les travailleurs, ne sont pas spécifiques à la santé en milieu de travail.

⁴⁶ Le financement des activités prévues dans le cadre de cette entente provient de la CSST.

7.3.2 OBJECTIFS ET ACTIVITÉS

S'assurer de la dispensation de services de santé au travail de qualité et continus à la population nord-côtière

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Que tous les établissements admissibles (500) des groupes prioritaires 1, 2 et 3 détiennent un PSSE. Pour les autres établissements des groupes 4, 5 et 6, mettre en application des activités visant la réduction de l'exposition à divers contaminants.	➤ Tenir à jour la liste des établissements concernés	X			X	X		X		X
	➤ Élaborer et mettre en application des PSSE	X				X		X		X
	➤ Inciter les milieux de travail à la prise en charge de la santé et de la sécurité des travailleurs		X			X		X		X
	➤ S'assurer que les mécanismes favorisant l'uniformité des pratiques professionnelles soient maintenus		X		X	X		X		X
	➤ Colliger tous les moyens préventifs mis en place dans les milieux de travail		X			X		X		X
	➤ Développer des projets régionaux afin de répondre à de nouvelles problématiques			X	X			X		
	➤ Revoir la supervision fonctionnelle des ressources tout en maintenant le service sur tout le territoire nord-côtier :		X		X			X		
	• maintenir les ententes de services actuelles quant à la répartition des ressources		X			X		X		X
	• faire connaître davantage les services de santé au travail et les rendre accessibles au plus grand nombre d'employeurs et de travailleurs		X			X		X		X

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Que les projets provinciaux ciblant des risques associés à un procédé ou à un secteur d'activité particulier soient implantés dans la région et évalués en fonction des indicateurs déterminés	➤ Appliquer, dans des milieux de travail ciblés, les programmes d'intervention préparés conjointement par la CSST et le MSSS :									
	• soutenir les ressources en santé au travail dans la mise en application de projets provinciaux (formation, outils, support-conseil)	X			X			X		X
	• collaborer à la compilation des données requises pour l'évaluation des programmes d'intervention	X				X		X		X
	• colliger les données requises pour l'évaluation des programmes d'intervention	X			X			X		X

Assurer l'harmonisation des pratiques professionnelles dans l'application du programme «Pour une maternité sans danger» (dossier régional et local)

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Que toutes les demandes d'accès au programme PMSD soient traitées conformément aux pratiques prévues ou aux protocoles établis	➤ Maintenir à jour le guide sur les facteurs de risque présents dans le milieu de travail d'une travailleuse enceinte ou qui allaite	X			X			X		X
	➤ Dresser, annuellement, un profil statistique des demandes de retrait préventif	X			X			X		X
	➤ Organiser des rencontres avec les médecins effectuant des suivis de grossesse	X			X			X		X
	➤ Collaborer aux politiques d'affectation préventive visant le maintien à l'emploi des travailleuses enceintes ou qui allaitent dans un milieu de travail sans risque mis de l'avant par les établissements			X	X	X		X		
	➤ Organiser des rencontres d'information auprès des différents groupes, notamment les employeurs et les syndicats			X	X	X		X		
	➤ Diffuser l'information sur le programme PMSD auprès de la clientèle féminine			X	X	X		X		

Mettre en place les programmes requis pour atteindre les résultats attendus par le Programme national de santé publique pour le bruit et la surdité professionnelle, les intoxications chimiques et le cancer

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Que tous les travailleurs exposés à 85 dB et plus soient inscrits au programme de santé auditive prévu au guide régional sur le bruit	➤ Identifier les milieux de travail bruyants	X				X		X		X
	➤ Promouvoir la réduction de l'exposition des travailleurs au bruit dans les milieux de travail	X				X		X		X
	➤ Réaliser des activités de dépistage afin de vérifier le niveau d'atteinte auditive	X				X		X		X
	➤ Informer les employeurs et les travailleurs des effets du bruit sur la santé et sur les mesures préventives à mettre en place	X				X		X		X
	➤ Offrir un programme de réadaptation, de soutien et de référence des travailleurs atteints de surdité professionnelle	X				X		X		X
Que toute déclaration d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine professionnelle fasse l'objet d'un suivi et d'une intervention, selon les protocoles établis	➤ Établir une procédure régionale de traitement des intoxications chimiques à déclaration obligatoire reliées à la santé au travail; cette procédure sera préparée de concert avec le service de santé environnementale de la Direction de santé publique et la CSST			X	X	X		X		
	➤ Procéder à l'analyse et à l'évaluation des contaminants chimiques ayant provoqué l'intoxication			X		X		X		
	➤ Dresser un répertoire des substances toxiques présentes sur notre territoire			X	X	X		X		
Que les employeurs et les travailleurs soient informés des effets sur la santé de certains produits utilisés dans leur milieu de travail ainsi que des mesures préventives à mettre en place pour réduire l'exposition à ces contaminants	➤ Identifier les milieux de travail à risque, pour les travailleurs, de développer un cancer		X			X		X		X
	➤ Recueillir et analyser les données relatives aux substances cancérigènes présentes dans les milieux de travail			X	X			X		
	➤ Offrir des rencontres d'information sur les produits cancérigènes utilisés en milieu de travail			X		X		X		
	➤ Organiser, le cas échéant, des activités de surveillance de l'état de santé des travailleurs exposés à des produits cancérigènes			X		X		X		

CHAPITRE 8

LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

CONTEXTE

Comme dans d'autres communautés au Québec, le concept de développement social et de développement des communautés sur la Côte-Nord a progressé. Que ce soit par obligation ou par choix stratégique, les collectivités savent qu'elles doivent tenir compte de toutes les options pour assurer leur développement. Il est maintenant possible de croire qu'investir dans la santé des communautés, c'est aussi investir dans leur développement.

Les plus récents travaux confirment cette tendance. Du Forum sur le développement social en 1998 à la tenue de L'Escale 2003, les acteurs posent fièrement devant leurs initiatives et leurs réalisations démontrant ainsi qu'ils sont capables de passer à l'action et de se prendre en main.

Néanmoins, ces acteurs locaux du développement social disent et redisent avoir besoin de support et de soutien. Dans le cadre des travaux de la Table sectorielle Développement social du CRD de la Côte-Nord (Février 2001) et des tournées de consultations portant sur la Stratégie de lutte à la pauvreté et l'exclusion (automne 2001) et sur la Sécurité alimentaire (printemps 2002), les intervenants rencontrés ont tous affirmé leur volonté de poursuivre le travail amorcé tout en revendiquant un meilleur support de la part des acteurs régionaux.

L'entente administrative intervenue entre le CRD de la Côte-Nord et la Régie régionale de la santé et des services sociaux, visant à entreprendre un réel processus d'animation et de concertation en matière de développement social (octobre 2002), est venue combler une portion du vide laissé dans le suivi du Forum sur le développement social.

Comme on le constate, cette convergence vers l'empowerment des individus et des communautés répond à un réel besoin maintes fois formulé. Pour se réaliser, cet empowerment ou ce «devenir un meilleur acteur pour des communautés plus fortes» doit toutefois pouvoir compter sur un solide partenariat associant les environnements économique et social.

À ce niveau, la Direction de santé publique est prête à prendre une part active aux débats et à assurer le leadership nécessaire en s'associant à la Conférence régionale des élus et aux élus municipaux, dans un engagement ferme et convaincu vers le renforcement du capital social dans toutes les communautés de la Côte-Nord. Ainsi, étant «convaincus que, si tout le monde fait sa part, les citoyens pourront continuer à assurer le développement de leur communauté».

ORGANISATION DE SERVICES

Les services entourant le développement des communautés se caractérisent pour une concertation incontournable qui selon nous s'articule autour d'un «réseau des partenaires» au sein de la Conférence régionale des élus. Le réseau de la santé y joue des rôles aux niveaux local et régional.

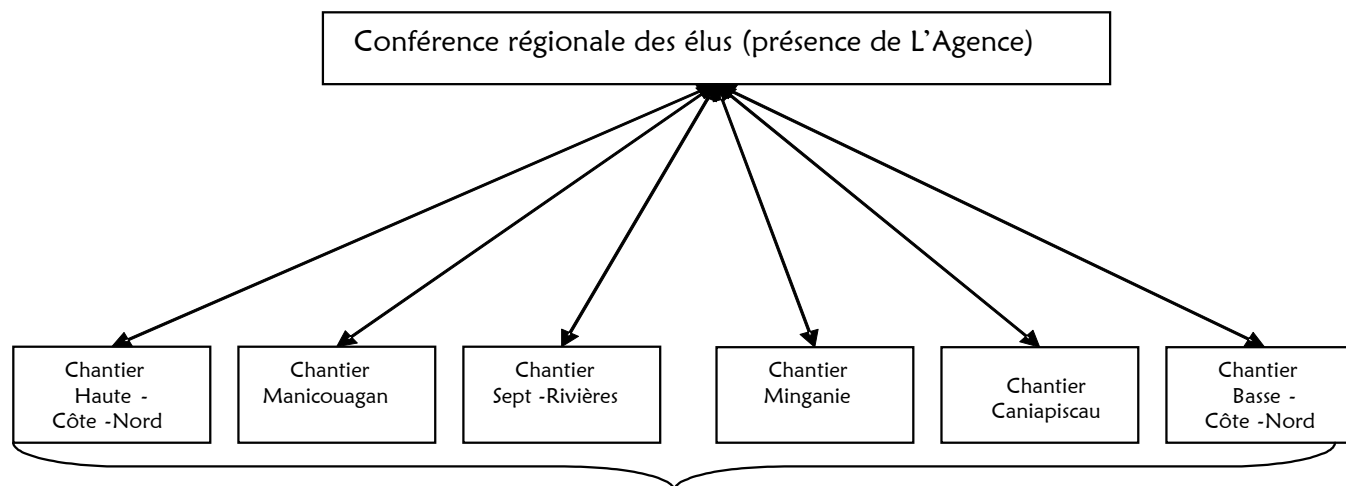
RÔLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU NIVEAU RÉGIONAL

- Expertise en matière de développement social et développement des communautés et de développement local
- Expertise en matière de portraits de population et de santé
- Leadership auprès des instances régionales et locales
- Présence active auprès de l'ensemble des acteurs régionaux

RÔLE DES CLSC AU SEIN DES CHANTIERS DANS LES MRC

- Concertation dans les dossiers ayant un impact ou favorisant le développement social
- Mobilisation des instances locales autour des enjeux retenus
- Engagement sur des actions locales ayant un impact sur les déterminants de la santé et le développement des communautés
- Évaluation des actions locales

ORGANIGRAMME DU « RÉSEAU DES PARTENAIRES »



Réseau des partenaires du développement social (Composé des acteurs concernés et qui devraient être concernés par le développement optimal de la Côte-Nord)

Rôles du réseau

- Assister la Direction de santé publique dans la quête de ses objectifs et stimuler l'action locale et régionale
- Positionner le Développement social et le développement des communautés dans le contexte de développement régional
- Promouvoir le Développement social et le développement des communautés

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS

S'assurer que le réseau de la santé assume ses rôles de leader et d'intervenant pour favoriser le développement des communautés de la Côte-Nord

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Consolidation d'une approche «réseau des partenaires» pour le développement social sur la Côte-Nord	➤ Consolider le lien de partenariat entre la Direction de santé publique et la Conférence régionale des élus		X		X		CRD	X		
	➤ Mobiliser les acteurs régionaux pour maintenir les orientations actuelles en matière de développement social basées sur l'initiative communautaire et le support des instances locales et régionales		X		X			X		
	➤ Organiser les activités nécessaires à la formation des décideurs et des acteurs		X		X			X		
	➤ Participer à l'organisation des activités de formation			X		X		X		
	➤ Consolider le réseau régional et local requis pour supporter l'action		X		X			X		
	➤ Mettre en œuvre des chantiers locaux		X			X		X		
Connaissance des déterminants physiques et sociaux qui limitent ou défavorisent le développement de la Côte-Nord	➤ Développer les mesures d'évaluation nécessaires au suivi des activités			X	X			X		
	➤ Effectuer le suivi des activités locales			X		X		X		X
	➤ Documenter les problématiques affectant les déterminants de la santé de la Côte-Nord		X		X			X		
	➤ S'assurer que le «réseau des partenaires» partage une vision commune des problématiques, notamment en favorisant une communication entre les acteurs		X		X			X		
	➤ Tenir un événement annuel rassembleur de type «Escale 2003»		X		X			X		

CHAPITRE 9

LE PLAN DE MOBILISATION

Le principe d'action entourant les menaces à la santé publique est celui de la mobilisation des ressources de la santé pour protéger la santé de la population. Historiquement, sur la Côte-Nord, la collaboration des établissements et de la Régie régionale pour contrer les menaces à la santé publique fait partie de nos coutumes. L'obligation légale découlant de la *Loi sur la santé publique* doit donc être perçue comme l'opportunité de formaliser cette bonne entente traditionnelle.

L'article 12 de la *Loi sur la santé publique* prévoit :

Le plan d'action régional doit comporter un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire, lorsque le directeur de santé publique en a besoin pour effectuer une enquête épidémiologique ou pour prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour protéger la santé de la population lorsqu'elle est menacée.

De son côté, l'article 97 de la même loi précise :

Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut mettre en opération le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire prévu au Plan d'action régional de santé publique et celles-ci sont alors tenues de se conformer aux directives du directeur.

De plus, le Plan québécois des urgences infectieuses des maladies à surveillance extrême mentionne que le directeur de santé publique peut :

- Recourir aux services d'experts consultants et coordonner les activités.
- Appliquer les mesures de surveillance et de contrôle appropriées.

Le plan de mobilisation s'adresse donc aux menaces à la santé publique, tel que défini dans la loi à l'article 2, 2^e alinéa :

Dans la présente loi, on entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée.

Les situations à risque non définies comme des menaces à la santé publique (le suicide, l'obésité, les traumatismes routiers, etc.) ne sont pas considérées comme des menaces à la santé publique. Ces problématiques doivent donc être abordées sous l'angle de la concertation dans les plans d'action régional et local et peuvent même interpeller d'autres ministères tel que prévu par la *Loi sur la santé publique*.

Certaines caractéristiques régionales nous obligent à développer le plan de mobilisation des ressources en complémentarité avec le plan des mesures d'urgence de chacun des établissements. En effet, les distances entre les établissements et le niveau d'expertise requis pour organiser des interventions d'urgence sont des éléments clés qui guideront l'élaboration du plan de mobilisation.

Les conditions de mise en opération d'un plan de mobilisation qui seront incluses dans le plan de mesures d'urgence de la Régie régionale sont :

- Identification d'une menace à la santé publique.
- Incapacité des ressources du service des maladies infectieuses de répondre à la menace.
- Incapacité des autres services de la Régie régionale de supporter la réponse à la menace suite à la mise en opération du plan de mesures d'urgence.
- Mobilisation des ressources locales par territoire de MRC selon les plans de mesures d'urgence des établissements.
- Mise en place des activités de formation et de support des ressources mobilisées.
- Évaluation de l'intervention suite à la désactivation du plan de mobilisation.

L'instauration d'un plan de mobilisation intégré dans le plan des mesures d'urgence doit s'inscrire dans la volonté du réseau de la santé nord-côtier de se doter des moyens nécessaires pour protéger la santé de la population.

Chacun des établissements doit reconnaître dans son plan d'action local de santé publique le caractère obligatoire d'une telle mesure.

Développer un plan de mobilisation des ressources permettant au directeur de santé publique d'effectuer les enquêtes épidémiologiques nécessaires pour protéger la santé de la population

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Élaboration et diffusion d'un plan de mobilisation des ressources	➤ Dresser un état de situation relativement au contexte de déploiement d'un plan de mobilisation			X	X		CH	X		
	➤ Élaborer un plan de mobilisation des ressources et le valider auprès des établissements du réseau de la santé			X	X			X		
	➤ Collaborer à l'élaboration du plan de mobilisation			X		X				
	➤ Mettre en place les conditions requises à son déploiement (formation, communication, etc.) aux plans régional et local (les rôles et responsabilités locales seront déterminés dans la plan de mobilisation)			X	X	X		X		
	➤ Inscrire, dans le plan d'action local, les obligations relatives au plan de mobilisation			X		X		X		

CHAPITRE 10

LA SURVEILLANCE ET LE DÉVELOPPEMENT DE CONNAISSANCES EN SANTÉ PUBLIQUE

10.1 LE PLAN DE SURVEILLANCE ET LE PORTRAIT DE SANTÉ

Le plan de surveillance

La *Loi sur la santé publique* stipule que «le ministre et les directeurs de santé publique, chacun pour leur fin, doivent élaborer des plans de surveillance de l'état de santé de la population qui spécifient les finalités recherchées, les objets de surveillance, les renseignements personnels ou non qu'il est nécessaire d'obtenir, les sources d'information envisagées et le plan d'analyse de ces renseignements qui leur sont nécessaires pour pouvoir exercer leur fonction de surveillance».

Le rapport sur l'état de santé

Selon la *Loi sur la santé publique*, le directeur de santé publique a l'obligation de produire et de diffuser périodiquement un rapport régional sur l'état de santé de la population de son territoire. Dans la mesure du possible, les informations présentées dans ce rapport doivent être comparables d'une région sociosanitaire à une autre. En ce sens, un tronc commun d'indicateurs sera proposé à l'ensemble des directions de santé publique de la province d'ici quelques mois. Par la suite, chacune d'entre elles devra préciser les éléments devant faire l'objet d'une analyse et d'un suivi à l'échelle régionale et sous-régionale. Afin d'accomplir adéquatement ce mandat, la Direction de santé publique de la Côte-Nord produira au fil des ans une série de rapports sur l'état de santé de sa population.

10.2 LES ÉTUDES ET LES ANALYSES

Les activités privilégiées par le PAR (et par les plans d'action locaux) sont reconnues pour leur capacité de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Dans certains cas, cette reconnaissance repose sur de rigoureuses évaluations alors que dans d'autres cas, il s'agit d'une présomption théorique appuyée par des experts.

Dans une perspective de développement et d'innovation, des activités novatrices adaptées aux réalités des milieux pourraient être retenues comme priorité de recherche dans la région. Ces priorités pourraient également inclure l'étude ou l'analyse d'activités reconnues qui nécessitent cependant des ajustements afin de tenir compte des spécificités locales ou régionales. À l'heure actuelle, le Programme de subvention en santé publique constitue un moyen de financement d'études et d'analyses en santé publique, spécifiquement dans le créneau de la prévention primaire. Le financement d'études et d'analyses non retenues ou inadmissibles à ce programme de subvention devra donc être prévu. Comme le précise d'ailleurs la Politique d'évaluation du MSSS, «À titre indicatif, il semble réaliste de consacrer 1 %

du budget total de l'intervention à l'évaluation lorsque ce budget est de grande taille; l'évaluation d'une intervention de moins grande taille, mais plus complexe, mérite, quant à elle, de se voir allouer environ 2 % du budget total de l'intervention. Dans certains cas, ce financement peut s'échelonner sur la durée de vie du cycle temporel d'une intervention»⁴⁷.

⁴⁷ Politique d'évaluation – Évaluer pour s'améliorer, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin, 2003, p. 15

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS

Produire, analyser et diffuser de nouvelles informations sociosanitaires concernant la Côte-Nord

Résultat attendu	Activité à réaliser	M	C	D	Responsabilité		Partenaire	Échéance		
					Régional	Local		2004-07	2007-12	Continu
Restructuration de la fonction surveillance de l'état de santé de la population nord-côtière	➤ Élaborer un plan de surveillance			X	X		TCNS et DGSP	X		
Production et diffusion de nouvelles informations sociosanitaires concernant la Côte-Nord	➤ Réaliser l'Enquête Santé Côte-Nord 2005 de façon autonome et/ou une enquête de santé à portée locale en collaboration avec les autres régions du Québec	X		X	X		Établissements de la région et/ou ISQ, TCNS	X		
	➤ Produire des analyses thématiques dans le bulletin La Santé recherchée	X			X		Selon les sujets ou les thèmes abordés	X		X
	➤ Produire des rapports régionaux sur l'état de santé		X		X		Selon les sujets ou les thèmes abordés	X		X
	➤ Réaliser des études et des analyses spécifiques (au besoin)			X	X		Selon les sujets ou les thèmes abordés	X		X
	➤ Mettre à jour la rubrique <i>Statistiques</i> du site Web de la Régie régionale		X		X			X		X
	➤ Mettre à jour les banques de données sociosanitaires	X			X			X		X

M = Maintien

C = Consolidation

D = Développement

CHAPITRE 11

LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Mise en garde

Il n'a pas été jugé pertinent, voire prudent, de définir, à cette étape, une stratégie régionale d'évaluation du PAR. Pour ce faire, il apparaît effectivement nécessaire de connaître les éléments opérationnels du cadre de référence de l'évaluation du programme. Or, le Ministère annonce dans le programme que ces informations seront produites ultérieurement. Dans une même veine, il semble opportun de connaître les attentes ministérielles quant à la participation concrète des paliers locaux et régionaux à la démarche d'évaluation du programme et du Plan d'action ministériel en santé publique.

Ces précisions permettront de définir une stratégie qui tient compte de l'intégration des différentes démarches, c'est-à-dire du regroupement des éléments de suivis, de reddition de comptes et d'évaluations ainsi que de la coordination, dans la mesure du possible, des collectes de données.

Le texte qui suit se limite donc à une synthèse des attentes (grands principes) en matière d'évaluation du Programme national de santé publique et de ses traductions à l'échelle régionale et locale.

L'évaluation des activités et de leurs effets

Comme le stipule le PNSP, «C'est au niveau national qu'incombe la responsabilité de mener à bien l'évaluation des fonctions [de santé publique].» Des cycles du programme susceptibles d'être assujettis à un processus d'évaluation sont déjà identifiés (exemple : mesure de départ au moment de l'implantation du programme) ainsi que les types d'évaluation (suivi de l'implantation, suivi des indicateurs sociosanitaires et études évaluatives particulières).

Le suivi de l'implantation des activités

Le PNSP prévoit la production d'un bilan national et de bilans régionaux aux trois ans, selon les trois cycles du programme. De même, c'est au niveau national que la stratégie de suivi des activités sera définie (conception d'outils, modalités de collecte des données, plan d'évaluation, etc.). Une collecte de données régionale permettra d'apprécier le degré d'implantation des activités. Le programme confère, par ailleurs, aux régions et aux territoires locaux la responsabilité de la collecte des données et la production de résultats en lien avec des activités typiquement régionales ou locales.

Le suivi des indicateurs sociosanitaires

L'appréciation de l'atteinte des objectifs du programme est notamment possible par le suivi des indicateurs sociosanitaires. Plusieurs de ces indicateurs font l'objet d'un suivi dans le cadre de la fonction de surveillance. En effet, plusieurs indicateurs témoignant de l'état de santé de la population seront également utilisés pour apprécier le degré d'atteinte des objectifs du PNSP.

Les études évaluatives particulières

Des études évaluatives particulières sont possibles afin d'acquérir de nouvelles connaissances en lien avec des activités ou des effets anticipés du programme. Lorsque de tels besoins seront identifiés, il importera alors de solliciter les partenaires (locaux et régionaux) pour, d'une part, bien mesurer la pertinence et l'utilité des objets d'études et, d'autre part, s'assurer d'une collaboration quant à l'élaboration du protocole (s'assurer qu'il répond bien aux besoins exprimés), à la collecte et à l'analyse des données ainsi qu'à l'appropriation des résultats.

Le PNSP prévoit également que «les directeurs de santé publique peuvent conduire des études évaluatives qu'ils considèrent nécessaires dans leur région».

CHAPITRE 12

LES CONDITIONS DE RÉUSSITE

L'implantation d'un Plan d'action régional de santé publique par la Direction de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord se veut le reflet de la priorisation de la prévention et de la promotion de la santé dans le réseau de la santé de la Côte-Nord. Le Plan d'action régional de santé publique concrétise également la volonté de la Régie régionale de travailler en concertation avec les établissements et en partenariat avec les organismes du milieu.

Plus concrètement, les conditions de réussite sont :

- 1) L'adhésion et l'appropriation du PAR par l'ensemble des acteurs concernés.
- 2) La pertinence et la cohérence des objectifs tant pour répondre aux objectifs du PNSP que pour implanter des solutions aux problématiques vécues par notre population.
- 3) L'élaboration et l'implantation des plans d'action locaux qui favorisent la concertation avec les partenaires locaux, notamment avec les organismes communautaires.
- 4) Le développement d'un programme de formation permettant aux intervenants d'acquérir et de maintenir les connaissances et les compétences requises au déploiement des activités en prévention et promotion de la santé.
- 5) La diffusion de l'information auprès des partenaires et des intervenants sur les objectifs du PAR et des plans d'action locaux pour assurer une compréhension commune et une communication efficace et mobilisatrice auprès de la population.
- 6) Le respect et la reconnaissance des rôles et des responsabilités des établissements du réseau et des partenaires.
- 7) Le financement adéquat des programmes sur une base récurrente.
- 8) L'intégration des pratiques cliniques préventives dans les services de première ligne.
- 9) Le développement d'un lien de confiance et de collaboration des partenaires qui auront à travailler ensemble à la résolution de problématiques.
- 10) Une évaluation et un suivi régulier des interventions pour favoriser une rétroaction qui permet de maintenir la motivation des acteurs et l'ajustement des interventions.

En conclusion, le réseau de la santé publique nord-côtier possède la plupart des caractéristiques requises à l'implantation du PAR et des plans d'action locaux. Les établissements de santé assurent une accessibilité à l'ensemble des citoyens et citoyennes. Les professionnels possèdent un niveau d'expertise intéressant. Les organismes communautaires dispensent des services auprès de clientèles vulnérables. Le défi du PAR est d'assurer le maillage de ces acteurs et de plusieurs autres de façon à assurer le développement de la prévention et de la promotion de la santé sur la Côte-Nord.

CHAPITRE 13

CONCLUSION

Le Plan d'action régional de santé publique est le cadre de référence pour le développement de la santé publique sur la Côte-Nord. Il contient, en accord avec le Programme national de santé publique, les interventions reconnues les plus efficaces pour améliorer la santé et le bien-être de notre population.

Les consultations menées nous ont permis de mieux saisir les contraintes à son déploiement, notamment en ce qui regarde les investissements et la formation. Nous avons également constaté que bien qu'il soit ambitieux, il demeure réaliste et pertinent.

Il s'agit d'un premier Plan d'action régional de santé publique. Nous le voulons à la fois rigoureux pour assurer une implantation harmonieuse et souple pour s'adapter aux nouvelles problématiques.

Nous sommes tous conviés à en assurer la réussite.



Plan d'action régional de santé publique 2004-2012 Côte-Nord

La santé publique:
L'affaire de chacun!