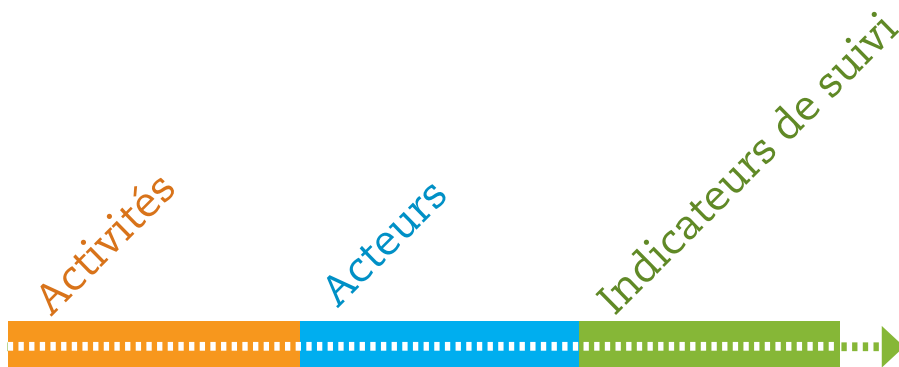


PAR

RÉGION DES LAURENTIDES

Produire la santé

PLAN
D'ACTION
RÉGIONAL
DE SANTÉ
PUBLIQUE
2010-2015

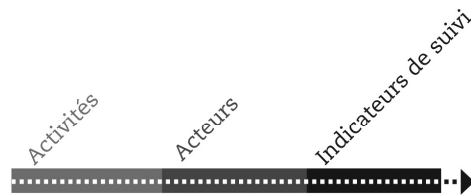


PAR

Produire
la **santé**

PLAN
D'ACTION
RÉGIONAL
DE SANTÉ
PUBLIQUE
2010-2015

RÉGION DES LAURENTIDES



Coordination D^{re} Blandine Piquet-Gauthier
Rédaction D^{re} Geneviève Perreault

Comité de lecture Francine Gagné
Sylvie Nadon
Faisca Richer
Stéphane Dupont
François Lapointe

Traitement des données Barbara Huot

Communication Gilles Chaput
David Gamache-Antaya

Révision linguistique Élise Prévost

Pages couvertures / graphisme Evelyn Butt

Mise en page Hélène Michaud

Plan d'action régional de santé publique 2010-2015 (PAR)
Une publication de la Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

ISBN : 978-2-89547-155-4 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89547-156-1 (PDF)

Édition
Direction de santé publique des Laurentides

Dépôt légal : 4^e trimestre 2010
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
Santécom

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source en soit mentionnée. Ce document est disponible sur le site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides www.santelaurentides.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	5
MOT DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE	9
INTRODUCTION.....	11
PARTIE 1 - CONTEXTE DE RÉDACTION DU PAR	13
1. Définition de la santé et rôle de la santé publique.....	13
2. Le portrait de la population laurentidienne	14
▪ La transformation du profil démographique de la région.....	14
▪ Les disparités géographiques et socioéconomiques.....	14
▪ La prépondérance des maladies chroniques.....	14
▪ L'augmentation des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	15
3. Le bilan du plan d'action régional en santé publique 2004-2007	15
4. L'établissement des priorités régionales en santé publique.....	16
5. Motiver et soutenir les changements favorables à la santé : les conditions de réussite.....	17
Condition 1 – Renforcer l'intégration des activités de santé publique.....	18
Condition 2 – Poursuivre l'intégration de la promotion-prévention dans le continuum de soins en renforçant les collaborations avec les partenaires du réseau de la santé.....	18
Condition 3 – Renforcer la collaboration avec les partenaires intersectoriels.....	19
Condition 4 – Maintenir une gestion efficiente des activités de santé publique	19
PARTIE 2 - PLAN D'ACTION RÉGIONAL 2010-2015	21
LE GUIDE DU LECTEUR	21
LES STRATÉGIES TRANSVERSALES	22
▪ Lutte aux inégalités sociales et de santé et développement des communautés	22
▪ Approche globale et concertée en milieu scolaire de type École en santé	25
▪ Le soutien aux milieux cliniques pour l'application de pratiques cliniques préventives (PCP) ..	28
LES DOMAINES D'INTERVENTION.....	31
1. Développement, adaptation et intégration sociale	33
La périnatalité et la petite enfance.....	33
Diffusion d'information prénatale et postnatale auprès de tous les futurs parents	35
Initiative Amis des bébés dans les établissements de santé des Laurentides offrant des services périnataux	36
Services intégrés en périnatalité et petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE)	37
Les jeunes.....	39
La population adulte	40
Promotion de la santé mentale et prévention du suicide	41
Dépendances	44
Jeu problématique	44
Consommation d'alcool.....	45
2. Habitudes de vie et prévention des maladies chroniques.....	46
Les interventions axées sur la promotion des saines habitudes de vie et la prévention primaire des maladies chroniques.....	47
Programme intégré 0'5'30 COMBINAISON PRÉVENTION.....	50

Le projet PCP-SMASH.....	52
Lutte au tabagisme.....	53
L'Alliance régionale pour des environnements favorables à de saines habitudes de vie....	55
Les interventions et programmes axés sur la prévention secondaire des maladies chroniques	56
PQDCS.....	56
Programme de santé dentaire.....	59
3. Traumatismes non intentionnels.....	61
4. Maladies infectieuses	64
Les maladies à déclaration obligatoire (MADO) et autres signalements	64
Les maladies évitables par la vaccination	68
Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	73
Les infections nosocomiales.....	77
5. Santé environnementale.....	81
L'environnement extérieur	81
Eau potable et eaux récréatives.....	81
La qualité de l'air extérieur (QAE).....	85
L'aménagement du territoire	86
Les changements climatiques et la chaleur accablante.....	88
L'exposition au bruit communautaire	90
L'environnement intérieur	91
La qualité de l'air intérieur (QAI)	91
Moisissures et insalubrité.....	91
L'exposition au radon domiciliaire	92
La protection contre les menaces à la santé d'origine environnementale	95
Les maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine environnementale	95
L'évaluation des impacts environnementaux	96
Le plan de mesures d'urgence et les risques industriels majeurs (RIM)	97
Les risques environnementaux émergents	99
Exposition aux radiofréquences.....	99
6. Surveillance, recherche et évaluation.....	100
Le volet surveillance	100
Le volet recherche et évaluation.....	103
7. Santé au travail.....	105
PARTIE 3 - ÉVALUATION DU PAR 2010-2015	111
CONCLUSION	113
ANNEXE I.....	115
ANNEXE II.....	117
RÉFÉRENCES.....	119

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ALV	Appareils de loterie vidéo
AR	Alliance régionale
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
CAMI	Centres d'accès au matériel d'injection
CAR	Commission administrative régionale
CASH	Centre d'adoption de saines habitudes
CAT	Centre d'abandon du tabac
CDD	Centre de dépistage désigné
CGR	Comité de gestion du réseau
CH	Centre hospitalier
CHSL	Comité en hygiène et salubrité des Laurentides
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIQR	Comité intersectoriel québécois sur le radon
CJ	Centre jeunesse
COCO	Comité de coordination de la Direction de santé publique
CPE	Centre de la petite enfance
CPS	Centre de prévention du suicide
CRÉ	Conférence régionale des élus
CRI	Coordination des ressources immobilières
CRID	Centre de référence pour investigation et diagnostic
CQTS	Conseil québécois sur le tabac et la santé
CRDSL	Conseil régional de développement social des Laurentides
CS	Commission scolaire
CSI	Comité de surveillance intégrée
CSS	Comité de santé et de sécurité
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSPL	Comité stratégique de santé publique des Laurentides
CV	Couverture vaccinale
DACD	Diarrhées à <i>Clostridium difficile</i> ou non à la méthicilline
DAIS	Développement, adaptation et intégration sociale
DRAM	Direction régionale des affaires médicales de l'Agence
DRH	Direction des ressources humaines de l'Agence
DRSP	Direction régionale de la santé physique de l'Agence
DSP	Direction de santé publique des Laurentides
DSS	Direction des services sociaux de l'Agence
ECE	Événements climatiques extrêmes
EDQ	Établissement de détention du Québec
ÉES	École en santé
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
ESPRI	Effets secondaires des produits immunisants
FECRE	Famille-École-Communauté, réussir ensemble
FEJ	Famille, Enfance, Jeunesse
FLAC	Fondation Lucie et André Chagnon
GES	Gaz à effet de serre
GMF	Groupe de médecine de famille
GPI	Gestion des produits immunisants
GP ² S	Groupe de promotion pour la prévention en santé
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
HVPMC	Habitudes de vie et prévention des maladies chroniques
IAB	Initiative Amis des bébés
IADO	Intoxications à déclaration obligatoire
IMP	Intervention multifactorielle personnalisée
IN	Infections nosocomiales

INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
INRS	Institut national de recherche scientifique
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITSS et auprès de leurs partenaires
IQA	Indice de la qualité de l'air
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
JNSAP	Journée nationale du sport et de l'activité physique
LSP	Loi sur la santé publique
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
LSST	Loi sur la santé et la sécurité du travail
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAMROT	Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MATO	Maladie à traitement obligatoire
MCI	Manifestations cliniques inhabituelles
MCV	Maladie cardiovasculaire
MDDEP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs du Québec
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MEV	Maladie évitable par la vaccination
MI	Maladies infectieuses
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MPP	Maladies professionnelles pulmonaires
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTQ	Ministère des Transports du Québec
OC	Organisme communautaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
OURANOS	Consortium sur la climatologie régionale et l'adaptation aux changements climatiques
PAG	Plan d'action gouvernemental
PAL	Plan d'action local
PAR	Plan d'action régional
PCI	Prévention et contrôle des infections
PCP	Pratique clinique préventive
PELB	Post-exposition à des liquides biologiques
PES	Programmes d'échange de seringues
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PMSD	Programme « <i>Pour une maternité sans danger</i> »
PNSP	Programme national de santé publique
POD	Point of distribution
PP	Promotion-prévention
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PRLPI	Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza
PRS	Plan régional de surveillance
PSPS	Premiers secours et premiers soins
PSSE	Programme de santé spécifique aux établissements
QAE	Qualité de l'air extérieur
QAI	Qualité de l'air intérieur
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RIM	Risque industriel majeur
RIPIL	Regroupement des infirmières en prévention des infections des Laurentides
RISQ	Réseau d'information scientifique du Québec
RLS	Réseau local de services

RSPSAT	Réseau de santé publique en santé au travail
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SASM	<i>Staphylococcus aureus</i> sensibles à la méthicilline
SAT	Santé au travail
SE	Santé environnementale
SHQ	Société d'habitation du Québec
SHV	Saines habitudes de vie
SIAA	Stratégie d'intervention Agir autrement
SIDEP	Service intégré de dépistage et de prévention du VIH, des ITS et des hépatites virales
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SMASH	Services de motivation à l'adoption de saines habitudes de vie
SRÉ	Surveillance, recherche et évaluation
TCNSE	Table de concertation nationale en santé environnementale
TMS	Troubles musculosquelettiques
TNI	Traumatismes non intentionnels
TQHP	Table québécoise sur l'herbe à poux
TRIL	Table régionale des immobilisations Laurentides
TRN	Thérapie de remplacement de la nicotine
TRPIN	Table régionale de prévention des infections nosocomiales
UDI	Utilisateurs de drogues par injection
VHB	Virus de l'hépatite B
VHR	Véhicules hors route
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

MOT DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE

Le PAR 2010-2015 des Laurentides : Produire la santé

Chers collaborateurs,
Chers partenaires,

C'est avec une grande fierté que je vous présente le plan d'action régional en santé publique des Laurentides 2010-2015 : « *Produire la santé* ». Ce plan d'action est le reflet d'un consensus établi avec les centres de santé et de services sociaux (CSSS), nos partenaires incontournables. En effet, une décision commune de définir des priorités en lien avec les besoins de la population de notre région, a permis de maximiser nos efforts sur certaines problématiques et d'en laisser d'autres temporairement de côté. Cette décision a été basée sur une démarche la plus objective et la plus rigoureuse possible, avec des critères définis et réfléchis ensemble.

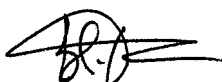
Voici donc le portrait des activités que la Direction de santé publique des Laurentides s'engage à maintenir ou à développer, tant par son expertise que par son soutien au réseau local.

Produire la santé reflète combien il est important de travailler avec le réseau de la santé, mais également avec tous les autres secteurs d'activités, que ce soit le milieu scolaire, municipal ou autres . En effet, pour « *Produire de la santé* », nous voulons travailler au niveau de la vie de tous les jours, et donc infiltrer tous les secteurs d'activités pour que les décideurs intègrent des préoccupations en lien avec les déterminants de la santé.

Le défi est lancé ! Dans les Laurentides, on travaille tous ensemble à produire la santé !

Bonne lecture!

La directrice de santé publique



Blandine Piquet-Gauthier, M.D., MSc, FRCPC

INTRODUCTION

Avec la parution du premier Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012¹, le Québec s'est donné un cadre structurant les activités de santé publique à déployer dans toutes les régions du Québec. En réponse au programme national, la Direction de santé publique des Laurentides (DSP) a rédigé, au début de 2004, son plan d'action régional (PAR) 2004-2007².

Depuis, plusieurs changements sont survenus dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec, notamment la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Ces instances locales doivent désormais assumer une responsabilité populationnelle et répondre à l'ensemble des besoins de la population de leur territoire, avec l'obligation d'offrir une gamme étendue de services, de la prévention jusqu'au soutien de fin de vie. Les CSSS sont par conséquent des partenaires essentiels avec lesquels la DSP collabore étroitement afin d'assurer le déploiement du plan d'action régional au niveau local, par la mise en œuvre des plans d'action locaux (PAL). Ce virage a constitué aussi une occasion unique de renforcer la prévention, autant au sein du système de santé et de services sociaux qu'auprès des partenaires intersectoriels qui ont une influence sur la santé et le bien-être.

En plus de la nécessité de s'adapter à la nouvelle structure du réseau de la santé, le bilan du PAR 2004-2007³ a mis en évidence plusieurs défis que la DSP devra relever au cours des cinq prochaines années. La pénurie des ressources humaines et financières aux niveaux régional et local, l'augmentation rapide des besoins en santé publique et l'importance croissante du rôle de l'intersectoriel en promotion de la santé engendrent un défi encore plus grand. Pour **produire la santé**, il faudra **motiver et soutenir des changements individuels, environnementaux et organisationnels favorables au développement et au maintien de la santé et du bien-être de la population**. C'est ce défi particulier que la Direction de santé publique des Laurentides a choisi de relever dans son Plan d'action régional 2010-2015. Pour ce faire, la DSP a d'abord procédé à une démarche rigoureuse de priorisation des activités de santé publique proposées dans le PNSP pour ensuite élaborer son plan d'action régional. Enfin, elle a défini les conditions de réussite qui devront être mises en œuvre pour motiver et soutenir les changements proposés dans son plan d'action.

Par conséquent, le PAR 2010-2015 s'adresse aux intervenants régionaux et locaux en santé publique de la région des Laurentides ainsi qu'à tous leurs partenaires régionaux. Il vise trois objectifs :

1. Préciser les programmes et interventions de santé publique à portée régionale qui ont été jugés prioritaires pour cette période, favorisant une gestion efficiente des ressources.
2. Effectuer un monitoring plus serré de l'implantation des activités prévues grâce à l'ajout d'indicateurs de suivi mesurables.
3. Constituer le point de départ de l'élaboration des plans d'action locaux (PAL) devant spécifier les interventions et responsabilités de santé publique déployées en CSSS, chacun selon les caractéristiques de sa population et ses ressources disponibles.

Le présent document est constitué de trois parties. La première décrit le contexte ayant mené à la rédaction du PAR 2010-2015. La deuxième est constituée du plan d'action. Enfin, la troisième partie définit les modalités que la DSP mettra en œuvre pour évaluer son plan d'action régional.

PARTIE 1 - CONTEXTE DE RÉDACTION DU PAR

La présente section vise à préciser le contexte ayant mené à la rédaction du plan d'action régional 2010-2015. Le lecteur y trouvera des informations se rapportant à la définition de la santé et au rôle de la santé publique, un bref portrait de la santé de la population de la région, un résumé des principaux constats effectués lors du bilan du Plan d'action précédent (PAR 2004-2007), le processus ayant conduit à l'établissement des priorités régionales actuelles et enfin, les conditions de réussite que la DSP devra mettre en place pour réaliser son plan d'action régional.

1. DÉFINITION DE LA SANTÉ ET RÔLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le processus de mise à jour du PAR s'est articulé autour d'une vision centrale : **que tous les secteurs d'activités aient une préoccupation pour la santé de la population**. La Loi sur la santé et les services sociaux (LSSS) définit la santé comme la « capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie⁴ ». La santé résulte de l'interaction d'un ensemble de déterminants biologiques, comportementaux et environnementaux. La promotion de la santé doit donc agir à la fois sur les individus, les familles et les milieux de vie. Pour y arriver, la DSP reconnaît plus que jamais l'importance de **renforcer la concertation et le partenariat avec tous les acteurs du réseau de la santé et de l'intersectoriel**.

Même si **produire la santé** est désormais l'affaire de tous, la DSP exerce son rôle de leader par l'entremise de quatre fonctions essentielles :

1. La **surveillance** continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants;
2. La **promotion** de la santé par des actions susceptibles d'influencer de façon positive les principaux déterminants de la santé;
3. La **prévention** des maladies et des problèmes psychosociaux ayant un impact sur la santé et le bien-être;
4. La **protection** des populations en cas de menace réelle ou appréhendée à la santé.

La DSP assume également trois fonctions de soutien :

1. La **recherche et l'innovation** par la production, la diffusion et l'application de connaissances scientifiques nécessaires à l'exercice de ses fonctions ainsi qu'au développement de l'expertise en santé publique;
2. Le **développement et le maintien des compétences** qui englobent l'ensemble des activités visant le transfert des connaissances et des pratiques aux acteurs de santé publique;
3. La **réglementation, la législation et les politiques publiques** axées sur l'établissement de règlements, de lois et de politiques favorisant la santé et le bien-être.

L'exercice continu des fonctions de santé publique se traduit par un ensemble de stratégies transversales et d'activités à l'intérieur de cinq domaines d'intervention : le développement, l'adaptation et l'intégration sociale (DAIS), les habitudes de vie et les maladies chroniques, les maladies infectieuses (MI), la santé environnementale et la santé en milieu de travail.

2. LE PORTRAIT DE LA POPULATION LAURENTIDIENNE

QUATRE CONSTATS RETIENNENT L'ATTENTION

1. *La transformation du profil démographique de la région;*
2. *Les disparités géographiques et socioéconomiques;*
3. *La prépondérance des maladies chroniques;*
4. *L'augmentation des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les jeunes.*

LA TRANSFORMATION DU PROFIL DÉMOGRAPHIQUE DE LA RÉGION

En 2010, la région des Laurentides représente 7,0 % de la population du Québec, avec 552 349 habitants⁵. Elle se situe au quatrième rang des dix-huit régions sociosanitaires pour la taille de sa population après les régions de Montréal, de la Montérégie et de la Capitale-Nationale.

La région des Laurentides connaît un **accroissement de sa population** qui a peu d'égal dans les autres régions du Québec et ce, dans tous les groupes d'âge à l'exception des jeunes de 6 à 11 ans. Les deux tiers de cet accroissement sont le fait de la migration interrégionale. Cette dernière est particulièrement importante chez les jeunes adultes (de 25 à 34 ans), mais se démarque aussi chez les enfants de 5 à 9 ans et les personnes âgées de 55 à 64 ans. Le **nombre de naissances a augmenté** de façon importante depuis 2005 pour atteindre près de 6 000 en 2008⁶. Les projections démographiques prévoient une poursuite de cette augmentation dans la région pour les dix prochaines années.

Le **vieillissement** de la population se fait sentir dans la région des Laurentides comme ailleurs au Québec. Les projections démographiques indiquent que la population âgée de 65 ans ou plus va s'accroître plus rapidement (augmentation de 55 % d'ici 2020⁵) que dans le reste de la province (augmentation prévue de 40 %). Cette tendance découle principalement de deux phénomènes : l'avancée en âge de la cohorte des *baby-boomers* et l'augmentation de la longévité pour une partie de plus en plus importante de la population.

LES DISPARITÉS GÉOGRAPHIQUES ET SOCIOÉCONOMIQUES

Afin de diminuer les inégalités de santé, il est important d'adapter les interventions de santé publique en fonction des disparités, géographiques et socioéconomiques qui existent entre les territoires de la région. La partie sud de la région comporte des territoires urbains et densément peuplés, qui bénéficient du fort apport migratoire de jeunes familles. La partie nord se démarque par des territoires ruraux et forestiers, par une population plus âgée ainsi que par une forte population touristique et saisonnière⁷ qui s'ajoute aux résidents permanents.

Il existe aussi des disparités socioéconomiques entre les territoires du sud et du nord et entre les résidents des secteurs récréotouristiques et ceux de zones périphériques. Au Québec, la région des Laurentides présente le deuxième plus grand écart de revenu entre territoires de MRC d'une même région⁸. En plus de ces différences interterritoriales, on retrouve des inégalités de revenu parfois importantes à l'intérieur d'un même territoire, particulièrement dans les territoires plus favorisés de la région.

LA PRÉPONDÉRANCE DES MALADIES CHRONIQUES

En 2003-2007, 70 % des décès étaient attribuables aux maladies chroniques. Outre leur fardeau populationnel important et l'impact sur l'organisation de services qu'elles imposent, ces conditions sont en grande partie **évitables** par une intervention de santé publique orientée sur la promotion des saines habitudes de vie et la prévention primaire et secondaire de ces maladies.

Le cancer, ainsi que les maladies cardiovasculaires (MCV) et respiratoires sont les causes principales de mortalité et de morbidité dans les Laurentides. Même si le taux de mortalité dans la région est en diminution, il demeure constamment **supérieur** (698,9 décès pour 100 000 personnes en 2003-2007) à celui du Québec (678,8 décès pour 100 000 personnes⁹) et ce, depuis 1986. C'est pour le cancer que l'on retrouve **les écarts les plus marqués entre la région et le reste de la province.**

L'AUGMENTATION DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS)

L'augmentation des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) est un problème majeur de santé publique. Plus de 2 500 cas d'ITSS ont été déclarés en 2009 dans les Laurentides. De plus, ces données sous-estiment la réalité puisqu'un tiers des personnes infectées ignorent qu'elles le sont, d'où l'importance des programmes de dépistage¹⁰.

Le problème est particulièrement inquiétant chez les **jeunes de 15 à 24 ans**. Depuis les cinq dernières années, le nombre de cas de chlamydie ne cesse d'augmenter annuellement et le taux d'incidence pour ce groupe d'âge est 10 % plus élevé que celui de la province. Actuellement, les 15-24 ans constituent environ 65 % des cas de chlamydie déclarés, ce qui représente plus de 70 % des cas d'ITSS chez les filles et 50 % chez les garçons.

Par ailleurs, entre 2004 et 2008, le taux d'incidence de la gonorrhée a pratiquement doublé et les jeunes représentent maintenant près de 50 % des cas. Cette augmentation des cas déclarés a été 5,4 fois plus importante chez les femmes que chez les hommes. Toujours chez les jeunes, en 2005, pour la première fois au Québec depuis le début de l'épidémie de syphilis, les 15-19 ans ont été touchés.

À l'égard du VIH, la région des Laurentides présentait, en 2008, environ 4 % des nouveaux diagnostics déclarés de la province (2,9 pour 100 000). Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) sont toujours au premier rang avec plus de 65 % des nouveaux diagnostics¹¹.

3. LE BILAN DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN SANTÉ PUBLIQUE 2004-2007

LES ACQUIS

En octobre 2007, l'équipe de surveillance, recherche et évaluation de la DSP a réalisé un bilan du Plan d'action régional en santé publique 2004-2007. Cette évaluation a mis en évidence les progrès accomplis pour atteindre une grande majorité des résultats attendus dans le PNSP et dans la capacité de la DSP de planifier et d'effectuer le suivi des activités de santé publique, surtout en ce qui a trait à l'implantation des programmes et des interventions. Le bilan a également démontré que l'articulation des activités du PAR et des PAL autour d'attentes et de résultats mesurables a contribué à structurer efficacement les activités de santé publique dans la région, à leur tracer des contours mieux définis et à préciser la répartition des rôles entre les différents acteurs des paliers régional et local.

Pour tous les domaines d'intervention, des gains et des réalisations ont été constatés et constituent des acquis solides sur lesquels d'éventuels développements pourront s'appuyer. Citons à titre d'exemples la progression du nombre de fumeurs rejoints en suivi individuel par les Centres d'abandon tabagiques (CAT), qui a plus que doublé de 2004 à 2006, ou encore l'atteinte des cibles fixées pour l'implantation des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE).

LES DÉFIS

Par ailleurs, le bilan du PAR 2004-2007 a fait ressortir certains défis auxquels la DSP souhaite s'attaquer énergiquement.

1. **La pénurie de ressources humaines et financières** est apparue comme une difficulté importante dont il faut tenir compte dans la planification et le soutien des interventions aux niveaux régional et local.
2. En dépit de collaborations fructueuses qui se sont établies entre les acteurs de santé publique, ceux du réseau de la santé et les partenaires intersectoriels, plusieurs **concertations et partenariats** demeurent à établir ou à consolider afin d'assurer une action efficace en promotion de la santé.
3. **L'augmentation des besoins en santé publique** est rapide et s'observe simultanément à l'intérieur de plusieurs domaines d'intervention. La croissance démographique importante et le vieillissement de la population ont des effets sur le volume de clientèle à rejoindre pour une foule d'interventions préventives et de protection. De plus, l'apparition de nouvelles infections comme le *Clostridium difficile* et la pandémie de grippe A H1N1, le développement de problèmes environnementaux émergents tels que les cyanobactéries requièrent une plus grande souplesse dans la gestion des priorités d'action, particulièrement en contexte de ressources limitées.
4. En matière de suivi et d'évaluation, le bilan 2004-2007 nous a démontré que le prochain exercice de planification devrait s'attarder à définir plus systématiquement des **attentes mesurables et préciser les moyens pour rendre compte des résultats obtenus**.

4. L'ÉTABLISSEMENT DES PRIORITÉS RÉGIONALES EN SANTÉ PUBLIQUE

« Il est plus rentable de s'attaquer à un moins grand nombre de problèmes et de besoins et d'investir davantage dans la solution des plus importants parmi eux¹² ».

Pour assurer une gestion efficace du PNSP en contexte de pénurie de ressources, la DSP a procédé à une démarche de priorisation rigoureuse. L'objectif visait à déterminer, parmi l'ensemble des activités du PNSP, celles pour lesquelles la DSP disposait de ressources suffisantes pour déployer une intervention efficace. La priorisation a été effectuée à partir de critères rigoureux et a fait l'objet d'une consultation auprès des professionnels de la DSP, suivie d'une validation par les membres du comité de coordination (COCO) de la DSP et du Comité stratégique de santé publique des Laurentides (CSSPL)^a. À noter que les processus de consultation et de validation des critères susmentionnés s'inscrivaient déjà dans la vision de la DSP visant à **motiver et soutenir les changements organisationnels** qui découleraient de la priorisation. À la fin du processus, sept critères de priorisation ont été retenus :

- Deux critères **reliés aux problèmes de santé** :
 - L'ampleur du problème de santé;
 - Le potentiel d'aggravation;
- Trois critères **reliés aux interventions** :
 - L'efficacité documentée;
 - L'effet simultané (action sur plusieurs problèmes de santé en même temps);
 - L'impact sur l'environnement (comme le développement des communautés, les environnements favorables, etc.);
- Deux critères **reliés à la faisabilité des interventions** :
 - La disponibilité des ressources régionales;
 - La disponibilité des ressources locales.

^a Le choix des critères est issu d'une démarche de réflexion et de consultation réalisée par Geneviève Perreault, MD, alors résidente senior en santé communautaire. Le lecteur intéressé pourra consulter le rapport suivant pour de plus amples détails à ce sujet : Perreault, G (2008)

Une analyse a permis de classer les activités du PNSP en fonction du niveau de priorité à leur accorder et en fonction du suivi à assurer : développement, consolidation, maintien ou réorientation. Les résultats de la démarche de priorisation reflètent donc un **consensus régional** sur les priorités d'action de la DSP¹³. C'est ce consensus qui a servi de base à l'élaboration du PAR 2010-2015.

Toute démarche de priorisation entraîne l'obligation de faire des choix, parfois difficiles. Par conséquent, certaines activités du PNSP n'ont pu être retenues dans le PAR 2010-2015. C'est le cas pour certaines activités reliées aux domaines de la santé mentale et des traumatismes non intentionnels, pour lesquels il existe parfois peu d'interventions efficaces une fois le problème établi ou sur lesquels on peut intervenir différemment. Par exemple, la prévention des problèmes de santé mentale peut se faire en intégrant des activités de promotion dans les services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) et dans le déploiement de l'approche globale et concertée en milieu scolaire de type École en santé¹⁴. En ce qui concerne la prévention des traumatismes non intentionnels, la DSP a jugé plus efficient de ne pas dupliquer les efforts déjà consentis par d'autres secteurs d'activités, tels que ceux des transports, de la sécurité routière et des aménagements municipaux, pour mieux se concentrer sur des problèmes où elle est la seule en mesure d'agir.

Certes, le choix des priorités actuelles tient compte des données disponibles à ce jour. La surveillance, la recherche, le maintien de l'expertise et la rétroaction des partenaires locaux permettront à **la DSP de rester vigilante à l'égard de ses choix et de faire, au besoin, les ajustements nécessaires.**

5. MOTIVER ET SOUTENIR LES CHANGEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ : LES CONDITIONS DE RÉUSSITE

Comme mentionné précédemment, pour **produire la santé**, il faudra motiver et soutenir des changements individuels, environnementaux et organisationnels favorables au développement et au maintien de la santé et du bien-être de la population.

Par **changements individuels**, on entend :

- Des changements en faveur de l'adoption de comportements sains et sécuritaires et du développement d'aptitudes individuelles permettant aux personnes de faire face aux exigences et aux difficultés de la vie quotidienne. Des exemples :
 - l'éducation à la santé,
 - les programmes intégrés en petite enfance et en périnatalité (SIPPE),
 - les Services de motivation pour l'adoption de saines habitudes de vie (SMASH).

Par **changements environnementaux**, on entend :

- Des changements en faveur de la création de milieux de vie et d'environnements favorables à la santé permettant de soutenir les individus dans l'adoption de modes de vie sains. Ces changements nécessitent l'établissement de multiples collaborations entre la Direction de santé publique et ses partenaires sectoriels et intersectoriels. Des exemples :
 - le développement des communautés,
 - les schémas d'aménagements urbains,
 - la promotion de saines habitudes de vie dans les milieux de vie (travail et municipal).

Par **changements organisationnels**, on entend :

- Des changements en faveur d'une meilleure intégration de la promotion et de la prévention dans le continuum des services de santé. Ces changements nécessitent que la DSP renforce ses collaborations avec les CSSS et les autres directions de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides. Des exemples :
 - Le soutien aux pratiques cliniques préventives (PCP),
 - La collaboration avec la Direction régionale de la santé physique de l'Agence dans le dossier de la lutte au cancer,
 - La mise en œuvre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).

Pour motiver et soutenir ces trois types de changement, la DSP a déterminé des conditions de réussite qui représenteront quatre défis que la DSP relèvera à travers tous ses domaines d'intervention. Chaque condition de réussite peut soutenir simultanément plus d'un niveau de changement.

CONDITION 1 : RENFORCER L'INTÉGRATION DES ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE

Puisque la mise en œuvre des activités de santé publique interpelle fréquemment les mêmes acteurs du réseau, il est primordial d'agencer avec cohérence les interventions au niveau régional dans le but de minimiser la charge de travail sur le réseau de la santé. Cette intégration des activités régionales de santé publique peut se faire à deux niveaux : à l'intérieur des domaines d'intervention et entre ceux-ci.

Le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques constitue un bon exemple du premier niveau d'intégration. Par la création d'une équipe en habitudes de vie au sein de sa coordination de la promotion-prévention, la DSP assure l'arrimage entre quatre programmes de lutte aux maladies chroniques : la lutte au tabagisme, l'alliance régionale pour des environnements favorables aux saines habitudes de vie, le programme 0-5-30 et le soutien aux pratiques cliniques préventives.

La DSP a aussi amorcé des arrimages entre différents domaines d'intervention. À titre d'exemples, le comité de travail visant à intégrer la fonction de surveillance à l'intérieur de tous les domaines d'intervention de santé publique, les arrimages entre les équipes promotion-prévention et des maladies infectieuses dans le dossier de l'éducation à la sexualité ou encore les collaborations entre l'équipe promotion-prévention et celle de la santé environnementale en ce qui concerne les schémas d'aménagement urbain.

CONDITION 2 : POURSUIVRE L'INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION DANS LE CONTINUUM DE SOINS EN RENFORÇANT LES COLLABORATIONS AVEC LES PARTENAIRES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ

La prépondérance des maladies chroniques incite au rapprochement des secteurs de soins curatifs et préventifs¹⁵, non seulement parce que les personnes à risque peuvent tirer des bénéfices des programmes de détection et de traitement précoce, mais parce que la prévention intégrée aux soins des malades chroniques permet d'améliorer leur survie et leur qualité de vie. La DSP vise donc une meilleure intégration des mesures de prévention individuelle à la pratique des professionnels de la santé de la région. Pour ce faire, la DSP poursuivra ses efforts de collaboration avec les autres directions de l'Agence dans le but d'assurer un continuum d'intervention, de la promotion-prévention jusqu'aux soins de fin de vie. À titre d'exemples, mentionnons les collaborations avec la Direction des services sociaux dans les dossiers de prévention du suicide et du jeu problématique, et avec la Direction régionale de la santé physique dans les dossiers des maladies chroniques et de la lutte au cancer. De plus, la DSP misera particulièrement sur le soutien aux pratiques cliniques préventives auprès des médecins de la région (voir stratégies transversales). Cette nouvelle approche, visant le soutien de changements organisationnels, s'ajoutera à d'autres interventions déjà en place telles que le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), la stratégie éducationnelle du 0-5-30 et les Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEPA) pour les ITSS.

CONDITION 3 : RENFORCER LA COLLABORATION AVEC LES PARTENAIRES INTERSECTORIELS

La création de milieux de vie et d'environnements favorables à la santé aux niveaux régional et local nécessite l'implication de plusieurs partenaires intersectoriels. Que ce soit pour les actions relatives au développement des communautés, le déploiement de l'approche globale et concertée en milieu scolaire de type École en santé (ÉES) ou encore le suivi de la qualité de l'eau potable, de nombreuses collaborations avec le réseau de l'éducation et les municipalités se sont développées et devront se poursuivre ou se renforcer au cours des prochaines années.

De plus, l'émergence récente de nouveaux acteurs issus du secteur privé, tels que la Fondation Lucie et André Chagnon (FLAC) ou l'initiative de la Norme entreprise en santé du Groupe de promotion pour la prévention en santé (GP²S), semble avoir un impact sur le déploiement des activités régionales en promotion-prévention. Devant cette nouvelle réalité des partenariats publics-philanthropiques, la DSP devra évaluer dans quelle mesure et de quelle manière elle doit moduler le déploiement de ses interventions.

CONDITION 4 : MAINTENIR UNE GESTION EFFICIENTE DES ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE

La pénurie de ressources humaines et financières a obligé la DSP à effectuer une démarche de priorisation rigoureuse afin d'assurer une gestion plus efficiente de ses ressources. Toutefois, tout en restant vigilante pour assurer le suivi de l'implantation des activités de son plan d'action régional, elle devra maintenir une attitude souple et adaptative devant l'émergence de nouveaux problèmes de santé publique, la transformation quasi continue du réseau de la santé et l'implication croissante de nouveaux acteurs en promotion de la santé.

PARTIE 2 - PLAN D'ACTION RÉGIONAL 2010-2015

Cette partie est constituée du plan d'action régional proprement dit. Elle comprend trois sections. En premier figure un guide du lecteur, qui décrit le format dans lequel les activités du plan d'action régional sont présentées. Dans la deuxième section, on trouvera les activités reliées aux stratégies transversales. Enfin la troisième section, beaucoup plus considérable, comprend les activités des différents domaines d'intervention.

LE GUIDE DU LECTEUR

Les interventions du plan d'action régional sont présentées sous forme de tableaux synthèses, tels qu'illustrés ci-dessous.

Stratégie d'intervention :

Objectif :		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
MOYEN D'ACTION Description des activités déployées	Responsable : Collaborateurs :	

On trouve dans chaque tableau les renseignements suivants :

- ✓ La **stratégie d'intervention**
- ✓ Le **moyen d'action**
- ✓ L'objectif visé par l'intervention
- ✓ Les activités déployées
- ✓ Les acteurs impliqués dans le déploiement de l'activité [responsable et collaborateurs]
- ✓ Les indicateurs de suivi utilisés pour mesurer l'atteinte des résultats.

Il est utile de s'appuyer sur une typologie pour classer et décrire les interventions de santé publique. Cela permet de mieux circonscrire la nature des activités, de réfléchir aux stratégies complémentaires qui pourraient être déployées et de guider le choix des indicateurs de suivi.

À la fin du document, le lecteur trouvera à l'annexe 1 la typologie des activités de santé publique utilisée dans le plan d'action régional. Cette typologie comporte deux axes : la **stratégie d'intervention** et le **moyen d'action**. Les **stratégies** couvrent les grandes fonctions de la santé publique que sont la promotion de la santé, la prévention des maladies et la protection contre les menaces à la santé telles que définies dans l'annexe II. Les **moyens** correspondent aux types d'actions qui seront réalisées par la santé publique ou les intervenants. En somme, chaque activité déployée peut être classée en fonction des stratégies de santé publique et des moyens d'action qu'elles utilisent. Dans la mesure du possible, c'est en combinant les stratégies et les moyens d'action que l'on parvient à une action multistratégique et efficace en santé publique, particulièrement en promotion de la santé et en prévention des maladies.

Enfin, les indicateurs de suivi permettront de mesurer l'atteinte des résultats directs (proximaux) d'une activité, dans la mesure du possible, pour lesquels on peut généralement être tenu imputable. Selon qu'il s'agisse d'activités réalisées directement par des intervenants en santé publique ou d'activités réalisées par des partenaires, le niveau de résultats attendus sera différent. En effet, le degré de contrôle qu'a la

santé publique sur l'atteinte des résultats variera d'une situation à l'autre, et le niveau d'imputabilité devra être ajusté en conséquence.

LES STRATÉGIES TRANSVERSALES

La santé est déterminée par un ensemble de facteurs sociaux, environnementaux, culturels, économiques et comportementaux. Les actions efficaces nécessitent des approches globales et des stratégies transversales qui agissent simultanément dans plusieurs domaines d'intervention, de façon à ce qu'un ensemble d'activités convergent pour agir sur les facteurs susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Ces stratégies invitent au partage des responsabilités puisque la santé résulte de l'engagement des personnes, des familles, des milieux de vie et des services de santé ainsi que des acteurs appartenant aux secteurs communautaire, public et privé. Il en est ainsi des stratégies de lutte aux inégalités sociales et du développement des communautés, de l'approche globale et concertée en milieu scolaire de type École en santé (ÉES) et du soutien à l'application des pratiques cliniques préventives (PCP).

Les stratégies retenues recèlent un fort potentiel d'intégration parce qu'elles touchent toutes les fonctions de santé publique. De plus, elles permettent de poursuivre un but qui transcende les domaines d'intervention ainsi que les problèmes de santé et psychosociaux pris un à un en contribuant à diminuer les inégalités de santé.

C'est en effet par l'*empowerment* des individus, des communautés et des milieux cliniques qu'on peut améliorer la santé et parvenir à une équité en matière de santé et de bien-être.

LUTTE AUX INÉGALITÉS SOCIALES ET DE SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

La pauvreté et les inégalités sociales sont à l'origine d'une plus grande morbidité et mortalité, mais aussi de problèmes psychosociaux importants¹⁶.

Par des approches dites de milieux de vie ou de communauté, on peut favoriser l'habilitation individuelle et collective et la réduction des inégalités de santé et de bien-être entre les groupes sociaux. À cet effet, la DSP articule ses interventions de façon à favoriser le renforcement du potentiel des personnes (*empowerment*), particulièrement chez les groupes vulnérables, et la mise en place de conditions et d'environnements favorables à leur santé et leur bien-être.

LES ACQUIS

En ce qui a trait au renforcement du potentiel des personnes, la DSP est particulièrement fière des gains obtenus par son programme régional en sécurité alimentaire. Presque tous les organismes communautaires de dépannage alimentaire offrent maintenant aux bénéficiaires de leurs services des cuisines collectives et certains se sont aventurés avec succès dans des jardins collectifs. Ces projets, encouragés et soutenus financièrement par la DSP depuis maintenant six ans, ont permis à plusieurs personnes et familles défavorisées de mieux s'alimenter et d'avoir une meilleure emprise sur leur qualité de vie, renforçant ainsi le potentiel des personnes (*empowerment*).

Pour ce qui est de la mise en place et du maintien d'environnements et conditions favorables, notre travail d'influence auprès des instances régionales de concertation (CAR, CRÉ) a donné d'excellents résultats. Notons particulièrement la création de l'Alliance régionale pour des environnements favorables à de saines habitudes de vie, qui regroupe plus de 20 partenaires régionaux (ministères, organismes publics, privés et communautaires) autour du Plan d'action gouvernemental (PAG) de lutte à l'obésité. Par ailleurs, les différents organismes impliqués au niveau du développement social et de la lutte à la pauvreté (regroupés au sein du CRDSL) reconnaissent la DSP comme un partenaire essentiel pour préciser les conditions favorables au développement social dans notre région et influencer les partenaires

gouvernementaux au regard des interventions appropriées pour contribuer au développement des communautés.

LES DÉFIS

En lien avec le renforcement de l'intégration de la promotion-prévention dans le continuum de soins en renforçant les collaborations avec les partenaires du réseau de la santé

Au sein du réseau, le principal défi actuel est de convenir avec les CSSS, malgré les ressources limitées, de cibles réalistes à atteindre, notamment en ce qui a trait aux concertations intersectorielles et au soutien aux projets des tables locales de développement social touchant le transport collectif, le logement social, la sécurité alimentaire ainsi que la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale.

En lien avec le renforcement de la collaboration avec les partenaires intersectoriels

Avec nos partenaires régionaux, consolider les collaborations au sein de la CAR et du CRDSL et favoriser les arrimages régionaux et locaux avec les nouveaux acteurs du secteur philanthropique (Fondation Lucie et André Chagnon).

INTERVENTIONS ET ACTIVITÉS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention : **RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE**

Objectif :		
✓ Soutenir le développement des communautés par la mobilisation des partenaires régionaux et locaux sectoriels et intersectoriels et l'appui aux projets concertés visant le développement social et la lutte à la pauvreté		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
ACTIONS D'INFLUENCE ET REPRÉSENTATIONS		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Influencer et accompagner les instances décisionnelles des secteurs d'activité économique, socioéconomique, municipal, communautaire, ainsi que les organismes bailleurs de fonds, afin d'accentuer les interventions concertées visant le développement des communautés et la lutte aux inégalités : <ul style="list-style-type: none"> - Participation aux mécanismes régionaux de concertation en matière de développement social et de lutte à la pauvreté (CAR, CRDSL, CRÉ) - Sensibilisation de ces partenaires à l'impact des activités de leur secteur sur la santé et à l'importance de soutenir les interventions visant le développement social - Diffusion auprès de ces partenaires de l'évolution du portrait de santé et de bien-être de la population de la région et de l'impact positif des actions concertées sur les déterminants de la santé - Accompagnement scientifique et méthodologique pour dresser un état de situation en développement social de notre région et dégager des pistes d'action pour y contribuer davantage 	Responsable : DSP Collaborateurs : CSSS Centraide	<ul style="list-style-type: none"> - Relevé des activités de participation aux mécanismes régionaux (nombre de rencontres, nature de l'implication) - Relevé des activités réalisées (nombre et contenu de présentations lors de rencontres de partenaires) - Relevé des activités d'accompagnement réalisées (nombre, nature des activités : analyses, formations, références, outils, représentations, etc.) - Relevé des activités de diffusion (nombre, nature des activités : rencontres, présentations, documents diffusés) - Relevé synthèse des actions concertées entreprises par les instances concernées en suivi de nos activités d'influence et de représentation
CONCERTATION ET PARTENARIAT		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place des modalités souples de concertation intersectorielle et de soutien aux projets de la communauté en lien avec des problématiques émergentes ou en recrudescence dans les Laurentides : <ul style="list-style-type: none"> - Entente avec les partenaires rassemblés au sein du projet <i>S'entraider et éduquer pour mieux manger</i> pour consolider la concertation régionale et locale en sécurité alimentaire (en lien avec l'Alliance régionale) - Entente avec les CSSS pour le maintien de leur implication dans les tables locales de concertation sur le développement social ou la lutte à la pauvreté - Ententes de collaboration avec des bailleurs de fonds régionaux, notamment Centraide Laurentides, pour le soutien financier de projets concertés en sécurité alimentaire, logement social, transport collectif, prévention de l'exclusion et de l'itinérance 	Responsable : DSP Collaborateurs : CAR CRÉ CRDSL CSSS Centraide	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan des modalités mises en place (groupe de travail, processus de communication, coordination, réseautage) - Bilan des activités des groupes de travail (nombre de rencontres, partenaires impliqués, sujets abordés, suivis) - Bilan des ententes réalisées (qualité des concertations, résultats obtenus par rapport aux résultats visés, satisfaction des partenaires, etc.) - Relevé des projets soutenus (nombre, nature des projets, partenaires concernés, contributions des partenaires, satisfaction des partenaires, satisfaction des groupes rejoints, etc.)

APPROCHE GLOBALE ET CONCERTÉE EN MILIEU SCOLAIRE DE TYPE ÉCOLE EN SANTÉ

Les interventions efficaces en promotion de la santé sont reconnues comme des facteurs contributifs à la réussite personnelle et sociale des jeunes. De nombreuses interventions en prévention et promotion de la santé sont proposées aux écoles. De provenance diverse, ces interventions sont inégales quant à leur efficacité et leur arrimage avec la mission et le projet éducatif de l'école. Plusieurs ne s'appuient pas, ou pas suffisamment, sur des recommandations d'experts du milieu de la santé et de l'éducation telles que l'adéquation entre les activités proposées et le développement des compétences, l'importance à accorder aux stades de développement des jeunes ou la durée et l'intensité nécessaire pour favoriser les changements de comportements.

Comme pour les autres interventions de la DSP en milieux de vie, l'approche globale et concertée en milieu scolaire de type École en santé, combine des actions éducatives pour développer les habiletés et les compétences des jeunes et des interventions sur l'environnement (physique, social, pédagogique) pour mettre en place des conditions favorables à leur réussite, leur santé et leur bien-être. Les domaines couverts sont la lutte au tabagisme, la prévention de la violence, du suicide et des dépendances, la promotion de comportements sains et sécuritaires, de la saine alimentation et de l'activité physique, le développement des habiletés sociales et de l'estime de soi. Compte tenu de l'augmentation des ITSS chez les jeunes, une préoccupation particulière sera portée à l'éducation à la sexualité dans un continuum allant de la promotion à la protection.

LES ACQUIS

Depuis plusieurs années, le réseau scolaire et le réseau de la santé et des services sociaux collaborent étroitement pour offrir des services adéquats en réponse aux besoins des élèves. L'entente de complémentarité^b entre les deux réseaux, qui s'appuie sur des comités locaux présents dans tous les territoires de la région, constitue maintenant une base solide et permanente pour les concertations.

On constate également une préoccupation partagée par les deux réseaux pour des interventions globales, concertées et efficaces. Les rencontres régionales du comité MSSS-MELS en témoignent et les journées thématiques ont suscité des réflexions et proposé des pistes d'action bien accueillies par les participants.

LES DÉFIS

En lien avec le renforcement de la collaboration avec les partenaires intersectoriels

Convenir avec le réseau scolaire (direction régionale Laval, Laurentides, Lanaudière du MELS, commissions scolaires) des arrimages entre les différents plans d'action, approches ou stratégies^c actuellement proposés aux écoles par le MELS et le MSSS, et mettre l'accent sur les éléments convergents à insérer dans le projet éducatif et le plan de réussite des écoles.

Convier tous les intervenants en milieu scolaire à déployer des pratiques efficaces en promotion et en prévention au regard de la persévérance, de la réussite, de la santé et du bien-être des jeunes. À cet effet, la DSP propose une démarche structurante d'accompagnement des CSSS, des commissions scolaires et des divers partenaires de la communauté, pour l'intégration des pratiques efficaces en prévention et en promotion de la santé dans leurs planifications et interventions.

^b Entente MSSS-MELS, 2003

^c Notamment la Stratégie d'intervention Agir autrement (SIAA), Famille-École-Communauté, réussir ensemble (FECRE), École en santé (ÉES), Politique cadre SHV, Plan d'action violence, Stratégie d'action visant la persévérance et la réussite scolaire, Éducation à la sexualité dans le cadre de la réforme scolaire.

LES INTERVENTIONS ET ACTIVITÉS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention 1 : *SOUTIEN À LA RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION*

Objectif :		
✓ Soutenir les gestionnaires et intervenants scolaires des CSSS pour entreprendre et consolider une démarche de planification globale et concertée des interventions de promotion et de prévention en milieu scolaire		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES <ul style="list-style-type: none"> Offrir formation et expertise aux intervenants des CSSS sur les meilleures pratiques de promotion-prévention et les stratégies efficaces en milieu scolaire 	Responsable : DSP Collaborateurs : INSPQ MELS Commissions scolaires	<ul style="list-style-type: none"> Relevé des formations et du soutien (nombre, contenus, participants) + suivis + état des compétences acquises (connaissances, habiletés, utilisation)
CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS DE PRATIQUE FACILITATEURS <ul style="list-style-type: none"> Élaborer des outils de planification et d'intervention Analyser et bonifier les programmes, interventions et campagnes de communication en fonction des recommandations des experts 	Responsable : DSP Collaborateurs : INSPQ Comité FEJ	<ul style="list-style-type: none"> Relevé des outils élaborés et de leur utilisation Relevé des analyses faites

Stratégie d'intervention 2 : *CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ*

Objectif :		
✓ Soutenir les gestionnaires et professionnels du milieu scolaire pour consolider une démarche de planification globale et concertée des interventions de promotion et de prévention dans les écoles de leur territoire		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
CONCERTATION ET PARTENARIAT <ul style="list-style-type: none"> Participer au comité régional MSSS-MELS (volet 1 : activités PP) Collaborer avec la direction régionale du MELS pour l'intégration des approches (FECRE, SIAA, ÉES) et l'harmonisation des politiques, stratégies et plans relatifs à la PP qui sont proposés aux écoles et qui impliquent les deux réseaux (éducation à la sexualité, violence, saine alimentation et mode de vie physiquement actif) 	Responsable : DSP Collaborateur : MELS	<ul style="list-style-type: none"> Relevé des activités PP introduites dans le Plan d'action régional MSSS-MELS Relevé des démarches et des résultats obtenus
DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES <ul style="list-style-type: none"> Analyser et bonifier les programmes, interventions et campagnes de communication, en proposer aux écoles selon les recommandations d'experts Offrir formation et expertise de contenu aux professionnels des commissions scolaires sur les meilleures pratiques de promotion-prévention dans le cadre des interventions de santé publique en contexte scolaire Collaborer avec les conseillers pédagogiques des commissions scolaires pour le développement de situations d'apprentissage et d'évaluation 	Responsable : DSP Collaborateurs : MELS Commissions scolaires	<ul style="list-style-type: none"> Relevé des demandes et recommandations faites (date, demandeur, contenu) + suivis Relevé des formations et du soutien (date, contenu, participants) + suivis + état des compétences acquises (connaissances, habiletés, utilisation) Relevé des rencontres avec les CS (date, contenu, participants) + suivis + état des compétences acquises (connaissances, habiletés, utilisation)

Stratégie d'intervention 3 : CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ – RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE

Objectif :		
✓ Accompagner les gestionnaires et intervenants des organismes de la communauté dans le déploiement des meilleures pratiques de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
<p>CONCERTATION ET PARTENARIAT</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibiliser et influencer les organismes du milieu et les tables de concertation jeunesse aux meilleures pratiques PP en contexte scolaire ▪ Accompagner les organismes de la communauté pour la bonification de leurs activités PP dans les écoles 	<p>Responsable : DSP</p> <p>Collaborateurs : Commissions scolaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relevé des activités de sensibilisation (date, contenu, participants) + suivis ▪ Relevé des démarches et des résultats obtenus (nature de l'accompagnement, modifications apportées dans les activités des organismes)
<p>DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffuser les recommandations d'experts auprès des organismes de la communauté sur les critères d'efficacité des interventions PP en contexte scolaire ▪ Offrir formation et expertise aux intervenants des organismes du milieu sur les meilleures pratiques en promotion et en prévention en contexte scolaire ▪ Soutenir l'intégration des recommandations des experts dans les programmes et campagnes mis sur pied par le milieu ▪ Collaborer à l'organisation d'activités (planification, sensibilisation, formation, évaluation) sur les meilleures pratiques PP en contexte scolaire 	<p>Responsable : DSP</p> <p>Collaborateurs : Commissions scolaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relevé des demandes et envois faits (date, demandeur, contenu) + suivis ▪ Relevé des formations et du soutien (date, contenu, participants) + suivis + état des compétences acquises (connaissances, habiletés, utilisation) ▪ Relevé des rencontres d'organisation (date, contenu, participants) + suivis

LE SOUTIEN AUX MILIEUX CLINIQUES POUR L'APPLICATION DE PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES (PCP)

Les PCP renvoient à un ensemble d'interventions réalisées par un professionnel de la santé auprès d'un patient et comprennent le counselling sur les comportements de santé, le dépistage, l'immunisation et la chimioprophylaxie. Les PCP contribuent à lutter contre des problèmes de santé importants tels que les maladies chroniques, les maladies infectieuses, les traumatismes et les problèmes psychosociaux.

Les trois quarts de la population consultent chaque année un médecin. Malheureusement, les cliniciens doivent composer avec des contraintes organisationnelles multiples qui les empêchent souvent d'intégrer la prévention dans leur pratique.

L'approche de facilitation est une des stratégies reconnues des plus efficaces pour susciter l'intégration de PCP dans la pratique clinique^{17, 18}. Cette approche combine des stratégies éducatives (la formation et la diffusion de guides de pratique) à des stratégies visant l'organisation de la pratique, telles que le rappel au dossier, le partage des rôles entre professionnels et l'établissement de corridors de services complémentaires.

Dans les Laurentides, l'approche de facilitation s'effectue par une infirmière facilitatrice du CSSS qui développe une offre de soutien adaptée aux intérêts, préoccupations, pratiques et au contexte organisationnel de chaque milieu. De son côté, la DSP contribue à l'élaboration des contenus scientifiques, aux méthodes d'intervention et d'évaluation par l'élaboration ou l'organisation de formations, le réseautage, le développement d'outils, la planification d'activités d'évaluation et l'accompagnement des infirmières des CSSS.

En conformité avec les priorités régionales, une offre de soutien à des milieux cliniques ciblés a été développée pour les pratiques cliniques préventives suivantes^d :

- **Prévention des maladies chroniques**
 - o Counselling en faveur d'une saine alimentation et dépistage de l'obésité,
 - o Counselling en cessation tabagique,
 - o Counselling pour un mode de vie plus actif,
 - o Dépistage de l'hypertension artérielle,
 - o Dépistage du cancer du sein,
 - o Dépistage du cancer du col.

- **Maladies infectieuses**
 - o Dépistage et prévention des ITSS.

Une offre de soutien pour d'autres PCP pourra éventuellement s'ajouter à l'offre actuelle, notamment le dépistage du cancer colorectal, selon les orientations provinciales à venir.

Pour répondre aux besoins des médecins et de la population qui résulteront d'une augmentation de la prestation des PCP en lien avec l'adoption de saines habitudes de vie, la DSP soutient l'implantation dans les CSSS de Services de motivation à l'adoption de saines habitudes de vie (SMASH) qui offrent à des clientèles ciblées un soutien intensif en faveur de l'adoption d'une saine alimentation et d'un mode de vie plus actif (voir la section Habitudes de vie et prévention des maladies chroniques).

Enfin, le soutien aux PCP en lien avec les habitudes de vie s'inscrit en synergie avec les programmes de prévention des maladies chroniques comme la stratégie environnementale et la stratégie éducationnelle du programme 0-5-30, les activités en cessation tabagique (CAT) de même que les campagnes sociétales visant l'adoption de saines habitudes de vie.

^d Ce choix est issu d'une démarche rigoureuse d'établissement des cibles prioritaires selon l'importance des problèmes de santé, la disponibilité des ressources et les besoins rapportés par les médecins du territoire lors d'un sondage effectué en 2005.

LES ACQUIS

Le projet ayant débuté en 2008, plusieurs étapes ont été réalisées. À l'heure actuelle, tous les CSSS de la région sont mobilisés et les infirmières facilitatrices des CSSS et intervenants des SMASH ont été formés. De plus, les *Guides de systématisation de soins préventifs* ont été élaborés pour les PCP prioritaires. Enfin, cinq milieux cliniques ont été rencontrés, les analyses de milieux ont été complétées et les plans d'action sont en cours de validation.

LES DÉFIS

En lien avec le renforcement de l'intégration des activités de santé publique

L'intégration des programmes en promotion de saines habitudes de vie (programme 0:5:30, lutte au tabagisme, alliance régionale et soutien aux PCP) est déjà amorcée au sein de l'équipe promotion-prévention. En prévention des maladies chroniques, d'autres arrimages devront être consolidés, notamment avec le PQDCS et avec les activités de dépistage d'autres types de cancer (ex. : cancer du col, cancer colorectal). Le soutien aux PCP touche aussi d'autres secteurs, notamment ceux des maladies infectieuses, de la périnatalité et de la santé mentale, où les arrimages devront être consolidés ou développés.

En lien avec le renforcement des collaborations avec les partenaires du réseau de la santé de manière à soutenir l'intégration de la prévention dans le continuum de soins

La pénurie de ressources médicales et paramédicales ainsi que la pression accrue sur le réseau de la santé résultant du vieillissement de la population et de la lourdeur de la clientèle souffrant de maladies chroniques ne créent pas un contexte propice à l'intégration des PCP dans les milieux cliniques de première ligne. Le principal défi consiste à proposer une offre de soutien à l'intégration de PCP qui soit réaliste et adaptée aux besoins et au contexte organisationnel spécifiques de chacun des milieux cliniques rencontrés. L'approche de facilitation est identifiée comme un moyen efficace de relever ce défi.

Pour ce faire, la DSP devra relever un deuxième défi, soit celui d'établir une relation de confiance stable avec les partenaires des milieux cliniques dans un contexte de mobilité importante des ressources humaines, tant à la DSP que dans les CSSS. La continuité de l'offre de soutien est un enjeu majeur. L'intégration des activités de santé publique telle que mentionnée précédemment pourrait contribuer à consolider et à stabiliser les équipes aux niveaux régional et local.

En lien avec le renforcement de la collaboration avec les partenaires intersectoriels

La présence d'un environnement favorable peut contribuer à une meilleure intégration de la prévention en milieux cliniques, notamment en ce qui a trait aux habitudes de vie. La sécurité alimentaire, l'accès à des infrastructures permettant un mode de vie plus actif en toute sécurité et l'application des lois concernant le tabagisme sont des exemples de mesures qui appuient et complètent l'intervention préventive que le médecin peut offrir à sa clientèle.

LES INTERVENTIONS ET ACTIVITÉS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention : SOUTIEN À LA RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION

Objectif :		
<p>✓ Offrir un soutien à l'intégration de PCP en prévention des maladies chroniques auprès des milieux cliniques (médecins, infirmières) afin de rejoindre tous les GMF de la région de manière à améliorer la prestation d'au moins une PCP pour 50 % d'entre eux</p>		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
<p>CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS DE PRATIQUE FACILITATEURS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer l'approche de facilitation sur mesure (analyse du milieu, rencontres de travail, formation, développement d'outils, etc.) ▪ Préparer une offre de soutien décrite dans des guides de systématisation des soins préventifs, spécifiques à chaque PCP visée ▪ Accompagner les infirmières facilitatrices des CSSS dans leurs activités de soutien aux GMF établis sur leur territoire <ul style="list-style-type: none"> - Recrutement des GMF intéressés - Analyse de milieux et offre de soutien personnalisé - Élaboration d'un plan d'action fixant les objectifs à atteindre pour chaque GMF visé - Soutien pour l'application des PCP retenues par les GMF participants (ajustement de l'offre de soutien selon les besoins spécifiques de chaque milieu clinique) - Soutien à l'organisation des activités planifiées dans les milieux cliniques (formation, développement d'outils, changements organisationnels, etc.) - Planification et implantation des activités de monitoring et d'évaluation 	<p>Responsable : DSP (équipe PCP-SMASH)</p> <p>Collaborateurs : CSSS (infirmières facilitatrices, intervenants SMASH) DSP (équipes 0-5-30, SRÉ) ASSS (PQDCS)</p>	<p>Élaboration d'une offre spécifique de soutien pour chaque PCP ciblée : Guides de systématisation des soins</p> <p>Protocole d'évaluation (projet commun avec 0-5-30)</p> <p>Nombre de GMF recrutés par CSSS</p> <p>Rapport de suivi pour chaque milieu joint, incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapport de l'analyse de milieu - Plan d'action - Bilan des activités de soutien réalisées et de la concordance avec le plan d'action élaboré
<p>DÉVELOPPER DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir la communauté de pratique des infirmières facilitatrices : <ul style="list-style-type: none"> - Implantation et gestion d'un portail informatique - Organisation de journées de suivi de programme - Organisation d'activités de formation - Développement d'outils de soutien à la pratique 	<p>Responsable : DSP (équipe PCP-SMASH)</p> <p>Collaborateurs : CSSS GMF</p>	<p>Relevé des activités de formation et de suivi de programme (dates, nombre d'intervenants formés, objectifs, contenu, évaluation)</p> <p>Liste des devis pédagogiques</p> <p>Bilan de l'activité du portail informatique (type d'interactions, sondage auprès des intervenants)</p>

LES DOMAINES D'INTERVENTION

1. DÉVELOPPEMENT, ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE

Le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale regroupe un ensemble de problèmes psychosociaux qui affectent les nouveau-nés, les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes âgées.

On y retrouve les problèmes d'abus, de négligence et de violence, les problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool, les problèmes de santé mentale et du suicide. Ce domaine inclut également certains problèmes reliés au développement et à la santé physique des jeunes et touchant l'adaptation sociale des enfants et adolescents.

On peut regrouper les interventions en DAIS en trois groupes, selon la population à qui elles s'adressent :

- La périnatalité et la petite enfance,
- Les jeunes,
- La population adulte.

LA PÉRINATALITÉ ET LA PETITE ENFANCE

LES FAITS SAILLANTS

Les caractéristiques de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance ont une influence primordiale sur la santé, l'acquisition de saines habitudes de vie et sur la capacité de l'enfant et du futur adulte à se développer, à s'adapter à son environnement et à s'intégrer dans la société. Cette période de la vie offre donc une opportunité unique pour **intervenir en amont** sur plusieurs déterminants de la santé.

Le faible poids à la naissance, la prématurité et le retard de croissance intra-utérine sont associés à un développement plus difficile chez les enfants :

- Dans la région, la proportion de nouveau-nés de poids insuffisant, nés prématurément et souffrant d'un retard de croissance intra-utérine était respectivement de 5,5 %, 7,7 % et 7,9 %, de 2003 à 2007¹⁹.

Ces problèmes sont plus fréquents chez les enfants de mères adolescentes, monoparentales, peu scolarisées et défavorisées :

- Dans la région, de 2003 à 2007, 8,9 % de nouveau-nés avaient une mère dont la scolarité était inférieure à 11 ans¹⁹;
- Dans la région, 20,2 % des enfants de moins de 18 ans vivaient dans une famille monoparentale en 2006²⁰.

Naître en milieu défavorisé augmente également le risque de problèmes de santé physique, mentale et sociale, notamment d'abus et de négligence :

- Même si, en 2006, la région se comparait favorablement à l'ensemble du Québec pour la proportion de sa population vivant sous le seuil du faible revenu (11,7 % contre 17,1 %), il existait de **grandes disparités entre certains territoires** de RLS, notamment ceux d'Argenteuil, d'Antoine-Labelle et du Lac-des-Deux-Montagnes, où ces proportions atteignaient 14,0 %, 13,8 % et 12,3 %, respectivement²⁰;
- En 2008-2009, le taux d'incidence de prise en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse était en augmentation dans la région et dépassait la moyenne québécoise (7,7 contre 6,6 par 1 000 jeunes de 0-17 ans)²¹.

L'allaitement maternel représente un facteur de protection contre les infections en plus d'avoir des effets bénéfiques sur le développement physique et social de l'enfant :

- Les dernières statistiques de l'ISQ révèlent que les taux d'allaitement à la sortie des maternités de la région atteignent l'objectif québécois de 85 %²²;
- Toutefois, le maintien de l'allaitement au cours des premiers mois de vie doit être amélioré pour atteindre l'objectif de 50 % de maintien à 6 mois de vie (45,5 % dans la région)²³.

LES ACQUIS

La région des Laurentides est l'une de celles qui comptent le plus grand nombre d'établissements certifiés Amis des bébés au Québec. Le CLSC d'Argenteuil et l'hôpital de Saint-Eustache sont agréés depuis 2004. De plus, les deux premiers CSSS à avoir reçu la certification au Québec sont situés dans notre région. Tous les autres CSSS de la région sont en processus d'implantation de l'IAB et prévoient faire une demande d'évaluation éventuellement.

Tous les CSSS de la région offrent le programme SIPPE qui vise à soutenir les familles vulnérables dès le début de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 5 ans.

Enfin, la présence de regroupements locaux Avenir d'enfant dans la majorité des territoires de la région, basés sur la concertation et la mobilisation des communautés autour des enjeux touchant le développement des enfants, vient compléter l'offre de service pour les clientèles vulnérables.

LES DÉFIS

En lien avec le renforcement de l'intégration des activités à l'intérieur des domaines de santé publique

Dans le but de rejoindre le plus de mères et de répondre le mieux possible à leurs besoins, l'équipe souhaite resserrer les liens entre le dossier de l'allaitement maternel et celui de la lutte au tabagisme et aux dépendances.

Afin d'assurer une plus grande complémentarité des interventions, la DSP souhaite mieux arrimer ses actions visant les clientèles vulnérables telles que la lutte à la pauvreté, le développement social et des communautés, les SIPPE et les regroupements locaux Avenir d'enfant.

En lien avec le renforcement des collaborations avec les partenaires du réseau de la santé de manière à soutenir l'intégration de la prévention dans le continuum de soins

Le maintien de l'allaitement maternel au cours des six premiers mois de vie constitue un défi en allaitement. Un des moyens d'y parvenir est de s'assurer que les mères qui éprouvent des difficultés à allaiter leur enfant aient accès à des services de deuxième et troisième ligne. Une offre de service de qualité permettrait également de maintenir une image positive de l'allaitement et viendrait renforcer les activités de promotion déployées dans les hôpitaux. La DSP souhaite soutenir la Direction régionale de la santé physique de l'ASSS dans le développement de cliniques régionales d'allaitement maternel.

En lien avec le maintien d'une gestion efficiente des ressources

Avec le temps, l'accumulation des cohortes SIPPE ainsi que la complexité des problèmes vécus par cette clientèle génèrent une demande de services importante pour les CSSS. Pour soutenir la priorisation de ces nombreuses demandes, le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes a élaboré, en collaboration avec la DSP, une grille de priorisation de la clientèle SIPPE. Pour s'assurer que cette clientèle bénéficie d'une offre de service optimale, la DSP devra également voir au suivi des recommandations émises par les différents chantiers ministériels relatifs au programme.

LES OBJECTIFS DE SANTÉ

En lien avec les problématiques entourant la période périnatale, la petite enfance et les jeunes, il s'agira d'ici 2015 de contribuer à :

- Maintenir la proportion d'enfants qui naissent :
 - o De façon prématurée à moins de 7,8 %,
 - o Avec un retard de croissance intra-utérine à moins de 8 %,
- Réduire la proportion d'enfants qui naissent :
 - o Avec une anomalie du tube neural à moins de 5,1/10 000,
 - o Avec le syndrome d'alcoolisation fœtale,
- Augmenter le taux et la durée de l'allaitement maternel ainsi que l'allaitement exclusif,
- Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents âgés de 0 à 17 ans qui :
 - o Subissent des abus physiques et psychologiques, des agressions sexuelles et de la négligence,
 - o Présentent des troubles de conduite, incluant la violence envers les autres et la délinquance,
- Maintenir le taux de grossesse chez les adolescentes de moins de 20 ans :
 - o À moins de 18/1 000 chez les adolescentes de 14-17 ans,
 - o À moins de 65/1 000 chez les jeunes femmes de 18-19 ans.

DIFFUSION D'INFORMATION PRÉNATALE ET POSTNATALE AUPRÈS DE TOUS LES FUTURS PARENTS

Le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* vise à apporter des informations sur la grossesse et l'accouchement, les soins du bébé, le développement de l'enfant, l'alimentation incluant l'allaitement, ainsi que sur les soins de santé à offrir à l'enfant. En 2007, il a été convenu que les médecins et sages-femmes assurant le suivi des femmes enceintes devaient maintenant distribuer le guide aux futurs parents entre la neuvième et la douzième semaine de grossesse.

LES INTERVENTIONS ET ACTIVITÉS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention : *SOUTIEN À LA RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION*

Objectif : ✓ Soutenir la diffusion du guide <i>Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans</i> auprès des futurs parents de la région leur permettant d'avoir accès à une information pré et postnatale de qualité		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS DE PRATIQUE FACILITATEURS <ul style="list-style-type: none">▪ Diffuser le guide à tous les intervenants oeuvrant en périnatalité dans la région afin qu'ils puissent le remettre aux futurs parents à la douzième semaine de grossesse ou avant	Responsable : DSP Collaborateurs : CSSS Médecins accoucheurs et sages-femmes	

INITIATIVE AMIS DES BÉBÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DES LAURENTIDES OFFRANT DES SERVICES PÉRINATAUX

L'initiative Amis des bébés (IAB) offre une structure et des outils pour protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement maternel et le bien-être global de la mère et de l'enfant. Le processus d'agrément vise à mettre en place des pratiques entourant la naissance favorisant entre autres : le respect du rythme du nouveau-né, la proximité mère-enfant (peau à peau, cohabitation), l'alimentation à la demande et le développement du lien d'attachement. Tout le personnel de l'établissement est sensibilisé par le biais d'une politique en allaitement et les compétences des intervenants en périnatalité sont complétées par une formation de vingt heures. La certification Amis des bébés repose sur le respect des dix conditions de l'OMS et du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

Afin d'assurer l'avancée de la certification de nos établissements, de même que l'exclusivité et le maintien de l'allaitement, la formation et le soutien des intervenantes sont assumés par une consultante régionale en lactation.

LES INTERVENTIONS ET ACTIVITÉS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention 1 – SOUTIEN À LA RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION

Objectif		
✓ Soutenir les CSSS de la région dans leurs démarches de certification en tant qu'établissements Amis des bébés de manière à : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintenir l'agrément ou obtenir la recertification des établissements agréés ▪ Obtenir l'agrément des CSSS non certifiés d'ici 2015 		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
CONCERTATION ET PARTENARIAT <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faciliter la concertation des partenaires en vue de l'implantation de l'IAB au sein des établissements de la région 	Responsable : DSP Collaborateurs : CSSS : - Comité FEJ - Comité périnatalité- allaitement DRSP Médecins Organismes de soutien à l'allaitement	
DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Former et superviser cliniquement les intervenants en périnatalité ▪ Former les organismes de soutien en allaitement ▪ Offrir de la formation aux pharmaciens communautaires et aux médecins, selon les besoins 	Responsable : DSP Collaborateurs : CSSS Formateurs externes Comité FEJ	Évaluation de la satisfaction sur les formations offertes

Stratégie d'intervention 2 : SOUTIEN À LA RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION

Objectif :		
✓ Collaborer à l'implantation de cliniques régionales d'allaitement offrant des services de soutien aux dyades mères-enfants aux prises avec des problèmes majeurs d'allaitement		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
CONCERTATION ET PARTENARIAT <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir les activités de préparation et de mise en œuvre d'une clinique d'allaitement régionale : <ul style="list-style-type: none"> - Documenter les besoins de soutien clinique en allaitement - Établir et décrire les modalités de fonctionnement d'une clinique en allaitement 	Responsable : DRSP Collaborateurs : DSP CSSS Organismes de soutien à l'allaitement maternel Médecins	État d'avancement en lien avec les travaux d'implantation d'une clinique régionale en allaitement maternel

SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE À L'INTENTION DES FAMILLES VIVANT EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ (SIPPE)

Le programme SIPPE vise à soutenir les familles défavorisées dès le début de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 5 ans en vue de :

1. Diminuer la morbidité et la mortalité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes et les pères vivant en situation de défavorisation;
2. Favoriser le développement optimal des enfants défavorisés;
3. Améliorer les conditions de vie des familles vulnérables.

Le programme comporte deux composantes :

1. Le volet **accompagnement des familles**, principalement les visites à domicile effectuées par un intervenant « pivot » qui, en collaboration avec une équipe multidisciplinaire, évalue les besoins, soutient et oriente la famille vers les ressources appropriées.
2. Le volet **création d'environnements favorables**, soit le soutien aux actions intersectorielles visant à améliorer les conditions de vie des familles et l'accès des enfants aux interventions éducatives précoces.

L'intensité du suivi proposé dans le cadre de référence du programme pose toutefois des problèmes de faisabilité au niveau local, compte tenu de la rareté des ressources humaines et financières. Dès l'implantation des SIPPE, la Direction de santé publique a adopté une position régionale, en accord avec les CSSS, à l'effet d'offrir une intensité moindre pour tenir compte de cette situation. Le Ministère a depuis mis en place cinq « chantiers de travail » afin de proposer des solutions pour faciliter le déploiement optimal du programme, notamment en lien avec les services pour les clientèles particulières, la réponse aux besoins des enfants de 18 mois à 5 ans, l'intensité du suivi à déployer, le développement des communautés et l'évaluation de l'implantation du programme.

LES INTERVENTIONS ET ACTIVITÉS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention 1 : SOUTIEN À LA RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION

Objectif :		
✓ Soutenir la mise en œuvre des SIPPE dans les CSSS en lien avec le volet accompagnement des familles		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la formation des intervenants des équipes locales sur les problèmes vécus par les clientèles visées 	Responsable : DSP Collaborateurs : CSSS Comité FEJ	Évaluation de la satisfaction des formations
CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS DE PRATIQUE FACILITATEURS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement d'outils d'intervention et d'évaluation : <ul style="list-style-type: none"> - Grille de priorisation des clientèles - Questionnaire d'évaluation de la qualité des services 	Responsable : DSP Collaborateurs : CSSS Comité FEJ	Relevé des outils produits

Stratégie d'intervention 2 : CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ

Objectif :		
✓ Soutenir la mise en œuvre des SIPPE dans les CSSS en lien avec le volet de soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être des familles		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
CONCERTATION ET PARTENARIAT <ul style="list-style-type: none"> ▪ Établir le portrait des actions déployées dans le cadre du volet « environnements favorables » ▪ Soutien financier ponctuel pour des besoins issus de projets concertés 	Responsable : DSP Collaborateurs : ASSS Organismes communautaires	

LES JEUNES

LES FAITS SAILLANTS

Une faible estime de soi, des problèmes familiaux, la consommation abusive de drogues et d'alcool ont des effets néfastes sur la santé des jeunes et sur leur capacité d'adaptation et d'intégration sociale. De plus, ces situations peuvent favoriser l'adoption de mauvaises habitudes de vie et de comportements sexuels à risque, et occasionner des difficultés personnelles et sociales, notamment à l'école.

- Alors que le décrochage scolaire était particulièrement élevé depuis plus de dix ans dans la région, les efforts concertés des différents partenaires pour la réussite éducative des Laurentides semblent avoir porté fruits puisque le taux de décrochage a diminué, passant de 45 % en 2000-2001 à 35 % en 2007-2008 chez les garçons et de 28 % à 22 % chez les filles, rejoignant enfin la moyenne provinciale;
- Les taux de grossesse à l'adolescence en 2005 chez les 14-17 ans sont de 14,4 pour 1 000 adolescentes comparativement à 13,6 pour le Québec. Chez les 18-19 ans, le taux pour 1 000 adolescentes est de 61 contre 58 pour le Québec²⁴;
- Près de 12 % des jeunes de 12 à 17 ans seraient des fumeurs, 51 % n'atteindraient pas le niveau d'activité hebdomadaire recommandé durant les loisirs et 22 % ne consommeraient pas suffisamment de fruits et légumes quotidiennement²⁵;
- On remarque aussi une recrudescence de certaines ITSS chez les jeunes de 19 à 24 ans.

Il est possible de prévenir ces problèmes par une action **en amont** en développant les habiletés des jeunes, notamment par une approche globale et concertée en milieu scolaire de type École en santé.

LES ACQUIS

Dans les Laurentides, l'approche globale et concertée en milieu scolaire de type École en santé est soutenue par la direction régionale du MELS et l'Agence (DSP) depuis 4 ans déjà. La DSP offre maintenant les services d'accompagnement d'une équipe « scolaire » régionale, dont le but est d'épauler les intervenants dans le déploiement des meilleures pratiques en promotion de la santé en milieu scolaire.

Des **cliniques jeunesse** sont disponibles dans les sept CSSS des Laurentides. Ces cliniques offrent aux adolescents et aux jeunes des services de consultation en matière de santé sexuelle et de dépistage des ITSS (voir la section Maladies infectieuses).

LES DÉFIS

En lien avec le renforcement de l'intégration des activités à l'intérieur des domaines de santé publique

Afin d'assurer un continuum allant de la promotion-prévention à la protection des ITSS, l'équipe PP développera une offre de service en éducation à la sexualité qui viendra compléter les activités de l'équipe de MI. Cette offre de service soutiendra les intervenants des CSSS et du milieu scolaire dans la mise en œuvre de stratégies efficaces en lien avec l'éducation à la sexualité.

En lien avec le renforcement de la collaboration avec les partenaires intersectoriels

Voir les défis énumérés dans la section de l'approche globale et concertée en milieu scolaire de type École en santé (voir la section Les stratégies transversales).

LES INTERVENTIONS ET ACTIVITÉS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

LES ACTIVITÉS EN MILIEU SCOLAIRE

Afin d'éviter la redondance, les interventions déployées en milieu scolaire ne seront pas répétées ici. Le lecteur intéressé trouvera cette information pertinente dans la section précédente des stratégies transversales, sous la rubrique « Approche globale et concertée en milieu scolaire de type École en santé ».

LES CLINIQUES JEUNESSE

Pour ce qui est des interventions déployées en cliniques jeunesse, elles sont décrites plus loin dans la section ITSS du domaine des maladies infectieuses.

LA POPULATION ADULTE

LES FAITS SAILLANTS

Dans les Laurentides, les problèmes de santé mentale qui retiennent davantage l'attention sont les troubles de l'humeur et le suicide ainsi que les problèmes de consommation d'alcool, de drogues et de jeu.

- Dans la région, la prévalence déclarée des troubles de l'humeur chez les 12 ans et plus était de 4,8 % en 2007-2008²⁶. Le suicide demeure préoccupant, particulièrement chez les hommes où le taux en 2003-2007 était de 24,8 par 100 000 habitants²⁷. De plus, les taux varient considérablement entre certains territoires de la région.
- Près d'un homme sur quatre rapporte avoir eu une consommation excessive d'alcool plus de 12 fois au cours de la dernière année.
- L'ouverture récente du casino à Mont-Tremblant représente une augmentation potentielle de l'offre de jeu dans la région, qui pourrait favoriser l'émergence du jeu problématique, particulièrement chez les hommes et les populations défavorisées.

LES ACQUIS

En 2008-2009, la DSP, de concert avec les CSSS du territoire, a réorienté les travaux visant l'implantation de réseaux de sentinelles dans la communauté (*Programme Sentinelles en prévention du suicide*), afin de se concentrer, dans un premier temps, sur une offre d'activités de formation. Ces activités visent : 1) le renforcement de la première ligne, 2) l'amélioration des services à offrir aux personnes suicidaires afin d'assurer leur prise en charge et 3) la coordination des services à la suite du repérage dans la communauté.

En raison de l'ouverture du casino à Mont-Tremblant en juin 2009, plusieurs représentations ont été menées auprès de la population, des décideurs et des médias, dans le but de les sensibiliser aux impacts sur la santé d'une augmentation de l'offre de jeu ainsi qu'à l'importance d'en diminuer l'accessibilité et la dangerosité. La DSP a collaboré, avec la Direction des services sociaux (anciennement la Direction de l'organisation de services), à l'élaboration d'un plan d'action relatif au jeu problématique²⁸, afin d'assurer un continuum de services complémentaire au déploiement d'une première ligne en dépendances dans les CSSS de la région.

Enfin, le programme Alcochoix + est actuellement disponible dans les sept territoires de CSSS de la région, chaque CSSS ayant un intervenant dédié.

LES DÉFIS

En lien avec le renforcement des collaborations avec les partenaires du réseau de la santé de manière à soutenir l'intégration de la prévention dans le continuum de soins

En collaboration avec les CSSS, la Direction des services sociaux et la Direction régionale de la santé physique de l'Agence, favoriser le développement d'un continuum promotion-prévention secondaire et tertiaire afin d'assurer une plus grande continuité des activités de prévention du suicide, notamment en lien avec le suivi des clientèles dépistées.

LES OBJECTIFS DE SANTÉ

En lien avec les problématiques touchant la population générale

Il s'agira d'ici 2015 de contribuer à :

- Augmenter la proportion de la population se percevant en bonne santé mentale;
- Réduire le taux de suicide à moins de 22/100 000 chez les hommes et à moins de 6/100 000 chez les femmes, et réduire les tentatives de suicide;
- Réduire la proportion d'individus qui présentent des problèmes de consommation d'alcool ainsi que des problèmes de jeux de hasard et d'argent.

PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET PRÉVENTION DU SUICIDE

Malheureusement, une fois un problème de santé mentale développé, peu d'interventions sont démontrées efficaces pour l'améliorer. En promotion de la santé mentale, la DSP a choisi de concentrer ses efforts sur l'intervention précoce auprès de groupes vulnérables (SIPPE), le développement d'habiletés individuelles à l'école et le développement social des communautés. La promotion de saines habitudes de vie (exercice physique, alimentation) constitue un autre moyen de favoriser la santé mentale de la population (voir section Habitudes de vie et prévention des maladies chroniques).

En prévention du suicide, les programmes visant à identifier précocement les personnes à risque et à leur assurer un suivi intensif adéquat sont efficaces pour diminuer les décès. Pour ce faire, la DSP soutient les CSSS dans le déploiement de réseaux de Sentinelles. Les Sentinelles sont des « personnes formées et soutenues pour reconnaître les personnes suicidaires et les accompagner vers les ressources d'aide²⁹ ». La DSP est également en attente de deux guides de bonnes pratiques, en cours d'élaboration par le MSSS, qui pourront s'avérer utiles pour déterminer les interventions à faire auprès des personnes suicidaires. Enfin, les mesures pour limiter l'accès aux moyens les plus létaux sont aussi efficaces et doivent être soutenues par l'élaboration de politiques publiques, lorsque nécessaire.

LES INTERVENTIONS ET ACTIVITÉS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention 1 : SOUTIEN À LA RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION

<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Collaborer aux activités de la Direction des services sociaux concernant le renforcement de la première ligne en santé mentale et la prévention du suicide afin de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Voir à l'amélioration de la reconnaissance des signes précurseurs et de l'évaluation du risque suicidaire par les intervenants du réseau de la santé et des organismes qui interviennent en première ligne auprès des clientèles vulnérables ▪ Permettre une meilleure prise en charge des personnes suicidaires par une meilleure articulation du continuum de services 		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
<p>DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaborer au projet de formation des intervenants de première ligne en lien avec l'identification et la prise en charge des personnes à risque suicidaire élevé 	<p>Responsables : DSS et DSP</p> <p>Collaborateurs : CSSS CPS Le Faubourg</p>	<p>Dépôt du plan de formation prenant en compte les résultats de l'évaluation des besoins des territoires et l'analyse des milieux</p>
<p>ACTIONS D'INFLUENCE ET REPRÉSENTATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibiliser les gestionnaires du réseau à l'importance du renforcement de la première ligne en santé mentale en lien avec la prévention du suicide 	<p>Responsables : DSS et DSP</p> <p>Collaborateurs : CSSS CPS Le Faubourg Présentateurs invités</p>	<p>Bilan des activités de formation réalisées, incluant taux de participation et évaluation de la satisfaction des participants</p>
<p>CONCERTATION ET PARTENARIAT</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planifier, en collaboration avec la DSS, les phases subséquentes de l'implantation du Programme Sentinelles dans la région, suivant le cadre de référence ministériel 	<p>Responsables : DSS et DSP</p> <p>Collaborateurs : CSSS CPS Le Faubourg</p>	<p>Dépôt d'une proposition de plan d'action conjoint DSS et DSP prévoyant l'implantation des Sentinelles dans la région</p>

Stratégie d'intervention 2 : DÉVELOPPEMENT DES APTITUDES INDIVIDUELLES

Objectifs : ✓ Déployer les campagnes de communication visant la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide ✓ Informer la population sur les risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardées à domicile, ainsi que sur les mesures à prendre pour en limiter l'accès ✓ Sensibiliser les médias locaux à l'importance de leur rôle en prévention du suicide		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
ÉDUCATION À LA SANTÉ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser des campagnes sélectionnées et participer aux activités de la Semaine nationale de prévention du suicide ▪ Sensibiliser la population à l'importance de l'entreposage sécuritaire des armes à feu gardées à la maison 	Responsable : DSP Collaborateurs : DSS CPS Le Faubourg Direction des communications	Bilan des campagnes et des activités de promotion mises en place
CONCERTATION ET PARTENARIAT <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participer au sous-comité régional de la Table régionale de santé mentale 		
ACTIONS D'INFLUENCE ET REPRÉSENTATIONS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibiliser les médias régionaux et locaux à l'importance de leur rôle en prévention du suicide : <ul style="list-style-type: none"> - Diffusion à l'attention des médias d'une <i>Fiche technique</i> résumant les recommandations visant le traitement approprié du suicide dans les médias - Analyse du contenu de la revue de presse suite à la diffusion de la fiche et rappel des recommandations au besoin 	Responsables : DSS et DSP Collaborateurs : CSSS CPS Le Faubourg Direction des communications	Bilan des activités réalisées auprès des médias régionaux et locaux

Stratégie d'intervention 3 : RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE

Objectif : ✓ Sensibiliser les décideurs aux risques associés aux armes à feu		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
ACTIONS D'INFLUENCE ET REPRÉSENTATIONS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibiliser les décideurs aux risques associés aux armes à feu : <ul style="list-style-type: none"> - Importance de maintenir le registre des armes à feu - Promotion du programme de remisage des armes à feu 	Responsable : DSP Collaborateurs : CSSS CPS Le Faubourg Direction des communications	Bilan des activités réalisées auprès des médias régionaux et locaux Revue de presse

Stratégie d'intervention 4 : *SURVEILLANCE – RECHERCHE ET ÉVALUATION*

Objectif : ✓ Contribuer à l'élaboration et à la mise en place des projets d'évaluation permettant de soutenir l'action en prévention du suicide		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
RECHERCHE ET ÉVALUATION <ul style="list-style-type: none">▪ Évaluer la pertinence du suivi de l'étude des dossiers du bureau du coroner sur les résidants décédés par suicide dans la région▪ Collaborer à la mise en place des projets d'évaluation nécessaires au soutien de l'implantation des réseaux de Sentinelles dans la région	Responsable : DSP Collaborateurs : CPS Le Faubourg Responsable : DSP Collaborateurs : CSSS et CPS	Dépôt de recommandations quant aux suites à donner au rapport Plan d'évaluation à soumettre en complément du plan d'action visant l'implantation de Sentinelles (voir stratégie 1)

DÉPENDANCES

JEU PROBLÉMATIQUE

Le meilleur moyen pour limiter les effets du jeu problématique est d'en limiter l'accessibilité et la dangerosité. Pour ce faire, il importe de réaliser des activités de sensibilisation et de représentation auprès des acteurs concernés. Il faut également réaliser des actions concertées dans le cadre d'un continuum de services avec la Direction des services sociaux.

LES INTERVENTIONS ET ACTIVITÉS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention 1 : SOUTIEN À LA MISE EN PLACE DE POLITIQUES PUBLIQUES SAINES

Objectif : ✓ Sensibiliser et mobiliser l'opinion publique ainsi que les acteurs concernés à l'importance de la réduction de l'accessibilité et de la dangerosité reliées à l'offre de jeu		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
<p>ACTIONS D'INFLUENCE ET REPRÉSENTATIONS Appuyer les activités d'influence entreprises par le comité de suivi des modifications à l'offre de jeu aux niveaux national et régional, au besoin</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consolider le partenariat avec la DSS et les instances locales visant à harmoniser les interventions dans une perspective de continuum <p>CONCERTATION ET PARTENARIAT</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participer au comité interrégional de suivi des modifications à l'offre de jeu <p>SURVEILLANCE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaborer aux enquêtes régionales et nationales sur le jeu ▪ Surveiller l'implantation de l'offre de jeu (incluant les ALV) 	<p>Responsable : DSP</p> <p>Collaborateurs : DSS CSSS Comité interrégional de suivi des modifications à l'offre de jeu Centre André-Boudreau</p>	

Stratégie d'intervention 2 : DÉVELOPPEMENT DES APTITUDES INDIVIDUELLES

Objectif : ✓ Informer la population et les médias régionaux et locaux sur les saines habitudes de jeu et les conséquences potentielles du jeu problématique		
<p>ÉDUCATION À LA SANTÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en œuvre les campagnes d'information ministérielles sur le jeu responsable ▪ Tenir des activités de communication auprès des médias régionaux et locaux sur les conséquences potentielles du jeu problématique 	<p>Responsable : DSP</p> <p>Collaborateurs : CSSS Direction des communications</p>	<p>Bilan des campagnes mises en œuvre</p>

CONSOMMATION D'ALCOOL

Alcochoix + est un programme de prévention s'adressant aux adultes préoccupés par leur consommation d'alcool et désirant modifier leurs habitudes. Ce programme s'appuie sur des approches de réduction des méfaits et sur des techniques d'entrevue motivationnelle.

LES INTERVENTIONS ET ACTIVITÉS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention : SOUTIEN À LA RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION

Objectif : ✓ Soutenir les CSSS dans la mise en place d'interventions visant la consommation contrôlée d'alcool chez les buveurs, en particulier celles du programme Alcochoix +		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
CONCERTATION ET PARTENARIAT <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir les CSSS dans le déploiement du programme Alcochoix + (diffusion de l'information et du matériel, invitation du réseau aux formations offertes par le RISQ) ▪ Participer aux rencontres régionales des responsables du programme dépendances sous la responsabilité de la DSS RECHERCHE ET ÉVALUATION <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participer aux évaluations du programme ▪ Diffuser les résultats 	Responsable : DSP Collaborateurs : DSS CSSS Centre de réadaptation en dépendance André-Boudreau	

2. HABITUDES DE VIE ET PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

Les maladies chroniques sont des maladies qui se développent lentement au cours de la vie et pour lesquelles il n'existe pas de guérison complète. Les plus fréquentes sont les maladies cardiovasculaires (MCV), les cancers, le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), l'obésité et les maladies buccodentaires. On estime que trois quarts des décès leur seraient attribuables³⁰. Ces maladies sont en partie évitables par des activités de promotion axées sur des déterminants communs, comme les saines habitudes de vie. Le dépistage et la prise en charge précoce de certaines conditions (dont l'obésité, l'hypertension, le cancer du sein et du col et la carie dentaire) constituent aussi des mesures efficaces de prévention de la morbidité et de la mortalité associées aux maladies chroniques.

Il est possible d'agir sur les maladies chroniques en combinant plusieurs approches dans le cadre d'un continuum d'intervention de :

- **Promotion de la santé** par :
 - Le soutien au développement de politiques publiques saines,
 - La création d'environnements favorables à la santé,
 - Le renforcement de l'action communautaire,
 - Le soutien à la réorientation des services pour une meilleure intégration de la promotion et de la prévention,
 - Le développement des aptitudes individuelles.
- **Prévention des maladies** par :
 - Le dépistage systématique ou ciblé,
 - La prise en charge précoce et le suivi individuel des personnes à risque.

Afin d'assurer la cohérence entre le continuum d'intervention proposé dans ce plan et le continuum précédent, le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques est divisé en deux catégories :

- Les interventions et programmes axés sur la promotion des saines habitudes et la prévention primaire des maladies chroniques :
 - Le programme 0·5·30-COMBINAISON PRÉVENTION
 - L'alliance régionale pour de saines habitudes de vie,
 - La lutte au tabagisme,
 - Le développement des Services de motivation à l'adoption de saines habitudes de vie (SMASH),
- Les interventions et programmes axés sur la prévention secondaire des maladies chroniques :
 - Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS),
 - Le programme de santé dentaire.

Le projet de soutien aux milieux cliniques pour l'intégration de pratiques cliniques préventives (PCP) vise des PCP tant en promotion de la santé qu'en prévention secondaire des maladies. Il a été décrit précédemment dans la section des stratégies transversales.

LES INTERVENTIONS AXÉES SUR LA PROMOTION DES SAINES HABITUDES DE VIE ET LA PRÉVENTION PRIMAIRE DES MALADIES CHRONIQUES

LES FAITS SAILLANTS

Les maladies chroniques sont en grande partie attribuables à trois habitudes de vie néfastes : le tabagisme, la mauvaise alimentation et la sédentarité. Le tabagisme reste la première cause de mortalité évitable et est responsable d'une large proportion des cas de cancer (dont 85 % des cas de cancer du poumon), de MCV et de MPOC.

Malheureusement, la prévalence des mauvaises habitudes de vie *dans la région* demeure élevée :

- En lien avec le tabagisme : même si la prévalence du tabagisme a diminué, la prévalence de fumeurs actuels est de 24 %³¹;
- En lien avec l'activité physique, 49 % des individus sont considérés inactifs durant leurs loisirs³¹,
- En lien avec les habitudes alimentaires, 46 % de la population consomme moins de cinq fruits et légumes par jour³¹.

L'acquisition de saines habitudes commence tôt dans la vie alors que les impacts sur la santé se font sentir souvent plus tard. Toutefois, l'augmentation rapide de l'obésité chez les adolescents³² favorise l'apparition précoce de certains facteurs de risque des maladies chroniques comme l'hypertension et l'hypercholestérolémie. Il est donc important de suivre l'évolution des habitudes de vie chez les jeunes de la région afin d'adapter le mieux possible les interventions à déployer auprès d'eux.

- En lien avec le tabagisme : près de 20 % des jeunes de 12 à 17 ans sont des fumeurs. Au Québec le tiers des filles et le quart des garçons de cinquième secondaire font usage de la cigarette³¹;
- En lien avec l'activité physique, environ 51 % n'atteignent pas le niveau d'activités hebdomadaires recommandé durant les loisirs³¹;
- En lien avec les habitudes alimentaires, environ 22 % ne consomment pas suffisamment de fruits et légumes quotidiennement³¹.

LES ACQUIS

Pour être efficace en promotion des saines habitudes de vie et en prévention des maladies chroniques, une action multistratégique est requise. Au cours des dernières années, l'équipe promotion-prévention a accompli deux changements importants :

- Le déploiement d'interventions ayant une *action simultanée* sur les trois habitudes de vie plutôt qu'une action en silo sur chacune d'elles. Le programme 0•5•30 en est un bon exemple.
- Le déploiement d'interventions en lien avec *trois* des principales stratégies de promotion de la santé soit :
 1. Le développement d'aptitudes individuelles par la diffusion de campagnes promotionnelles en lien avec les trois habitudes de vie et la mise en place de services de counselling intensifs dans les centres d'abandon du tabac (CAT) et des services de motivation à l'adoption de saines habitudes de vie (SMASH).
 2. La création d'environnements favorables à l'adoption de saines habitudes de vie, par le déploiement d'une approche participative en milieu municipal, en milieu de travail et dans la communauté.
 3. La création d'environnements de pratique facilitateurs, par le soutien aux PCP auprès des intervenants de la santé de CSSS (stratégie éducationnelle 0•5•30) et des médecins dans les cliniques médicales (soutien aux milieux cliniques pour l'application de PCP).

LES DÉFIS

En lien avec le renforcement de l'intégration des activités de santé publique

L'équipe PP désire renforcer la cohérence entre ses interventions en adoptant une **approche intégrée de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques**. S'appuyant sur la combinaison et la **complémentarité** des différents programmes, cette approche permet une intervention **multistratégique efficace**. Pour en soutenir le déploiement, une sous-équipe Habitudes de vie-maladies chroniques a été mise en place, dont le défi sera de maintenir une vision commune, de déployer une action cohérente de l'ensemble de la programmation et de favoriser les arrimages avec les partenaires intersectoriels.

Une **évaluation régionale** du programme 0•5•30 et du programme de soutien à l'application des PCP débutera en 2010. Elle permettra de documenter l'implantation et les effets de ces programmes, et de faire ressortir les arrimages à réaliser ou renforcer au niveau régional ainsi que les conditions favorisant l'implantation des interventions au niveau local. Le défi sera de rendre opérationnelles les recommandations issues de cette évaluation.

En lien avec le renforcement des collaborations avec les partenaires du réseau de la santé de manière à soutenir l'intégration de la prévention dans le continuum de soins

L'intégration de la prévention au secteur clinique représente un défi important. Un des moyens d'y parvenir est de soutenir la prestation des pratiques cliniques préventives (PCP). Le **projet de soutien à l'application de PCP**, qui a débuté en 2010, permettra d'appuyer de manière adaptée les milieux cliniques dans la prestation des PCP relatives aux maladies chroniques (voir description dans la section des stratégies transversales). De plus, les médecins et intervenants pourront diriger leurs patients désirant modifier leurs habitudes de vie vers les **Services de soutien intensif pour l'adoption d'une saine alimentation et pour l'adoption d'un mode de vie plus actif (SMASH)**, qui seront implantés pour compléter l'offre de service.

Les liens avec la Direction régionale des affaires médicales (DRAM) et la Direction régionale de la santé physique (DRSP) sont également importants pour assurer la continuité entre les programmes de prévention et les activités du secteur curatif. La représentation de l'équipe Habitudes de vie-maladies

chroniques au Comité réseau cancer s'ajoutera aux liens qui existaient déjà avec ces directions dans le cadre du soutien à l'application des PCP et du PQDCS.

En lien avec le renforcement de la collaboration avec les partenaires intersectoriels

L'arrivée récente de nombreux acteurs publics et privés dans le domaine de la promotion des saines habitudes de vie a fait émerger de nouvelles collaborations entre la santé publique et les partenaires intersectoriels, tels que l'Alliance régionale pour des environnements favorables à de saines habitudes de vie. L'implication croissante de la Fondation Lucie et André Chagnon (FLAC) et la création de la Norme entreprise en santé du Groupe de promotion pour la prévention en santé (GP²S) ont des répercussions sur le déploiement des activités régionales en prévention. Pour assurer l'efficacité des interventions en santé publique, les actions et messages véhiculés doivent être cohérents et portés par l'ensemble des acteurs concernés. Dans ce contexte, la DSP intensifiera sa réflexion au sujet des partenariats publics-privés, désormais nommés partenariats publics-philanthropiques (PPP), dans le but d'évaluer dans quelle mesure et de quelle manière les activités de santé publique doivent s'adapter à l'arrivée de ces nouveaux acteurs.

LES OBJECTIFS DE SANTÉ

De façon générale, la DSP vise à contribuer à l'atteinte des objectifs de santé suivants :

- Augmenter la proportion de la population qui adopte de saines habitudes de vie;
- Réduire l'incidence, la mortalité et la morbidité de certaines maladies chroniques.

Plus spécifiquement, **en lien avec la promotion des saines habitudes de vie, nous visons à :**

- Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et légumes quotidiennement;
- Réduire à moins de 4,5 % la proportion de personnes de 12 ans et plus vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire;
- Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique;
- Réduire la proportion de fumeurs chez les jeunes du secondaire à 13 % et la proportion de fumeurs de 15 ans et plus à 16 %.

En lien avec la prévention des maladies chroniques, nous visons à :

- Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux MCV;
- Réduire le taux de mortalité par cancer :
 - de 25 % chez les femmes de 50 à 69 ans atteintes de cancer du sein dépistées,
 - de 10 % chez les femmes âgées de 25 à 64 ans atteintes du cancer du col utérin,
 - chez les personnes atteintes de cancer du poumon;
- Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme;
- Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la MPOC;
- Limiter l'augmentation de la prévalence du diabète chez la population âgée de 20 ans et plus à 30 %;
- Réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % le taux de prévalence de l'embonpoint.

PROGRAMME INTÉGRÉ 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION

Le **programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION** est déployé dans la région depuis 2003. Ce programme favorise l'acquisition de saines habitudes de vie en agissant sur les capacités individuelles, en favorisant la création d'environnements favorables à la santé et en créant des environnements de pratique facilitant la prestation des PCP. Tous les CSSS ont actuellement des agents de changement 0•5•30 en place et mettent en œuvre, en partie ou en totalité, les différentes stratégies du programme.

LES INTERVENTIONS ET ACTIVITÉS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention 1 : *CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ*

Objectif :		
✓ Soutenir les CSSS dans la mise en œuvre de la stratégie environnementale du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION visant la promotion des saines habitudes de vie et la création d'environnements favorables dans les milieux de vie (milieu de travail, milieu municipal)		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
CONCERTATION ET PARTENARIAT - DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Effectuer l'analyse des milieux de travail et municipaux ▪ Offrir des journées de ressourcement aux agents de changement sur le contenu du programme et sa mise en œuvre ▪ Fournir, selon les besoins, expertise, accompagnement, développement d'outils, soutien à la mise en œuvre des plans d'action, etc. ▪ Créer les arrimages nécessaires avec l'Alliance 	Responsable : DSP (équipe 0•5•30 régionale) Collaborateurs : CSSS (équipes locales) DSP (SRÉ)	Relevé des activités de soutien tenues auprès des équipes locales : <ul style="list-style-type: none"> - Nombre et types d'activités - Destinataires - Adéquation avec les besoins identifiés - Nombre d'analyses de milieu effectuées pour les milieux de travail et les municipalités

Stratégie d'intervention 2 : *SOUTIEN À LA RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION*

Objectif :		
✓ Soutenir les CSSS dans la mise en œuvre de la stratégie éducationnelle du programme visant l'amélioration de la prestation du counselling bref (tabac, activité physique et nutrition) par les intervenants des CSSS		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS DE PRATIQUE FACILITATEURS — DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revoir la stratégie afin de la rendre plus adaptée à la réalité des CSSS ▪ Revoir l'offre de formation sur l'entretien motivationnel ▪ Offrir des journées de ressourcement en rapport avec le contenu et la mise en œuvre du programme (entretien motivationnel, counselling 0•5•30, etc.) ▪ Fournir, selon les besoins, expertise, accompagnement, développement d'outils, etc. ▪ Créer les arrimages nécessaires avec les SMASH et les CAT 	Responsable : DSP (équipe 0•5•30 régionale) Collaborateurs : CSSS (équipes locales) DSP (SRÉ)	Développement d'une nouvelle offre de formation Proposition d'une stratégie adaptée aux gestionnaires de CSSS Relevé des activités de soutien tenues auprès des équipes locales, incluant le recueil des informations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Nombre et types d'activités - Destinataires - Adéquation avec les besoins identifiés

Stratégie d'intervention 3 : DÉVELOPPEMENT DES APTITUDES INDIVIDUELLES

Objectifs :		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en œuvre les activités de communication visant à : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir les agents de changement dans la promotion du programme auprès des milieux de vie et des milieux cliniques ▪ Soutenir les agents de changement dans la sensibilisation des adultes aux bénéfices de l'adoption de saines habitudes de vie ✓ Communiquer à la population adulte les moyens ainsi que les ressources disponibles pour les soutenir dans l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie 		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Compléter une évaluation des besoins de formation ▪ Offrir des journées de ressourcement aux agents de changement en CSSS ▪ Voir à la mise à jour du site Internet et à l'envoi du bulletin « Brèves » ▪ Fournir, selon les besoins identifiés, expertise, accompagnement, développement d'outils, etc. 	Responsable : DSP (équipe 0•5•30 régionale) Collaborateurs : CSSS (équipes locales) DSP(SRÉ)	Relevé des activités de soutien tenues auprès des équipes locales, incluant le recueil des informations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Nombre et types d'activités - Destinataires - Adéquation avec les besoins identifiés Évaluation des besoins de formation Évaluation de la satisfaction à l'égard des formations
ÉDUCATION À LA SANTÉ : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planifier et réaliser les campagnes annuelles pertinentes telles que : <i>Rendez-vous d'automne, Plaisirs d'hiver, JNSAP, Défis santé 5/30 Équilibre, Défi J'arrête j'y gagne, Programme Fruits et légumes en vedette</i> ▪ Développer, mettre à jour et diffuser aux agents de changement les outils de communication relatifs à la promotion du programme et à l'adoption de saines habitudes de vie dans la population 	Responsable : DSP (équipe 0•5•30 régionale) Collaborateurs : CSSS Équipes locales	Élaboration d'un plan de communication Nombre de campagnes diffusées (noms, destinataires, bilan)

LE PROJET PCP-SMASH

Le projet PCP-SMASH comporte deux volets. Le volet de soutien aux milieux cliniques pour l'application de pratiques cliniques préventives (PCP) a été décrit dans la section des stratégies transversales. Pour compléter l'offre de service de ce premier volet, la DSP a soutenu les CSSS dans l'implantation des Services de motivation à l'adoption de saines habitudes de vie (SMASH). Les SMASH sont des services de counselling intensif en faveur de l'adoption d'une saine alimentation et d'un mode de vie plus actif qui visent à répondre aux besoins des médecins et de la population qui résulteront d'une augmentation de la prestation des PCP par les milieux cliniques.

LES INTERVENTIONS ET ACTIVITÉS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention : SOUTIEN À LA RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE LA PROMOTION ET DE LA PRÉVENTION

Objectif :		
✓ Soutenir l'implantation dans tous les CSSS de la région des Services de motivation à l'adoption de saines habitudes de vie (SMASH) offrant des services de counselling intensif visant l'acquisition de saines habitudes nutritionnelles et l'adoption d'un mode de vie plus actif auprès des clientèles à risque ciblées		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS DE PRATIQUE FACILITATEURS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposer un modèle régional d'offre de service des SMASH ▪ Déterminer et mettre au point les outils d'intervention requis ▪ Soutenir et animer des communautés de pratique regroupant les intervenants SMASH (nutritionnistes et kinésiothérapeutes) et les infirmières facilitatrices offrant le soutien aux milieux cliniques (organisation de rencontres, développement d'un portail informatique, animation de forums de discussion, etc.) ▪ Soutenir l'établissement de liens avec les ressources de la communauté (milieux cliniques et autres) 	Responsable : DSP (équipe régionale PCP-SMASH) Collaborateurs : CSSS DSP (équipes 0-5-30 et SRÉ) Technocentre	Relevé des activités de soutien tenues auprès des équipes locales, incluant le recueil des informations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Nombre et types d'activités - Destinataires - Adéquation avec les besoins identifiés Synthèse des documents élaborés : <ul style="list-style-type: none"> - Offre de service régionale - Outils d'intervention - Protocoles monitoring & évaluation, etc.
DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES — COUNSELLING INDIVIDUEL OU EN GROUPE <ul style="list-style-type: none"> ▪ Former les intervenants des SMASH ▪ Développer des outils de soutien à la pratique ▪ Offrir l'expertise-conseil selon les besoins 	Responsable : DSP (équipe régionale PCP-SMASH) Collaborateurs : CSSS GMF DSP (équipes 0-5-30 et SRÉ)	Sommaire des activités de formation réalisées incluant : <ul style="list-style-type: none"> - Les thèmes abordés - La proportion des intervenants SMASH formés Dépôt de rapports de suivi permettant de réévaluer périodiquement l'adéquation entre notre offre de soutien et les besoins identifiés

LUTTE AU TABAGISME

Le **Plan québécois de lutte au tabagisme** mis en œuvre depuis 2006 s'appuie sur une approche globale et intégrée qui vise trois grands objectifs :

- La **protection des non-fumeurs** contre l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement par l'application de la Loi sur le tabac interdisant de fumer dans les lieux publics;
- La **prévention de l'initiation** au tabagisme par le soutien aux écoles dans la promotion de saines habitudes de vie et la création d'environnements favorables;
- Le **soutien à la cessation** par les activités de soutien aux PCP-tabac, de counselling dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT) des CSSS et par l'ordonnance collective pour les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN), désormais disponible dans toutes les pharmacies de la région depuis février 2009.

LES INTERVENTIONS ET ACTIVITÉS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention 1 : **SOUTIEN À LA RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE LA PROMOTION ET DE LA PRÉVENTION**

Objectif :		
✓ Promouvoir le recours aux services de counselling individuel ou de groupe en cessation tabagique auprès des fumeurs et de certaines clientèles vulnérables telles que les femmes enceintes		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
CONCERTATION ET PARTENARIAT <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordonner l'offre de service régionale des centres d'abandon du tabagisme (CAT) (incluant le suivi et l'évaluation) ▪ Faire la promotion des services disponibles dans la région incluant l'ordonnance collective régionale pour les thérapies de remplacement nicotinique ▪ Assurer les arrimages avec les activités du projet PCP-SMASH 	Responsable : DSP (PP) Collaborateurs : DSP (communications) Comité régional sur les services pharmaceutiques	Nombre de patients ayant reçu un counselling intensif dans les CAT Nombre de patients s'étant prévalus de l'ordonnance collective TRN Nombre d'activités de promotion des services CAT et de l'ordonnance collective TRN telles que articles, publicités, entrevues radio, allocutions et autres activités médiatiques ou de communication
DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Offrir, selon les besoins, l'expertise-conseil, la réponse aux demandes de soutien ponctuelles, l'organisation d'activités de formation et de ressourcement, le développement d'outils, etc. 	Responsable : DSP (PP) Collaborateurs CSSS	Relevé des activités de soutien destinées aux intervenants des CSSS (nombre, durée, nature des activités, clientèle-cible, adéquation avec les besoins identifiés, évaluation)

Stratégie d'intervention 2 : *RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE*

Objectif :		
✓ Soutenir, dans le cadre de l'approche globale et concertée en milieu scolaire de type École en santé, la réalisation d'activités de promotion et de prévention visant le non-usage du tabac chez les jeunes fumeurs et non fumeurs de 11 à 18 ans		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
CONCERTATION ET PARTENARIAT <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir l'implantation de projets de la <i>Gang allumée</i> <ul style="list-style-type: none"> - Promotion des activités du programme - Identification de milieux intéressés à développer un projet <i>Gang allumée</i> - Collaboration avec le Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS) pour bonifier le type de soutien au programme - Évaluer la pertinence de développer une offre de services de cessation tabagique spécifiques aux jeunes fumeurs 	Responsables : DSP (PP et communication), CQTS Collaborateurs : Commissions scolaires Direction d'école Agents ÉES des deux réseaux Tables jeunesse locales Maisons de jeunes	Nombre de projets implantés annuellement, répartition géographique, nature, fréquence et intensité des activités, pallier et nombre de personnes ciblées Relevé des particularités régionales dans l'implantation du programme Nombre de jeunes <18 ans ayant eu recours au counselling en cessation tabagique

Stratégie d'intervention 3 : *DÉVELOPPEMENT DES APTITUDES INDIVIDUELLES*

Objectif :		
✓ Assurer la mise en œuvre des campagnes nationales de lutte au tabagisme		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
ÉDUCATION À LA SANTÉ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser les trois campagnes annuelles de lutte au tabagisme auprès des partenaires du réseau de la santé et des partenaires intersectoriels visés ▪ Assurer la tenue d'activités promotionnelles auprès des médias régionaux et locaux, selon le cas 	Responsable : DSP (PP) Collaborateurs : CSSS (CAT, agents de changement 0-5-30) DSP (communications)	Nombre de partenaires ayant reçu le matériel promotionnel des campagnes Nombre et nature des activités de promotion telles que articles, publicités, production d'outils et courriels de promotion, entrevues radio, allocutions et autres activités médiatiques ou de communication

L'ALLIANCE REGIONALE POUR DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À DE SAINES HABITUDES DE VIE

L'Alliance régionale (AR) a été créée en 2007 dans le but de soutenir la mise en place de projets intersectoriels dans le cadre du Plan d'action gouvernemental (PAG) de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids chez les jeunes. La Direction de santé publique assume le leadership du comité stratégique de l'Alliance, formé des représentants de nombreux ministères, dont celui de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ), de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ainsi que celui des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (MAMROT).

Le comité de travail comprend aussi des représentants d'organismes à vocation régionale, tels la Table de concertation agroalimentaire des Laurentides, Moisson Laurentides, l'Association des restaurateurs des Laurentides, le Forum Jeunesse, le Regroupement des centres de la petite enfance (CPE), et de nombreux autres. Finalement, un comité d'adéquation a été formé pour soutenir l'analyse des projets locaux *Québec en forme*.

LES INTERVENTIONS ET ACTIVITÉS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention 1 : RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE

Objectif : ✓ Soutenir la mobilisation des acteurs régionaux autour du Plan d'action gouvernemental (PAG) de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids visant les jeunes de 0-25 ans et leur famille		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
CONCERTATION ET PARTENARIAT <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la coordination des divers comités de l'Alliance ▪ Soutenir l'élaboration de projets régionaux et assurer l'arrimage avec les projets locaux ▪ Compléter le bilan de l'appréciation du fonctionnement de l'Alliance par les membres et prévoir la mise en place des ajustements requis 	Responsable : DSP Collaborateurs : Membres des divers comités de fonctionnement de l'Alliance	Relevé des activités réalisées (Nombre et origine des participants) Bilan de l'appréciation du fonctionnement par les membres et des ajustements requis. Retombées concrètes : implantation de projets régionaux et locaux

Stratégie d'intervention 2 : RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE

Objectif : ✓ Soutenir les coordonnateurs et les partenaires des regroupements locaux <i>Québec en forme</i> dans leurs interventions auprès des jeunes de 0-17 ans vivant en milieux défavorisés et de leur famille		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Offrir formation et expertise sur les mesures efficaces en promotion des saines habitudes de vie 	Responsable : DSP Collaborateurs : Membres des regroupements locaux <i>Québec en forme</i>	Sommaire des activités de formation réalisées incluant : <ul style="list-style-type: none"> - Les thèmes abordés - La proportion des membres formés
CONCERTATION ET PARTENARIAT <ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaborer avec <i>Québec en forme</i> et les DSP de Laval et Lanaudière à la création d'outils soutenant la mise en place des meilleures pratiques en promotion des saines habitudes de vie 	Responsable : DSP Collaborateurs : Membres des regroupements locaux	Relevé des activités réalisées : <ul style="list-style-type: none"> - Bilan de l'appréciation du fonctionnement par les membres et des ajustements requis - Retombées concrètes : implantation de projets locaux

LES INTERVENTIONS ET PROGRAMMES AXÉS SUR LA PRÉVENTION SECONDAIRE DES MALADIES CHRONIQUES

Cette section comprend les programmes de dépistage du cancer du sein (PQDCS) et de la carie dentaire chez les enfants dans le cadre du Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012.

Le soutien aux PCP relatives au dépistage du cancer sein, du col et possiblement du côlon, viendra compléter de façon cohérente les programmes de la DSP, notamment le PQDCS, et les travaux du comité réseau cancer des Laurentides.

PROGRAMME QUEBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS)

LES FAITS SAILLANTS

En 2002-2006, la région affiche un taux d'incidence du cancer du sein légèrement supérieur à celui du Québec. Ce taux se situe à 126,5 / 100 000 pour la région comparativement à 124,1 pour le Québec³³. Le taux de mortalité régional est toutefois comparable à l'ensemble de la province. Le cancer du sein demeure au second rang après le cancer du poumon comme principale cause de décès chez les femmes de 50 à 69 ans.

Le dépistage permet de diminuer la mortalité du cancer du sein. Le **Programme québécois de dépistage du cancer du sein**, assure l'organisation des services de mammographie, d'investigation et de référence dans un but de dépister cette maladie auprès de l'ensemble des femmes asymptomatiques de 50 à 69 ans.

LES ACQUIS

En septembre 2009, la région a acquis deux nouveaux centres de dépistage désignés (CDD) et possède désormais un total de cinq CDD en plus d'un centre de référence pour investigation désigné (CRID). En 2007-2008, plus de 30 000 mammographies de dépistage ont été réalisées dans la région.

LES DÉFIS

En lien avec le renforcement des collaborations avec les partenaires du réseau de la santé de manière à soutenir l'intégration de la prévention dans le continuum de soins

L'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides est actuellement en processus de recrutement de deux nouveaux centres désignés (un CDD et un CRID) dans la région. L'ajout de ces deux nouveaux centres permettra d'améliorer l'accessibilité au programme et le suivi des femmes dépistées, puisqu'ils devront se conformer aux normes d'accréditation du PQDCS et respecter les délais de dépistage et d'investigation qui y sont prescrits.

LES OBJECTIFS SANTÉ

Réduire la mortalité par cancer du sein de 25 % chez les femmes de 50 à 69 ans.

LES INTERVENTIONS ET ACTIVITÉS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention 1 : PRÉVENTION DES MALADIES

Objectif :		
✓ Voir à améliorer l' accessibilité au PQDCS dans la région par une augmentation de l'offre de service en dépistage et en investigation ce, afin d'accroître le taux de participation de la population cible au programme, de réduire les délais d'attente actuels et ainsi favoriser la rétention de la clientèle régionale		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
DÉPISTAGE Désignation de CDD <ul style="list-style-type: none"> ▪ Offrir le soutien à l'établissement concerné dans la mise en œuvre du processus de certification et de désignation à titre de CDD dans le cadre du PQDCS Désignation de CRID <ul style="list-style-type: none"> ▪ Offrir le soutien au CSSS concerné dans la mise en place du nouveau CRID en respectant le cadre de référence du PQDCS 	Responsable : ASSSL Collaborateur : Milieu de soins visé	Émission de la désignation à titre de CDD à l'établissement concerné Émission de la désignation à titre de CRID pour le CSSS concerné

Stratégie d'intervention 2 : PRÉVENTION DES MALADIES

Objectif :		
✓ Assurer le maintien de la qualité des services de dépistage offerts dans la région par la diffusion d'outils d'intervention et de gestion de la qualité en mammographie		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
DÉPISTAGE Logiciel de gestion de la qualité en mammographie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser l'acquisition, le développement et le maintien des compétences du personnel des centres désignés (CDD-CRID) au moyen du logiciel d'assurance qualité <i>CQ-mammo</i> Mise en place d'une <i>démarche d'assurance qualité</i> avec chacun des centres désignés en tenant compte de la réalité de chacun des territoires Consentement éclairé des participantes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le développement des compétences du personnel des CDD-CRID sur le nouveau dépliant du MSSS (à venir) qui traite de la transmission d'une information complète et neutre destinée à la clientèle ciblée par le programme 	Responsable : ASSSL Collaborateurs : CDD CRID	Proportion des CDD de la région qui utilise de façon continue le logiciel Rédaction d'un rapport d'assurance qualité pour chacun des centres désignés Proportion des intervenants formés Taux de satisfaction de la clientèle au regard de l'information reçue

Stratégie d'intervention 3 : DÉVELOPPEMENT DES APTITUDES INDIVIDUELLES

Objectif : ✓ Promouvoir la participation au programme auprès de la population cible et auprès des médecins de première ligne de la région		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
ÉDUCATION À LA SANTÉ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adapter les outils promotionnels et éducationnels du programme en fonction des messages à transmettre à la population régionale ▪ Réaliser les campagnes promotionnelles afin de sensibiliser la population cible à l'importance de faire un choix éclairé en ce qui concerne la participation au PQDCS 	Responsable : ASSS PQDCS Collaborateurs : CDD CRID ASSS (communications)	Description du déroulement des campagnes incluant le type d'outils promotionnels diffusés et leurs destinataires Taux de participation au programme

Stratégie d'intervention 4 : SOUTIEN À LA RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION

Objectif : ✓ Promouvoir la participation au programme auprès des médecins de première ligne de la région (GMF)		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS DE PRATIQUE FACILITEURS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participer activement aux activités de l'équipe PCP en ce qui concerne la promotion du dépistage du cancer du sein en GMF (voir section PCP ci-haut) 	Responsable : ASSS (PQDCS) Collaborateurs : DSP (PP) GMF CDD CRID	Nombre de GMF ayant demandé le soutien à l'intégration de PCP dépistage du cancer du sein

PROGRAMME DE SANTE DENTAIRE

LES FAITS SAILLANTS

La carie dentaire est une maladie infectieuse chronique, localisée et progressive qui affecte la grande majorité de la population. La carie dentaire représente l'affection la plus prévalente chez l'enfant.

Les conséquences de la carie ne sont pas banales puisqu'en plus de la douleur, elles peuvent causer des troubles de la mastication, de la nutrition, de l'élocution, de l'apparence, de l'estime de soi et du bien-être général.

L'ampleur des problèmes de santé buccodentaire est plus marquée chez les personnes vivant en contexte de pauvreté et ayant un faible niveau de scolarité.

L'utilisation optimale des fluorures par la fluoration de l'eau potable est considérée comme une mesure efficace pour prévenir la carie dentaire. Aucune municipalité de la région ne participe actuellement au programme du MSSS sur la fluoration de l'eau de consommation.

LES ACQUIS

Le programme de dépistage systématique des enfants vulnérables à la carie dentaire est appliqué en milieu scolaire dans la région depuis le début des années 1990. Les enfants de la maternelle à la 2^e année sont vus par les hygiénistes dentaires des CSSS et reçoivent des services préventifs. Les enfants à risque élevé de carie dentaire reçoivent un suivi préventif individualisé deux fois par année. Selon le critère provincial, les enfants sont considérés à risque lors de la présence d'au moins une face cariée, absente ou obturée pour cause de carie sur les dents antérieures et de deux faces proximales ou plus sur les dents postérieures.

LES DÉFIS

En lien avec le renforcement de la collaboration avec les partenaires intersectoriels

Afin d'augmenter la proportion de la population ayant accès à une eau potable fluorée, la DSP mènera des activités de promotion de la fluoration de l'eau auprès des propriétaires des stations de traitement d'eau des municipalités de 5 000 habitants et plus. La campagne de promotion des fluorures visera aussi à sensibiliser la population aux bienfaits de la fluoration de l'eau. Une stratégie de communication est actuellement en cours d'élaboration au MSSS et est attendue prochainement.

LES OBJECTIFS DE SANTÉ

Réduire l'incidence de la carie dentaire chez les enfants vulnérables.

LES INTERVENTIONS ET ACTIVITÉS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention 1 : SOUTIEN AUX POLITIQUES PUBLIQUES SAINES – CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ

Objectif : ✓ Promouvoir la fluoruration de l'eau potable auprès des municipalités		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
ACTIONS D'INFLUENCE ET REPRÉSENTATIONS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion de la fluoruration de l'eau potable auprès des municipalités de 5 000 habitants et plus de la région 	Responsable : DSP Collaborateurs : MSSS INSPQ	Proportion de propriétaires de stations de traitement de l'eau potable de 5 000 habitants et plus contactés au sujet de la fluoruration de l'eau Proportion de la population de la région ayant accès à de l'eau potable dont la concentration en fluorures est optimale

Stratégie d'intervention 2 : PRÉVENTION DES MALADIES

Objectif : ✓ Soutenir la mise en œuvre des activités des hygiénistes dentaires des CSSS en milieu scolaire		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser des formations et fournir l'expertise aux hygiénistes dentaires concernant leurs activités de prévention de la carie dentaire en milieu scolaire, l'application de fluor topique et l'application d'agents de scellement 	Responsable : DSP Collaborateurs : CSSS	Nombre de formations et de communications professionnelles Assister aux formations et intégrer les communications professionnelles
DÉPISTAGE – PRISE EN CHARGE ET SUIVIS INDIVIDUELS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir les hygiénistes dans le dépistage, les suivis individualisés, le counselling de groupe aux enfants et les références aux dentistes en cabinet privé ▪ Soutenir les hygiénistes dans le dépistage des enfants à risque admissibles à la pose d'agents de scellement ▪ Confirmer le diagnostic des dents à sceller 	Responsable : DSP Collaborateurs : CSSS	Relevé, compilation et interprétation des statistiques des hygiénistes Nombre d'enfants dépistés Nombre d'enfants diagnostiqués
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir les hygiénistes dans l'application d'agents de scellements 	Responsables : CSSS Collaborateur : DSP	Nombre de patients traités

3. TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

LES FAITS SAILLANTS

Les traumatismes non intentionnels regroupent l'ensemble des blessures et empoisonnements qui surviennent de façon involontaire et qui, dans la plupart des cas, sont évitables. On y retrouve les traumatismes routiers (automobilistes, cyclistes et piétons), les blessures à domicile, les chutes accidentelles et les traumatismes associés à la pratique de loisirs et de sports. Les principales victimes sont les hommes, les jeunes, les personnes âgées ainsi que les gens qui vivent dans les régions moins urbanisées.

Actuellement, la DSP des Laurentides se voit préoccupée davantage par deux de ces problèmes :

- Les blessures (traumatismes et empoisonnements) chez les jeunes enfants qui représentent³⁴ :
 - o Environ 115 hospitalisations par année chez les 0-4 ans,
 - o Environ 89 hospitalisations chez les 5 à 9 ans,
 - o Les enfants issus de milieux défavorisés présentent des taux d'hospitalisation plus élevés que ceux vivant en milieux favorisés, particulièrement pour les blessures les plus graves (dont les intoxications sévères et les traumatismes crâniens);
- Les chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus dans la région qui représentent :
 - o La principale cause d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels, soit environ 730 hospitalisations par année³⁴ (2001-2002 à 2005-2006),
 - o Environ 12 décès par an (2003-2007)³⁵.

LES ACQUIS

Dans les Laurentides comme au Québec, plusieurs interventions de prévention des traumatismes non intentionnels sont prises en charge efficacement par nos partenaires des secteurs de la sécurité routière, des aménagements municipaux ou de la réglementation des sports et loisirs.

En ce qui concerne la prévention des blessures chez les enfants, les familles suivies dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) reçoivent une trousse de prévention des blessures comprenant plusieurs dispositifs de sécurité (loquets pour portes d'armoires, couvre-prises électriques, avertisseurs de fumée, etc.). La trousse est remise par l'intervenante au moment d'une visite à domicile, accompagnée d'un counselling aux parents sur la prévention des blessures à domicile.

En ce qui concerne les chutes chez les personnes âgées, une intervention multifactorielle non personnalisée est offerte aux aînés vivant à domicile qui présentent des facteurs de risque de chute au moyen du Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED). Le programme PIED est bien déployé dans tous les CSSS de la région et les résultats d'évaluation sont encourageants.

LES DÉFIS

En lien avec le renforcement des collaborations avec les partenaires du réseau de la santé de manière à soutenir l'intégration de la prévention dans le continuum de soins

Idéalement, pour ajouter au programme PIED, les interventions de prévention des chutes pour les aînés à domicile devraient s'intégrer dans un continuum de services préventifs comprenant deux volets supplémentaires :

- L'intervention de promotion de l'usage adéquat des médicaments auprès des personnes âgées dans la communauté^e;

^e Ce volet pourrait être couvert par un programme du type *Les médicaments : Oui.. Non.. Mais!* développé en Montérégie et dont les résultats d'évaluation semblent prometteurs à court et à long terme. (DSP Montérégie, 2005).

- L'intervention multifactorielle personnalisée (IMP), qui cible la réduction des facteurs de risque spécifiques des individus ayant déjà fait une chute.

Pour ce faire, la DSP collaborera avec les autres directions de l'Agence pour évaluer la faisabilité de la mise en œuvre de ces deux volets, en plus de voir à les inscrire en complémentarité avec les services de soins et de réadaptation.

LES OBJECTIFS DE SANTÉ

Réduire la morbidité et la mortalité liées aux **chutes chez les personnes âgées** et aux **blessures à domicile chez les jeunes enfants**.

PRÉVENTION DES CHUTES À DOMICILE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

LES INTERVENTIONS ET ACTIVITÉS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention : SOUTIEN À LA RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION

Objectif :		
✓ Soutenir l'implantation du Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED), volet non personnalisé des mesures multifactorielles de prévention des chutes destiné aux personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS DE PRATIQUE FACILITATEURS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Effectuer le suivi et faciliter les échanges avec les répondants locaux ainsi qu'avec les animateurs PIED des CSSS ▪ Assurer la mise à jour, l'impression et la distribution des outils promotionnels ▪ Élaborer le bilan annuel de l'implantation 	Responsable : DSP (équipe PP) Collaborateurs : CSSS Direction des communications ASSSL DSP (équipe SRÉ)	Nombre de groupes participant au programme PIED par CSSS
DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Former les intervenants des CSSS lors de la mise à jour du programme 	Responsable : DSP (équipe PP)	

PRÉVENTION DES BLESSURES À DOMICILE CHEZ LES ENFANTS

LES INTERVENTIONS ET ACTIVITÉS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention : *SOUTIEN À LA RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION*

Objectif : Soutien aux CSSS dans la prévention des blessures à domicile chez les enfants dans le cadre des SIPPE ^f		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES <ul style="list-style-type: none">▪ Transmettre les recommandations d'experts afin de mettre à jour le contenu de la trousse▪ Assurer le développement des compétences sur la prévention des blessures à domicile auprès des intervenants SIPPE	Responsable : DSP (équipe PP) Collaborateurs : CSSS Direction des communications ASSSL DSP (équipe SRÉ)	Évaluation de la satisfaction des formations par les intervenants ciblés

^f Voir la description des SIPPE dans la section Développement, adaptation et intégration sociale

4. MALADIES INFECTIEUSES

Le domaine des maladies infectieuses regroupe les maladies qui sont causées par des agents biologiques transmis selon différents modes. Certaines infections restent asymptomatiques ou banales alors que d'autres sont sévères et peuvent entraîner la mort. On peut regrouper les maladies infectieuses qui font l'objet d'intervention en santé publique en quatre catégories :

- Les maladies à déclaration obligatoires (MADO);
- Les maladies évitables par la vaccination (MEV);
- Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS);
- Les infections nosocomiales (IN).

Plusieurs maladies infectieuses ont pu être prévenues et contrôlées grâce à l'amélioration des mesures d'hygiène, aux vaccins et aux antibiotiques. Toutefois, qu'elles soient disparues ou en voie d'élimination, en recrudescence ou en émergence, les maladies infectieuses exigent une **grande vigilance et un effort soutenu** de prévention afin de réduire la morbidité et la mortalité et de protéger la santé de la population.

Il est possible d'agir sur les maladies infectieuses en combinant plusieurs approches dans le cadre d'un continuum de services incluant des activités de :

- **Promotion** de la santé auprès de la population :
 1. En encourageant l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires,
 2. En favorisant l'éducation à la sexualité;
- **Prévention** :
 1. En diminuant la susceptibilité de l'hôte par la vaccination,
 2. En évitant la transmission des agents par les méthodes barrières ou les mesures d'hygiène,
 3. En évitant l'apparition de la maladie après une exposition à un agent pathogène en effectuant le dépistage, la détection précoce et la prophylaxie post-exposition;
- **Protection de la santé** de la population en cas de menace réelle ou appréhendée :
 1. En mettant en œuvre des plans d'urgence,
 2. En appliquant des lignes directrices pour investiguer les cas,
 3. En prévenant l'apparition de cas secondaires,
 4. En contrôlant les éclosions.

LES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO) ET AUTRES SIGNALEMENTS

LES FAITS SAILLANTS

La surveillance continue des MADO et le processus d'enquête et d'intervention pour les maladies déclarées permettent de prévenir efficacement les pathologies d'origine infectieuse et d'en limiter la propagation.

Malgré la croissance démographique, le nombre de MADO se maintient au fil des ans. La DSP des Laurentides reçoit environ 1 500 déclarations de MADO par année :

- Plus des deux tiers sont des ITSS;
- Environ 20 % sont des maladies entériques;
- Moins de 10 % sont des maladies évitables par la vaccination (MEV);
- Une cinquantaine d'éclosions sont signalées dont la majorité sont des gastro-entérites d'allure virale.

L'apparition de la grippe pandémique A H1N1 au Québec à la fin du mois d'avril 2009 a entraîné l'application du Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza (PRLPI) « Mission santé » et une intense mobilisation de l'ensemble du réseau de la santé. Le bilan régional de la deuxième vague de la pandémie a démontré que :

- 640 cas de grippe A (H1N1) ont été confirmés, dont 246 ont nécessité une hospitalisation;
- 13 décès ont été rapportés;
- La vaccination de masse de la population, débutée en octobre 2009, a permis d'atteindre des couvertures vaccinales de 57 % dans la population générale, 58 % chez les femmes enceintes, 54 % chez les personnes âgées de 6 mois à 64 ans atteintes de maladies chroniques et 77 % chez les travailleurs de la santé.

LES ACQUIS

En 2003, des équipes d'infirmières ont été constituées en CSSS pour effectuer les enquêtes épidémiologiques. En 2008, le processus d'enquête a été rapatrié à la DSP afin de faciliter la vigie sanitaire, d'améliorer l'efficacité des enquêtes, de réduire les délais d'intervention et de faciliter les suivis.

Depuis, à la suite d'un processus de priorisation des enquêtes, certaines MADO ne font plus d'emblée l'objet d'une enquête, sauf en cas de détection d'agrégats ou de demande spécifique du MSSS.

LES DÉFIS

En lien avec le renforcement de l'intégration des activités à l'intérieur des domaines de santé publique

Puisque la majorité des MADO sont des ITSS, il est important de renforcer la collaboration entre les professionnels effectuant les enquêtes MADO et ceux qui interviennent en matière d'ITSS. Une telle collaboration permettra d'améliorer la continuité entre la surveillance et les interventions préventives telles que l'éducation à la sexualité, la réduction des méfaits chez les UDI ou encore la promotion du port du condom. De plus, un renforcement des activités de prévention des ITSS et des MEV pourrait éventuellement se traduire par une diminution de leur incidence et réduire, ultimement, la charge pour les professionnels responsables d'enquêter sur les MADO.

En lien avec le maintien d'une gestion efficiente des ressources

La croissance démographique régionale et l'amélioration grandissante de la sensibilité des techniques de détection des infections risquent d'engendrer une augmentation continue de la charge de travail liée aux MADO. De plus, la signification clinique des éclosions détectées par les nouvelles technologies demeure incertaine puisqu'il est possible que ces infections aient été présentes auparavant dans la population, mais soient simplement passées inaperçues. Dans le but de maintenir une gestion efficiente des ressources et de maximiser la protection de la population, la collaboration avec les autres DSP, le LSPQ et l'INSPQ est essentielle afin de déterminer les infections dont l'impact sur la santé justifie une enquête rapide.

LES OBJECTIFS DE SANTÉ

Les **objectifs de santé** visés par la DSP concernant les MADO sont de :

- Réduire l'incidence des maladies entériques et de la tuberculose, ainsi que le nombre annuel de cas de zoonoses;
- Réduire la progression de la résistance aux antimicrobiens des infections à pneumocoque et de la tuberculose;
- Atténuer la morbidité et la mortalité associées à la pandémie d'influenza;
- Maintenir l'incidence moyenne annuelle des maladies infectieuses contractées à l'étranger.

LES INTERVENTIONS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention 1 : PROTECTION DE LA POPULATION CONTRE LES MENACES À LA SANTÉ

Objectifs :		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Effectuer la vigie des MADO ainsi que des signalements d'éclosions et de maladies en émergence ✓ Appliquer les lignes directrices pour assurer l'investigation des cas primaires, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions 		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
VIGIE-ENQUÊTES-INTERVENTIONS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser les enquêtes épidémiologiques selon les guides provinciaux et les priorités de l'équipe ▪ Transmettre au MSSS les enquêtes MADO complétées lorsque les procédures établies en cas d'études spécifiques l'exigent ▪ Mettre en œuvre les recommandations lors d'éclosion de maladies transmissibles dans les différents milieux ▪ Réviser quotidiennement les déclarations afin de capter les éclosions le plus rapidement possible ▪ Saisir les MADO/MATO au fichier LSPQ ▪ Répondre aux questions des intervenants de la région concernant l'application des différents protocoles de prévention des maladies transmissibles 	Responsables : DSP (MI) Collaborateurs : Déclarants Établissements réseau et hors réseau	Pourcentage d'enquêtes réalisées sur les MADO nécessitant une enquête Nombre d'éclosions signalées annuellement
PRISE EN CHARGE ET SUIVI INDIVIDUELS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le suivi des contacts étroits des cas de MADO ou de MATO déclarés selon les recommandations des protocoles provinciaux ▪ Assurer le suivi des immigrants récents pour la tuberculose 	Responsable : DSP (MI) Collaborateurs : Déclarants Établissements réseau et hors réseau Pneumologues Immigration Canada	Nombre de cas suivis annuellement Pourcentage d'immigrants signalés à la DSP ayant fait l'objet d'un suivi

Stratégie d'intervention 2 : PRÉVENTION DES MALADIES

Objectif :		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diffuser à la population et aux professionnels de la santé les recommandations reliées à la prévention des MADO et à leur mode de transmission 		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transmettre, sous forme de bulletins ou d'avis spéciaux, l'information pertinente concernant les menaces à la santé et les mesures préventives qui s'ensuivent : <ul style="list-style-type: none"> - Portrait des MADO - Nouvelles recommandations - Maladies émergentes ou éclosions en cours 	Responsable : DSP (MI)	
ÉDUCATION À LA SANTÉ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transmettre à la population générale l'information concernant certaines situations de menace à la santé et les mesures préventives qui en découlent 	Responsable : DSP (MI)	

Stratégie d'intervention 3 : SOUTIEN À LA RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION

Objectif :		
✓ Maintenir le soutien aux intervenants de la région œuvrant en santé voyage afin de contribuer à la prévention des infections contractées dans certains pays étrangers		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffuser les actualités santé voyage en provenance du Comité consultatif québécois sur la santé des voyageurs ▪ Voir à la formation des infirmières en santé voyage ▪ Répondre aux questions des intervenants du réseau sur les recommandations en santé voyage 	Responsable : DSP Collaborateurs : CSSS	Sommaire des activités de formation réalisées (thèmes abordés, nombre d'intervenants formés)
CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS DE PRATIQUE FACILITATEURS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la distribution des vaccins du calendrier régulier aux cliniques santé voyage 	Responsable : DSP	
DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apporter un soutien ponctuel à la table régionale santé voyage selon les besoins 	Responsable : DSP	

Stratégie d'intervention 4 : PROTECTION DE LA POPULATION CONTRE LES MENACES À LA SANTÉ RELIÉES À LA MENACE D'UNE PANDÉMIE

Objectif :		
✓ Assurer le déploiement des mesures prévues au volet santé publique incluses dans le plan de lutte à une pandémie d'influenza et voir à sa mise à jour		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
CONCERTATION ET PARTENARIAT <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le déploiement des mesures prévues au volet santé publique inclus dans le plan de lutte à une pandémie d'influenza suivant les directives ministérielles reçues (dont la vaccination de masse) ▪ Élaborer une liste des activités de santé publique prioritaires à préserver ▪ Mise à jour du plan de mobilisation de la DSP 	Responsable : DSP (MI) Collaborateurs : CSSS ASSS MSSS	Bilan des activités déployées : <ul style="list-style-type: none"> - Portrait régional des activités de vaccination selon le <i>point of distribution</i> (POD) - Description de la situation épidémiologique régionale, etc. Relevé des activités habituelles qui ont dû être temporairement délaissées Dépôt du plan mis à jour

LES MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

LES FAITS SAILLANTS

La vaccination demeure une intervention de choix en santé publique lorsqu'il s'agit de contrôler ou de prévenir plusieurs maladies infectieuses.

Les maladies évitables par la vaccination (MEV) reliées au programme de *vaccination de base* ont une incidence faible dans la région compte tenu des couvertures vaccinales élevées et de la grande efficacité des vaccins. Bien que la couverture soit estimée à environ 88 %, moins de 50 % des enfants vaccinés en CSSS reçoivent leur première dose de vaccin dans l'intervalle d'une semaine de la date prévue; c'est le cas également pour moins de 40 % des enfants lors de la vaccination de 12 mois.

En ce qui concerne la vaccination *en milieu scolaire* :

- Pour l'hépatite B, les couvertures vaccinales sont en majorité satisfaisantes (88,2 % des enfants avaient reçu les 3 doses en 4^e année du primaire en 2007) même si elles restent en deçà des 95 % ciblé⁹;
- Pour le virus du papillome humain (VPH), 64,1 % des élèves de 4^e année (cible de 90 %) et 79,4 % des élèves de 3^e secondaire (cible de 85 %) avaient reçu 2 et 3 doses respectivement du vaccin (2008-2009)⁹.

En ce qui concerne la vaccination chez les *groupes vulnérables* :

- Pour l'influenza saisonnière, 91 % des bénéficiaires en CHSLD auraient été vaccinés en 2008-2009, mais seulement 45 % des travailleurs des CSSS⁹;
- Pour le pneumocoque, la couverture vaccinale (CV) serait d'environ 50 % chez les 65 ans et plus;
- Malheureusement, la couverture vaccinale contre les hépatites A et B n'est pas disponible pour les groupes vulnérables (UDI, HARSAH, etc.).

LES ACQUIS

Dans la région, les activités de vaccination de base et celles des groupes vulnérables sont effectuées par les CSSS et les cliniques médicales, alors que la vaccination des enfants contre l'hépatite B et le VPH est principalement réalisée en milieu scolaire, par l'entremise des CSSS.

Les vaccinateurs de la région déclarent à la DSP les manifestations cliniques inhabituelles (MCI) qu'ils observent. La DSP reçoit environ une cinquantaine de déclarations annuellement, la plupart étant des cas bénins. Ce programme de surveillance permet de déceler rapidement une problématique reliée à un lot de vaccin.

LES DÉFIS

En lien avec le renforcement des collaborations avec les partenaires du réseau de la santé de manière à soutenir l'intégration de la prévention dans le continuum de soins

Il reste des progrès à réaliser pour améliorer les couvertures et le respect du calendrier vaccinal des enfants. Ces difficultés s'expliquent probablement par l'introduction de nouveaux vaccins, la complexité croissante du calendrier vaccinal et l'acceptabilité parfois limitée, pour les parents et les vaccinateurs, de l'administration de plusieurs vaccins au même rendez-vous. Pour faire face à ces difficultés, la DSP devra collaborer avec les CSSS et les cliniques médicales afin d'établir un plan de promotion de la vaccination auprès de la population, maintenir la mise à jour de la formation des vaccinateurs et revoir l'accessibilité aux vaccins dans le réseau.

Actuellement, la DSP s'assure de la gestion, au cas par cas, des produits immunisants (GPI) pour l'ensemble des vaccinateurs de la région. Il existe un système informatisé régional partiel pour saisir les

⁹ Selon les données transmises par les CSSS.

informations sur la vaccination effectuée par les médecins, mais pas pour gérer les produits immunisants (commandes, inventaire, traçabilité, etc.). La DSP prévoit débiter dès que possible, en collaboration avec le réseau, l'implantation d'un système informatisé de GPI (GPI-Web) au niveau régional en attendant le déploiement du système pancanadien PANORAMA.

LES OBJECTIFS DE SANTÉ

Les **objectifs de santé spécifiques** visés par la DSP en lien avec cette problématique sont de :

Maintenir

- Le nombre moyen de cas d'infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type B sous le seuil de cinq par année chez les enfants de moins de cinq ans;
- À deux ou moins le nombre de cas indigènes d'hépatite B chez les enfants âgés de moins d'un an, et à zéro l'incidence annuelle des cas indigènes de diphtérie et de poliomyélite;
- L'incidence moyenne annuelle de la rougeole et la rubéole sous le seuil d'élimination, et à moins de 5 % celle des oreillons;
- Le taux annuel d'hospitalisation pour influenza et pneumonie des personnes âgées de 65 ans ou plus sous le taux moyen de la période 1997-2002.

Réduire

- À moins de cinq cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à méningocoque de sérogroupe C dans la population âgée de 20 ans ou moins, et à zéro l'incidence de l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale;
- De 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de six mois à deux ans, de 50 % l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche par rapport à la période 1997-2002 et de 95 % le taux d'hospitalisation annuel pour varicelle;
- À 2,5 / 100 000 personnes l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A, et à 1 / 100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë;
- De 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination.

LES INTERVENTIONS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention 1 – PRÉVENTION DES MALADIES – VACCINATION DE BASE

Objectifs : ✓ Atteindre et maintenir une couverture vaccinale de 95 % pour la vaccination de base ✓ Réduire les inégalités dans les couvertures vaccinales au sein de la population des Laurentides		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la formation des vaccinateurs au sujet du nouveau Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) et aborder les attitudes et croyances des professionnels face à la vaccination ▪ Rédiger un bulletin rassemblant les questions les plus fréquemment posées à la DSP concernant la vaccination et le diffuser aux vaccinateurs de la région ▪ Répondre aux questions des vaccinateurs 	Responsable : DSP (MI) Collaborateurs : Vaccinateurs CSSS	Taux de couverture vaccinale pour la vaccination de base
ÉDUCATION À LA SANTÉ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en œuvre d'un plan de promotion de la vaccination ▪ Diffuser les outils promotionnels favorisant les attitudes positives envers la vaccination destinés à nos partenaires ainsi qu'à la population générale 	Responsable : DSP (MI) Collaborateurs : Vaccinateurs CSSS	

Stratégie d'intervention 2 : PRÉVENTION DES MALADIES – VACCINATION EN MILIEU SCOLAIRE

Objectif : ✓ Informer et soutenir les intervenants des CSSS offrant la vaccination en milieu scolaire de manière à atteindre les cibles de couverture vaccinale suivantes : Hépatite B en 4 ^e année : 90 %; VPH en 3 ^e secondaire et 4 ^e année : 85 % et 90 % respectivement		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffuser l'information pertinente concernant la vaccination scolaire en provenance du MSSS auprès des intervenants des CSSS qui offrent de la vaccination en milieu scolaire ▪ Offrir la formation concernant la vaccination scolaire aux intervenants des CSSS qui œuvrent en milieu scolaire ▪ Assurer la réponse téléphonique aux questions des vaccinateurs en milieu scolaire 	Responsable : DSP Collaborateurs : CSSS	Taux de couverture vaccinale pour la vaccination scolaire (mise à jour des carnets de vaccination)

Stratégie d'intervention 3 : PRÉVENTION DES MALADIES – HÉPATITE A ET B

Objectif : ✓ Assurer la vaccination des personnes visées par l'immunisation contre les hépatites A et B (personnes vulnérables)		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
VIGIE-ENQUÊTES-INTERVENTION <ul style="list-style-type: none"> ▪ Détecter les contacts étroits de personnes atteintes d'hépatite A ou B et les orienter pour vaccination 	Responsable : DSP Collaborateurs : CSSS Cliniques	
ÉDUCATION À LA SANTÉ — DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir la vaccination des jeunes dans les cliniques qui offrent du dépistage des ITSS (cliniques jeunesse, SIDEPE et autres) 	Responsable : DSP Collaborateurs : CSSS Cliniques	

Stratégie d'intervention 4 : PRÉVENTION DES MALADIES – INFLUENZA ET PNEUMOCOQUE

Objectif : ✓ Assurer la vaccination des personnes visées par l'immunisation contre l'influenza et le pneumocoque		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
ÉDUCATION À LA SANTÉ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffuser les outils promotionnels auprès des clientèles visées par ces programmes ▪ Coordonner la mise en place de la campagne annuelle de vaccination contre l'influenza saisonnière ainsi que celle contre le virus pandémique 	Responsable : DSP Collaborateurs : CSSS Cliniques MSSS	Taux de couverture vaccinale chez les travailleurs de la santé ainsi qu'en milieu fermés
DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Offrir la formation des vaccinateurs ▪ Assurer la réponse téléphonique aux questions des vaccinateurs 	Responsable : DSP Collaborateurs : CSSS Cliniques MSSS	

Stratégie d'intervention 5 : PRÉVENTION DES MALADIES— SURVEILLANCE DES MANIFESTATIONS CLINIQUES INHABITUELLES (MCI) RELIÉES À LA VACCINATION

Objectif : ✓ Maintenir le programme de surveillance des MCI reliées à la vaccination		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
VIGIE-ENQUETES-INTERVENTION <ul style="list-style-type: none"> ▪ À la suite d'une déclaration de MCI, compléter l'enquête ESPRI et émettre les recommandations appropriées concernant la poursuite de la vaccination ▪ Saisir les enquêtes ESPRI et les suivis dans le registre MADO ▪ Rappeler aux vacinateurs leur obligation légale de signaler les MCI à la DSP 	Responsable : DSP Collaborateurs : Vaccinateurs CSSS	Proportion des déclarations de MCI ayant fait l'objet d'une enquête Suivi de l'évaluation des déclarations dans le temps

Stratégie d'intervention 6 : PREVENTION DES MALADIES — IMPLANTATION D'UN SYSTEME D'INFORMATION VACCINALE INTEGRE

Objectif : ✓ Soutenir l'implantation du système de gestion des produits immunisants GPI-Web auprès des intervenants de la DSP et du personnel de la pharmacie du CH de Saint-Jérôme		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS DE PRATIQUE FACILITATEURS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Offrir la formation sur l'utilisation du logiciel au personnel de la DSP et du dépôt régional 	Responsable : DSP Collaborateurs : Formateurs externes	Suivi de l'implantation et des résultats de l'utilisation

LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS)

LES FAITS SAILLANTS

Depuis quelques années, certaines ITSS sont en hausse dans la région. C'est le cas de la chlamydie génitale, de l'infection gonococcique et de la syphilis. La majorité des cas sont de jeunes hommes, à l'exception de la chlamydie qui touche particulièrement les jeunes femmes de 15 à 24 ans.

Le taux de cas d'hépatite C dans la région est en baisse, mais l'épidémie n'est pas maîtrisée chez les utilisateurs de drogues intraveineuses (UDI). De même, l'infection au VIH demeure un fardeau important, notamment parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Ces statistiques sont largement sous-estimées compte tenu du nombre de personnes infectées qui ne consultent pas.

Les populations à risque de contracter une ITSS incluent les jeunes de 15 à 24 ans, les personnes déjà atteintes d'une ITSS et leurs partenaires sexuels, ainsi que celles qui ont des comportements à risque, tels les HARSAH, les utilisateurs de drogues et les personnes détenues en milieu carcéral. Ces groupes consultent peu le réseau de la santé et c'est pourquoi les approches de « proximité » et de réduction des méfaits sont reconnues efficaces pour réduire la prévalence des ITSS dans ces populations.

LES ACQUIS

Pour les jeunes, les services de consultation en matière de santé sexuelle sont relativement accessibles, grâce aux cliniques jeunesse disponibles dans tous les CSSS. Des Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE) sont également offerts dans certains CSSS. La DSP, en collaboration avec trois CSSS mandataires, offre des services pour la recherche des partenaires sexuels des personnes atteintes.

Pour les UDI, les sept CSSS ont des programmes d'échange de seringues (PES) et 33 centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) étaient accessibles en 2007-2008. Le monitoring annuel du matériel distribué par les centres montre une progression constante et dénombrait 70 000 seringues en 2007-2008.

LES DÉFIS

En lien avec le renforcement de l'intégration des activités à l'intérieur des domaines de santé publique

L'équipe de MI collaborera avec l'équipe PP afin de revoir l'offre de service en milieu scolaire, afin d'élaborer des stratégies conformes aux pratiques efficaces de promotion de la santé et de prévention dans les écoles du territoire en lien avec le dossier de l'éducation à la sexualité

En lien avec le renforcement des collaborations avec les partenaires du réseau de la santé de manière à soutenir l'intégration de la prévention dans le continuum de soins

Une fois le dépistage effectué, l'accès aux services cliniques pour les individus atteints d'hépatite B et C, pose souvent problème, particulièrement pour les UDI. Afin d'assurer la continuité de soins auprès des personnes infectées, la DSP devra collaborer avec la Direction des services sociaux, la Direction régionale des affaires médicales, la Direction régionale de la santé physique de l'ASSS et les CSSS, pour assurer les arrimages entre les services de dépistage et les services curatifs.

En lien avec le renforcement des collaborations avec les partenaires intersectoriels

Les clientèles les plus vulnérables aux ITSS sont difficilement rejointes par le réseau de la santé. Afin d'augmenter l'accessibilité au dépistage et aux programmes d'échange de seringues (PES), les CSSS, avec le soutien de la DSP, devront collaborer avec les organismes communautaires, les corps policiers et

les municipalités afin de mieux rejoindre ces clientèles dans différents milieux de vie, tels que les soupes populaires, les milieux de prostitution, les centres de désintoxication, etc.

LES OBJECTIFS DE SANTÉ

Les **objectifs de santé spécifiques** visés par la DSP concernant cette problématique sont de :

- Stabiliser le taux d'infection à *Neisseria gonorrhoe* à 8 / 100 000 et celui d'infection de syphilis récente à 13 cas / an;
- Stabiliser l'incidence annuelle de l'infection par le VIH;
- Stabiliser l'incidence annuelle d'infection à *Chlamydia trachomatis* plus particulièrement chez les jeunes de 15 à 24 ans;
- Réduire l'incidence annuelle de l'hépatite C;
- Réduire le risque de transmission accidentelle de maladies transmissibles par le sang lors d'accidents avec des aiguilles souillées.

LES INTERVENTIONS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention 1 : PROTECTION DE LA POPULATION CONTRE LES MENACES A LA SANTE – ITSS

Objectif :		
✓ Assurer la vigie sanitaire, la surveillance et la conduite d'enquêtes reliées aux déclarations d'ITSS et le contrôle des éclosions		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
VIGIE-ENQUÊTES-INTERVENTIONS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir la réalisation des enquêtes sur les cas déclarés d'ITSS dans la région ▪ Assurer le suivi des partenaires selon les recommandations des protocoles nationaux et régionaux ▪ Mobiliser les acteurs concernés lors de situations trouvées problématiques 	Responsable : DSP (MI) Collaborateurs : CSSS Médecins déclarants	Proportion d'enquêtes réalisées
SURVEILLANCE <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réviser les données d'ITSS déclarées de façon périodique pour analyse et interprétation ▪ Diffuser les résultats de ces analyses des données (sous forme d'un bulletin régional ITSS ou de communiqués de presse) auprès des professionnels de la santé de la région 	Responsable : DSP (MI) Collaborateurs : CSSS Cliniques	Synthèse des publications produites et diffusées
DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Offrir formation, soutien ponctuel et outils, selon les besoins 	Responsable : DSP Collaborateurs : CSSS	Nombre d'intervenants formés Type de formations offertes

Stratégie d'intervention 2 : PRÉVENTION DES MALADIES – PRÉVENTION PRIMAIRE DES ITSS

Objectif :		
✓ Soutenir les activités de promotion des comportements sexuels sécuritaires et de prévention des ITSS dans la région		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
<p>CONCERTATION ET PARTENARIAT</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir les comportements sexuels sécuritaires et la prévention des ITSS en milieu scolaire (voir DAIS) ▪ Collaborer aux efforts d'intégration des activités d'éducation à la sexualité au cadre de l'approche ÉES 	<p>Responsables : DSP (MI & PP)</p> <p>Collaborateurs : CSSS Réseau scolaire</p>	<p>Relevé des activités réalisées : types d'activités, destinataires</p>
<p>DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encourager le counselling sur la prévention des ITSS et la vaccination contre le VHB par les intervenants des SIDEP et des cliniques jeunesse <ul style="list-style-type: none"> - Offre de formations prévues au cadre SIDEP et dans le cadre des cliniques de santé sexuelle adulte - Approche PCP, selon les besoins 	<p>Responsables : DSP (MI & PP)</p> <p>Collaborateurs : CSSS Organismes communautaires</p>	<p>Relevé des activités de soutien réalisées : types d'activités, destinataires</p>
<p>ÉDUCATION A LA SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déployer les campagnes du MSSS visant la promotion de la santé sexuelle et la prévention des ITSS (journées annuelles VIH et hépatites, ainsi que les campagnes ITSS destinées aux clientèles jeunes et adultes) 	<p>Responsables : DSP (MI, PP et communications)</p>	<p>Nombre de campagnes réalisées et les types d'outils promotionnels diffusés et leurs destinataires</p>

Stratégie d'intervention 3 : PREVENTION DES MALADIES – PREVENTION SECONDAIRE DES ITSS

Objectif :		
✓ Contribuer à soutenir les services de santé dans la région de manière à favoriser le dépistage dans la population		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
<p>CONCERTATION ET PARTENARIAT — DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser le partenariat entre les CSSS et les organismes locaux afin d'offrir les services de dépistage dans les milieux de vie (SIDEPE) <ul style="list-style-type: none"> - Analyse des besoins des territoires, rencontre des organismes de la communauté et facilitation de la concertation et des ententes de service ▪ Assurer le maintien des compétences des infirmières SIDEPE en ce qui a trait à leurs activités de dépistage <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation des besoins de formation des intervenants, offre de formation adaptée et réponse aux questions des infirmières 	<p>Responsable : DSP (MI)</p> <p>Collaborateurs : CSSS Organismes communautaires Milieu carcéral</p>	<p>Nombre de SIDEPE déployés en CSSS et dans les milieux de vie</p> <p>Sommaire des activités de formation réalisées incluant : - les thèmes abordés - le nombre des intervenants formés</p> <p>Proportion des SIDEPE pouvant offrir le dépistage par les infirmières de façon autonome</p>
<p>CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS DE PRATIQUE FACILITATEURS (PREMIÈRE LIGNE MÉDICALE)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir les activités du programme IPPAP <ul style="list-style-type: none"> - Développement des compétences des intervenants par l'offre de formation en réponse à leurs besoins - Concertation et partenariat avec les organismes du milieu au besoin ▪ Faciliter l'accès à des tests de dépistage moins invasifs ▪ Favoriser le suivi et la prise en charge des cas détectés <ul style="list-style-type: none"> - Soutenir les milieux cliniques pour le dépistage et la prévention des ITSS dans le cadre du projet PCP - Collaboration à l'organisation du suivi médical VHC et VIH 	<p>Responsable : DSP (MI)</p> <p>Collaborateurs : CSSS DRAM & DRSP Organismes communautaires Milieu carcéral Cliniques médicales</p>	<p>Relevé des activités de soutien déployées auprès des intervenants du programme IPPAP</p> <p>Accessibilité dans la région au test urinaire pour la gonorrhée</p> <p>Bilan des activités de soutien, à la prise en charge des ITSS réalisées</p> <p>Nombre de GMF ayant priorisé la PCP ITSS</p>
<p>CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS DE PRATIQUE FACILITATEURS (CLINIQUES JEUNESSE)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Documenter les services offerts par les différentes cliniques du territoire ▪ Soutenir l'application de mesures préventives en matière d'ITSS (vaccination, dépistage, counselling sur les comportements sexuels sains) 	<p>Responsable : DSP</p> <p>Collaborateurs : CSSS</p>	<p>Bilan des services offerts</p>

Stratégie d'intervention 4 : PRÉVENTION DES MALADIES—PRÉVENTION TERTIAIRE DES ITSS

Objectif :		
✓ Soutenir le déploiement d'interventions visant la prévention des ITSS parmi les populations les plus à risque		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
RÉDUCTION DES MÉFAITS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer l'accès à du matériel stérile dans les milieux de vie : <ul style="list-style-type: none"> - Distribution du matériel aux organismes communautaires - Implantation de nouveaux sites de distribution de matériel stérile et de récupération des seringues et aiguilles usagées, notamment dans les pharmacies communautaires de la région - Offrir soutien et expertise aux intervenants impliqués - Formation auprès des intervenants ✓ Réponse aux questions des intervenants 	Responsable : DSP (MI) Collaborateurs : Organismes communautaires Pharmacies communautaires CSSS	Nombre de seringues fournies Proportion des pharmacies communautaires participant au système Sommaire des activités de formation réalisées incluant : <ul style="list-style-type: none"> - Les thèmes abordés - Le nombre des intervenants formés
PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION <ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaborer à l'organisation des services de prophylaxie post-exposition pour les personnes exposées accidentellement à des liquides biologiques en milieux de travail et dans la communauté 	Responsable : DSP (MI) Collaborateurs : Organismes de la communauté CSSS (urgences et Info-Santé) DSP (SAT)	Nombre d'urgences offrant les services d'évaluation de la post-exposition à des liquides biologiques (PELB)

LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

LES FAITS SAILLANTS

Les infections nosocomiales (IN) sont des infections acquises en milieux de soins. Elles entraînent une augmentation de la morbidité et de la mortalité chez les personnes hospitalisées et ont un impact non négligeable sur les coûts des services de santé. Les activités en prévention et contrôle des infections nosocomiales ont entre autres pour objet la surveillance des diarrhées à *Clostridium difficile* (DACD), les bactériémies à *Staphylococcus aureus* sensibles ou non à la méthicilline (SASM et SARM), les infections à entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) et le contrôle d'éclosions reliées à d'autres micro-organismes dans les établissements de santé.

Les nombreuses mesures mises en place lors de l'épidémie d'infection à *C. difficile* de 2004 à 2008 ont permis de diminuer significativement les taux moyens de cette infection. Auparavant plus élevé, le taux régional est actuellement comparable à celui de l'ensemble de la province.

Le SARM demeure un problème préoccupant pour lequel des stratégies de surveillance ont été développées dans la région.

Depuis 2005, quelques éclosions à entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) sont survenues dans des établissements de la région.

LES ACQUIS

Tous les centres hospitaliers participent aux quatre programmes provinciaux obligatoires de surveillance des IN. Suite à une concertation régionale, un plan régional de surveillance a été élaboré. Au niveau local, la surveillance varie en fonction du contexte épidémiologique afin de répondre aux besoins

spécifiques des établissements (par exemple : les infections urinaires, les pneumonies sous ventilation assistée, les infections à *Pseudomonas* résistant, etc.).

En ce qui a trait à la gestion des éclosions, les interventions de soutien de la DSP s'inscrivent dans une approche de collaboration avec les milieux de soins, qui sont les premiers responsables. La nature du soutien varie en fonction de la capacité locale et de l'ampleur du problème, pouvant aller de l'investigation épidémiologique à l'élaboration de recommandations ou à l'implantation de mesures de suivi.

En ce qui a trait aux ressources, tous les CSSS disposent actuellement de personnel compétent en prévention des infections et d'un logiciel de surveillance et de gestion des éclosions auquel la DSP a également accès.

LES DÉFIS

En lien avec le renforcement des collaborations avec les partenaires du réseau de la santé de manière à soutenir l'intégration de la prévention dans le continuum de soins

Le contrôle et la prévention des infections nosocomiales nécessitent une collaboration soutenue avec les établissements de santé. La DSP devra poursuivre la concertation régionale établie afin d'assurer le maintien de l'expertise dans la région (ressources humaines, intérêt des gestionnaires en période inter-éclosion), l'usage optimal et le suivi de l'utilisation des anti-infectieux et le développement et le maintien des compétences en hygiène salubrité.

LES OBJECTIFS DE SANTÉ

Les **objectifs de santé spécifiques** visés par la DSP concernant cette problématique sont de :

- Réduire l'incidence des infections nosocomiales dans les établissements de santé et de services sociaux, ainsi que la progression de la résistance aux antibiotiques de certains micro-organismes.

LES INTERVENTIONS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention 1 : PROTECTION DE LA POPULATION CONTRE LES MENACES À LA SANTÉ – INFECTIONS NOSOCOMIALES

Objectifs :		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Collaborer à la mise en place d'activités de vigie-surveillance des IN dans les établissements de santé et de services sociaux de la région (centres hospitaliers, services ambulatoires et CHSLD) ✓ Intervenir en vertu de la LSP lors de situations problématiques de menace à la santé ou d'éclosions selon les modalités convenues avec les établissements visés 		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
<p>SURVEILLANCE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer un plan de surveillance régionale incluant les programmes obligatoires et facultatifs de surveillance provinciale ainsi que l'usage optimal des anti-infectieux et soutenir les établissements dans leur mise en œuvre : <ul style="list-style-type: none"> - Définition des éléments de surveillance ainsi que des indicateurs à recueillir - Mobilisation et soutien des acteurs pour la participation aux programmes selon les réalités de leur milieu respectif - Soutien aux établissements dans leur démarche d'implantation d'un logiciel de prévention et contrôle des infections (PCI) ▪ Assurer le suivi des résultats de ces programmes de surveillance et diffuser périodiquement les états de situation aux diverses instances 	<p>Responsables : DSP (MI) & DRAM & DRSP</p> <p>Collaborateurs : TRPIN RIPIL Établissements</p>	<p>Dépôt du plan de surveillance régionale</p> <p>Taux de participation des établissements aux divers programmes de surveillance</p> <p>Nombre d'états de situation diffusés</p> <p>Proportion des équipes PCI qui utilisent le logiciel</p>
<p>CONTROLE DES ECLOSIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Offrir l'expertise épidémiologique permettant de compléter l'investigation des éclosions ▪ Convenir des modalités d'intervention pour leur gestion adéquate et au besoin intervenir en vertu de la LSP ▪ Voir à la mise en place de mécanismes de coordination entre les établissements ou avec les organismes du milieu lorsque les situations l'exigent 	<p>Responsable : DSP (MI)</p> <p>Collaborateurs : Établissements Organismes du milieu MSSS</p>	<p>Nombre d'interventions réalisées par année</p> <p>Nombre total d'éclosions</p>

Stratégie d'intervention 2 : PRÉVENTION DES MALADIES – INFECTIONS NOSOCOMIALES

Objectif :		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soutenir les milieux de soins dans l'application de mesures visant la prévention des IN (personnel du réseau et clientèles des centres hospitaliers, services ambulatoires et CHSLD) 		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
<p>DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffuser les lignes directrices, guides de pratiques et autres documents de référence aux équipes PCI et d'hygiène et salubrité des établissements ▪ Créer un site intranet facilitant l'accès aux divers documents 	<p>Responsables : DSP (MI) Coordination des ressources immobilières (CRI)</p> <p>Collaborateurs : TRPIN RIPIL Établissements</p>	<p>Bilan des documents diffusés et de leurs destinataires</p> <p>Site intranet mis en place</p>
<p>CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS DE PRATIQUE FACILITATEURS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir auprès des directions d'établissements, des équipes PCI et d'hygiène et salubrité des outils facilitant le suivi de gestion, notamment le tableau de bord et la surveillance de processus 	<p>Responsables : DSP CRI</p> <p>Collaborateurs : CGR TRPIN RIPIL TRIL CHSL Établissements</p>	<p>Nombre d'établissements qui utilisent le tableau de bord et qui font de la surveillance de processus</p>
<p>DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Offrir des formations régionales en fonction des besoins émergents ▪ Répondre aux questions des intervenants concernant l'application des lignes directrices ou tout autre enjeu de PCI 	<p>Responsable : DSP</p> <p>Collaborateurs : INSPQ MSSS DRH de l'Agence CRI Établissements</p>	<p>Sommaire des activités de formation réalisées incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les thèmes abordés - La proportion des intervenants formés
<p>CONCERTATION ET PARTENARIAT</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Animer et soutenir la concertation régionale en matière de prévention des infections nosocomiales et en hygiène et salubrité <ul style="list-style-type: none"> - Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN) - Regroupement des infirmières en prévention des infections des Laurentides (RIPIL) - Comité en hygiène et salubrité des Laurentides (CHSL) 	<p>Responsables : DSP CRI</p> <p>Collaborateurs : TRPIN RIPIL CHSL</p>	<p>Nombre de rencontres par année des diverses instances</p>

5. SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Le domaine de la santé environnementale regroupe les problèmes de santé causés ou aggravés par la contamination biologique, chimique ou physique de l'air, de l'eau et du sol. Les principaux problèmes sont l'aggravation des maladies cardiorespiratoires occasionnées par la pollution de l'air et la chaleur accablante, les problèmes reliés à la qualité de l'air intérieur, l'asthme et la rhinite allergique, les problèmes liés à la qualité de l'eau, les cancers d'origine environnementale (peau, poumon, mésothéliome) ainsi que les intoxications d'origine environnementale.

Les mesures de prévention à déployer seront décrites selon quatre axes d'intervention principaux :

La prévention des problèmes liés à l'**environnement extérieur** incluant :

- La qualité de l'eau potable et des eaux récréatives;
- La qualité de l'air extérieur;
- Les changements climatiques et la chaleur accablante;
- L'aménagement du territoire;
- Le bruit communautaire.

La gestion des risques associés à l'**environnement intérieur** incluant :

- L'insalubrité et les problèmes de moisissures;
- Le radon.

La protection contre les **menaces à la santé de la population** incluant :

- Les maladies à déclaration obligatoire (MADO)
- Les risques industriels majeurs (RIM) et les urgences environnementales.

La gestion des **risques environnementaux émergents**, notamment :

- L'exposition aux radiofréquences.

L'ENVIRONNEMENT EXTÉRIEUR

EAU POTABLE ET EAUX RÉCRÉATIVES

LES FAITS SAILLANTS

L'ingestion d'eau contaminée ou le contact avec une telle eau peuvent causer des problèmes de santé comme des gastroentérites, des diarrhées épidémiques, des dermatites, des folliculites et des intoxications aiguës.

La contamination de l'eau potable peut être microbienne ou chimique, d'origine naturelle ou provenir d'activités humaines. Elle peut se produire de façon récurrente ou ponctuelle, notamment lors d'un déversement accidentel.

Environ 700 réseaux d'eau potable desservent les résidents des Laurentides dont une certaine tirent leur eau des lacs et rivières, dite « eau de surface ». Ces plans d'eau sont vulnérables à la contamination et l'eau doit être traitée avant d'être distribuée.

- En 2007, il y a eu plus de 300 situations hors normes physicochimiques ou microbiologiques dans la région;
- De 2004 à 2007, 55 avis d'ébullition ont été émis en moyenne annuellement dû à la contamination de l'eau par des coliformes fécaux ou par du *E. Coli*.

De leur côté, les eaux récréatives peuvent être contaminées par les installations sanitaires, les effluents urbains, les pesticides ou les rejets industriels et entraîner des risques pour la baignade. La DSP est

généralement avisée lorsque survient un dépassement de normes ou toute autre problématique pouvant présenter un risque pour la santé de la population.

La problématique des cyanobactéries a connu un essor dans nos lacs ces dernières années. Bien qu'elles ne posent habituellement pas de risques majeurs, leurs toxines peuvent occasionnellement entraîner des problèmes de santé.

LES ACQUIS

La DSP a maintenant une bonne connaissance des réseaux d'eau potable problématiques et vulnérables à la contamination puisque **tous** les résultats hors normes sont transmis par les laboratoires accrédités au ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs du Québec (MDDEP) et à la DSP.

L'amélioration des connaissances relatives aux cyanobactéries a permis d'adapter les interventions de santé publique en fonction du risque réel à la santé.

LES DEFIS

En lien avec le renforcement des collaborations avec les partenaires intersectoriels

Pour assurer une eau potable de qualité, la DSP doit poursuivre ses efforts de représentation auprès des municipalités, du MDDEP, du MAPAQ et du MAMROT afin que ces derniers prennent les actions nécessaires pour amener les correctifs à la source, dans les réseaux d'eau problématiques de la région.

En ce qui concerne les eaux récréatives et les cyanobactéries, la DSP poursuivra l'ajustement de ses interventions au risque réel à la santé tout en s'assurant de maintenir la mobilisation des partenaires responsables de préserver la qualité de l'eau et de l'environnement.

L'**objectif de santé spécifique** visé par la DSP relatif à ces problématiques est de contribuer à :

- Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies d'origine hydrique, associées à la contamination de l'eau potable ou des eaux récréatives.

LES INTERVENTIONS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention 1 : *PROTECTION DE LA POPULATION CONTRE LES MENACES À LA SANTÉ RELIÉES À LA QUALITÉ DE L'EAU POTABLE*

Objectifs :		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurer la surveillance et la conduite d'enquêtes lorsque sont signalées des situations pouvant présenter un risque à la santé relativement à la qualité de l'eau potable ✓ Participer aux activités encadrées légalement 		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
VIGIE-ENQUÊTES-INTERVENTIONS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la surveillance de la qualité de l'eau potable ainsi que les suivis adaptés des résultats hors normes déclarés, qu'ils soient de nature microbiologique ou physico-chimique ▪ Conduire les enquêtes (épidémiologiques ou autres) en cas d'éclosion ou de menace réelle ou appréhendée liée à la qualité de l'eau potable 	Responsable : DSP (SE) Collaborateurs : Exploitants de réseaux publics et privés, MDDEP MAPAQ Info-Santé	Proportion des résultats hors normes ayant fait l'objet d'un suivi par année Nombre d'enquêtes effectuées par année
CONCERTATION ET PARTENARIAT <ul style="list-style-type: none"> ▪ Établir des ententes de collaboration avec les partenaires impliqués pour convenir des modalités d'intervention relativement aux réseaux d'eau potable problématiques 	Responsable : DSP (SE) Collaborateurs : MDDEP MAMROT MAPAQ	

Stratégie d'intervention 2 : PROTECTION DE LA POPULATION CONTRE LES MENACES À LA SANTÉ RELIÉES À LA QUALITÉ DES EAUX RÉCRÉATIVES

Objectifs :		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurer la conduite d'enquêtes et l'organisation d'activités appropriées lorsque sont signalées des situations pouvant présenter un risque à la santé relativement à la qualité des eaux récréatives ✓ Participer aux activités encadrées légalement conjointement avec d'autres secteurs au regard de la gestion des eaux récréatives dans la région ✓ Informer les partenaires et la population générale sur les mesures efficaces pour contrer les problèmes de santé liés aux cyanobactéries 		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
<p>VIGIE-ENQUÊTE-INTERVENTIONS</p> <p>Conduire les enquêtes et assurer les suivis lors de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépassement de normes pouvant présenter des risques à la santé relativement à la qualité des eaux récréatives ▪ Présence de cyanobactéries dans les plans d'eau 	<p>Responsable : DSP (SE)</p> <p>Collaborateurs : Municipalités MDDEP</p>	<p>Proportion de signalements reçus ayant fait l'objet d'une enquête par année</p>
<p>ACTIONS D'INFLUENCE ET REPRÉSENTATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibiliser les partenaires des agences de bassins versants à l'importance de la préservation de la qualité des plans d'eau dans la région ▪ Diffuser aux municipalités et aux citoyens l'information mise à jour sur les risques à la santé associés aux cyanobactéries 	<p>Responsable : DSP (SE)</p> <p>Collaborateurs : Agences de bassins versants Municipalités MDDEP MAPAQ</p>	
<p>ÉDUCATION À LA SANTÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffuser aux municipalités et aux citoyens l'information mise à jour sur les risques à la santé associés aux cyanobactéries 	<p>Responsable : DSP (SE)</p> <p>Collaborateurs : Agences de bassins versants Municipalités MDDEP MAPAQ</p>	

LA QUALITÉ DE L'AIR EXTÉRIEUR (QAE)

LES FAITS SAILLANTS

La pollution atmosphérique affecte la santé de la population. Lors d'épisodes de smog, certains symptômes peuvent apparaître chez les personnes plus sensibles comme les enfants et les personnes souffrant de maladies respiratoires ou cardiaques. L'été, la présence d'herbe à poux est responsable de la rhinite allergique saisonnière et touche essentiellement la partie sud du territoire.

L'indice de la qualité de l'air (IQA) canadien permet d'estimer les effets sur la santé reliés au smog. Le programme Info-Smog s'appuie sur un réseau de surveillance qui établit des modèles à partir de stations de mesures réparties au Québec et avise la population au moment de prendre les mesures pour protéger leur santé lorsque nécessaire. En ce qui a trait aux outils de surveillance, la région ne dispose pas d'un nombre suffisant de stations d'échantillonnage pour évaluer la qualité de l'air extérieur. Ceci limite la connaissance relative à la QAE et ne permet pas de définir actuellement des actions de santé publique plus spécifiques. L'intervention de la DSP à cet égard demeure par conséquent minimale.

Pour ce qui est des actions pour contrôler l'herbe à poux, la DSP est en attente des résultats du projet pilote entrepris en Montérégie par la Table québécoise sur l'herbe à poux (TQHP) qui vise à évaluer l'efficacité des actions concertées en matière de contrôle.

LES ACQUIS

De plus en plus, les municipalités de la région sont sensibilisées à l'importance de leur rôle en ce qui regarde la qualité de l'air extérieur.

LES DÉFIS

En lien avec le renforcement des collaborations avec les partenaires intersectoriels

Les interventions concernant la QAE relèvent principalement des municipalités, du secteur industriel et des transports. Toutefois, la DSP verra à maintenir une intervention minimale en ce qui a trait au maintien des connaissances et à la sensibilisation des partenaires aux mesures efficaces de réduction des contaminants de l'air extérieur.

D'autre part, un des moyens pour contrer la pollution atmosphérique et en réduire les effets est de diminuer l'utilisation de l'automobile et de favoriser le transport actif. Pour ce faire, la DSP concentrera ses efforts sur la collaboration avec les municipalités et les MRC afin d'aménager des territoires favorisant le transport actif (voir la section Aménagement du territoire).

L'objectif de santé spécifique visé par la DSP en lien avec ces problématiques est de contribuer à :

- Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies respiratoires et cardiaques associées à la mauvaise qualité de l'air extérieur et à la pollution atmosphérique.

LES INTERVENTIONS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention : *PROTECTION DE LA POPULATION CONTRE LES MENACES À LA SANTÉ RELIÉES À LA QUALITÉ DE L'AIR EXTÉRIEUR*

Objectifs :		
✓ Contribuer à informer la population sur les mesures de protection lors des avertissements de smog		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
ÉDUCATION À LA SANTÉ SANITAIRE <ul style="list-style-type: none">▪ Répondre aux demandes d'information des citoyens et des partenaires relatives aux problèmes de santé reliés à la qualité de l'air extérieur	Responsable : DSP (SE) Collaborateurs : Environnement Canada INSPQ	
CONCERTATION ET PARTENARIAT <ul style="list-style-type: none">▪ Participer aux travaux du comité air extérieur de la TCNSE relatifs à l'implantation de nouvelles stations d'échantillonnage de la qualité de l'air▪ Diffusion des résultats du projet pilote de la TQHP▪ Informer nos partenaires du réseau de la nouvelle « cote air santé » lors de son implantation régionale	Responsable : DSP (SE) Collaborateurs : Comité air extérieur provincial TQHP	

L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE

LES FAITS SAILLANTS

La croissance démographique des Laurentides et l'étalement urbain ont entraîné ces dernières années un développement accéléré de la région créant une pression sur le milieu naturel.

Un aménagement judicieux du territoire permet d'améliorer la santé et le bien-être de plusieurs façons :

- En atténuant les nuisances et les risques d'origine naturelle comme les effets de la chaleur accablante par la création d'espaces verts;
- En améliorant la sécurité routière, ce qui permet de prévenir les traumatismes de la route;
- En aménageant des parcs, des pistes cyclables et des aires de loisirs, ce qui crée des environnements favorables à la pratique d'activités physiques de la population;
- En favorisant l'accès pour les personnes à faible revenu à des logements de qualité, ce qui contribue à minimiser les inégalités en matière de santé;
- En favorisant l'utilisation du transport actif et collectif et en diminuant la dépendance à l'automobile, ce qui contribue à diminuer l'émission des gaz à effet de serre (GES) et les épisodes de smog;
- En améliorant l'accès à des aliments sains dans la communauté.

LES ACQUIS

Le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (MAMROT) consulte la DSP lors de la révision des schémas d'aménagement et lors d'adoption de règlements de contrôle intérimaire par les huit MRC de la région des Laurentides. Pour les années 2007 et 2008, près d'une centaine d'avis ont été émis par la DSP en ce sens.

LES DEFIS

En lien avec le renforcement de l'intégration des activités à l'intérieur des domaines de santé publique

Poursuivre les collaborations avec l'équipe PP en ce qui concerne la création d'environnements favorables à la santé afin de faciliter la pratique d'exercice physique et l'accès à des aliments sains.

En lien avec le renforcement des collaborations avec les partenaires intersectoriels

L'implication de la DSP en ce qui a trait aux schémas d'aménagements urbains se fait tardivement dans le processus de consultation du MAMROT, de sorte que les recommandations émises par la DSP sont plus difficiles à mettre en œuvre. Pour favoriser la création d'environnements favorables à la santé, la DSP effectuera les représentations nécessaires auprès des acteurs concernés afin d'être impliquée en amont dans le processus de consultation.

L'**objectif de santé spécifique** visé par la DSP relativement à ces problématiques est de contribuer à :

- Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies respiratoires et cardiaques associées à la mauvaise qualité de l'air extérieur et à la pollution atmosphérique associée au transport routier.

LES INTERVENTIONS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention : *CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ*

Objectifs :	Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
<ul style="list-style-type: none">✓ Participer aux activités encadrées légalement par d'autres secteurs d'intervention concernant, notamment, la révision des schémas d'aménagement proposés par les MRC et les communautés urbaines de la région✓ Soutenir les communautés dans des approches de développement durable			
	CONCERTATION ET PARTENARIAT <ul style="list-style-type: none">▪ Réviser les schémas d'aménagement et de développement et les règlements de contrôle intérimaires, et faire les recommandations appropriées, en ce qui concerne notamment :<ul style="list-style-type: none">- L'aménagement urbain et le transport actif- La promotion de l'adaptation aux changements climatiques▪ Bonifier le processus de révision par une collaboration plus étroite des intervenants régionaux et locaux en promotion-prévention	Responsable : DSP (SE) Collaborateurs : DSP (PP) CSSS	Proportion des schémas reçus qui ont été révisés Sommaire des retombées des recommandations émises
	ACTION D'INFLUENCE ET DE REPRÉSENTATION <ul style="list-style-type: none">▪ Promouvoir le transport actif et le transport en commun dans les Laurentides, notamment par :<ul style="list-style-type: none">- Des actions d'influence et de représentation auprès des partenaires- La mise en œuvre de projets pilotes régionaux▪ Encourager la mise en place de projets pilotes relatifs au développement durable par les municipalités<ul style="list-style-type: none">- Soutien expertise auprès des partenaires- Accompagnement à la mise en œuvre des projets	Responsable : DSP (SE) Collaborateurs : DSP (PP) Municipalités OURANOS INSPQ	Sommaire des projets pilotes mis en œuvre et de leurs retombées

LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES ET LA CHALEUR ACCABLANTE

LES FAITS SAILLANTS

Les changements climatiques sont bien présents à l'échelle planétaire et les chercheurs prévoient qu'ils provoqueront des effets diversifiés sur la santé, associés :

- Aux extrêmes de température (chaleur accablante) et à l'apparition potentielle d'évènements climatiques extrêmes (ECE);
- À la détérioration de la qualité de l'air extérieur et à l'augmentation des épisodes de smog;
- À la contamination de l'eau et des aliments;
- À l'augmentation des maladies zoonotiques et à transmission vectorielle;
- À l'exposition aux rayons ultraviolets.

Des solutions proactives doivent être mises en place dès maintenant si l'on désire atténuer les impacts sanitaires liés aux changements climatiques. Une action est nécessaire pour protéger les populations contre la chaleur accablante et l'impact potentiel des événements climatiques extrêmes, en préparant la réponse aux urgences environnementales. À plus long terme, il faut voir à la réduction des émissions de gaz à effet de serre et à l'application des principes du développement durable. Un des moyens d'y parvenir est de favoriser un aménagement judicieux du territoire, tel que décrit précédemment (voir la section Aménagement du territoire).

LES ACQUIS

La DSP collabore avec les autres DSP afin d'harmoniser les messages de communication véhiculés par les régions lors d'épisodes de chaleur accablante.

La DSP a entériné le Plan de prévention et de protection en cas de chaleur accablante pour les Laurentides avec la Sécurité civile-Mission santé et la Sécurité civile régionale. Quatre municipalités de la région ont élaboré des plans d'urgence spécifiques à la chaleur accablante en collaboration avec la DSP.

LES DÉFIS

En lien avec le renforcement des collaborations avec les partenaires intersectoriels

La DSP souhaite collaborer avec les municipalités afin d'augmenter le nombre d'entre elles qui ont un plan d'urgence en cas de chaleur accablante.

La DSP souhaite collaborer avec ses partenaires pour élaborer des modèles d'urbanisation ayant une visée sur le transport actif et collectif, la préservation des espaces verts et le réaménagement des secteurs présentant des îlots de chaleur (voir les défis de la section Aménagement du territoire).

LES INTERVENTIONS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention : PROTECTION DE LA POPULATION CONTRE LES MENACES À LA SANTÉ RELIÉES AUX CHANGEMENTS CLIMATIQUES ET À LA CHALEUR ACCABLANTE

Objectifs :		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan d'urgence de l'Agence des Laurentides relatif aux événements climatiques extrêmes et à la chaleur accablante ✓ Soutenir les communautés dans des approches de développement durable 		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
<p>CONCERTATION ET PARTENARIAT</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer un plan d'action régional concernant les problèmes de santé publique reliés aux changements climatiques 	<p>Responsable : DSP (SE)</p> <p>Collaborateurs : DSP (MI) DSP (PP)</p>	<p>Dépôt d'un plan d'action régional</p>
<p>CONCERTATION ET PARTENARIAT</p> <p><i>En phase préparatoire,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer et promouvoir le plan régional en cas de chaleur accablante ▪ Soutenir, de concert avec la Sécurité civile régionale, les municipalités dans l'élaboration de leur plan chaleur ▪ Contribuer à l'implantation du système de veille de chaleur intense et de surveillance santé de l'INSPQ <p><i>En situation d'urgence,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participer à l'évaluation, la gestion et la communication du risque, tel que décrit à la section Plan de mesures d'urgence 	<p>Responsable : DSP (SE)</p> <p>Collaborateurs : ASSS MSP Municipalités Sécurité civile INSPQ DSP (SRÉ)</p>	<p>Mise à jour du plan régional</p>

L'EXPOSITION AU BRUIT COMMUNAUTAIRE

LES FAITS SAILLANTS

L'exposition chronique au bruit peut entraîner divers problèmes de santé, dont l'hypertension et la diminution de la quantité et de la qualité du sommeil. Le territoire des Laurentides compte plusieurs sentiers de motoneige et de quad, et le bruit occasionné par ces activités peut constituer un problème pour les riverains de sentiers.

LES ACQUIS

La DSP participe, depuis près de trois ans maintenant, à la Table de concertation régionale sur les véhicules hors route (VHR) qui vise à établir un réseau de sentiers sur le territoire réduisant le plus possible les impacts sur la santé et la qualité de vie des résidents des Laurentides. Elle a participé également à l'étude du ministère des Transports du Québec (MTQ) réalisée par l'Université de Montréal et dont l'objectif principal est de mieux comprendre la nuisance associée au bruit des motoneiges.

L'**objectif de santé spécifique** visé par la DSP concernant cette problématique est de contribuer à :

- Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés à l'exposition au bruit communautaire

LES INTERVENTIONS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention : *PROTECTION DE LA POPULATION CONTRE LES MENACES À LA SANTÉ RELIÉES À L'EXPOSITION AU BRUIT COMMUNAUTAIRE*

Objectifs : <ul style="list-style-type: none">✓ Contribuer à informer la population sur les mesures de protection relatives à l'exposition au bruit communautaire✓ Soutenir les communautés de la région dans la mise en place d'approches de développement durable, notamment en ce qui concerne l'aménagement des sentiers VHR et l'exposition au bruit communautaire		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
ÉDUCATION À LA SANTÉ <ul style="list-style-type: none">▪ Répondre aux demandes d'information des citoyens et des partenaires concernant les problèmes de santé reliés au bruit communautaire	Responsable : DSP (SE) Collaborateurs : Municipalités	
CONCERTATION ET PARTENARIAT <ul style="list-style-type: none">▪ Effectuer des représentations auprès de la table de concertation régionale sur les véhicules hors route (VHR) en vue de l'identification et la mise en place de sentiers VHR durables pour l'ensemble des Laurentides	Responsable : DSP (SE) Collaborateur : Conférence régionale des élus (CRÉ)	

L'ENVIRONNEMENT INTERIEUR

LA QUALITÉ DE L'AIR INTÉRIEUR (QAI)

Les conditions et facteurs susceptibles d'affecter la qualité de l'air intérieur peuvent être de nature biologique (moisissures, allergènes, etc.), chimique (fumée de tabac, monoxyde de carbone, etc.) et physique (radon).

Les interventions concernant l'exposition à la fumée de tabac sont traitées dans la section Habitudes de vie et prévention des maladies chroniques, et certains risques chimiques comme l'exposition au monoxyde de carbone, dans la section des MADO d'origine environnementale.

MOISSURES ET INSALUBRITÉ

FAITS SAILLANTS

Les personnes les plus susceptibles de développer des problèmes de santé dus aux moisissures sont les personnes prédisposées aux allergies, les enfants, les personnes âgées et les personnes ayant un système immunitaire affaibli.

L'exposition aux moisissures peut provoquer des effets irritatifs sur les voies respiratoires supérieures (irritation des yeux, rhinites, rhumes à répétition) et augmenter la fréquence et la gravité des crises chez les individus asthmatiques. Toutefois, la présence de symptômes chez un occupant ne signifie pas nécessairement qu'ils sont attribuables aux moisissures.

LES ACQUIS

Ayant traité de nombreuses demandes concernant la salubrité de l'air dans les établissements publics et autres, la DSP a acquis une expertise en gestion des risques à la santé associés à la présence de moisissures.

LES DÉFIS

En lien avec le renforcement des collaborations avec les partenaires intersectoriels

L'action en matière de salubrité des logements nécessite la collaboration de plusieurs partenaires. La DSP souhaite faire appel à l'ensemble des intervenants impliqués, notamment les CSSS et les municipalités, afin de clarifier les rôles de chacun et que tous assument les responsabilités qui leur reviennent dans ce dossier.

L'**objectif de santé spécifique** visé par la DSP concernant cette problématique est de contribuer à :

- Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies respiratoires associées à la mauvaise qualité de l'air intérieur causée par l'insalubrité des habitations et des édifices publics.

LES INTERVENTIONS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention : *PROTECTION DE LA POPULATION CONTRE LES MENACES À LA SANTÉ RELIÉES À LA QUALITÉ DE L'AIR INTÉRIEUR*

Objectifs :		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conduire les enquêtes et organiser les activités appropriées lorsque sont signalés des problèmes liés à la qualité de l'air intérieur dans les établissements publics des Laurentides ✓ Soutenir l'organisation des services publics sur la qualité de l'air intérieur et l'insalubrité dans les habitations et autres bâtiments privés dans la région ✓ Informer la population des Laurentides sur les moyens efficaces de contrer les problèmes de santé liés à la mauvaise qualité de l'air intérieur 		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
VIGIE-ENQUÊTES-INTERVENTIONS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Effectuer les enquêtes (épidémiologiques ou autres) et assurer les suivis appropriés en cas de problèmes liés à la qualité de l'air intérieur ou à la salubrité dans les établissements publics de la région (écoles, centres de la petite enfance, établissements du réseau de la santé et des services sociaux, etc.) 	Responsables : DSP (SE et SAT) Collaborateurs : CSSS Municipalité Établissements publics	Proportion des signalements pour lesquels une enquête a été complétée
CONCERTATION ET PARTENARIAT <ul style="list-style-type: none"> ▪ Offrir soutien et expertise-conseil aux partenaires sectoriels et intersectoriels de la région qui interviennent dans des situations de mauvaise QAI ou d'insalubrité des bâtiments d'habitation qui ne sont pas des établissements publics <ul style="list-style-type: none"> - Diffusion d'information sur les moyens efficaces d'assainissement de la qualité de l'air intérieur - Réponse aux questions des intervenants selon les besoins 	Responsable : DSP (SE) Collaborateurs : Municipalités CSSS	
ÉDUCATION À LA SANTÉ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informer la population des moyens efficaces pour réduire l'exposition aux aéroallergènes ou aux irritants dans l'environnement intérieur : <ul style="list-style-type: none"> - Réponse aux demandes d'information des citoyens - Envoi d'information appropriée - Orientation vers les ressources existantes 	Responsable : DSP (SE) Collaborateurs : Municipalité CSSS Régie du logement	Bref bilan du type d'appels reçus annuellement

L'EXPOSITION AU RADON DOMICILIAIRE

LES FAITS SAILLANTS

Le radon est un gaz radioactif d'origine naturelle provenant de la croûte terrestre. L'exposition au radon à l'intérieur des maisons (radon domiciliaire) constituerait la deuxième cause de cancer du poumon loin derrière le tabagisme.

Il est possible, par des mesures particulières, de diminuer efficacement les infiltrations de radon et d'en limiter l'exposition résidentielle.

Il existe dans la région des zones à potentiel de surexposition au radon, dont certaines sont déjà identifiées comme dans certains secteurs d'Oka, de Saint-Joseph-du-Lac, de Saint-André d'Argenteuil et plusieurs municipalités de la MRC d'Antoine-Labelle.

LES ACQUIS

Au cours des dernières années, la DSP a acquis une expertise importante en matière de gestion des risques à la santé associés au radon. Dans les zones les plus exposées, la DSP a mené plusieurs campagnes d'information sur les risques de surexposition au radon et des activités de dépistage dans les habitations. Avec la collaboration des municipalités, la DSP a incité les propriétaires à corriger la situation quand les niveaux de radon domiciliaire étaient trop élevés.

LES DÉFIS

En lien avec le renforcement des collaborations avec les partenaires intersectoriels

À la suite de la récente diminution à 200 Bq/m³ de la ligne directrice canadienne sur le radon et des recommandations du Comité intersectoriel québécois sur le radon (CIQR), la DSP sera de nouveau appelée à intervenir de façon ciblée dans les zones qui auront été identifiées comme potentiellement plus à risque. En concertation avec le MSSS et les autres partenaires, la DSP sera appelée à mettre en place les mesures appropriées afin de contribuer à la mise en œuvre sur leur territoire du Plan d'action intersectoriel contre le radon.

L'**objectif de santé spécifique** visé par la DSP concernant cette problématique est de contribuer à :

- Réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité liées au cancer des voies respiratoires associé à l'exposition au radon domiciliaire

LES INTERVENTIONS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention : PROTECTION DE LA POPULATION CONTRE LES MENACES À LA SANTÉ RELIÉES À L'EXPOSITION AU RADON

Objectifs :		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informer et sensibiliser la population ainsi que les intervenants de la région des risques liés à l'exposition au radon domiciliaire ✓ Consolider notre connaissance de la cartographie des zones potentiellement plus à risque d'émanation de radon ✓ Promouvoir les mesures de prévention et, lorsque nécessaire, d'atténuation de l'infiltration du radon dans les bâtiments, tant publics que privés 		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
<p>CONCERTATION ET PARTENARIAT</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déployer, en collaboration avec les partenaires sectoriels et intersectoriels, le <i>Plan d'action intersectoriel contre le radon</i> <ul style="list-style-type: none"> - Diffusion d'information à la population sur la problématique du radon - Consolidation de la cartographie de zones potentiellement à risque d'émanation de radon dans la région - Promotion des mesures de prévention et, lorsque nécessaire, d'atténuation de l'infiltration du radon dans les bâtiments, tant publics que privés - Sensibilisation des intervenants aux conséquences de la récente diminution de la ligne directrice de Santé Canada en regard du radon et à l'importance de leur collaboration pour la mise en place des mesures de protection nécessaires 	<p>Responsable : DSP (SE)</p> <p>Collaborateurs : Santé Canada Comités provinciaux et fédéraux sur le radon MSSS, MELS INSPQ, SHQ, INRS, CIQR, CSSS Municipalités MRC</p>	<p>Relevé des activités mises en place dans le cadre du déploiement du plan d'action</p> <p>Évaluation de la réponse aux activités de sensibilisation</p>
<p>DEPISTAGE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participer à un projet pilote de dépistage du radon dans certaines écoles de la commission scolaire Pierre-Neveu 	<p>Responsable : DSP (SE)</p> <p>Collaborateurs : MSSS, INSPQ INRS Santé Canada MELS Commissions scolaires Municipalités</p>	<p>Sommaire des résultats du projet pilote et de ses retombées</p>

LA PROTECTION CONTRE LES MENACES À LA SANTÉ D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE

Cette section aborde les mesures de protection de la santé de la DSP prévues par la Loi sur la santé publique (LSP), notamment la surveillance et le suivi des Maladies à déclaration obligatoires (MADO), l'évaluation des risques industriels majeurs et la mise en œuvre des plans de mesures d'urgence environnementale.

L'**objectif de santé spécifique** visé par ces mesures est de contribuer à :

- Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux intoxications d'origine biologique ou chimique de source environnementale.

LES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO) D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE

LES FAITS SAILLANTS

La LSP prévoit que les intoxications chimiques à déclaration obligatoire soient signalées à la DSP dans le but d'en identifier la cause et de mettre en place les mesures nécessaires de prévention individuelles ou communautaires pour éviter l'apparition de nouveaux cas.

- En 2007, 149 MADO d'origine chimique ont été déclarées dont 87 représentaient des nouveaux épisodes.

Parmi les intoxications signalées à la DSP, les intoxications au plomb sont les plus fréquentes. Dans 5 % des cas, une origine environnementale a été identifiée, le reste étant lié aux milieux de travail.

LES ACQUIS

L'équipe de santé environnementale, en collaboration avec l'équipe de santé au travail, mène une enquête épidémiologique pour **toutes** les déclarations de MADO reçues à la DSP. Dans le but d'encourager la déclaration, une rétroaction systématique est effectuée auprès de tous les déclarants.

LES INTERVENTIONS RÉGIONALES À DÉPLOYER D'ICI 2015

Stratégie d'intervention : *PROTECTION DE LA POPULATION CONTRE LES MENACES À LA SANTÉ RELIÉES AUX MADO D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE*

Objectifs : <ul style="list-style-type: none">✓ Assurer la conduite d'enquêtes et l'organisation d'activités appropriées lorsque sont signalées des maladies ou des intoxications à déclaration obligatoire ou des éclosions d'origine environnementale✓ Contribuer à améliorer le processus de déclaration afin que la DSP ait accès en temps opportun aux déclarations de MADO d'origine environnementale requérant la mise en place d'une intervention de protection de la santé de la population		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
VIGIE-ENQUÊTES-INTERVENTIONS <ul style="list-style-type: none">▪ Conduire les enquêtes (épidémiologiques ou autres) et assurer le suivi approprié lorsque sont signalées des déclarations d'éclosion ou d'intoxication (MADO ou IADO), comme le prévoit la Loi sur la santé publique	Responsable : DSP (SE) Collaborateurs : Déclarants	Proportion d'enquêtes complétées
CONCERTATION ET PARTENARIAT <ul style="list-style-type: none">▪ Sensibiliser les déclarants de la région à l'importance de signaler les cas d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine environnementale▪ Envoi à chaque médecin d'un rapport de suivi lors d'un signalement ou d'une déclaration de MADO d'origine chimique	Responsable : DSP (SE) Collaborateurs : Déclarants CSSS	Proportion de rapports de suivi envoyés sur l'ensemble des déclarations faites par un médecin

L'ÉVALUATION DES IMPACTS ENVIRONNEMENTAUX

LES FAITS SAILLANTS

La DSP possède le mandat délégué du MSSS de procéder à l'évaluation des impacts de divers projets pouvant avoir des conséquences sur la santé et le bien-être de la population. Cette évaluation permet, avant même la réalisation des projets, d'analyser l'ensemble des facteurs qui ont un impact sur la santé et la qualité de vie des collectivités, ainsi que les impacts potentiels sur les inégalités de santé.

LES ACQUIS

La DSP évalue 100 % des études d'impact demandées par le MDDEP.

- En 2007-2008, 19 projets ont été évalués pour les régions 10 (Nord-du-Québec) et 15 (Laurentides). (Par ententes de services, la DSP couvre les besoins de la région 10.)

LES INTERVENTIONS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention : *PROTECTION DE LA POPULATION CONTRE LES MENACES À LA SANTÉ*

Objectifs : ✓ Participer aux activités encadrées légalement par d'autres secteurs d'intervention concernant l'examen de projets ayant des conséquences sur l'environnement		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
CONCERTATION ET PARTENARIAT <ul style="list-style-type: none">▪ Évaluer les impacts sanitaires des projets soumis à la procédure des études d'impact et produire les avis de santé publique requis▪ Fournir l'expertise sanitaire requise lors d'audiences publiques sur l'environnement▪ Examiner les projets industriels sur demande du milieu et élaborer les avis de santé publique appropriés	Responsable : DSP (SE) Collaborateurs : DSP d'autres régions MDDEP Municipalités Citoyens	Proportion des projets soumis qui ont fait l'objet d'une évaluation

LE PLAN DE MESURES D'URGENCE ET LES RISQUES INDUSTRIELS MAJEURS (RIM)

LES FAITS SAILLANTS

La LSP donne aux autorités régionales de santé publique la responsabilité de circonscrire et contrôler les menaces à la santé publique de nature physique, biologique ou chimique (menaces radiologiques et nucléaires, les événements climatiques extrêmes, les accidents industriels majeurs, etc.) L'exercice de cette responsabilité nécessite la préparation de plans de mesures d'urgence et le maintien des compétences des intervenants impliqués.

La DSP est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre du volet santé publique du Plan d'urgence de l'Agence de la santé et des services sociaux, essentiellement coordonné par la Sécurité civile régionale. Ce plan doit intégrer quatre volets (santé publique, santé physique, communication et services psychosociaux), et s'harmoniser avec les plans nationaux de sécurité civile et de mobilisation des ressources des CSSS. Les volets du plan sont mis à jour régulièrement et des simulations sont effectuées afin que les mesures prévues puissent être mises en œuvre avec vigilance et efficacité.

De plus, il existe plusieurs parcs industriels et entreprises qui utilisent des matières dangereuses pour la santé, susceptibles d'être relâchées dans l'environnement en cas d'accident majeur, ce qui pourrait constituer un risque industriel majeur (RIM).

- En 2007, on dénombrait 27 sites industriels potentiellement dangereux répartis dans 13 municipalités de la région.

LES ACQUIS

En ce qui concerne les RIM, la DSP possède une bonne connaissance des sites industriels potentiellement dangereux et rédige annuellement un inventaire des RIM qui est ensuite distribué aux municipalités afin d'actualiser leur plan d'urgence local. De plus, la DSP a mis en place une très bonne collaboration avec les services d'urgence municipaux.

LES DÉFIS

En lien avec le renforcement des collaborations avec les partenaires intersectoriels

La DSP souhaite augmenter ses collaborations avec les municipalités et la sécurité civile afin de mettre en place un mécanisme de suivi permettant de s'assurer que les plans d'urgence locaux sont réellement opérationnels et d'être avisée lors de l'implantation de nouveaux procédés dans les entreprises actuelles afin de mettre à jour l'évaluation des RIM.

LES INTERVENTIONS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention 1 : PROTECTION DE LA POPULATION CONTRE LES MENACES À LA SANTÉ RELIÉES AUX URGENCES ENVIRONNEMENTALES

Objectifs : ✓ Mettre à jour le volet santé publique du Plan d'urgence régional de l'Agence de la santé et des services sociaux coordonné par la Sécurité civile des Laurentides ✓ Participer à la gestion des risques en cas de situation d'urgence d'origine environnementale		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
CONCERTATION ET PARTENARIAT ■ Mettre à jour le volet santé publique du plan Mission santé de l'Agence s'appliquant aux menaces liées aux agents chimiques, biologiques et physiques <ul style="list-style-type: none"> - Intégration des modèles de gestion de santé publique et sécurité civile pour les différentes situations prévues au plan d'urgence - Révision du plan de mobilisation de santé publique 	Responsables : DSP (SE) ASSS Mission-santé Collaborateurs : DSP (Communications et MI)	Dépôt du volet santé publique du Plan d'urgence mis à jour
CONCERTATION ET PARTENARIAT ■ Participer à l'évaluation, la gestion et la communication du risque en situation d'urgence d'origine environnementale : <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation des risques pour la santé et organisation d'activités appropriées - Soutien aux intervenants de première ligne pour l'évaluation et la prise en charge des victimes - Maintien du service de garde médicale disponible 24/7 	Responsables : DSP (SE) ASSS Mission-santé Collaborateurs : Municipalités MSP MDDEP ENV Canada INSPQ CAP CSSS	Nombre et type de situations urgentes survenues

Stratégie d'intervention 2 : PROTECTION DE LA POPULATION CONTRE LES MENACES À LA SANTÉ RELIÉES AUX RIM

Objectifs : ✓ Participer à la gestion des risques en cas de situation d'urgence d'origine environnementale lors d'accidents industriels majeurs ✓ Contribuer à prévenir les impacts d'événements majeurs en ce qui a trait aux risques industriels majeurs sur le territoire des Laurentides		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
CONCERTATION ET PARTENARIAT ■ Élaborer et mettre à jour l'inventaire des risques industriels majeurs régionaux et assurer sa distribution aux municipalités visées ■ Offrir notre expertise en soutien auprès des municipalités concernées pour la mise en place de mesures de réduction de risque et pour la préparation aux urgences ■ Élaborer un protocole d'intervention lors de déversements ferroviaires majeurs de matières dangereuses	Responsable : DSP (SE) Collaborateurs : MSP Municipalités Industries	Inventaire RIM mis à jour régulièrement Dépôt du Protocole d'intervention sur les accidents ferroviaires

LES RISQUES ENVIRONNEMENTAUX ÉMERGENTS

Dans une perspective de prévention des problèmes de santé, il est primordial de rester vigilants à l'égard de toute problématique d'origine environnementale dont les risques sont encore méconnus. La DSP voit au maintien des connaissances au regard des problématiques émergentes afin d'assumer son mandat légal d'identifier les risques à la santé et de répondre adéquatement aux interrogations des citoyens de la région. L'exposition aux radiofréquences est un exemple de problème potentiellement émergent.

L'**objectif de santé spécifique** visé par ces mesures est de contribuer à :

- Prévenir les problèmes de santé liés aux risques environnementaux émergents dans une approche de gestion des risques

EXPOSITION AUX RADIOFRÉQUENCES

LES FAITS SAILLANTS

Le réseau de la téléphonie cellulaire a connu une croissance remarquable au cours des dernières années. Ce réseau nécessite l'installation de stations de base qui permettent la transmission des informations entre utilisateurs. À l'heure actuelle, on compte près de 8 000 antennes cellulaires à travers le pays³⁶. Bon nombre d'individus s'interrogent sur les risques à la santé, surtout à long terme, que pourraient présenter les radiofréquences émises par ces antennes.

Bien que les télécommunications soient de juridiction fédérale, les DSP du Québec sont de plus en plus interpellées par cette problématique.

LES DÉFIS

En lien avec la gestion efficace des ressources

La DSP souhaite mettre en place un mécanisme qui permettra d'identifier les problèmes émergents au niveau régional, qui nécessitent une évaluation du risque.

LES INTERVENTIONS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention : *PRÉVENTION DES MALADIES*

Objectif : ✓ Prévenir les problèmes de santé liés à des risques environnementaux émergents, dont les radiofréquences		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES ▪ Mettre à jour l'information relative aux radiofréquences ou autres problèmes émergents	Responsable : DSP Collaborateur : INSPQ	
ÉDUCATION À LA SANTÉ ▪ Répondre aux interrogations des partenaires et de la population	Responsable : DSP (SE)	

6. SURVEILLANCE, RECHERCHE ET ÉVALUATION

Afin d'élaborer une action préventive pertinente et efficace, les intervenants de santé publique s'appuient en grande partie sur des informations et des connaissances scientifiques permettant d'identifier et de comprendre les problèmes de santé. Ces informations clés sont issues des fonctions indispensables à l'exercice de la santé publique que sont la surveillance, la recherche et l'évaluation.

LE VOLET SURVEILLANCE

LES FAITS SAILLANTS

La surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants permet principalement l'atteinte des objectifs suivants :

1. Dresser un portrait global de l'état de santé de la population et en observer les tendances et variations temporelles et spatiales;
2. Suivre l'évolution au sein de la population de certains problèmes et de leurs déterminants;
3. Déterminer les problèmes prioritaires et détecter les problèmes en émergence.

Le contexte de la fonction de surveillance a évolué au cours des dernières années. Le *Cadre d'orientation pour le développement et l'évolution de la fonction surveillance au Québec* présente les orientations ministérielles visant à renforcer la capacité de surveillance et à optimiser sa contribution à l'amélioration de l'état de santé de la population. Ce cadre propose d'améliorer les capacités d'interprétation de l'information produite, notamment par l'introduction de la fonction de surveillance analytique.

LES ACQUIS

L'exercice de la surveillance dans la région comprend principalement la production de portraits de santé, ainsi que la réponse aux demandes des autres équipes de la DSP³⁷.

LES DÉFIS

En lien avec le renforcement de l'intégration des activités à l'intérieur des domaines de santé publique

En concordance avec les exigences de la Loi sur la santé publique, la DSP devra concevoir un Plan régional de surveillance (PRS) à partir du *Plan commun de surveillance*³⁸ élaboré par le MSSS. Afin d'assurer la cohérence entre les objets de surveillance et les interventions déployées par les autres équipes de la DSP, l'équipe de surveillance mettra en place un comité de surveillance intégrée, constitué d'un répondant de chaque équipe de la DSP. Ce comité soutiendra la rédaction du PRS en définissant l'ensemble des activités de surveillance qui seront déployées régionalement, ainsi que les mécanismes nécessaires à sa mise en œuvre.

En lien avec le renforcement des collaborations avec les partenaires du réseau de la santé de manière à soutenir l'intégration de la prévention dans le continuum de soins

En raison de leur responsabilité populationnelle, les CSSS sont des utilisateurs importants des produits de surveillance. Ils ont parfois besoin d'analyses approfondies dont l'interprétation peut s'avérer complexe. L'équipe de surveillance souhaite mieux répondre aux besoins des intervenants régionaux et locaux ainsi qu'à ceux des partenaires et prévoit donc évaluer les produits de surveillance, dans le but de les adapter aux attentes du milieu et d'en optimiser l'utilisation par les clientèles ciblées.

OBJECTIF GÉNÉRAL DU VOLET SURVEILLANCE

- Produire et diffuser une information pertinente et en temps opportun afin d'éclairer la prise de décision des intervenants, décideurs et membres de la population générale.

Plus spécifiquement, il s'agira de :

- o Mettre en place des partenariats utiles aux fins de surveillance;
- o Élaborer le Plan régional de surveillance de la DSP des Laurentides;
- o Voir à l'exercice de la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population;
- o Réaliser des projets de surveillance analytique;
- o Améliorer l'efficacité de la diffusion des produits de surveillance;
- o Soutenir les utilisateurs des données sociosanitaires.

LES INTERVENTIONS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention 1 : SOUTIEN À LA RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION

Objectifs :		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place des mécanismes d'échange afin d'améliorer l'intégration et l'exercice de la fonction de surveillance à travers les domaines de santé publique et avec les intervenants du réseau ✓ Réaliser une démarche de marketing social auprès des utilisateurs des produits de surveillance dans le but d'en optimiser la diffusion et l'utilisation 		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
CONCERTATION ET PARTENARIAT <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place un Comité de surveillance intégrée (CSI) visant à élaborer un Plan régional de surveillance (PRS) et à déterminer les processus de suivi nécessaires à la mise en œuvre du plan 	Responsable : DSP (SRÉ) Collaborateurs : DSP (COCO élargi) CSI	Mise en place du comité
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Établir des modalités d'échanges entre les membres de l'équipe SRÉ et les professionnels des équipes de santé publique afin d'assurer la mise à jour des données et indicateurs relatifs à leurs dossiers 	Responsable : DSP (SRÉ) Collaborateurs : CSI DSP (MI, SE, PP, SAT)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Création d'un Observatoire régional de l'état de santé de la population afin d'évaluer les besoins d'information des CSSS, de valider certains résultats d'analyse et d'améliorer la détection des problématiques émergentes 	Responsable : DSP (SRÉ) Collaborateurs : DSP (COCO élargi) CSSPL Membres de l'Observatoire CSSS	Création de l'Observatoire Détermination des besoins d'information des CSSS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer un plan de diffusion annuel à partir de consultations sur les besoins de nos utilisateurs et spécifiant le contenu, le type et le format des productions à venir, ainsi que le mode et le moment opportun de diffusion pour chacune 	Responsable : DSP (SRÉ) Collaborateurs : DSP (PP, COCO élargi) CSSPL	Plan de diffusion annuel

Stratégie d'intervention 2 : SOUTIEN À LA RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION

Objectif :		
✓ Assurer la mise en place d'activités associées à la surveillance permettant de décrire et d'analyser l'état de santé de la population et de ses déterminants		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
SURVEILLANCE		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rédiger un Plan régional de surveillance (PRS) permettant de définir l'ensemble des activités de surveillance qui seront déployées régionalement, ainsi que les mécanismes de mise en œuvre nécessaires 	Responsable : DSP (SRÉ) Collaborateurs : DSP (COCO élargi et communications) Observatoire CSI	Production du Plan régional de surveillance (PRS) Diffusion du PRS aux partenaires concernés
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer un processus et un système de surveillance continue efficace <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place des outils informatiques nécessaires - Sélection des indicateurs à suivre de façon systématique - Mise en place d'un processus de validation des données - Suivi des indicateurs - Diffusion des informations de surveillance continue 	Responsable : DSP (SRÉ) Collaborateurs : Service informationnel Équipes DSP CSI Observatoire	Bilan des activités de mise en œuvre : <ul style="list-style-type: none"> - Outils informatiques - Élaboration des fiches indicateurs Production du portrait régional de l'état de santé et de ses déterminants Mise à jour des portraits locaux Évaluation de l'atteinte des objectifs de diffusion
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en œuvre des projets à caractère analytique par la réalisation d'analyse ciblées selon les demandes jugées prioritaires par la DSP, les autres directions de l'ASSSL et les partenaires 	Responsable : DSP (SRÉ) Collaborateurs : DSP (COCO élargi et communications) CSI Observatoire ASSSL	Évaluation de l'atteinte des objectifs de diffusion
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rédiger une offre de service de surveillance à la suite de la compilation des demandes « ad hoc » et de l'évaluation de la satisfaction des utilisateurs ▪ Faire connaître l'offre de service aux utilisateurs ▪ Répondre aux demandes des partenaires internes et externes relatives à la production de données et d'expertise dans la sélection ou l'interprétation des données 	Responsable : DSP (SRÉ) Collaborateurs : DSP (PP, COCO élargi) CSSPL Observatoire CSI ASSS	Rédaction et diffusion de l'offre de service

LE VOLET RECHERCHE ET ÉVALUATION

LES FAITS SAILLANTS

L'avancement des connaissances sur les déterminants de la santé et sur l'efficacité des interventions favorise l'amélioration des pratiques en santé publique.

Les activités de recherche et d'évaluation visent principalement des problématiques particulières à la région des Laurentides.

LES ACQUIS

En plus des projets de recherche et d'évaluation relatifs au programme de santé publique, l'équipe SRÉ répond à de nombreuses demandes de partenaires désirant une meilleure compréhension de problématiques spécifiques afin de coordonner des actions régionales.

LES DÉFIS

En lien avec le maintien d'une gestion efficiente des ressources

Les ressources nécessaires à la fonction d'évaluation sont rares dans la région. Ainsi, il a été établi que d'ici 2015 l'équipe mettrait l'accent sur la surveillance continue et analytique. Ce choix découle des décisions du Comité de gestion de la DSP ainsi que des orientations provinciales concernant le développement de la fonction surveillance.

OBJECTIF GÉNÉRAL DU VOLET RECHERCHE ET ÉVALUATION

- Soutenir le développement des connaissances pour une action plus efficace en santé publique.

Plus spécifiquement, il s'agira de :

- o Effectuer les suivis de gestion des activités de santé publique;
- o Mettre en place les projets de recherche et d'évaluation ciblés en fonction des priorités régionales.

LES INTERVENTIONS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Stratégie d'intervention 1 : *SOUTIEN À LA RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION*

Objectifs : <ul style="list-style-type: none">✓ Participer au suivi de l'implantation des activités du PAR 2010-2015✓ Réaliser les suivis de gestion du MSSS selon les périodes prescrites		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
CONCERTATION ET PARTENARIAT <ul style="list-style-type: none">▪ Offrir soutien et expertise aux équipes de la DSP pour le suivi des indicateurs et l'analyse des résultats de leurs activités inscrites au PAR 2010-2015 et les suivis de gestion du MSSS▪ Intégrer l'ensemble des résultats et rédiger le bilan du PAR à la fin du cycle de planification	Responsable : DSP (SRÉ) Collaborateurs : DSP (autres équipes et COCO élargi)	Bilan du PAR complété et validé par le COCO élargi

Stratégie d'intervention 2 : SOUTIEN À LA RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION

Objectif :		
✓ Collaborer à la réalisation des activités recherche/évaluation prioritaires par l'équipe		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
RECHERCHE ÉVALUATION		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le suivi de projets d'évaluation démarrés en 2010 : <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation de la stratégie en milieu de travail du programme 0-5-30 et du projet PCP-SMASH - Soutien à la recherche sur les « Principaux enjeux du développement social dans la région des Laurentides » ▪ Sélectionner sur une base annuelle les projets de recherche/évaluation en fonction des priorités inscrites au PAR et de l'offre de service ▪ Soutenir ou réaliser les projets et les demandes retenus 	<p>Responsable : DSP (SRÉ)</p> <p>Collaborateurs : CSSS CRDSL</p> <p>Responsable : DSP (SRÉ)</p> <p>Collaborateurs : COCO élargi Partenaires / « clients »</p>	<p>Rédaction des rapports d'évaluation</p> <p>Rédaction des rapports d'évaluation en lien avec les projets effectués</p>

7. SANTÉ AU TRAVAIL

Le domaine d'intervention de la santé au travail concerne la prévention des lésions professionnelles. Il regroupe des interventions visant à protéger la santé des travailleurs contre des risques de nature physique, chimique biologique et ergonomique. Ce domaine de la santé publique est encadré par la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST), par la Loi sur la santé publique (LSP) et par différents contrats et ententes de gestion qui déterminent les mandats des équipes de santé au travail.

Depuis 2007, la planification des activités en santé au travail tient compte d'un *Cahier de charges* négocié annuellement avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Celui-ci précise et rend opérationnels l'ensemble des activités et des services en santé au travail dispensés sur les territoires des différentes régions de la province. Le *Cahier de charges* répartit les interventions des services de santé au travail en trois volets :

- Le volet des activités obligatoires incluant, entre autres, le traitement des demandes du Programme *Pour une maternité sans danger* (PMSD), des maladies à déclaration obligatoire (MADO), des maladies professionnelles pulmonaires (MPP) et des demandes urgentes de la CSST;
- Le volet des priorités nationales relatives aux contaminants reconnus problématiques dans l'incidence et la gravité des maladies reliées au travail, notamment l'amiante, la silice, le béryllium, les substances cancérigènes et neurotoxiques et le bruit, ainsi qu'aux troubles musculosquelettiques (TMS). Les priorités de ce volet sont définies annuellement;
- Le volet régional ciblant principalement l'élaboration et la mise à jour des Programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE), ainsi que leur mise en application.

Pour ce dernier volet, la planification des activités annuelles tient compte des ressources disponibles dans la région et se réalise dans une démarche concertée entre la CSST régionale, l'équipe régionale de la DSP et les équipes locales des CSSS. En première ligne, trois équipes locales, rattachées administrativement à deux CSSS mandataires, offrent la majorité des services directs aux employeurs et aux travailleurs. En deuxième ligne, l'équipe régionale de la DSP agit à titre d'expert-conseil auprès des intervenants des équipes locales pour prévenir l'apparition ou l'aggravation des problèmes de santé liés à l'exposition aux agresseurs présents dans les milieux de travail. Celle-ci travaille en lien étroit avec les équipes locales pour la planification, l'implantation et l'évaluation des activités afin de réaliser le mandat confié par la CSST.

LES FAITS SAILLANTS

La région des Laurentides dénombre plus de 160 000 travailleurs répartis dans environ 15 000 établissements. Près du tiers de ces établissements sont inclus dans les groupes prioritaires 1, 2 et 3³⁹ tel que défini par la LSST. Ils peuvent ainsi bénéficier d'un PSSE.

En 2006, les statistiques sur les lésions professionnelles (maladies et accidents) indemnisées par la CSST démontraient un taux d'incidence pour la région (55 pour 100 travailleurs) supérieur à celui du Québec (45 pour 1 000 travailleurs). En 2007, les principaux secteurs touchés pour notre région étaient ceux de la fabrication (32 % des lésions), du commerce et détail (13 %), des soins de santé et assistance sociale (12 %) et de la construction (11 %). La durée moyenne des lésions indemnisées était de 82 jours, contre une moyenne de 71 jours pour le reste de la province. À noter que plusieurs des secteurs d'activité économique touchés ne sont pas reconnus prioritaires et sont donc peu couverts par les services de santé au travail.

Les lésions les plus fréquentes sont les affections du système musculosquelettique et la surdité professionnelle. Pour ces maladies professionnelles, des programmes provinciaux de prévention sont mis en application dans les établissements des groupes prioritaires 1, 2 et 3. En ce qui a trait aux maladies et

intoxications à déclaration obligatoire (MADO et IADO), les maladies les plus souvent déclarées sont, par ordre d'importance, les intoxications au plomb et au monoxyde de carbone, l'amiantose et la silicose. En ce qui concerne les maladies professionnelles pulmonaires, 100 % des déclarations reçues touchent des travailleurs de sexe masculin.

LES ACQUIS

L'excellente collaboration entre la CSST régionale, l'équipe de santé au travail de la DSP et les équipes locales des CSSS permet de réaliser diverses activités favorisant la santé et le bien-être des travailleurs de la région. À titre d'exemple, mentionnons le projet régional conjoint portant sur l'exposition aux poussières de silice lors de travaux réalisés par des spécialistes en aménagement paysager résidentiel et commercial. L'un des objectifs poursuivis est d'informer les employeurs et les travailleurs des dangers associés à l'inhalation de ces poussières ainsi que des mesures préventives requises. À ce jour, 155 établissements ont été rejoints.

En ce qui a trait au programme Pour une maternité sans danger (PMSD), toutes les demandes reçues sont traitées dans les délais appropriés et selon les protocoles établis, malgré une augmentation constante de près de 4 % par année. En 2009, 2 723 demandes ont été traitées dans la région.

En ce qui concerne les MADO, l'équipe de santé au travail collabore avec l'équipe de santé environnementale pour traiter les enquêtes et assurer les suivis requis. Un peu plus de 350 cas ont été traités pour les années 2007 à 2009.

LES DÉFIS

En lien avec le maintien d'une gestion efficiente des ressources

Compte tenu des ressources limitées, le nouveau cadre de gestion de la CSST oblige à revoir à la baisse le nombre d'activités répondant à des priorités régionales qui pourraient être incluses dans le plan d'action régional (PAR). Le défi de l'équipe de santé au travail sera de collaborer avec la CSST afin de maintenir le déploiement d'au moins une priorité régionale, tout en réalisant l'ensemble des activités prévues annuellement dans le *Cahier de charges* de la CSST.

En lien avec le « Plan stratégique du Réseau de santé publique en santé au travail »

Compte tenu que le réseau s'est doté d'un plan stratégique pour contribuer à l'efficacité de nos actions dans la prévention des lésions professionnelles et la protection de la santé, notre premier défi sera l'appropriation de ce plan par tous les intervenants des équipes de santé au travail de la région. Des activités sont déjà planifiées en ce sens.

Compte tenu qu'une des orientations du plan consiste à mettre en œuvre un processus d'amélioration continue et d'harmonisation des pratiques, un second défi sera l'implantation, à court terme, de la « *Démarche provinciale de signalement des déficiences susceptibles de nécessiter une mesure de prévention* ». L'application de cette démarche de concert avec la CSST permettra, entre autres, de prévenir les lésions professionnelles.

Compte tenu qu'une autre des orientations vise l'accroissement de notre expertise sur la connaissance des milieux de travail et la surveillance de l'état de santé des travailleurs et de leur exposition aux risques, notre troisième défi sera, à moyen terme, d'adopter une vision commune de la surveillance comme étant « l'affaire de tous ». À cet égard, de la formation a été dispensée à des professionnels (autres que les agents de recherche) et se poursuivra au cours des prochaines années.

LES OBJECTIFS DE SANTÉ^h

Objectifs généraux

- Soutenir les employeurs et les travailleurs dans une démarche visant à identifier et à prendre en charge des risques et à déterminer des moyens préventifs efficaces, afin de favoriser une meilleure gestion de la santé au travail dans leur établissement;
- Protéger la santé des travailleurs par la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de leur état de santé et de bien-être.

Objectifs spécifiques

- Diminuer l'incidence des maladies pulmonaires professionnelles;
- Diminuer l'incidence de l'asthme professionnel ainsi que la sévérité des manifestations de cette maladie;
- Diminuer l'incidence des intoxications professionnelles;
- Réduire la prévalence des atteintes du système nerveux par le plomb et les solvants organiques;
- Diminuer l'incidence des maladies infectieuses professionnelles;
- Diminuer l'incidence des cancers associés aux milieux de travail;
- Diminuer l'incidence des issues défavorables de la grossesse attribuables aux milieux de travail et des retards de croissance ou des problèmes de santé physique chez l'enfant à naître;
- Diminuer l'incidence de la surdité professionnelle, les conséquences de cette maladie et les autres problèmes de santé associés à une exposition au bruit;
- Diminuer l'incidence des troubles musculosquelettiques liés aux milieux de travail.

LES INTERVENTIONS À DÉPLOYER RÉGIONALEMENT D'ICI 2015

Compte tenu du volume important d'activités prévues au *Cahier de charges* de la CSST, seulement trois types d'interventions seront décrits ci-dessous : le PMSD, les MADO et les PSSE. Toutefois, le lecteur intéressé trouvera la planification détaillée des types d'activités en santé au travail dans le *Cahier de charges* produit annuellement par la CSST.

^h Ces objectifs sont extraits du *Programme national de santé publique*, mis à jour en 2008.

Stratégie d'intervention 1 : PROGRAMME POUR UNE MATERNITÉ SANS DANGER (PMSD)

Objectif :		
✓ Répondre à toutes les demandes de consultation transmises par le médecin traitant de la travailleuse enceinte ou qui allaite		
Attentes :		
Les activités relatives à la délivrance de ce certificat se poursuivent en fonction des articles 40 et suivants de la LSST et du <i>Règlement sur le certificat délivré pour le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite</i> . Les activités de soutien à l'élaboration de politiques de réaffectation ne font pas partie des obligations légales ni des activités courantes.		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recevoir et enregistrer la demande ▪ Analyser le poste de travail ▪ Produire l'avis médical sur les dangers ▪ Rédiger et transmettre le rapport médico-environnemental ▪ Assurer le suivi administratif de l'ensemble des demandes 	<p>CSSS (intervenants des équipes locales mandataires en santé au travail)</p> <p>Médecins désignés au PMSD à la DSP</p> <p>DSP (équipe régionale en santé au travail) (suivis administratifs)</p> <p>Travailleuse enceinte ou qui allaite et l'employeur</p>	<p>Nombre de demandes transmises par le médecin traitant (P1)</p> <p>Nombre de réponses transmises au médecin traitant (P3)</p> <p>% d'évolution par rapport à l'année précédente</p>

Stratégie d'intervention 2 : MALADIES À DECLARATION OBLIGATOIRE (MADO) OU SIGNALEMENT SELON LA LOI SUR LA SANTE PUBLIQUE

<p>Objectif : ✓ Traiter tous les signalements ou déclarations reliés aux milieux de travail</p>		
<p>Attentes : Les investigations à la suite d'une déclaration d'une maladie à déclaration obligatoire (MADO) ou d'un signalement sont des activités incontournables dans le cadre de l'application de la <i>Loi sur la santé publique</i>. Lorsqu'il s'agit d'une situation qui peut être d'origine professionnelle, les déclarations ou les signalements seront traités par le réseau de santé publique en santé au travail pour les établissements des groupes 1 à 6</p>		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enregistrer la déclaration ou le signalement reçu ▪ Faire l'enquête épidémiologique ▪ Réaliser l'intervention dans le milieu de travail ▪ Assurer le suivi auprès du médecin déclarant ▪ Rédiger un bilan régional annuel des MADO 	<p>DSP (intervenants de l'équipe régionale en santé au travail, en collaboration avec ceux de santé environnementale ou des maladies infectieuses)</p> <p>CSSS (intervenants des équipes locales mandataires en santé au travail)</p> <p>CSS (représentants de l'employeur et des travailleurs)</p> <p>Médecin déclarant</p> <p>Directrice de santé publique (mandat)</p>	<p>Nombre de travailleurs différents faisant l'objet d'une déclaration</p> <p>Nombre de situations différentes donnant lieu à un signalement</p> <p>Nombre de déclarations ou de signalements ayant nécessité une ou des interventions dans le milieu de travail</p>

Stratégie d'intervention 3 : ÉLABORATION OU MISE À JOUR DE PROGRAMMES DE SANTÉ SPÉCIFIQUES AUX ÉTABLISSEMENTS (PSSE)

Objectif :		
✓ À la fin de chaque année, élaborer ou mettre à jour les PSSE dans les établissements des groupes prioritaires 1, 2 et 3		
Attentes :		
Le Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT) élabore ou met à jour les PSSE dans les établissements planifiés pour l'année dans les groupes 1, 2 et 3. De plus, le réseau incite les milieux de travail à prendre en charge certaines activités selon les ressources disponibles dans l'établissement		
Activités	Acteurs	Indicateurs de suivi
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser l'évaluation environnementale d'au moins un contaminant et rédiger un rapport (à la suite de l'enquête préliminaire d'hygiène) ▪ Vérifier l'organisation des premiers secours et des premiers soins (PSPS) en conformité avec le règlement sur les PSPS et diffuser l'information ▪ Colliger les données sur divers éléments dont l'organisation du travail, l'organisation en santé et en sécurité du travail, etc. ▪ Évaluer les PSSE et les mises à jour des PSSE 	<p>CSSS (intervenants des équipes locales mandataires en santé au travail)</p> <p>CSS (représentants de l'employeur et des travailleurs)</p> <p>CSST</p> <p>IRSST</p>	<p>Nombre d'établissements où un PSSE est réalisé</p> <p>Nombre d'établissements où une mise à jour du PSSE est réalisée</p>

PARTIE 3 - ÉVALUATION DU PAR 2010-2015

La DSP a l'obligation légale de planifier, de mettre en œuvre, d'évaluer et de mettre à jour son plan d'action régional. L'évaluation du PAR doit permettre de suivre la mise en œuvre des activités proposées, d'apprécier l'atteinte des résultats attendus et de déterminer les ajustements nécessaires le cas échéant. À cette fin, la DSP souhaite s'engager dans un plan d'évaluation qui tiendra compte de l'ensemble des processus de suivi des activités de santé publique, incluant la participation à l'évaluation du PNSP et le suivi des ententes de gestion avec le MSSS et les CSSS. Le plan prévoit deux niveaux d'évaluation : un niveau stratégique et un niveau tactique. Des modalités plus précises concernant la démarche d'évaluation seront définies par le comité exécutif de la DSP au cours des prochains mois.

ÉVALUATION STRATÉGIQUE DU PAR

Afin de **motiver et soutenir les changements favorables à la santé**, la DSP a défini quatre conditions de réussite auxquelles se rattachent, dans le PAR, les défis propres à chacun des domaines d'intervention. Établir et formuler ces défis a constitué un processus important, leur finalité étant de maintenir une vision stratégique et partagée pour l'ensemble de la programmation régionale. L'évaluation du niveau de réalisation des défis permettra à la DSP de s'assurer que les conditions de réussite sont mises de l'avant, afin de favoriser l'implantation du PAR et de faire les ajustements nécessaires. Cette évaluation, à caractère qualitatif, pourrait consister en une réflexion commune au sein des différentes équipes de santé publique et se traduire sous forme de bilan descriptif à mi-mandat.

ÉVALUATION TACTIQUE DU PAR

À un autre niveau, la DSP souhaite rendre compte du degré de déploiement et d'atteinte des résultats des activités de santé publique. Le plan d'évaluation tiendra compte de quatre composantes : les objectifs de santé, le suivi de l'implantation des activités, les suivis de gestion et la reddition de compte et, enfin, les études évaluatives particulières.

Les objectifs de santé

Le suivi des indicateurs sociosanitaires permet à la DSP de garder une vue d'ensemble sur l'atteinte des objectifs généraux du plan et de décrire les écarts constatés. À cet égard, il existe des liens étroits entre la démarche d'évaluation du plan et la fonction de surveillance puisque plusieurs des indicateurs utilisés seront issus des activités de surveillance axées sur le suivi de l'état de santé de la population.

Le suivi de l'implantation des activités

Pour assurer une évaluation plus spécifique des activités découlant du PAR, des indicateurs de suivi sont inscrits dans chacun de ses domaines d'intervention. Le suivi de l'implantation des activités a pour objectifs de vérifier dans quelle mesure ces activités sont offertes, de documenter les écarts observés par rapport à ce qui était attendu et, parfois, d'évaluer la satisfaction des personnes qui en ont bénéficié.

Les suivis des ententes de gestion et la reddition de compte

Pour aider à documenter ou compléter le suivi de l'implantation des activités du PAR, la DSP aura recours aux bilans des activités de santé publique réalisés dans le cadre des ententes de gestion entre l'Agence et le MSSS, et entre l'Agence et les CSSS. De plus, depuis la mise à jour du PNSP en 2008, différents travaux ont été menés par le MSSS afin de dégager des perspectives nationales d'évaluation pour les années à venir. Dans la mesure du possible, la DSP participera à ces travaux qui pourront bonifier l'évaluation de son plan d'action régional.

Les études évaluatives particulières

Certaines activités pourront faire l'objet d'études particulières afin d'approfondir des aspects concernant, par exemple, l'influence de variations contextuelles régionales ou locales sur l'implantation des activités, ou encore la relation causale entre ces activités et les effets anticipés. Un exemple est l'évaluation conjointe du programme 0·5·30 et du projet PCP-SMASH. D'autres études pourront se faire sur des objets précis, selon les besoins de la région.

CONCLUSION

Le plan d'action régional 2010-2015 des Laurentides fait partie des mesures prescrites par la Loi sur la santé publique. Il oriente les activités de santé publique régionales afin de leur donner un nouvel essor pour les cinq prochaines années. Afin d'assurer une gestion efficiente en contexte de pénurie de ressources, le plan d'action régional est issu d'une démarche rigoureuse de priorisation des activités proposées dans le Programme national de santé publique (PNSP). Cette démarche a fait l'objet d'un consensus régional auprès des professionnels de la Direction de santé publique (DSP), du comité de coordination de la DSP et des membres du comité stratégique de santé publique des Laurentides (CSSPL).

Puisque la santé résulte de l'interaction d'un ensemble de déterminants biologiques, comportementaux et environnementaux, **produire la santé** nécessite que chaque secteur d'activité ait désormais une préoccupation pour la santé. Pour motiver et soutenir les changements individuels, environnementaux et organisationnels favorables à la santé et au bien-être de la population, la DSP a choisi de miser sur quatre conditions de réussite : le renforcement de l'intégration des activités de santé publique, la poursuite de l'intégration de la promotion et de la prévention dans le continuum de soins en partenariat avec le réseau de la santé, le renforcement de la concertation avec les partenaires intersectoriels et le maintien d'une gestion efficiente des ressources.

Comme plusieurs activités du PAR font déjà partie de l'offre de services de la majorité des territoires de CSSS, le PAR 2010-2015 constituera un bon point de départ pour l'élaboration des prochains plans d'action locaux (PAL). Bien sur, le plan d'action prévoit une marge de manœuvre pour l'action locale et permettra l'adaptation des activités aux réalités particulières des différents territoires.

Enfin, un processus d'évaluation permettra de suivre l'implantation du plan d'action régional, de mesurer l'atteinte des objectifs poursuivis et d'ajuster, le cas échéant, l'action aux résultats observés.

TYPOLOGIE DES INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

		PROMOTION ET PRÉVENTION						
		STRATÉGIES DE SANTÉ PUBLIQUE						
		SOUTIEN AUX POLITIQUES PUBLIQUES SAINES	CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ	RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE	SOUTIEN À LA RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION	DÉVELOPPEMENT DES APTITUDES INDIVIDUELLES	PRÉVENTION DES MALADIES	PROTECTION DE LA POPULATION CONTRE LES MENACES À LA SANTÉ
Actions intersectorielles	Actions d'influence et représentations							
	Concertation et partenariat							
	Création d'environnements de pratique facilitateurs							
	Développement des compétences professionnelles							
	Éducation à la santé							
	Counselling individuel ou en groupe							
	Dépistage							
	Surveillance							
	Vigie-enquêtes-interventions							
	Contrôle des éclosons							
	Réduction des méfaits							
	Immunisation / sécurité vaccinale							
	Prophylaxie post-exposition							
	Recherche-évaluation							

ANNEXE II

LES STRATÉGIES EN SANTÉ PUBLIQUE

Les principales stratégies utilisées en santé publique sont la promotion de la santé, la prévention des maladies et la protection face aux menaces à la santé.

PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci⁴⁰.

La promotion de la santé est un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les *déterminants de la santé* et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé.

La promotion de la santé est soutenue par cinq domaines d'action prioritaires énoncés dans la **Charte d'Ottawa** pour la promotion de la santé :

- ✓ Soutien aux politiques publiques saines
- ✓ Création d'environnements favorables à la santé
- ✓ Renforcement de l'action communautaire
- ✓ Développement des aptitudes individuelles
- ✓ Soutien à la réorientation des services de santé pour une meilleure intégration de la promotion et de la prévention

Soutien aux politiques publiques saines

Une politique des pouvoirs publics favorable à la santé se caractérise par une préoccupation pour la santé et l'équité dans tous les domaines et par une responsabilité pour les effets sur la santé. Le but principal d'une politique des pouvoirs publics favorable à la santé est de créer un environnement qui permet aux individus de mener une vie saine. Grâce à une telle politique, il est possible ou plus facile pour les citoyens de faire des choix sains. Elle a pour effet que les environnements sociaux et physiques améliorent la santé.

Création d'environnements favorables à la santé

Les milieux favorables à la santé offrent aux individus une protection contre les menaces pesant sur la santé; ils leur permettent de développer leurs capacités et leur autonomie en matière de santé. Ils comprennent les lieux où les individus vivent, leur communauté locale, leur foyer, et les endroits où ils travaillent et se divertissent, et englobent l'accès des individus à des ressources pour la santé ainsi que des possibilités d'acquérir des moyens d'agir⁴¹.

Renforcement de l'action communautaire

L'action communautaire pour la santé désigne les efforts collectifs déployés par les communautés en vue d'accroître leur maîtrise des déterminants de la santé et d'améliorer ainsi cette dernière. La notion d'octroi de moyens d'agir à la communauté est étroitement liée à la définition de l'action communautaire pour la santé. Dans une communauté à laquelle on a donné des moyens d'agir, les individus et les organisations utilisent leurs aptitudes et leurs ressources de façon collective pour répondre à des priorités sanitaires et à leurs besoins respectifs en matière de santé.

Développement des aptitudes individuelles

Les aptitudes individuelles représentent la capacité à adopter un comportement adaptatif et positif, qui permet aux individus de faire face efficacement aux exigences et aux difficultés de la vie quotidienne⁴². Elles renvoient à des compétences personnelles, interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux individus de maîtriser et de diriger leur existence et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci.

Soutien à la réorientation des services de santé pour une meilleure intégration de la promotion-prévention

La réorientation des services de santé se caractérise par une préoccupation plus nette pour l'obtention de résultats en matière de santé de la population grâce à la façon dont le système de santé est organisé et financé. Cette réorientation doit provoquer un changement d'attitude et d'organisation des services de santé, axé sur la recherche d'un équilibre entre les besoins de l'individu considéré comme un tout et les besoins des groupes de la population. Cela nécessite une expansion de l'action de promotion de la santé et de prévention de la maladie, afin d'obtenir un équilibre optimal entre les investissements dans la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le diagnostic, le traitement, les soins et les services de réadaptation.

PRÉVENTION DES MALADIES

La prévention des maladies comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telles que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et en réduire les conséquences⁴³.

La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie. La prévention secondaire et tertiaire vise à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie et ses effets par le dépistage précoce et un traitement approprié; ou à réduire le risque de rechute et de chronicité, au moyen d'une réadaptation efficace, par exemple.

PROTECTION DE LA SANTÉ

La protection vise à protéger la population en cas de menace réelle ou appréhendée à la santé. On entend par 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 (article 2 de la Loi sur la santé publique).

RÉFÉRENCES

- ¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, 133 p.
- ² Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides. *Plan d'action régional en santé publique 2004-2007. Prévenir pour l'avenir*.
- ³ Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides (2007). *Bilan du Plan d'action régional en santé publique : du 1^{er} avril 2004 au 31 mars 2007*, Direction de santé publique, 79 p.
- ⁴ Loi sur la santé et les services sociaux, Québec, Article 1.
- ⁵ Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques décembre 2009. Diffusion, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information, janvier 2010.
- ⁶ Institut de la statistique du Québec, projections des naissances et décès, 2008.
- ⁷ Direction de santé publique Laurentides, 2007; Institut de la statistique du Québec, Perspectives démographiques 2001-2051, Édition 2003; Hydro-Québec, décembre 2007 (compilation spéciale).
- ⁸ Ladouceur, S. (2008). *Bulletin Flash. Revenu personnel*, édition 2008, ISQ ; Crespo, S. « Le point sur l'inégalité régionale du revenu personnel disponible au Québec ». ds. *Données sociodémographiques en bref*, Vol. 13, No. 3, ISQ, p. 4-5.
- ⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Fichier des décès, 2003 à 2007.
- ¹⁰ Registre central des MADO. Extraction de données : 15 avril 2010.
- ¹¹ Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : mise à jour des données au 30 juin 2009.
- ¹² Pineault, Raynald; Daveluy, Carole (1995). *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. Éditions Nouvelles.
- ¹³ Direction de santé publique des Laurentides (Janvier 2009). Processus de priorisation des activités, région des Laurentides – Bilan de la démarche de priorisation, *Mise à jour 2008-2012 du plan d'action régional en santé publique*.
- ¹⁴ Pour de plus amples renseignements sur ces programmes, consulter la section Développement, adaptation et intégration sociale.
- ¹⁵ Breton et al. (2008). « L'intégration de la santé publique à la gouvernance locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle », *Prat Organ Soins* 2008; 39(2) : 113-124
- ¹⁶ INSPQ. *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*.
- ¹⁷ Groulx Stéphane (2007). *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*. L'intégration de pratiques cliniques préventives. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- ¹⁸ Provost, MH et al. (2007). *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques*. *Revue de la littérature*, L'intégration de pratiques cliniques préventives, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- ¹⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Fichier des naissances vivantes, 2003 à 2007.
- ²⁰ Statistique Canada. Recensement canadien de 2006.
- ²¹ Centre jeunesse des Laurentides, avril 2009.
- ²² Gouvernement du Québec (Septembre 2006). *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*.
- ²³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *L'allaitement maternel au Québec – Lignes directrices*.
- ²⁴ Registre des événements démographiques du Québec et RAMQ, services médicaux rémunérés à l'acte et établissements du réseau de la santé et des services sociaux où des I.V.G. non rémunérées à l'acte sont pratiquées; totalisations : M. Rochon, DEA, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- ²⁵ Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2007-2008*
- ²⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux Fichier des décès, 2003-2007.
- ²⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Fichier des décès, 2007.
- ²⁸ La notion de jeu problématique inclut les personnes qui ont un problème de dépendance au jeu (les joueurs pathologiques) ainsi que celles qui présentent des comportements de jeu à risque (les joueurs à risque). Dans une perspective de santé publique, il importe de considérer à la fois les joueurs à risque et les joueurs pathologiques afin, pour les premiers, de tendre vers une réduction du risque et, pour les deuxièmes, de favoriser plutôt la réduction des méfaits.

-
- ²⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *L'implantation de réseaux Sentinelles en prévention du suicide - Cadre de référence*, Québec, p. 5.
- ³⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Fichier des décès 1986-1999 (extrait du RDDD 2005).
- ³¹ Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2007-2008*.
- ³² Statistique Canada (2007-2008). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005*, voir p. 64 du *Rapport de la directrice de santé publique 2005*.
- ³³ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Fichier des tumeurs.
- ³⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Fichier Med-Echo, 2001-2002 à 2005-2006.
- ³⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux Fichier des décès, 2007.
- ³⁶ Abdoulaye Diallo et Denis Gauvin (2010). *Antennes de téléphonie mobile et santé publique – État des connaissances*, Institut national de santé publique du Québec.
- ³⁷ Exemples de demandes : aide dans la sélection d'indicateurs appropriés, compilation et interprétation de données, avis méthodologique précis, accompagnement dans l'élaboration et l'implantation d'un projet de recherche ou d'évaluation, etc.
- ³⁸ Ce document répertorie et décrit plus de 500 objets et indicateurs de surveillance qui sont et devront éventuellement être étudiés selon les dimensions temporelles et spatiales et selon les caractéristiques de la population.
- ³⁹ La Loi sur la santé et la sécurité du travail renvoie à un système de classement des établissements répartis en 6 groupes prioritaires issus de 32 secteurs d'activités économiques (SAE). Pour l'élaboration des PSSE, les activités des équipes de santé au travail se limitent actuellement aux groupes prioritaires 1, 2 et 3.
- ⁴⁰ OMS (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Genève.
- ⁴¹ Adapté de la Déclaration de Sundsvall sur les milieux favorables à la santé. OMS, Genève, 1991.
- ⁴² OMS (1993). *Life skills education in schools*, Genève.
- ⁴³ Adapté du Glossaire de la série « Santé pour tous ». OMS, Genève, 1984.

Produire la santé

PLAN
D'ACTION
RÉGIONAL
DE SANTÉ
PUBLIQUE
2010-2015



RÉGION DES LAURENTIDES