



Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 Estrie

Mise à jour 2010



Novembre 2010

Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie

Québec



Direction de santé publique

Le *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 (PARSP) Estrie – Mise à jour 2010* a été élaboré par la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

COORDINATION DES TRAVAUX

D^{re} Louise Soulière, *directrice de santé publique*

SOUTIEN À LA COORDINATION DES TRAVAUX

Pierrot Richard, *chef du Service de la surveillance de la santé publique et de l'évaluation*

RÉDACTION

Prévention/Promotion de la santé

Daniel Auger, *agent de planification, de programmation et de recherche*

Denise Beauséjour, *médecin-conseil*

Valois Boudreault, *agent de planification, de programmation et de recherche*

Roselyne Collard, *agente de planification, de programmation et de recherche*

Renée Cyr, *agente de planification, de programmation et de recherche*

Claire Giguère, *chef du Service de prévention/promotion de la santé*

André Lavallière, *dentiste-conseil*

Catherine Noreau, *agente de planification, de programmation et de recherche*

Marie-Thérèse Payre, *agente de planification, de programmation et de recherche*

Marie-Josée Riel, *agente de planification, de programmation et de recherche*

Alain Rochon, *médecin-conseil*

Protection de santé publique (Maladies infectieuses et Santé environnementale)

Carole Albert, *chef du Service de protection de santé publique*

Chantal Beaudet, *médecin-conseil (MI)*

Sonia Boivin, *agente de planification, de programmation et de recherche (SE)*

Nathalie Côté, *agente de planification, de programmation et de recherche (MI)*

Monique Drapeau, *médecin-conseil (MI)*

Fabien Gagnon, *médecin-conseil (SE)*

Maude Gagnon, *agente de planification, de programmation et de recherche (MI)*

Louise Galarneau, *médecin-conseil (SE)*

Juan Roberto Iglesias, *médecin-conseil (MI)*

Suzanne Ménard, *médecin-conseil (MI)*

Geneviève Petit, *médecin-conseil (MI)*

Reno Proulx, *médecin-conseil (SE)*

Ginette Varin, *médecin-conseil (MI)*

Carolle Veilleux, *agente de planification, de programmation et de recherche (SE)*

Santé au travail

Colette Claing, *chef du Service de santé au travail*

Francine Cliche, *agente de planification, de programmation et de recherche*

Christian Gaulin, *médecin-conseil*

Michel Hains, *hygiéniste du travail*

Laurie Lavallée, *agente de planification, de programmation et de recherche*

Surveillance de la santé publique et de l'évaluation

Michel Carboneau, *agent de planification, de programmation et de recherche*

Natalie Stronach, *agente de planification, de programmation et de recherche*

TRAITEMENT DE TEXTE ET MISE EN PAGES

Marie-Eve Brière, *agente administrative*

Dépôt légal — 2010

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives du Canada

ISBN : 978-2-923743-23-3 (version imprimée)

ISBN : 978-2-923743-24-0 (version PDF)

Dans ce document, le genre masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et, lorsqu'il y a lieu, désigne aussi bien les femmes que les hommes.

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

LISTE DES ACRONYMES

AÉS :	Approche École en santé	MCV :	Maladie cardiovasculaire
APPR :	Agent de planification, de programmation et de recherche	MELS :	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
CAR :	Commission administrative régionale	MI :	Maladies infectieuses
CAT :	Centre d'abandon du tabagisme	MPOC :	Maladie pulmonaire obstructive chronique
CHSLD :	Centre d'hospitalisation et de soins de longue durée	MRC :	Municipalité régionale de comté
CHUS :	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	MRSI :	Maladie respiratoire sévère infectieuse
CINQ :	Comité sur les infections nosocomiales du Québec	MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CJE :	Centre jeunesse de l'Estrie	OEDC :	Observatoire estrien du développement des communautés
CLSC :	Centre local de services communautaires	OMS :	Organisation mondiale de la Santé
CO :	Monoxyde de carbone	PAG :	Plan d'action gouvernemental
COPIN :	Comité de planification et d'intervention des mesures d'urgence	PALV :	Perte d'autonomie liée au vieillissement
CPE :	Centre de la petite enfance	PAMSI :	Programme d'accès au matériel stérile d'injection
CRE :	Centre de réadaptation Estrie	PAR :	Plan d'action régional
CRÉE :	Conférence régionale des élus de l'Estrie	PARSP :	Plan d'action régional de santé publique
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux	PASDP :	Plan d'action de santé dentaire publique
CSST :	Commission de la santé et de la sécurité du travail	PCI :	Prévention et contrôle des infections
CV :	Couverture vaccinale	PCP :	Pratiques cliniques préventives
DACD :	Diarrhée associée au <i>C. difficile</i>	PIED :	Programme intégré d'équilibre dynamique
DAIS :	Développement, adaptation et intégration sociale	PIN :	Prévention des infections nosocomiales
DC :	Développement des communautés	PNSP :	Programme national de santé publique
DRE :	Dispositif de retenue pour enfants	PPE :	Prophylaxie postexposition
DRMG :	Département régional de médecine générale	PQDCS :	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
DSP :	Direction de santé publique	PSSE :	Programme de santé spécifique à l'établissement
DSPE :	Direction de santé publique et de l'évaluation	QAI :	Qualité de l'air intérieur
ERV :	Entérocoque résistant à la vancomycine	SAAQ :	Société de l'assurance automobile du Québec
ETCAF :	Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale	SAF :	Syndrome d'alcoolisation fœtale
GMF :	Groupe de médecine familiale	SARM :	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
HARSAH :	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	SAT :	Santé au travail
HTA :	Hypertension artérielle	SE :	Santé environnementale
HV :	Habitudes de vie	SHV :	Saines habitudes de vie
IAB :	Initiative des amis des bébés	SIAA :	Stratégie d'intervention Agir autrement
ID :	Intervenant dédié	SIDEP :	Services intégrés de dépistage et de prévention
IMNP :	Intervention multifactorielle non personnalisée	SIPPE :	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
IMP :	Programme d'intervention multifactorielle personnalisée	SIRSAU :	Système intégré de récupération de seringues et d'aiguilles usagées
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec	SISAT :	Système d'information sur la santé au travail
ISQ :	Institut de la statistique du Québec	SRAS :	Syndrome respiratoire aigu sévère
ITSS :	Infection transmise sexuellement et par le sang	TCJS :	Table de concertation jeunesse de Sherbrooke
IUGS :	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	TMS :	Trouble musculosquelettique
IVG :	Interruption volontaire de grossesse	TNI :	Traumatisme non intentionnel
JEVI-CPS :	JEVI Centre de prévention du suicide	TQHP :	Table québécoise sur l'herbe à poux
JHA :	Jeux de hasard et d'argent	TRIPIN :	Table régionale des infirmières en PIN
MADO :	Maladie à déclaration obligatoire	TRPIN :	Table régionale en PIN
MC :	Maladies chroniques	TRQ :	Table régionale Qualité
MCI :	Manifestation clinique inhabituelle	UDI :	Utilisateur de drogues par injection
		UV :	Ultraviolet
		VHR :	Véhicule hors route
		VM :	Véhicule moteur

TABLE DES MATIÈRES

Liste des acronymes.....	iii
Mot du Président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.....	1
Mot de la Direction de santé publique	2
Introduction	3
Le Plan d'action régional de santé publique en un coup d'œil.....	3
PARTIE 1	
1. Les stratégies d'action	5
1.1 Développement des communautés.....	5
1.2 Actions intersectorielles	7
1.3 Pratiques cliniques préventives	9
PARTIE 2	
2. La structure des chapitres et des fiches de la partie 3 du Plan d'action régional et du Plan d'action local.....	13
PARTIE 3	
3. Les activités chez les 0-5 ans	17
3.1 Soutenir la mise en œuvre de l'Initiative des amis des bébés.....	19
3.2 Consolider les SIPPE à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.....	21
3.3 Soutenir les interventions en promotion et en prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool auprès des femmes enceintes	23
4. Les activités chez les 6-17 ans	25
4.1 Soutenir la mise en œuvre du programme <i>Fluppy</i> visant le développement des habilités sociales des enfants et la prévention des troubles du comportement dans les classes de maternelle.....	27
4.2 Travailler sur les facteurs clés du développement des jeunes (estime de soi, compétences personnelles et sociales, saines habitudes de vie, etc.) en poursuivant l'implantation des interventions de promotion de la santé et du bien-être en milieu scolaire selon l'approche École en santé, en partenariat avec le MELS.....	29
4.3 Soutenir la réalisation d'un ensemble d'activités, favorisant la santé sexuelle des jeunes, entre autres, par la planification des naissances et la prévention des ITSS.....	31
5. Les activités chez les adultes – aînés – toute population.....	35
5.1 Soutenir les interventions en promotion et en prévention des problèmes de dépendance en jeux pathologiques.....	39
5.2 Soutenir l'implantation du Programme intégré 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION	41
5.3 Soutenir la mise en œuvre d'activités favorables à une bonne santé buccodentaire.....	45
5.4 Programme québécois de dépistage du cancer du sein.....	49
5.5 Soutenir les interventions en promotion de la santé mentale et en prévention du suicide.....	51

5.6	Prévention des traumatismes non intentionnels	53
5.6.1	Sécurité à domicile	55
5.6.2	Sécurité dans les activités récréatives ou sportives	59
5.6.3	Sécurité routière.....	61
6.	Les activités en maladies infectieuses	63
6.1	Vaccination chez les jeunes enfants	67
6.2	Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les clientèles vulnérables.....	71
6.3	Prophylaxie postexposition au sang ou aux autres liquides biologiques	75
6.4	Surveiller le <i>Clostridium difficile</i> et soutenir les établissements au regard des infections nosocomiales.....	79
6.5	Surveiller et prévenir la transmission des maladies respiratoires sévères infectieuses	81
7.	Les activités en santé environnementale	85
7.1	Qualité de l'air intérieur.....	89
7.2	Qualité de l'air extérieur – réduire les problèmes de santé associés à l'herbe à poux et à la pollution atmosphérique	93
7.3	Qualité de l'eau	95
7.4	Problématiques liées au climat – chaleur accablante, rayons ultraviolets.....	97
8.	Les activités en santé au travail	101
8.1	Diminuer l'incidence des maladies pulmonaires professionnelles et des cancers associés au milieu de travail	103
8.2	Diminuer l'incidence de la surdité professionnelle, les conséquences de cette maladie et les autres problèmes de santé associés à une exposition au bruit.....	105
8.3	Diminuer les troubles musculosquelettiques liés au travail	107
PARTIE 4		
9.	Les conditions de succès à la mise en œuvre du PARSP.....	109
9.1	Les conditions de succès pour la mise en œuvre	110
9.2	Certains facteurs contraignants.....	110
9.3	Le contexte	111
9.4	Les enjeux prioritaires	111
9.5	Un plan d'action.....	112
9.6	Le développement et le maintien des compétences	113
Annexe 1	Fonctions essentielles de la santé publique	115
Annexe 2	Description des programmes-services	117
Annexe 3	Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé	119
Annexe 4	Aide-mémoire sur :	
	Les déterminants et les stratégies en santé publique	125
	Les critères pour évaluer le potentiel d'impact d'une intervention.....	126
Annexe 5	Plan de mobilisation d'urgence des ressources.....	127
Annexe 6	Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants.....	135
Annexe 7	Déroulement de la démarche avec résolution du conseil d'administration.....	137

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE



La mise à jour du *Plan d'action régional de santé publique* (PARSP) me donne l'occasion de souligner encore une fois l'importance que l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie accorde à la prévention et à la protection de la santé publique. Les actions de santé publique font d'ailleurs bonne figure parmi les choix stratégiques inscrits à notre planification pluriannuelle 2008-2011.

Je voudrais également rappeler aux acteurs régionaux de la santé que le PARSP est une composante essentielle des continuums de services. Sa mise à jour vient soutenir les centres de santé et de services sociaux de l'Estrie dans l'actualisation de leur mission de responsabilité populationnelle tout en permettant de revoir leur propre *Plan d'action local de santé publique*, en collaboration avec les différents partenaires locaux.

Actuellement, les décideurs du réseau doivent gérer une demande importante en services curatifs en raison de plusieurs facteurs. Le vieillissement accéléré de la population, par exemple, entraîne à la hausse le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques. Cependant, en dépit de cette pression pour des services curatifs, il ne faut pas perdre de vue l'attention à accorder aux actions de santé publique qui constituent un investissement à long terme qu'on ne peut absolument pas négliger.

Je réitère donc notre engagement, conformément à la mission de l'Agence, de faire en sorte que des mesures et des pratiques efficaces soient mises en œuvre dans tous les secteurs d'activités de notre réseau. C'est aussi ce que met de l'avant la mise à jour 2010 du *Plan d'action régional de santé publique* 2004-2007.

A handwritten signature in black ink, reading "Michel Baron". The signature is written in a cursive style with a vertical line at the end.

D^r Michel Baron
Président-directeur général



MOT DE LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

La Loi sur la santé publique requiert une révision périodique des plans d'action régionaux et locaux. La mise à jour en 2008 du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) a donc été l'occasion de réviser avec nos partenaires le *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007* (PARSP).

C'est dans ce contexte qu'il me fait plaisir de vous présenter la mise à jour 2010 du PARSP 2004-2007 qui répond aux exigences du PNSP tout en s'inscrivant en continuité des actions régionales. Ce plan établit les grandes priorités sur lesquelles nous voulons travailler avec vous, nos partenaires, au cours des prochaines années.

Rappelons que depuis l'élaboration du PNSP en 2003, la mission des établissements locaux a connu une transformation majeure. De fait, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) exercent maintenant une responsabilité populationnelle qui demande dorénavant de coordonner l'offre de service en fonction des besoins de leur population. Cette nouvelle réalité vient donc renforcer le lien naturel entre la direction de santé publique et les CSSS dans nos efforts communs de protéger et d'améliorer par la prévention la santé et le bien-être de la population.

Je voudrais également mentionner que, dans l'ensemble, l'état de santé et de bien-être de la population de l'Estrie s'améliore constamment grâce, entre autres, aux activités de santé publique. Cependant, plusieurs défis se profilent à l'horizon. Citons, par exemple, le vieillissement accéléré de la population, la prévalence de certains facteurs défavorables à la santé comme l'obésité et le diabète, la détérioration de l'environnement ainsi que la persistance des inégalités de santé et de bien-être dans un contexte où la disponibilité des ressources est limitée.

Or, devant cette rareté des ressources, on hésite toujours à investir en santé publique même si l'efficacité et l'efficience de nos actions sont maintenant bien connues. Plus que jamais, il importe de miser sur des mesures qui ont fait leur preuve. Les activités de santé publique qui sont inscrites dans la mise à jour 2010 du PARSP 2004-2007 font partie de ces mesures.

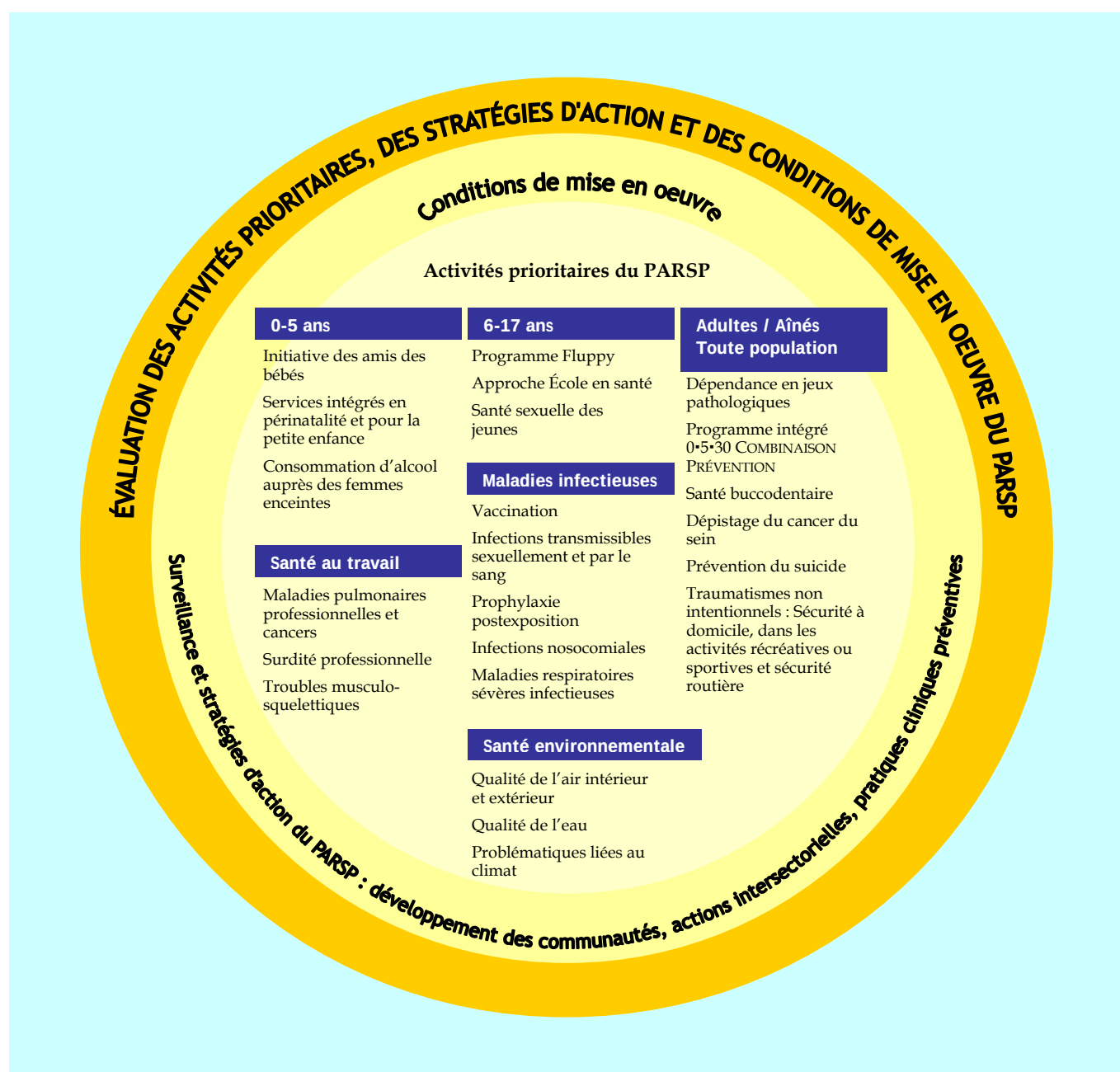
D^{re} Louise Soulière
Directrice de santé publique

INTRODUCTION

Le présent document est composé de quatre parties. La première partie porte sur les stratégies d'action privilégiées en santé publique. La deuxième partie présente, au moyen d'un exemple, la structure des chapitres et des fiches d'activités de la partie 3. La troisième partie constitue en quelque sorte le cœur du document. On y retrouve par chapitre (clientèle cible ou problématique), les activités de santé publique mises de l'avant en Estrie. Les conditions de succès à la mise en œuvre du plan d'action font l'objet de la dernière partie.

Finalement, sept annexes viennent enrichir le document. Ces annexes contiennent de l'information complémentaire utiles à la démarche d'actualisation des actions de santé publique.

LE PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE EN UN COUP D'ŒIL



1.1 Développement des communautés

DOMAINES

- ☐ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☐ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☒ 1-Dév. des comm.
- ☐ 2-Action intersectorielle
- ☐ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

Le développement des communautés (DC) est un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local. Ce processus vise l'amélioration des conditions de vie sur les plans social, culturel, économique et environnemental. Pour sa part, la notion de communauté renvoie à un système social structuré de personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique précis (ex. : village, quartier).

Le DC est étroitement associé à la notion de développement social, qui fait référence à la mise en place et au renforcement des conditions requises pour permettre à chaque individu de développer ses potentiels, de pouvoir participer activement à la vie sociale et de pouvoir tirer sa juste part de l'enrichissement collectif dans une perspective durable.

Ainsi, le développement social parle d'actions réalisées sur les déterminants sociaux. Ces actions peuvent être territoriales ou dans un espace géographique de communauté, mais sont aussi à l'échelle municipale, régionale, provinciale et nationale. La récente Commission des déterminants sociaux de l'OMS a d'ailleurs précisé des actions à entreprendre pour ce faire.

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

Des recherches confirment que la participation sociale, la coopération et l'entraide dans une communauté peuvent avoir un impact positif sur la santé. La participation soutenue dans la vie de la communauté permet de développer un sentiment d'appartenance au milieu et contribue à l'augmentation de l'estime personnelle. Ainsi, l'individu développe un sentiment de pouvoir et de contrôle sur sa destinée et son environnement et en retour, cela a des conséquences importantes sur la santé et le bien-être dont, par exemple, un taux de mortalité plus bas et un meilleur accès à des ressources d'aide. À l'inverse, les communautés où règnent la désorganisation, la méfiance et la compétition présentent de moins bons indices de santé. En particulier, la population présente plus de problèmes de santé mentale et un plus haut taux de suicide.

Le PNSP révisé réaffirme l'importance du DC en l'annonçant comme une stratégie d'influence réelle sur la santé de la population.

FAITS SAILLANTS

- Collaboration auprès de l'Observatoire estrien en développement des communautés (OEDC) par l'animation des travaux du comité d'avancement des pratiques.
- Collaboration avec le comité scientifique de l'OEDC pour la formation des acteurs de la région en DC et la mise en place des meilleures pratiques en DC.
- Collaboration à l'équipe de la DSPE avec l'Observatoire pour la mise en place d'un projet de recherche pour le développement d'indicateurs en DC pour l'Estrie.
- En 2007-2008, élaboration d'un plan provincial en DC pour 2007-2012.
- Constitution et consolidation d'une équipe en DC dans le Service de prévention/promotion de la DSPE.
- Participation aux travaux d'animation des répondants régionaux en DC et à la révision du cadre de référence provincial qui inclura les meilleures pratiques en DC.

CONSTATS ET ENJEUX

Inscrire l'offre de service de santé publique en développement des communautés à l'intérieur d'un Plan d'action régional à partir du Plan d'action provincial et le faire connaître à l'interne et à nos partenaires externes.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

- Promouvoir les actions permettant de réduire les inégalités sociales en collaboration avec l'OEDC.
- Soutenir les efforts des agents de développement locaux dans le développement des compétences des acteurs et le déploiement des meilleures pratiques en DC au niveau local.
- Soutenir la mise en place d'un système de surveillance territorial orienté vers l'action.
- Renforcer la cohésion entre les activités de DC et les activités du PNSP révisé.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Collaborer au développement du tableau de bord en développement des communautés en collaboration avec l'OEDC.	Direction de santé publique CSSS et autres partenaires
• Accompagner les CSSS de l'Estrie dans la réalisation de projets de développement des communautés ou d'actions intersectorielles locales selon leurs besoins. • Coordonner et animer les travaux du comité d'avancement des pratiques de l'OEDC. • Collaborer aux travaux provinciaux, notamment en participant à la révision du cadre de référence en DC et développement social de l'INSPQ ainsi qu'au comité responsable de l'animation de la Table provinciale tripartite en Développement des communautés (INSPQ-DSP-MSSS).	Direction de santé publique

PERSONNES-RESSOURCES

Tableau de bord :

Michel Des Roches, agent de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42564)

Développement des pratiques :

Alain Rochon, médecin-conseil (819 829-3400, poste 42527)

QUELQUES CONTRIBUTIONS DE LA SANTÉ PUBLIQUE RELIÉES AU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

- À l'automne 2008, 66 communautés locales ont été définies pour le territoire de l'Estrie. Ces communautés devaient répondre aux critères suivants : regrouper une population d'environ 5 000 habitants, partager des caractéristiques semblables au sein de la communauté et respecter les limites des aires de diffusion ou du réseau routier en milieu urbain. Les communautés locales ont été délimitées par différents intervenants de chaque MRC.
- Un tableau de bord, qui contient des données portant sur différents aspects (économie, conditions sociales, scolarité, etc.), des graphiques et des cartes sont en production pour chaque communauté et une partie a été diffusée sur le site web de l'Agence.
- Les communautés qui le désirent seront invitées à remplir une fiche d'appréciation du potentiel de développement de la communauté (activité qualitative de type *focus group*) afin de compléter les données quantitatives contenues dans le tableau de bord. Ainsi, chaque communauté pourra identifier ses forces et ses faiblesses et adopter un plan d'action.

1.2 Actions intersectorielles

DOMAINES

- ☐ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☐ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☐ 1-Dév. des comm.
- ☒ 2-Action intersectorielle
- ☐ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

Le constat fait maintenant l'unanimité : plusieurs moyens connus pour agir sur la santé et le bien-être de la population débordent le champ d'action strict du secteur des services de santé et des services sociaux. La promotion de la santé et la prévention de nombreux problèmes requièrent donc l'engagement et la participation des acteurs de plusieurs secteurs d'activité.

L'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être emprunte les diverses formes d'interventions publiques qui ont cours dans tous les secteurs d'activités et à tous les niveaux (lois et règlements, tables de concertation, actions concertées, etc.). Ces interventions visent l'action sur les déterminants de la santé qui sont modifiables, à savoir les comportements des personnes, les pratiques des intervenants, les décisions des dirigeants ainsi que les milieux de vie et les conditions de vie de la population.

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

Il est reconnu depuis 1974, lors de l'émission du Rapport Lalonde, que les déterminants de la santé les plus en lien avec la mortalité et la morbidité sont les habitudes de vie et l'environnement. La biologie et les services de santé sont les autres déterminants, avec cependant moins d'impact sur la santé.

Plus tard, en 1985 avec la Charte d'Ottawa de l'OMS (voir Annexe 1), on identifiait clairement les milieux de vie ainsi que les conditions de vie comme déterminants environnementaux majeurs. On sait depuis plusieurs années que l'impact des actions intersectorielles sur les habitudes de vie est considérable, non seulement pour les activités destinées à l'individu, mais aussi à l'environnement.

Par ailleurs, quant aux déterminants sociaux, la Commission des déterminants sociaux de l'OMS a publié deux rapports, un sur les faits en 2004 et, tout récemment en 2008, un sur les actions à poser pour réduire les inégalités en agissant sur ces derniers. Il est clairement indiqué dans le rapport l'importance des actions intersectorielles pour permettre l'actualisation des recommandations.

FAITS SAILLANTS

- Identification des actions intersectorielles comme une stratégie transversale pour le PNSP révisé.
- Mise sur pied d'une équipe à la DSPE de l'Estrie pour faciliter la mise en place d'actions intersectorielles efficaces.

CONSTATS ET ENJEUX

Développer une vision concernant l'action intersectorielle en accompagnant des partenaires régionaux (ex. : La conférence régionale des élus et élues de l'Estrie (CRÉE), la Commission administrative régionale (CAR)) tout en s'assurant que cette stratégie s'inscrive dans les divers dossiers de santé publique.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

- Promouvoir les mesures efficaces en santé publique dans les diverses structures de concertation intersectorielles régionales autant pour les habitudes de vie que pour les déterminants sociaux ou physiques.
- Renforcer la cohésion entre les activités de concertation intersectorielles, les dossiers de santé publique ainsi qu'avec le développement des communautés.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
- Favoriser la concertation intersectorielle en appui au développement des communautés. - Promouvoir les diverses actions efficaces pour agir sur les milieux de vie et les conditions de vie (déterminants sociaux) dans les diverses concertations locales et régionales.	Direction de santé publique CSSS
Soutenir les CSSS dans leur rôle d'accompagnateur des diverses concertations locales.	Direction de santé publique

QUELQUES EXEMPLES ESTRIENS DES ACTIONS INTERSECTORIELLES EN SANTÉ PUBLIQUE

- Programme intégré 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION
- Comité régional estrien pour la promotion des saines habitudes de vie
- Projet Rés♂ pour la prévention du suicide chez les hommes

1.3 Pratiques cliniques préventives

DOMAINES

- ☐ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☐ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☐ 1-Dév. des comm.
- ☐ 2-Action intersectorielle
- ☒ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

Les pratiques cliniques préventives font partie de la pratique courante des professionnels de la santé. Toutefois, bien que ceux-ci en reconnaissent la pertinence, plusieurs obstacles entravent leur application sur une base systématique. Préoccupés par le coût des maladies évitables sur le système de santé et compte tenu des évidences scientifiques favorables, l'implantation et l'optimisation de pratiques cliniques préventives (PCP), au quotidien, est un défi qui nous interpelle tous.

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

Les PCP font partie de l'une des stratégies d'action transversales retenues dans la révision du PNSP 2008-2012. Cette stratégie s'inscrit dans l'exercice de la responsabilité populationnelle.

Les cliniciens de première ligne occupent une position privilégiée étant donné l'influence qu'ils ont sur la décision de leurs patients d'adopter des comportements bénéfiques pour leur santé. Le médecin et les infirmières jouent un rôle central dans les activités de dépistage, d'immunisation et de chimioprophylaxie. Avec d'autres professionnels, notamment les pharmaciens, les dentistes, des intervenants psychosociaux et les sages femmes, ils contribuent activement au counseling préventif.

Les moyens les plus fréquemment utilisés pour promouvoir les PCP découlent d'une approche éducative axée sur l'amélioration des connaissances des cliniciens et des patients : ateliers de formation, diffusion de guides de pratique, de bulletins d'information et d'outils. Cependant, d'autres stratégies se révèlent davantage efficaces pour amener les professionnels de la santé à mieux intégrer la prévention dans leur pratique quotidienne :

- Les systèmes de rappel visant les cliniciens;
- Les équipes d'amélioration de la qualité des soins;
- Le système de bureau sur mesure – facilitation;
- Les interventions visant le patient;
- Les interventions multifacettes.

FAITS SAILLANTS

Afin de favoriser l'intégration des PCP parmi les stratégies d'actions de l'Agence, un des exercices fut d'inscrire celles-ci dans le processus de développement des projets cliniques et des divers programmes-services tels celui du PALV et les deux de Santé physique (*Cancer et Soins palliatifs* et *Prévention et gestion des maladies chroniques*).

Les efforts ont été concentrés sur trois dossiers : le counseling « 0·5·30 », la prévention des chutes chez les aînés et l'acide folique. Les travaux effectués ont visé à :

- Consolider le counseling bref « 0·5·30 » auprès des infirmières des services courants des CSSS (et graduellement à d'autres services) ainsi qu'à consolider les services de counseling complet et intensif en matière d'abandon du tabac (CAT), d'activité physique et d'une saine alimentation. La DSPE a travaillé tout au long des dernières années en étroite collaboration avec un comité régional constitué des « intervenants pivots » de chacun des CSSS. Parmi les interventions réalisées, on retrouve entre autres : soutien à la planification et à la réalisation des activités du CSSS, soutien professionnel (formation, outils, etc.), développement et réalisation d'activités promotionnelles et de communication en lien avec les PCP ciblées et tenue de campagnes nationales.
- Promouvoir le développement du counseling en prévention des chutes à l'intérieur d'un processus de mise en réseau, sous l'égide des CSSS, des services prévus dans le cadre de référence du MSSS (*La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile*). Des ateliers de formation ont été offerts à plusieurs cliniques médicales et GMF et une approche clinique a été expérimentée à l'intérieur d'un projet de recherche du Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS.

- Promouvoir la prise de suppléments d'acide folique. La DSPE a réalisé en étroite collaboration avec le Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement du CSSS-IUGS une campagne de sensibilisation en utilisant une double stratégie : en s'adressant directement aux femmes par le biais des médias (conférence de presse et publicité) et en favorisant la recommandation de la prise d'un supplément d'acide folique par les professionnels de la santé auprès des femmes en âge de procréer. Une invitation toute spéciale fut lancée au début de l'été 2006 à l'ensemble des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes de l'Estrie. Une formation en counseling bref fut offerte aux infirmières des GMF de la région et à celles des services courants du CSSS-IUGS. Des outils éducatifs ont été présentés et distribués à l'ensemble des cliniques médicales, pharmacies et établissements de santé.
- Consolider le counseling bref « 0•5•30 » auprès des infirmières des GMF. Il faut souligner le partenariat établi avec le Comité conjoint infirmières GMF-CLSC. Une formation en counseling bref « 0•5•30 » a été offerte à toutes les infirmières des GMF. Des outils furent également mis à leur disposition. À cette fin, un mécanisme de communication a été établi pour optimiser les campagnes promotionnelles provinciales auprès des clientèles des GMF tels le *Défi J'arrête, j'y gagne!* et le *Défi 5-30!* Une formation fut également donnée en avril 2007 initiant les infirmières à l'utilisation du *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle*.
- Finalement, tant aux infirmières des CSSS qu'à celles des GMF, furent offerts diverses activités de soutien dont l'atelier de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) en abandon du tabac et des ateliers de notre DSPE dont celui en regard du counseling bref en activité physique.

CONSTATS ET ENJEUX

Actuellement, plusieurs activités préventives faisant appel à des approches individuelles sont déployées à travers divers programmes ou interventions auprès de différents partenaires. À partir des travaux antérieurs, il apparaît, d'une part, opportun à ce stade-ci de partager un langage commun autour de cette stratégie et, d'autre part, de se doter d'une approche pour en systématiser le déploiement, fondée sur la force des données probantes, l'urgence d'agir et sur la faisabilité réelle, tant sur le plan de l'utilisation des ressources de la DSPE que celles des partenaires.

Parmi les enjeux, il faudra bien identifier à la DSPE, en collaboration avec les partenaires, les facteurs qui facilitent et les obstacles qui entravent l'application de cette stratégie (GMF/cabinets médicaux, CSSS et ressources de la communauté). Par la suite, il faudra convenir des thématiques les plus appropriées qui en bénéficieraient et aussi travailler à réunir des conditions favorables ou saisir des opportunités favorisant l'accomplissement de projets réalistes et réalisables.

Objectifs

- Développer une vision, une approche incluant les principales stratégies à privilégier et des principes clairs et partagés au sein de la DSPE, avec les autres directions de l'Agence et aussi avec nos divers partenaires (GMF/cabinets médicaux, CSSS).
- Développer une offre globale de service de la DSPE au regard des PCP retenues par le PNSP et ordonnées en collaboration avec nos partenaires, selon des critères d'efficacité, d'exigences dans les orientations régionales et nationales, de pertinence, d'acceptabilité et de faisabilité réelle.
- Poursuivre la consolidation des PCP actuelles en milieux cliniques au regard des saines habitudes de vie (SHV), des ITSS, de l'HTA et du dépistage de certains cancers.
- Accompagner et soutenir les cliniciens dans les CSSS et les milieux médicaux par de la formation et des outils utiles à la décision clinique et aux pratiques organisationnelles.
- Favoriser l'émergence, en collaboration avec les CSSS et les milieux médicaux, de projets novateurs.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

- Contribuer à améliorer les SHV par des actions individuelles de counseling préventif et de dépistage, et ce, en complémentarité et en cohérence avec d'autres stratégies sur les déterminants de la santé.
- Systématiser, dans la pratique quotidienne, l'application des PCP par les médecins et les professionnels de la santé dans les CSSS.

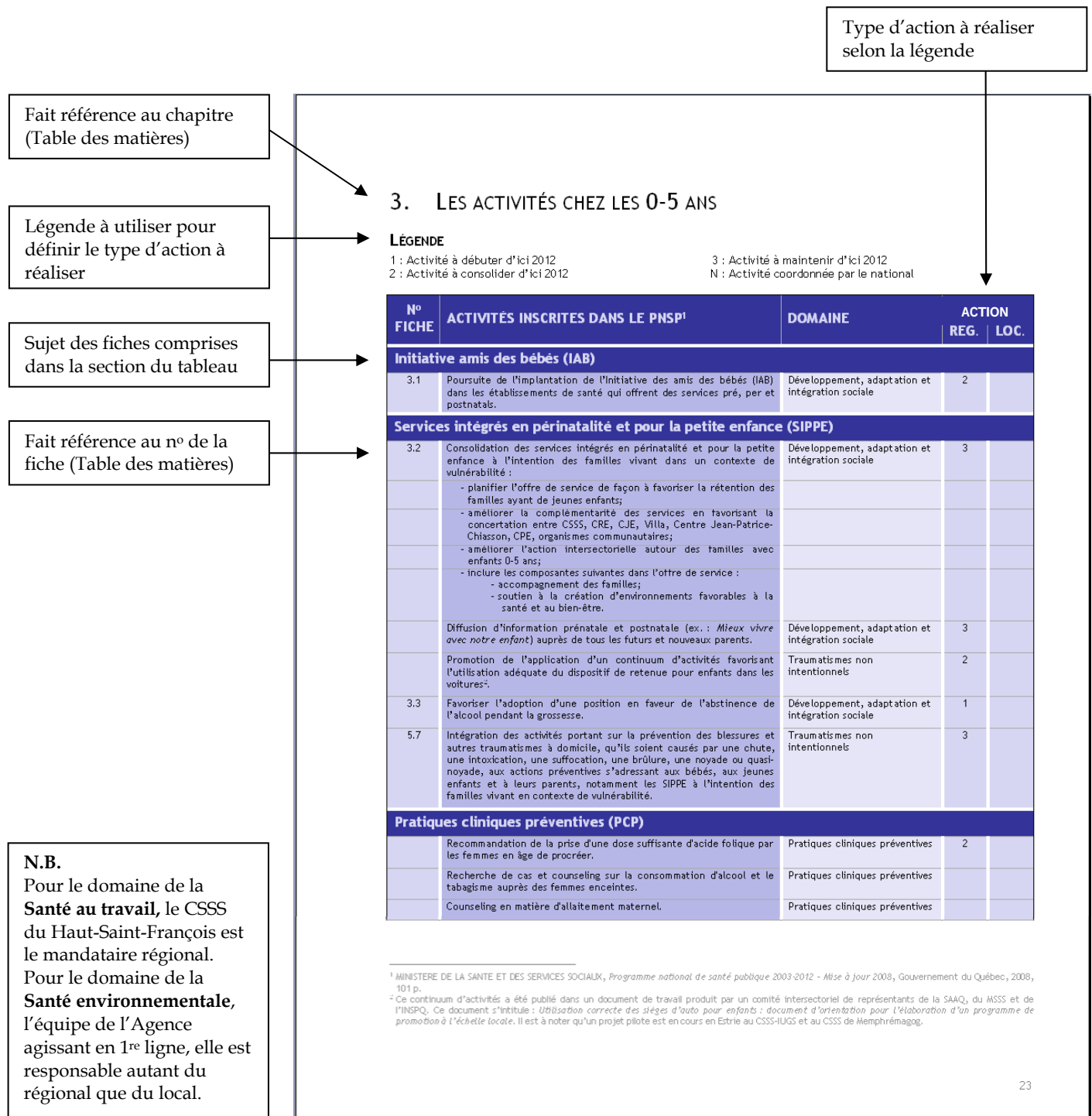
RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Planifier une offre de service s'adressant aux cliniciens de 1^{re} ligne. • Proposer des stratégies efficaces d'intégration des PCP à la pratique. • Assurer la mise en œuvre de l'offre de service.	Direction de santé publique Triade : CSSS/GMF/cabinets médicaux
• Soutenir les milieux cliniques dans l'intégration ou l'optimisation de certaines PCP liées à des programmes de santé publique déjà en place. • Mettre en œuvre les PCP privilégiées dans l'offre de service et celles qui sont jugées appropriées.	CSSS Triade : CSSS/GMF/cabinets médicaux

QUELQUES EXEMPLES DE PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES EN SANTÉ PUBLIQUE

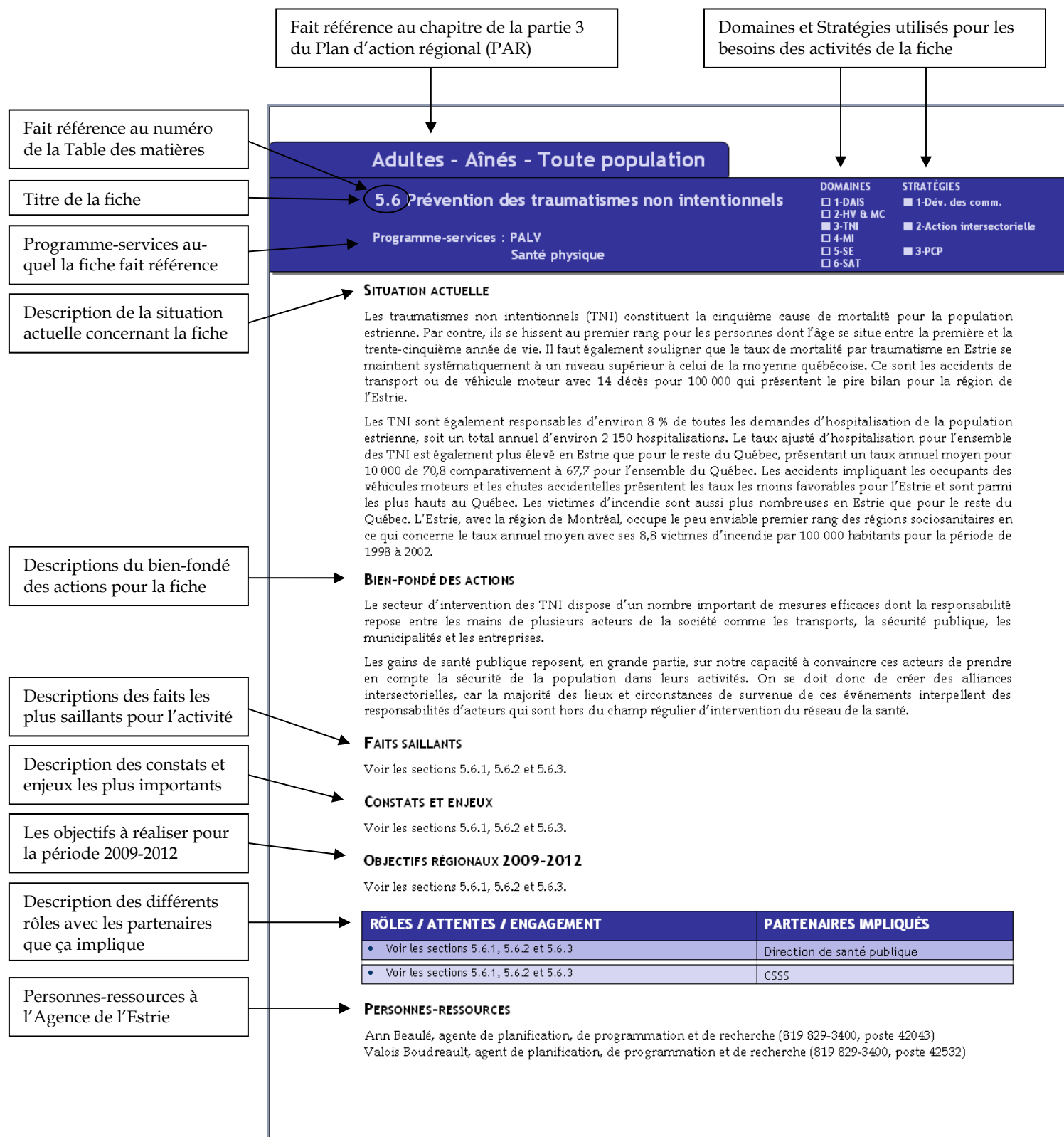
- Recommandation de la prise d'acide folique par les femmes en âge de procréer.
- Counseling sur l'activité sexuelle et les méthodes de contraception auprès des adolescents actifs sexuellement.
- Dépistage de la rubéole chez les femmes enceintes.

2. LA STRUCTURE DES CHAPITRES ET DES FICHES DE LA PARTIE 3 DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL ET DU PLAN D'ACTION LOCAL

Exemple : Les activités chez les 0-5 ans



Le PAR :



Les PAL :

Fait référence au chapitre de la partie 3 du Plan d'action

Domaines et Stratégies utilisés pour les besoins des activités de la fiche

Fait référence au numéro de la Table des matières

Titre de la fiche

Programme-services auquel fait référence la fiche

Ajout de commentaires du RLS, au besoin, quant à la situation actuelle de la fiche

Ajout de commentaires du RLS, au besoin, sur le bien-fondé des actions pour cette fiche

Ajout de commentaires du RLS, au besoin, quant aux faits les plus saillants pour l'activité en question

Ajout de commentaires du RLS, au besoin, quant aux constats et enjeux les plus importants

Adultes - Aînés - Toute population

5.4 Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Programme-services : Santé physique : Cancer et Soins palliatifs

DOMAINES	STRATÉGIES
☐ 1-DAIS	☐ 1-Dév. des comm.
☒ 2-HV B. MC	☒ 2-Action intersectorielle
☐ 3-TNI	☒ 3-PCP
☐ 4-MI	
☐ 5-SE	
☐ 6-SAT	

SITUATION ACTUELLE

La mortalité par cancer du sein a diminué de 20 % au Québec depuis 1986 entre autres grâce au dépistage. Le Québec bénéficie actuellement du seul programme systématique de dépistage chez les adultes, soit le Programme québécois de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans. Ce programme demeure toujours justifié selon les données scientifiques disponibles.

Information du RLS
Insérez commentaires ici

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

Le dépistage est efficace pour réduire la mortalité par cancers du sein, du col utérin et colorectal¹. La promotion de saines habitudes de vie (SHV) et la prévention de la maladie visent essentiellement à réduire la mortalité par cancer.

Information du RLS
Insérez commentaires ici

FAITS SAILLANTS

En Estrie, chaque semaine :

- 4 à 5 nouveaux cas de cancer du sein;
- 1 décès par cancer du sein².

Le principal objectif est de réduire d'au moins 25 % la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans. L'une des conditions essentielles est de rejoindre un taux de participation au dépistage (aux deux ans) d'au moins 70 % de la population ciblée. En 2006-2007, le taux de participation au programme est de 65,4 %.

Information du RLS
Insérez commentaires ici

CONSTATS ET ENJEUX

Les priorités sont :

- Augmenter le taux de participation;
- Réaliser en 2008-2009 une étude de satisfaction des femmes qui participent au programme;
- Consolider les activités d'assurance de la qualité;
- Consolider la gouverne du PQDCS au niveau régional;
- Consolider auprès des CSSS et du DRMG une offre de service pour un accès à des médecins prêts à assumer un suivi des mammographies anormales chez les participantes sans médecin de famille;
- Consolider auprès des CSSS une offre de soutien psychosocial pour les femmes en attente de diagnostic;
- Consolider auprès des CSSS l'accès à des services de counseling et de dépistage à l'intérieur des services de première ligne, notamment les cliniques médicales.

Information du RLS
Insérez commentaires ici

¹ D'ici 2012, le dépistage du cancer du col utérin et du cancer colorectal feront l'objet de directives de la part du MSSS.
² Source : INSPQ.

3. LES ACTIVITÉS CHEZ LES 0-5 ANS

LÉGENDE (TYPE D'ACTION)

1 : Activité à débiter d'ici 2012
2 : Activité à consolider d'ici 2012

3 : Activité à maintenir d'ici 2012
N : Activité coordonnée par le national

N° FICHE	ACTIVITÉS INSCRITES DANS LE PNSP ¹	DOMAINE	ACTION	
			RÉG.	LOC.
Initiative amis des bébés (IAB)				
3.1	Poursuite de l'implantation de l'Initiative des amis des bébés (IAB) dans les établissements de santé qui offrent des services pré, per et postnataux.	Développement, adaptation et intégration sociale	2	
Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)				
3.2	Consolidation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité : - planifier l'offre de service de façon à favoriser la rétention des familles ayant de jeunes enfants; - améliorer la complémentarité des services en favorisant la concertation entre CSSS, CRE, CJE, Villa, Centre Jean-Patrice-Chiasson, CPE, organismes communautaires; - améliorer l'action intersectorielle autour des familles avec enfants 0-5 ans; - inclure les composantes suivantes dans l'offre de service : - accompagnement des familles; - soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être.	Développement, adaptation et intégration sociale	3	
	Diffusion d'information prénatale et postnatale (ex. : <i>Mieux vivre avec notre enfant</i>) auprès de tous les futurs et nouveaux parents.	Développement, adaptation et intégration sociale	3	
	Promotion de l'application d'un continuum d'activités favorisant l'utilisation adéquate du dispositif de retenue pour enfants dans les voitures ² .	Traumatismes non intentionnels	2	
3.3	Favorisation de l'adoption d'une position en faveur de l'abstinence de l'alcool pendant la grossesse.	Développement, adaptation et intégration sociale	1	
5.7*	Intégration des activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile, qu'ils soient causés par une chute, une intoxication, une suffocation, une brûlure, une noyade ou quasi-noyade, aux actions préventives s'adressant aux bébés, aux jeunes enfants et à leurs parents, notamment les SIPPE à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité.	Traumatismes non intentionnels	3	
Pratiques cliniques préventives (PCP)				
	Recommandation de la prise d'une dose suffisante d'acide folique par les femmes en âge de procréer.	Pratiques cliniques préventives	2	
	Recherche de cas et counseling sur la consommation d'alcool et le tabagisme auprès des femmes enceintes.	Pratiques cliniques préventives	2	

* : voir chapitre 5

¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Gouvernement du Québec, 2008, 101 p.

² Ce continuum d'activités a été publié dans un document de travail produit par un comité intersectoriel de représentants de la SAAQ, du MSSS et de l'INSPQ. Ce document s'intitule : *Utilisation correcte des sièges d'auto pour enfants : document d'orientation pour l'élaboration d'un programme de promotion à l'échelle locale*. Il est à noter qu'un projet pilote est en cours en Estrie au CSSS-IUGS et au CSSS de Memphrémagog.

N° FICHE	ACTIVITÉS INSCRITES DANS LE PNSP ¹	DOMAINE	ACTION	
			RÉG.	LOC.
	Counseling en matière d'allaitement maternel.	Pratiques cliniques préventives	2	
	Dépistage de la dépression chez les femmes enceintes et les femmes en postnatal et référence aux services diagnostiques, de traitement ou de suivi.	Pratiques cliniques préventives	2	
	Recommandation aux familles défavorisées de bénéficier des visites à domicile durant la période périnatale et la petite enfance.	Pratiques cliniques préventives	2	
	Orientation des enfants défavorisés vers des centres de la petite enfance pour des interventions éducatives précoces.	Pratiques cliniques préventives	2	
	Counseling sur l'utilisation optimale de fluorure dans la prévention de la carie.	Pratiques cliniques préventives	2	

3.1 Soutenir la mise en œuvre de l'Initiative des amis des bébés

Programmes-services : Services généraux et Santé publique

DOMAINES

- 1-DAIS
- 2-HV & MC
- 3-TNI
- 4-MI
- 5-SE
- 6-SAT

STRATÉGIES

- 1-Dév. des comm.
- 2-Action intersectorielle
- 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

L'Initiative des amis des bébés (IAB) est un programme international de qualité de soins destiné à améliorer la pratique de l'allaitement. Il a été développé par l'OMS et l'UNICEF qui ont établi des conditions gagnantes pour le succès de l'allaitement.

Pour obtenir l'agrément IAB, les centres hospitaliers (CHUS et CSSS du Granit) doivent appliquer les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement*, les CSSS (volet CLSC) doivent appliquer les *Sept étapes du plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement maternel en santé communautaire* et la maison de naissance, à la fois les Dix conditions et les Sept étapes. Tous les établissements doivent respecter le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* et atteindre les statistiques prévues en allaitement. Une fois ces exigences rencontrées, les établissements se soumettent à un processus d'évaluation et de reconnaissance IAB.

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

L'IAB est un programme reconnu à travers le monde et il est endossé par plus de 171 pays. Les pratiques relatives à l'IAB sont reconnues efficaces pour augmenter les taux d'allaitement. D'ailleurs, c'est une stratégie retenue par le MSSS dans ses lignes directrices en allaitement maternel.

L'allaitement est reconnu comme le mode d'alimentation par excellence pour assurer la croissance optimale des nourrissons. Les données scientifiques confèrent à l'allaitement un effet préventif pour plusieurs problèmes de santé. Il est considéré comme un facteur de protection diminuant les effets de la pauvreté chez les enfants³.

FAITS SAILLANTS

- Les résultats de l'étude⁴ du niveau d'implantation de l'IAB réalisée à l'été 2007 ont été transmis au CHUS et à tous les CSSS.
- La diffusion de la formation de base en allaitement requise pour la certification IAB a été complétée en 2008-2009 pour tous les CSSS. Des sessions supplémentaires sont offertes pour le nouveau personnel.
- Tous les CSSS ont adopté une politique d'allaitement maternel.

CONSTATS ET ENJEUX

- Les démarches pour obtenir la certification IAB sont en cours dans tous les CSSS et au CHUS. À l'instar des sept CSSS, le CHUS a désigné une répondante en allaitement ayant pour mandat de coordonner la mise en œuvre des diverses étapes de l'implantation de l'IAB.
- Les CSSS développent actuellement des outils pour répondre aux obligations liées aux indicateurs de la certification IAB et s'assurent que le personnel visé par l'IAB continue de recevoir la formation requise. Ils préparent aussi la documentation préalable à une demande d'évaluation au comité québécois d'agrément IAB.
- Le travail préparatoire à la certification IAB est exigeant pour les établissements et demande aux répondantes en allaitement une utilisation judicieuse de leur temps alloué pour l'implantation de l'IAB.
- Les résultats de l'étude du niveau d'implantation de l'IAB dans la région ont permis de préciser à chaque CSSS et au CHUS les aspects à améliorer pour répondre à l'ensemble des normes de qualité de l'IAB.
- Une fois la formation de base en allaitement réalisée, il faudra consacrer du temps à la mise à jour de cette formation et à la supervision clinique.

³ Ginette PAQUET et Denis HAMEL, *Inégalités sociales et santé des tout-petits : l'identification des facteurs de protection*, Institut national de santé publique du Québec, 2003.

⁴ Étude réalisée à l'aide des outils suivants : Les instruments IAB-37 et IHAB-40 développés par Laura Haiek et Dany L. Gauthier de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2007).

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

Augmenter le taux et la durée de l'allaitement maternel ainsi que de l'allaitement maternel exclusif.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
- Assurer la coordination régionale et soutenir les CSSS et le CHUS. - Offrir de la formation et outiller les CSSS et le CHUS.	Direction de santé publique
- Progresser dans l'application des Dix conditions de l'IAB et obtenir l'agrément. - Participer à la création d'environnements favorables à l'allaitement.	CSSS CHUS

PERSONNE-RESSOURCE

Roselyne Collard, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42551)

3.2 Consolider les SIPPE à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité

Programme-services : Services généraux

DOMAINES

- 1-DAIS
- 2-HV & MC
- 3-TNI
- 4-MI
- 5-SE
- 6-SAT

STRATÉGIES

- 1-Dév. des comm.
- 2-Action intersectorielle
- 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) visent à favoriser le développement optimal des enfants, à prévenir les problèmes psychosociaux et de santé de même qu'à améliorer les conditions de vie des familles. Ils s'adressent aux familles dont les mères sont âgées de moins de 20 ans ou vivant dans l'extrême pauvreté⁵.

Les SIPPE comprennent deux composantes : l'accompagnement des familles et le soutien à la création d'environnements favorables.

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

La pauvreté est un déterminant majeur de la santé. Les SIPPE offrent aux familles vulnérables, en prénatal et en postnatal, un accompagnement personnalisé, fréquent et continu, visant à atténuer les effets de cette condition. Ils comprennent des visites à domicile et diverses activités éducatives à l'intention des jeunes enfants. Des mesures sont également appliquées en vue de favoriser la concertation et de créer des environnements favorables à la santé et au bien-être des familles. La mise en œuvre de ces services fait suite aux recommandations du rapport *Un Québec fou de ses enfants*.

De plus :

- la Politique de périnatalité 2008-2018 du MSSS préconise les SIPPE.
- le 3^e rapport national sur l'état de santé de la population du Québec du MSSS, *Riche de tous ses enfants*, réitère les recommandations du PNSP 2003-2012 sur la pertinence des SIPPE et de ses deux composantes.

FAITS SAILLANTS

Le bilan de l'année 2007-2008 montre que :

- Les SIPPE rejoignent une clientèle nombreuse dans la région de l'Estrie (945 enfants répartis dans 675 familles). Le nombre d'interventions individuelles auprès des familles correspond à la fréquence recommandée (environ deux rencontres par mois).
- Diverses organisations travaillent de façon concertée au bien-être des familles. Il reste des efforts à faire pour renforcer, mais aussi pour documenter cette composante des services.

CONSTATS ET ENJEUX

- Des données préliminaires indiquent que les familles sont probablement nombreuses à abandonner le programme, et ce, dès la première année suivant la naissance de l'enfant. Il importe de documenter cette situation et de trouver des moyens pour favoriser la continuité des services auprès des familles.
- On observe que la clientèle est de plus en plus hypothéquée en raison de comorbidité (drogue, alcool, problématique de santé mentale).
- L'action intersectorielle autour des familles avec enfants de 0-5 ans doit être renforcée et mieux documentée.
- D'importants travaux provinciaux ont été entrepris pour répondre aux questions et aux préoccupations touchant la clientèle et les activités des SIPPE. Répartis sur deux ans (2008-2010), ces travaux devraient permettre de mieux rejoindre et de mieux desservir les familles. La région de l'Estrie y collabore activement.

⁵ L'extrême pauvreté est définie à partir de deux indicateurs : la sous-scolarisation des mères et le revenu familial en-deçà du seuil de faible revenu.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

- Prévenir les problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants.
- Maintenir l'offre de service intégré en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE).

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Assurer la coordination régionale et soutenir les CSSS. • Offrir de la formation pour les deux composantes du programme.	Direction de santé publique
• Réaliser les deux composantes du programme et soutenir les intervenants. • Participer aux travaux régionaux.	CSSS Villa Marie-Claire Organismes communautaires famille

PERSONNE-RESSOURCE

Renée Cyr, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42596)

3.3 Soutenir les interventions en promotion et en prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool auprès des femmes enceintes

Programme-services : Dépendances

DOMAINES

- ☒ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☐ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☐ 1-Dév. des comm.
- ☐ 2-Action intersectorielle
- ☒ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

- La consommation d'alcool a augmenté au Québec, en particulier chez les femmes.
- Pendant leur grossesse, 24 % des Québécoises déclarent avoir consommé de l'alcool contre 11 % des Canadiennes. En Estrie, la proportion est de 30,8 % (ISQ 2004).
- Les messages et directives transmis aux femmes sur la grossesse et l'alcool varient d'un intervenant à l'autre : l'information n'est pas uniformisée et les directives sont plus ou moins claires.

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

- La grossesse constitue un moment privilégié pour l'adoption de saines habitudes de vie.
- Les effets de l'alcool sur le fœtus sont bien documentés sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) et sur le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF).
- Adopter une position en faveur de l'abstinence d'alcool pendant la grossesse :
 - o documenter le choix,
 - o le faire connaître.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

- Réduire la proportion d'enfants naissant avec le SAF.
- Réduire la proportion de jeunes avec des troubles de conduite (ETCAF).

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Soutenir les activités ciblées dans les orientations régionales du Programme-services Dépendances. • Promouvoir les meilleures pratiques.	Direction de santé publique
• Diffusion du dépliant sur la grossesse et l'alcool – <i>Risque 0 = alcool 0</i>. • Inclusion de contenu sur l'alcool dans les activités de périnatalité.	CSSS Villa Marie-Claire Centre Jean-Patrice-Chiasson

PERSONNE-RESSOURCE

Marie-Thérèse Payre, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42505)

4. LES ACTIVITÉS CHEZ LES 6-17 ANS

LÉGENDE (TYPE D'ACTION)

1 : Activité à débiter d'ici 2012
2 : Activité à consolider d'ici 2012

3 : Activité à maintenir d'ici 2012
N : Activité coordonnée par le national

N° FICHE	ACTIVITÉS INSCRITES DANS LE PNSP	DOMAINE	ACTION	
			RÉG.	LOC.
Fluppy				
4.1	Intervention visant le développement des habiletés sociales des enfants (ex. : programme <i>Fluppy</i>) dans les milieux scolaires primaires défavorisés.	Développement, adaptation et intégration sociale	3	
Approche École en santé (AES)				
4.2	Poursuite de l'implantation des interventions de promotion de la santé et du bien-être en milieu scolaire (incluant les activités en lien avec la <i>Loi sur le tabac et les saines habitudes de vie</i> visant les individus et les environnements du domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques, tels l'animation et l'aménagement sécuritaire de la cour d'école) selon l'approche École en santé (AES), en partenariat avec le MELS.	Développement, adaptation et intégration sociale	2	
5.2*	Dans le cadre de l'AES, activités de promotion et de prévention axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie (le non-usage du tabac, une saine alimentation, l'activité physique et l'hygiène dentaire) visant à la fois les individus et les environnements.	Habitudes de vie et maladies chroniques	2	
Santé sexuelle des jeunes				
4.3	Soutien à l'organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle, adaptée aux adolescents et jeunes adultes (du type clinique jeunesse ⁶) et favorisant la planification des naissances combinée à des interventions d'éducation à la sexualité.	Développement, adaptation et intégration sociale	1	
	Promotion et soutien de la réalisation d'interventions en matière d'éducation à la sexualité chez les jeunes de 6 à 12 ans.		1	
Santé dentaire				
5.3*	Application d'agents de scellement dentaire en milieu scolaire auprès des enfants de 5-15 ans présentant un risque de carie dentaire.	Habitudes de vie et maladies chroniques	2	
	Suivi préventif individualisé en milieu scolaire afin que les enfants de la maternelle à la 2 ^e année qui répondent aux critères concernant le risque de carie dentaire puissent bénéficier de deux applications topiques de fluorure par année et participer à des activités d'éducation à la santé buccodentaire.	Habitudes de vie et maladies chroniques	2	
Prévention du suicide				
5.5*	Implantation de réseaux de sentinelles auprès des jeunes dans le cadre de la stratégie d'action jeunesse 2006-2009 (15-29 ans).	Développement, adaptation et intégration sociale	2	

* : voir chapitre 5

⁶ Les cliniques jeunesse visent à offrir des services préventifs et curatifs, spécifiquement organisés pour les adolescents ou jeunes adultes, notamment en matière de santé sexuelle – dont la prévention des ITSS (domaine maladies infectieuses) –, de saines relations amoureuses, de compétences personnelles et sociales, de santé mentale, d'habitudes de vie, de comportements sécuritaires, etc.

N° FICHE	ACTIVITÉS INSCRITES DANS LE PNSP	DOMAINE	ACTION	
			RÉG.	LOC.
Prévention des traumatismes				
5.6.2*	Promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle portant sur la pratique des sports de glisse auprès des partenaires publics et privés concernés.	Traumatismes non intentionnels	2	
5.6.2*	Promotion de l'application de la norme de sécurité existante concernant l'aménagement des aires et des équipements de jeux auprès des municipalités et des écoles.	Traumatismes non intentionnels	2	
Pratiques cliniques préventives (PCP)				
	Counseling sur :	Pratiques cliniques préventives		
4.3	- l'activité sexuelle et les méthodes de contraception auprès des adolescents actifs sexuellement;		2	
5.1*	- la consommation d'alcool;		2	
5.5*	- la prévention du suicide;		2	
	- l'abandon du tabagisme;			
5.2*	- la pratique régulière de l'activité physique;		2	
5.3*	- l'utilisation optimale de fluor dans la prévention de la carie dentaire.		2	
Autres				
	Sensibilisation des décideurs privés et publics visés aux effets négatifs, sur les enfants et les adolescents, de l'exposition à des modèles inappropriés dans les médias (violence, sexualisation précoce, surconsommation d'alcool, de drogues et de jeux de hasard et d'argent, etc.) ainsi que sensibilisation de ces décideurs privés et publics à l'importance de la réduction de cette exposition.	Développement, adaptation et intégration sociale	N	
	Sensibilisation des décideurs privés et publics visés à l'importance de l'application des lois et règlements visant la restriction de l'accessibilité à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent pour les jeunes de moins de 18 ans.	Développement, adaptation et intégration sociale	N	

* : voir chapitre 5

4.1 Soutenir la mise en œuvre du programme *Fluppy* visant le développement des habiletés sociales des enfants et la prévention des troubles du comportement dans les classes de maternelle

Programme-services : Jeunes en difficulté

DOMAINES

- ☒ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☐ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☐ 1-Dév. des comm.
- ☒ 2-Action intersectorielle
- ☐ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

Le programme *Fluppy* vise à stimuler le développement des comportements prosociaux chez les enfants d'âge préscolaire (4-5 ans) qui éprouvent des difficultés à vivre des interactions positives avec leurs pairs et les enseignants. Les habiletés enseignées contribuent tant au succès scolaire des enfants qu'à leur adaptation sociale.

Le programme *Fluppy* comprend trois volets : le volet Enfant (ateliers en classe), le volet Famille (soutien à domicile) et le volet Scolaire (soutien à l'enseignant).

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

Le programme *Fluppy* s'appuie sur :

- des assises théoriques et cliniques solides. Il a été développé à la suite d'une étude longitudinale sur le développement des comportements agressifs (Tremblay, R., 1984). L'étude était basée sur une population de 1 037 garçons de milieux défavorisés de Montréal. Les résultats ont identifié les trajectoires de l'agressivité physique et l'impact d'une intervention précoce. Ils ont démontré que les jeunes bénéficiant du programme de prévention abandonnaient moins rapidement l'école que ceux du groupe contrôle;
- des conditions d'efficacité et de santé et bien-être bien documentées : intervention précoce, diversité des types d'interventions préventives utilisées selon les composantes du programme : universelles, sélectives ou ciblées, intensité et continuité de l'intervention, action simultanée sur plusieurs cibles, implication des parents dans le suivi et renforcement des liens entre l'école et la famille, contenu du programme inspiré des meilleures pratiques, utilisation de stratégies d'interventions démontrées efficaces, approche basée sur les facteurs de risque et de protection et utilisation d'outils cliniques validés.

Les problèmes d'agressivité précoces et persistants à l'âge de 5 ou 6 ans sont un prédicateur important de problèmes ultérieurs de comportement : un enfant perturbateur à la maternelle court 4,3 fois plus de risque d'être sans diplôme d'études secondaires à 20 ans (Vitaro, F., 2005). Les années préscolaires et primaires représentent une étape charnière chez les enfants démontrant une agressivité chronique. En l'absence d'interventions préventives, le risque de problèmes sévères de comportement (troubles de conduite, délinquance, conduites antisociales à l'âge adulte) augmente et est plus difficile à traiter ultérieurement.

FAITS SAILLANTS

Au cours de l'année 2007-2008, le programme *Fluppy* a été réalisé dans l'ensemble de la région de l'Estrie. Les 7 établissements ayant la mission CLSC ont participé à sa réalisation en collaboration avec les 4 commissions scolaires de l'Estrie. Ils offraient le programme de façon régulière, soit une rencontre aux deux semaines.

Tout près de 60 personnes provenant autant du réseau de la santé et des services sociaux que du réseau de l'éducation ont participé à l'une ou l'autre des 4 activités de formation et des 8 journées de supervision sur le programme *Fluppy* proposées par la DSPE.

De façon générale, les trois composantes du programme étaient intégrées à l'intervention. Ainsi, 88 classes de maternelle ont bénéficié du programme *Fluppy* en 2007-2008 pour 1 207 ateliers. Au-delà de 1 450 enfants ont été rencontrés lors de ces ateliers. Également, 1 542 visites à domicile ont été effectuées pour une moyenne de 9,8 visites par famille. Par ailleurs, les sept établissements ont atteint 104 % des cibles prévues en termes de classes de maternelle et 93 % des cibles régionales prévues pour le suivi familial ont été atteintes.

La clientèle rejointe par le programme se retrouve dans des écoles où les indices de défavorisation sont majoritairement élevés ou encore dans des écoles où les partenaires concernés considéraient que le milieu ciblé était vulnérable. En 2007-2008, 158 enfants ont été identifiés comme ayant besoin d'un suivi à domicile et leur famille a bénéficié d'un suivi dont l'intensité pouvait varier selon le cas.

CONSTATS ET ENJEUX

- La mobilisation et l'intérêt à l'égard du programme sont présents chez la majorité des intervenants. Ils doivent néanmoins être soutenus et encouragés.
- Le partage de la responsabilité de la réalisation du programme avec le milieu scolaire apparaît précaire et aléatoire.
- On observe des effets positifs reliés à l'application du programme chez les enfants et dans les classes de maternelle.
- L'atteinte des cibles en termes de suivi familial, de même que l'organisation du travail, constituent encore des enjeux majeurs à considérer pour les prochaines années. Ainsi, il demeure toujours essentiel d'améliorer l'intensité des interventions auprès des parents et des enfants ciblés.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

Santé

Favoriser le développement des habiletés sociales des enfants dans les classes de maternelle des milieux scolaires défavorisés et prévenir les troubles du comportement.

Services

Maintenir l'offre de service et appliquer le programme *Fluppy* selon les conditions de réussite pour influencer le développement des enfants et contribuer à long terme à la réduction du décrochage scolaire.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Assurer la coordination régionale, offrir de la formation/supervision (calendrier d'activités) selon les recommandations du programme <i>Fluppy</i> : — offrir la formation au début de l'année scolaire; — adapter la formule de supervision aux intervenants des CSSS, selon les besoins. • Présenter les résultats d'évaluation du programme <i>Fluppy</i> (étude de Laval) aux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu scolaire. • Soutenir le projet d'évaluation de l'impact du programme <i>Fluppy</i> en Estrie appelé « J'aime l'école » (sous la responsabilité de l'Université du Québec à Montréal et de l'Université de Sherbrooke).	Direction de santé publique
• Appliquer le programme <i>Fluppy</i> selon les conditions de réussite. • Élaborer un plan d'intervention pour chacune des familles suivies à domicile.	CSSS

PERSONNE-RESSOURCE

Catherine Noreau, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42521)

4.2 Travailler sur les facteurs clés du développement des jeunes (estime de soi, compétences personnelles et sociales, saines habitudes de vie, etc.) en poursuivant l'implantation des interventions de promotion de la santé et du bien-être en milieu scolaire selon l'approche École en santé, en partenariat avec le MELS

Programme-services : Services généraux

DOMAINES

- ☒ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☐ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☒ 1-Dév. des comm.
- ☒ 2-Action intersectorielle
- ☐ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

Au printemps 2003, le MSSS et le MELS se sont associés dans le but d'agir en concertation sur des déterminants communs à la santé, au bien-être et à la réussite éducative des jeunes du primaire et du secondaire. L'approche École en santé (AES) propose une démarche de planification concertée et des outils en vue de déployer les meilleures pratiques en promotion et en prévention en milieu scolaire. Ces interventions font partie d'une démarche intégrative visant le jeune, l'école, la famille et la communauté.

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

- L'AES s'inspire de meilleures pratiques reconnues au niveau international. Elle est préconisée par l'OMS et par le CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) aux États-Unis et son implantation est réalisée dans plusieurs pays à travers le monde.
- L'AES met à profit les expériences fructueuses menées dans plusieurs milieux scolaires québécois au cours des dernières années.
- Selon l'INSPQ, les études portant sur l'efficacité des approches *Écoles promotrices de la santé* sont prometteuses, mais l'implantation de ce type d'approche est complexe.
- Des travaux réalisés par l'INSPQ sont en cours afin de répertorier les meilleures pratiques en promotion et en prévention.

FAITS SAILLANTS

- L'AES est en cours d'implantation dans l'ensemble du Québec. En Estrie, environ 29 écoles (sur 145) sont engagées dans le déploiement de l'approche.
- Les CSSS et commissions scolaires au niveau local ainsi que la DSPE de l'Estrie et la Direction régionale de l'Éducation travaillent activement de façon concertée au déploiement.
- La DSPE et les CSSS ont révisé leurs visions et leurs approches de la prévention en milieu scolaire afin d'inscrire les actions dans l'AES.

CONSTATS ET ENJEUX

- Les priorités récentes du milieu scolaire (Stratégie d'intervention Agir autrement (SIAA), Plan d'action sur la violence, alimentation, activité physique) vont influencer le déploiement de l'AES : des arrimages importants sont à prévoir en lien avec une sursollicitation des milieux scolaires pour l'implantation d'activités préventives.
- La région ne s'est pas dotée d'un plan formel de déploiement de l'AES.
- Les travaux de concertation autour du déploiement de l'AES se poursuivent :
 - o quant aux gestionnaires : rencontres gestionnaires des deux réseaux, animées par la DSPE;
 - o quant aux répondants locaux : Table des répondants AES, animée par la DSPE et la Direction régionale de l'Éducation;
 - o quant à l'équipe Prévention/Promotion à la DSPE.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

- Améliorer la santé, le bien-être et la réussite des enfants du primaire et des jeunes du secondaire.
- Adopter une offre de service des interventions basées sur les meilleures pratiques en promotion et en prévention de la santé à offrir en milieu scolaire (toutes les écoles).
- Inscrire les activités préventives dans les projets éducatifs de chaque école (toutes les écoles ayant ou non entamé l'AES) et choisir des activités correspondantes aux recommandations des experts.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Soutenir l'implantation de l'AES et poursuivre les travaux d'arrimage avec d'autres programmes (Dépendances, Tabac, Saines habitudes de vie). • Faire connaître les facteurs facilitant l'implantation. • Offrir de la formation régionale (atelier d'appropriation) ainsi que les activités de soutien à l'accompagnement de l'INSPQ. • Travailler sur un plan de déploiement régional. • Promouvoir des activités axées sur les saines habitudes de vie. • Faire connaître et promouvoir les meilleures pratiques.	Direction de santé publique
• Conseiller et accompagner les écoles primaires et secondaires. • Promouvoir l'AES et travailler à l'harmonisation avec les autres approches, ex. : SIAA : travaux régionaux de concertation sur les arrimages entre les approches et mesures (table régionale et tables locales).	CSSS
• Conseiller et accompagner les écoles primaires et secondaires. • Promouvoir l'AES afin que les écoles s'engagent dans la démarche et l'accroche au projet éducatif. • Collaborer à l'harmonisation avec les autres approches, ex. : SIAA.	Commissions scolaires

PERSONNE-RESSOURCE

Marie-Thérèse Payre, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42505)

4.3 Soutenir la réalisation d'un ensemble d'activités, favorisant la santé sexuelle des jeunes, entre autres, par la planification des naissances et la prévention des ITSS

Programme-services : Services généraux

DOMAINES

- 1-DAIS
- 2-HV & MC
- 3-TNI
- 4-MI
- 5-SE
- 6-SAT

STRATÉGIES

- 1-Dév. des comm.
- 2-Action intersectorielle
- 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

Selon le *Portrait de santé de l'Estrie et de ses territoires 2006*, en Estrie, le taux de grossesse chez les jeunes femmes de 14-19 ans est passé de 42,2 pour 1 000 en 1999-2001 à 38,5 en 2002-2004. Cette diminution se retrouve également chez les 20-24 ans puisque le taux est passé de 107,2 à 102,2. En ce qui concerne le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) chez les 14-24 ans, le taux est demeuré stable, autour de 30 pour 1 000 femmes durant ces périodes.

En ce qui concerne les ITSS, le taux d'infection à chlamydia chez les filles et les garçons de 17 ans ou moins est en hausse depuis les dernières années puisqu'il est passé de 5,7 en 1998-2002 à 7,6 en 2003-2007 (pour 1 000).

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

Plusieurs études démontrent que l'accessibilité aux services de santé destinés aux jeunes, combinée à une offre de programme d'éducation en matière de sexualité, contribue à favoriser de meilleurs résultats en matière de santé sexuelle. Les cliniques jeunesse ne peuvent pas à elles seules combler les écarts entre l'état de santé des jeunes et celui visé par le PNSP. Cependant, lorsqu'elles s'inscrivent dans une intervention globale et concertée, elles contribuent à compléter l'offre de service auprès des 12-17 ans et à favoriser un impact sur leur santé à moyen et à long terme⁷. La vaccination, reconnue comme une stratégie efficace pour prévenir certaines maladies infectieuses, et les campagnes de communication, combinées à d'autres stratégies, permettent d'informer et de sensibiliser des publics cibles et complètent l'approche globale.

ACTIVITÉS POUR FAVORISER LA SANTÉ SEXUELLE DES JEUNES

Services cliniques, du type clinique jeunesse

En 1999, les directeurs de santé publique du Québec ont défini qu'une clinique jeunesse devrait :

- être composée d'une équipe interdisciplinaire (médecin, infirmière et intervenant social);
- offrir des services préventifs et curatifs, spécifiquement organisés pour les adolescents, notamment en matière de santé sexuelle, d'habitudes de vie et de comportements sécuritaires, de compétences personnelles et sociales, de santé mentale, etc.;
- être située près des milieux de vie des jeunes, soit dans les écoles secondaires ou dans les CLSC à proximité⁸.

Accessibilité à la contraception et au dépistage des ITSS

Pour améliorer leur santé sexuelle, les jeunes doivent pouvoir avoir accès (financièrement, géographiquement et en temps opportun) à un ensemble de moyens de contraception (contraception orale d'urgence et contraception hormonale) afin de prévenir les grossesses non planifiées ainsi qu'avoir accès à la détection et au traitement des ITSS. L'accessibilité facilitée aux condoms, pour sa part, favorise tant la prévention des grossesses que des ITSS.

Vaccination

Tel que recommandée, la vaccination contre le VPH et l'hépatite B est intégrée au calendrier vaccinal du milieu scolaire.

⁷ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE, Direction de santé publique (2006). *Services préventifs en clinique jeunesse, Cadre de référence*, 57 p.

⁸ Idem.

Interventions en matière d'éducation à la sexualité

Le nouveau pédagogique fait en sorte que l'éducation à la sexualité devient maintenant la responsabilité d'un ensemble de partenaires et ne relève plus seulement d'une seule matière ou d'un seul intervenant. Les interventions en matière d'éducation sexuelle concernent à la fois le bien-être du jeune dans l'expression de « sa » sexualité et la prévention de problèmes éventuels liés à la sexualité. Le MELS a élaboré des outils et offre de la formation en matière d'éducation à la sexualité dans le contexte du nouveau pédagogique à laquelle le personnel du réseau de la santé est invité puisqu'il est impliqué dans les interventions, notamment, dans le cadre de l'implantation de l'approche École en santé (AES).

Communication

Plusieurs campagnes de communication ont été réalisées au niveau provincial afin de sensibiliser et d'informer les jeunes au sujet des ITSS.

Stratégies pour soutenir les activités

Pour parvenir à la réalisation de l'ensemble de ces activités, différentes stratégies sont nécessaires, soit :

- la concertation et le partenariat intersectoriel avec les partenaires impliqués (CSSS, organismes communautaires, milieu scolaire);
- le soutien des compétences du réseau (établissement de santé, organismes communautaires);
- le soutien aux pratiques cliniques préventives (PCP) en matière de counseling sur l'activité sexuelle, les méthodes de contraception et le dépistage des ITSS.

FAITS SAILLANTS

Services cliniques, du type clinique jeunesse

- Écart entre les activités souhaitées dans le PAR 2004-2007 et le portrait actuel.
- Divergence dans la nature, la fréquence des services, la définition et la compréhension d'une clinique jeunesse d'une MRC à l'autre.

Accessibilité à la contraception et au dépistage des ITSS

- Le condom est offert gratuitement ou à faible coût aux jeunes dans les différents milieux qu'ils fréquentent.
- L'implantation et l'actualisation en cours de l'ordonnance collective de contraception hormonale.
- L'accessibilité à la contraception orale d'urgence consolidée.
- Le dépistage des ITSS chez les jeunes se fait par le biais des services médicaux, qui eux varient selon la disponibilité des ressources médicales.

Vaccination

Les premières doses de vaccins contre le VPH ont été données à l'automne 2008 et la vaccination contre l'hépatite B se poursuit.

Interventions en matière d'éducation à la sexualité

- La nature, la fréquence et l'intensité des interventions en matière d'éducation à la sexualité sont variables d'une école à l'autre. La réalisation des interventions est influencée par la demande, la disponibilité et l'ouverture du personnel de l'école ainsi que la disponibilité de l'infirmier ou de l'infirmière scolaire.
- Certaines écoles ont démontré de l'intérêt et sont en voie d'implanter une démarche d'éducation à la sexualité. Celles qui implantent l'AES n'ont pas nécessairement identifié l'éducation à la sexualité comme une priorité.

Communication

Au cours des dernières années, des campagnes ont été réalisées en Estrie.

* La majorité des constats présentés proviennent d'une consultation réalisée auprès des acteurs concernés à l'automne 2008.

CONSTATS ET ENJEUX

- Divergence des pratiques et des services en matière de santé sexuelle chez les jeunes dans la région.
- Adoption et actualisation des ordonnances collectives, nécessitant un suivi et un soutien.
- Pénurie de professionnels de la santé.
- Formation nécessaire des intervenants pour la réalisation des différentes activités.
- Besoin de sensibilisation et d'implication du milieu scolaire en regard de l'éducation à la sexualité.
- Concertation et collaboration entre le réseau de l'éducation et celui de la santé et des services sociaux.
- Arrimages avec l'AES et le milieu scolaire et éducation à la sexualité à être élaborés.
- Absence d'une concertation locale et régionale servant de moteur efficace pour la réalisation des différentes stratégies en matière de santé sexuelle chez les jeunes.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

Santé

- Réduire le taux de grossesse à moins de 18 pour 1 000 chez les adolescentes de 14-17 ans et à moins de 65 pour 1 000 chez les jeunes femmes de 18-19 ans.
- Réduire le taux d'incidence des infections gonococciques à moins de 35 pour 100 000 et les infections à chlamydia trachomatis à moins de 1 000 pour 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Élaborer des orientations régionales en matière de santé sexuelle chez les jeunes. • Soutenir les milieux pour actualiser ces orientations régionales. • Promouvoir la santé sexuelle des jeunes dans sa globalité (accès à de l'éducation sexuelle et à des services cliniques). • Favoriser la concertation régionale entre les acteurs concernés. • Favoriser les arrimages entre les interventions en matière d'éducation à la sexualité et l'AÉS. • Supporter la consolidation de l'accessibilité au condom, à la contraception orale d'urgence, à la contraception hormonale et au dépistage des ITSS. • Contribuer à l'amélioration des compétences du réseau en matière d'ITSS et des méthodes contraceptives. • Soutenir les milieux dans l'élaboration et l'actualisation de leurs ordonnances collectives relatives à la santé sexuelle des jeunes. • Soutenir les PCP en matière de counseling sur l'activité sexuelle, les méthodes de contraception et le dépistage des ITSS. • Assurer la diffusion des campagnes de communication auprès des jeunes en matière d'ITSS.	Direction de santé publique (Service prévention/promotion et Service de protection)
• Mettre en place ou consolider les services cliniques, du type clinique jeunesse, à proximité des milieux de vie des jeunes. • Favoriser l'accessibilité à la contraception, entre autres, par l'élaboration et l'actualisation d'ordonnance collective. • Consolider l'accessibilité au condom. • Favoriser l'accessibilité au dépistage des ITSS, à proximité des milieux de vie des jeunes. • Favoriser les arrimages entre les interventions en matière d'éducation à la sexualité et l'implantation de l'AES et accompagner et soutenir le milieu scolaire dans la mise en œuvre d'activités en matière d'éducation à la sexualité.	CSSS
• Consolider les interventions en matière de sexualité réalisées auprès des jeunes dans la communauté, dans le milieu scolaire ou dans les centres de réadaptation.	Organismes communautaires Villa Marie-Claire Centre jeunesse de l'Estrie
• Assurer une offre de service intégrant les différentes PCP auprès des jeunes.	Cliniques médicales

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Dans le cadre du programme de formation de l'école québécoise, mettre en œuvre : — les programmes d'études intégrant les domaines généraux de formation, dont celui de la santé et du bien-être; — les services éducatifs complémentaires, dont ceux de soutien et de promotion et de prévention. • Dans le cadre des ententes MELS-MSSS, mettre en œuvre : — une intervention globale et concertée en promotion et en prévention visant à agir simultanément sur les facteurs communs à la réussite, à la santé et au bien-être des jeunes (AES). • Favoriser les arrimages entre les interventions en matière d'éducation à la sexualité et l'AES.	Milieu scolaire

PERSONNES-RESSOURCES

Marie-Josée Riel, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42525)

Monique Drapeau, médecin-conseil (819 829-3400, poste 42486)

Françoise Gendron, médecin-conseil (819 829-3400, poste 42526)

Geneviève Petit, médecin-conseil (819 829-3400, poste 42019)

5. LES ACTIVITÉS CHEZ LES ADULTES – AÎNÉS – TOUTE POPULATION

LÉGENDE (TYPE D'ACTION)

1 : Activité à débiter d'ici 2012
2 : Activité à consolider d'ici 2012

3 : Activité à maintenir d'ici 2012
N : Activité coordonnée par le national

N° FICHE	ACTIVITÉS INSCRITES DANS LE PNSP	DOMAINE	ACTION	
			RÉG.	LOC.
Dépendances				
5.1	Soutien à l'implantation d'un programme de prévention, qui vise à éviter que le problème de consommation d'alcool ne s'aggrave, de type Alcochoix+ .	Développement, adaptation et intégration sociale	1	
	Intervention visant la diminution de la consommation de médicaments anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques auprès des personnes âgées de 50 ans ou plus (ex. : intervention <i>Les médicaments : Oui... Non... Mais! En santé après 50 ans</i>).	Développement, adaptation et intégration sociale	1	
	Soutien à l'élaboration et à l'application de politiques publiques ainsi que de mesures législatives et réglementaires visant la limitation des effets négatifs sur la santé des éléments suivants : - l'accessibilité économique et physique à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent; - les caractéristiques de certains jeux de hasard et d'argent.	Développement, adaptation et intégration sociale	N	
	Inspection quant au respect des mesures contenues dans la Loi sur le tabac, soit celles qui restreignent l'usage du tabac dans la plupart des lieux publics, celles ayant trait à la vente de produits du tabac ainsi que celles portant sur l'emballage, la promotion, la publicité et l'étalage des produits du tabac.	Habitudes de vie et maladies chroniques	N	
Programme intégré 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION				
5.2	Implantation et consolidation du Programme intégré 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION.	Habitudes de vie et maladies chroniques	1	
	Activités régionales et locales en matière de campagnes de communication sociétales et activités de communication.	Habitudes de vie et maladies chroniques	1	
	Activités dans le cadre de la promotion du développement et de l'application de politiques, de lois et règlements favorisant l'adoption de saines habitudes de vie.	Habitudes de vie et maladies chroniques	1	
5.2	Soutien au développement et à la mise en œuvre de politiques-cadres en alimentation et en activité physique pour les milieux de travail, de l'éducation et des loisirs de même que pour les municipalités et les établissements de santé et de services sociaux.	Habitudes de vie et maladies chroniques	1	
	Activités de promotion et de prévention à déployer ou à consolider dans l'approche environnementale selon le milieu ciblé (milieu scolaire, milieu de travail, milieu municipal, communautaire et associatif, milieu de garde à l'enfance).	Habitudes de vie et maladies chroniques	1	
	Déploiement d'actions en regard des facteurs individuels.	Habitudes de vie et maladies chroniques	1	
5.2	Services de counseling et de soutien concernant l'arrêt tabagique par le service <i>J'Arrête</i> : ligne téléphonique, site Internet et centres d'abandon du tabagisme.	Habitudes de vie et maladies chroniques	2	
5.2	Développement et mise en œuvre d'une politique québécoise en alimentation et nutrition.	Habitudes de vie et maladies chroniques	N	

N° FICHE	ACTIVITÉS INSCRITES DANS LE PNSP	DOMAINE	ACTION	
			RÉG.	LOC.
5.2	Soutien au développement ou à la consolidation d'initiatives concertées qui agissent sur les déterminants de la sécurité alimentaire, par exemple l'accès économique et physique à une quantité suffisante d'aliments sains.	Habitudes de vie et maladies chroniques	N	
Santé dentaire				
5.3	Promotion de la fluoration de l'eau potable auprès des municipalités dont le réseau de distribution rejoint plus de 4 000 habitants.	Habitudes de vie et maladies chroniques	2	
	Consolidation du Programme de distribution de supplément de fluorure chez les 6-17 ans.	Habitudes de vie et maladies chroniques	2	
Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)				
5.4	Suscitation à la participation des femmes de 50 à 69 ans au PQDCS et contribution à fidéliser la participation de ces femmes au programme.	Habitudes de vie et maladies chroniques	3	
Prévention du suicide				
5.5	Intervention visant la prévention du suicide et incluant : - l'organisation d'activités de sensibilisation aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardés à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès; - l'établissement des réseaux de sentinelles; - des activités favorisant le traitement approprié du suicide dans les médias.	Développement, adaptation et intégration sociale	2	
Prévention des traumatismes				
5.5	Soutien à l'élaboration et à l'application de mesures législatives et réglementaires visant la réduction de l'accessibilité aux armes à feu.	Développement, adaptation et intégration sociale	2	
5.6	Promotion de l'application des mesures efficaces pour améliorer la sécurité à domicile (noyade, incendies, brûlures, intoxication chez les nouveau-nés et les jeunes enfants, la sécurité à la ferme), la sécurité sur les routes et hors routes (bicyclettes, véhicules hors routes), la sécurité lors de la pratique de sports de glisse, la sécurité des aires de jeu et les dispositifs de retenue pour enfants.	Traumatismes non intentionnels	1	
5.6.1	Promotion de la sécurité sur les plans d'eau par le port du vêtement de flottaison individuel, notamment auprès des municipalités, des propriétaires de camps de vacances et de terrains de camping.	Traumatismes non intentionnels	1	
5.6.3	Promotion de l'application des mesures efficaces pour améliorer la sécurité routière auprès des partenaires visés, notamment : - en contribuant à la détermination des endroits dangereux; - en favorisant les mesures d'apaisement de la circulation sur le réseau routier; - en favorisant le contrôle de la vitesse et la réduction de la conduite avec facultés affaiblies, incluant les VHR; - en favorisant le port de l'équipement de protection : ceinture de sécurité, casque pour les cyclistes et pour les conducteurs et les passagers d'une motocyclette ou d'un véhicule hors route; - en favorisant le transport actif sécuritaire (ex. : sécurité des réseaux cyclables et piétonnier); - en favorisant la non-utilisation du cellulaire au volant et autres télématiques affectant la conduite.	Traumatismes non intentionnels	1	

N° FICHE	ACTIVITÉS INSCRITES DANS LE PNSP	DOMAINE	ACTION	
			RÉG.	LOC.
Chutes et blessures des personnes âgées à domicile				
5.6.1	Soutien aux CSSS et aux organismes communautaires dans l'implantation des mesures multifactorielles personnalisées (IMP) et des mesures multifactorielles non personnalisées (PIED).	Traumatismes non intentionnels	2	
	Intégration des déficits visuels et certaines toxicomanies (alcool et certains psychotropes) au programme de prévention actuel. Ces deux facteurs sont inscrits dans le Programme d'intervention multifactorielle personnalisée du MSSS.	Traumatismes non intentionnels	1	
	Promotion de l'adoption de modifications à l'environnement domiciliaire dans les résidences de personnes âgées qui font l'objet d'une démarche d'accréditation de la part de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.	Traumatismes non intentionnels	2	
5.6.1	Promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle des environnements domiciliaires auprès des partenaires visés, afin de prévenir, notamment, les brûlures, les intoxications dues aux produits toxiques ou médicamenteux ainsi que les risques associés à la présence d'une piscine résidentielle.	Traumatismes non intentionnels	2	
Pratiques cliniques préventives (PCP)				
	Counseling en faveur d'une saine alimentation, de l'abandon du tabagisme et d'une pratique régulière d'activité physique.	Pratiques cliniques préventives	2	
	Counseling sur l'utilisation optimale de fluorure dans la prévention de la carie.	Pratiques cliniques préventives	1	
	Counseling concernant la consommation d'aliments non cariogènes chez les personnes à risque élevé de carie dentaire.	Pratiques cliniques préventives	1	
	Counseling en prévention des chutes.	Pratiques cliniques préventives	1	
Autres				
	Invitation au dépistage du cancer du col utérin (par le test Papanicolaou) pour les femmes âgées de 25 à 64 ans qui n'ont pas participé au dépistage dans les trois dernières années.	Habitudes de vie et maladies chroniques	1	

5.1 Soutenir les interventions en promotion et en prévention des problèmes de dépendance en jeux pathologiques

Programme-services : Dépendances

DOMAINES

- ☒ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☐ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☒ 1-Dév. des comm.
- ☒ 2-Action intersectorielle
- ☒ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

La consommation d'alcool est en augmentation au Québec depuis les dix dernières années. Les directives de consommation à faible risque ne sont pas respectées par 24 % des hommes et 12 % des femmes.

La population québécoise joue à des jeux de hasard et d'argent (JHA) dans une proportion de 80 %. Pour la plupart des personnes, cette pratique n'engendre pas de problème. Cependant, 2 % de la population adulte est à risque de dépendance envers les JHA. La proportion est de 4 % chez les jeunes au secondaire. La publicité pour les JHA est peu contrebalancée par de l'information juste sur le hasard et les risques liés à la pratique de ces jeux (régularité, difficultés financières). Le jeu sur Internet (en particulier le poker) est de plus en plus en vogue auprès des jeunes. On dispose de peu d'information sur le sujet.

- L'application des taux de prévalence québécois à l'Estrie indique que 3 225 adultes auraient des problèmes avec les JHA.
- La problématique des JHA reste méconnue ainsi que les impacts importants sur la santé des joueurs et de leurs proches.

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

- Les interventions précoces visant le contrôle de la consommation d'alcool font partie des meilleures pratiques sur l'alcool.
- La consommation d'alcool devrait être intégrée aux préoccupations de saines habitudes de vie (alimentation, exercice physique, non-tabagisme).
- Le plan d'action du MSSS en jeu pathologique met l'accent sur les activités de prévention, de type éducatif, pour la population générale. Le plan d'action régional en jeu pathologique prévoit une campagne régionale de sensibilisation. Des travaux ont été réalisés au printemps 2008 pour actualiser la campagne régionale.
- Les orientations régionales du Programme-services Dépendances prévoient une accentuation de la sensibilisation des intervenants de première ligne (CSSS) sur la problématique.
- Le PNSP prévoit dans ses activités pour la population générale du soutien à l'élaboration et l'application de toutes mesures visant à limiter les effets négatifs sur la santé de la pratique des JHA.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

Réduire la proportion d'adolescents et d'adultes qui présentent des problèmes de JHA.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Soutenir les activités ciblées dans les orientations régionales du Programme-services Dépendances, jeux pathologiques. • Promouvoir les meilleures pratiques. • Promouvoir et soutenir tous les CSSS de l'Estrie dans l'implantation de Alcochoix+ et de l'intervention de 1^{re} ligne en dépendances (repérage, détection, intervention brève). • Offrir la formation aux CSSS et aux partenaires concernés. • Organiser une campagne régionale de sensibilisation de la population de l'Estrie (déjà réalisée) : — Slogan : « Vous connaissez le jeu : quelques gagnants, des millions de perdants! ». — Affichage : abribus, panneaux publicitaires du 17 novembre 2008 au 11 janvier 2009.	Direction de santé publique

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Produire une trousse pour les intervenants de CSSS (diffusion et offre de formation). • Déployer l'outil de détection DEBA-Jeu et l'intervention de 1^{re} ligne en CSSS.	
• Implanter Alcochoix+ et l'intervention de 1^{re} ligne en dépendances (repérage, détection, intervention brève).	CSSS

PERSONNE-RESSOURCE

Marie-Thérèse Payre, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42505)

5.2 Soutenir l'implantation du Programme intégré

0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION

Programme-services : Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques

DOMAINES

- ☐ 1-DAIS
- ☒ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☐ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☒ 1-Dév. des comm.
- ☒ 2-Action intersectorielle
- ☒ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

En 2006, le gouvernement du Québec a adopté le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 – Investir pour l'avenir* (PAG). Ce document annonçait l'engagement du gouvernement à améliorer la qualité de vie et le bien-être des québécoises et des québécois en créant des environnements favorables aux saines habitudes de vie (SHV). Dans le cadre du PAG, le MELS a publié en 2007 la *Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif, Pour un virage santé à l'école*. De plus, les actions en matière de sécurité alimentaire s'inscrivent à l'intérieur de ce plan d'action et pour préciser les actions à entreprendre dans ce domaine, le MSSS a élaboré un cadre de référence en 2008.

Aussi, le 17 octobre 2007, le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie adoptait le *Programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques* et, par le fait même, adoptait une seule et unique programmation de type 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION regroupant et intégrant toutes les stratégies et interventions de promotion de SHV et de prévention des maladies chroniques. La DSPE faisait le lancement officiel du *Programme intégré de prévention des maladies chroniques 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION* et de son guide d'implantation 2008-2012 (trois fascicules)⁹ le 4 juin 2008 auprès des directions des CSSS de la région.

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

Dans le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques, tous les experts s'entendent sur le fait qu'un grand nombre de maladies chroniques sont en partie évitables : les maladies cardiovasculaires (MCV), la MPOC, l'asthme, le cancer, le diabète, l'obésité, l'ostéoporose et les maladies buccodentaires. Pour réduire la prévalence de ces maladies, un moyen est privilégié : modifier des habitudes de vie telles que le tabagisme, l'alimentation non équilibrée et la sédentarité. De plus, selon l'OMS, le surplus de poids est l'un des plus grands problèmes de santé et l'un des principaux facteurs de risque pour les maladies chroniques du 21^e siècle.

L'adoption de SHV est modulée par l'interaction de facteurs individuels et de facteurs environnementaux structurants sur lesquels l'individu a peu ou pas de contrôle direct. Les études en santé publique et les expertises québécoises et internationales montrent que pour agir efficacement et apporter un changement, il faut intervenir sur les comportements individuels tout en instaurant un environnement et des conditions de vie favorisant l'adoption et le maintien de SHV.

CONSTATS ET ENJEUX

Certains éléments nécessitent toutefois une attention particulière :

- L'absence, jusqu'à maintenant, d'une vision régionale et locale partagée ainsi que de stratégies et d'objectifs partagés et appliqués en regard de l'ensemble des interventions de promotion des SHV et de prévention des maladies chroniques.
- La fragmentation et le développement en silo des interventions individuelles et environnementales. Celles-ci relèvent fréquemment, entre autres, de personnes et de services différents au sein des organisations.
- Le manque de complémentarité et d'intégration des interventions déployées dans le milieu scolaire, nourrissant la perception d'une profusion grandissante de programmes et d'interventions, dispersés et concurrentiels, en provenance d'un nombre également grandissant d'acteurs. Un travail d'intégration de diverses activités telles que celles du Programme Kino-Québec et du Plan québécois de lutte contre le tabagisme est à faire tout en consolidant le volet des SHV de l'approche École en santé (AES).
- Le rôle de la DSPE en matière de sécurité alimentaire qui s'est limitée, jusqu'à aujourd'hui, au soutien financier des organismes communautaires.

⁹ Ces fascicules peuvent servir de référence pour compléter de façon plus spécifique l'information donnée dans cette fiche.

- Des ressources limitées constituant une barrière importante à la promotion de SHV ainsi qu'à la prévention des maladies chroniques et restreignant la diversité et le déploiement des interventions.

Il est essentiel, d'ici 2012, d'agir à la fois sur les conditions de vie et l'environnement, d'une part, et d'autre part, sur les comportements individuels.

Des stratégies telles que l'action intersectorielle, la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives ainsi que l'arrimage au développement des communautés constituent également des leviers importants à bonifier et à consolider.

Activités à déployer d'ici 2012

L'engagement individuel et collectif et le partage des responsabilités par l'ensemble des décideurs, des gestionnaires et des intervenants, sectoriels et intersectoriels, envers le *Programme intégré de prévention des maladies chroniques 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION* constituent un préalable et une priorité pour 2008-2012. L'utilisation et le respect des approches, des stratégies, mais aussi des priorités et des outils constituent des éléments de base à rencontrer, et ce, dans un processus continu de concertation et de développement du programme. La fragmentation en silo des activités actuelles fait place à des interventions concertées impliquant l'utilisation de stratégies interservices des CSSS.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

- Réduire la proportion de personnes de 15 ans ou plus qui font usage du tabac de 24 % à 16 %.
- Réduire la proportion de fumeurs chez les jeunes du secondaire de 17 % à 13 %.
- Augmenter de 5 % la proportion d'enfants et de jeunes qui atteignent le niveau quotidien recommandé d'activité physique et de consommation de portions de fruits et légumes.
- Augmenter à 52 % la proportion de personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et légumes quotidiennement.
- Réduire la proportion de personnes de 12 ans ou plus vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire de 4,6 % à moins de 4,5 %.
- Augmenter à 42 % la proportion de personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.
- Réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % le taux de prévalence de l'embonpoint.
- Augmenter la proportion de la population ayant des SHV favorables à la santé buccodentaire.
- Implanter le Programme intégré 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
1. Implantation et consolidation du Programme intégré 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION	
• Faciliter l'appropriation du Programme intégré de prévention des maladies chroniques 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION par les CSSS, puis par l'ensemble des acteurs sectoriels et intersectoriels concernés. • Assurer l'arrimage et la cohérence des interventions du programme à celles des autres programmes-services Santé physique (<i>Cancer et Soins palliatifs</i> et <i>Prévention et gestion des maladies chroniques</i>) et Santé publique. • Développer des mesures et des activités d'amélioration continue de la qualité : – Participer au développement de compétences et au transfert des connaissances à l'égard des composantes du Programme intégré 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION. – Participer à l'évaluation de l'implantation du Programme intégré 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION et de l'ensemble de ses stratégies et activités.	Direction de santé publique CSSS
• Favoriser et soutenir les actions intersectorielles : Identifier, mettre en place ou consolider la participation aux instances intersectorielles régionales, telles que : – le Comité estrien pour la promotion de SHV en lien avec le PAG; – la Table estrienne de concertation interordre en éducation comme partenaire pour la réussite éducative; – le Comité exécutif de l'entente MSSS-MELS.	Direction de santé publique

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
2. Activités régionales et locales en matière de campagnes de communication	
- Sensibiliser les professionnels, les clientèles et la population aux services offerts par le Programme intégré 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION et à l'importance de l'adoption et du maintien de SHV : - Renforcer et soutenir les campagnes de communication sociétales pour en créer des opportunités d'intervention d'éducation à la santé, de mobilisation de partenaires et d'émergence d'environnements favorables (ex. : Au Québec, on aime la vie, le <i>Défi J'arrête, j'y gagne!</i>, le <i>Défi Santé 5/30</i>, l'événement <i>Fruits et légumes en vedette</i>, <i>Rendez-vous d'automne</i>, <i>Plaisirs d'hiver</i>). - Promouvoir et favoriser la participation au site Internet www.0-5-30.com, section Estrie.	Direction de santé publique CSSS
3. Activités dans le cadre de la promotion, du développement et de l'application de politiques, de lois et de règlements favorisant l'adoption de SHV	
Assurer l'arrimage et l'intégration des différentes politiques, cadres de références, lois, programmes et règlements sur les SHV au <i>Programme intégré de prévention des maladies chroniques 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION</i>.	Direction de santé publique CSSS
4. Activités de promotion et de prévention concernant les SHV dans les milieux de vie et les communautés (approche environnementale)	
Le milieu scolaire	
- Assurer l'arrimage et l'intégration des initiatives au regard des SHV proposées par différents partenaires au milieu scolaire, et ce, en fonction de ses besoins. - Promouvoir une offre de service globale et concertée favorisant de SHV en combinant des actions environnementales, éducatives et cliniques en milieu scolaire. - Combiner les actions du volet des SHV de l'AES à celles de la Politique-cadre du MELS, du Plan québécois en prévention du tabagisme 2008-2012 (à venir), du <i>Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012</i> et du Programme Kino-Québec (ex. : l'organisation et l'animation de la cour d'école). Compte tenu de la Politique-cadre du MELS, il doit y avoir en milieu scolaire le déploiement d'actions favorisant l'adoption et le maintien des SHV, et ce, indépendamment de la présence ou non du déploiement de l'approche globale École en santé et de ses différents volets dans l'école. - Sensibiliser les acteurs du réseau scolaire aux effets pervers de la lutte à l'obésité.	Direction de santé publique CSSS
Le milieu de travail	
- Promouvoir et soutenir la création d'environnements favorables à l'adoption et au maintien de SHV en milieu de travail en accordant la priorité aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux. - Favoriser la mise en place d'une politique alimentaire dans les établissements de santé. - Favoriser la promotion des normes de santé auprès des entreprises qui souhaitent le maintien et l'amélioration durable de l'état de santé de leurs employées et employés par des interventions et des mesures qui favorisent l'acquisition de SHV (ex. : norme « Entreprise en santé » du Groupe de promotion pour la prévention en santé GP²S ou la démarche participative).	Direction de santé publique CSSS

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
Les milieux municipal, communautaire et associatif	
- Promouvoir et soutenir la création d'environnements favorables à l'acquisition et au maintien de SHV dans les milieux, notamment par une démarche participative : - Soutenir les CSSS dans leur rôle d'accompagnement des municipalités et des communautés pour : - promouvoir la création d'aménagements favorables aux déplacements actifs, dans une perspective de mobilité durable, autant pour les enfants que pour les adultes; - favoriser la concertation et la mobilisation des partenaires et participer à l'émergence de projets intersectoriels (ex. : <i>Ville amie des aînés</i>, création de groupes ou de réseaux d'activités physiques pour la population, plus spécifiquement pour les adultes de plus de 55 ans)	Direction de santé publique CSSS
Agir sur les déterminants de la sécurité alimentaire en soutenant l'implantation et la consolidation d'actions concertées en lien avec le <i>Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire</i> du MSSS.	Direction de santé publique Organismes communautaires
Le milieu de garde à l'enfance	
Favoriser et soutenir les CSSS dans la mise en place de mesures et d'activités favorables à l'adoption et au maintien de SHV dans les milieux de garde à l'enfance.	Direction de santé publique CSSS
5. Déploiement d'actions en regard des facteurs individuels	
- Favoriser l'intégration des interventions cliniques préventives dans les pratiques des professionnels visant l'adoption et le maintien de SHV ainsi que le renforcement de la capacité des individus à agir globalement sur leur santé. - Favoriser et soutenir les CSSS dans la tenue d'activités éducatives auprès des individus, des groupes d'individus et de la population.	Direction de santé publique CSSS

PERSONNES-RESSOURCES

Daniel Auger, agent de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42535)
Catherine Noreau, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42521)
Denise Beauséjour, médecin-conseil (819 829-3400, poste 42576)
André Lavallière, dentiste-conseil (819 829-3400, poste 42500)
Claire Giguère, chef de service (819 829-3400, poste 42139)

5.3 Soutenir la mise en œuvre d'activités favorables à une bonne santé buccodentaire

Programmes-services : Services généraux
PALV

Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques

Santé physique : Cancer et Soins palliatifs

DOMAINES

- ☐ 1-DAIS
- ☒ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☐ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☒ 1-Dév. des comm.
- ☒ 2-Action intersectorielle
- ☒ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

Le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012* (PASDP) a été diffusé par le MSSS comme document complémentaire au PNSP 2003-2012. Les activités retenues sont multiples et visent à améliorer la santé buccodentaire des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées. Ces activités incluent les meilleures pratiques en promotion et en prévention. L'efficacité et la faisabilité des ces activités sont démontrées depuis plusieurs années.

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

Les maladies buccodentaires peuvent avoir des conséquences physiologiques, psychosociales et économiques très importantes. En 2008 au Canada, les dépenses totales associées aux services dentaires étaient estimées à plus de douze milliards de dollars. Les coûts directs associés aux traitements buccodentaires se situent au deuxième rang après les maladies cardiovasculaires (MCV).

Dans certains cas, les affections buccodentaires peuvent mener à des problèmes de santé pouvant compromettre la vie de la personne atteinte. En effet, les résultats de récentes études montrent une association entre certaines maladies buccodentaires et des maladies systémiques telles que le diabète et les MCV. On a aussi révélé une association entre les maladies parodontales ainsi que les naissances prématurées et le faible poids corporel des bébés à la naissance.

Les personnes avec de mauvaises conditions buccodentaires consomment généralement plus de médicaments pour soigner des problèmes gastro-intestinaux. De plus, ces personnes consomment moins de légumes, de fibres, de carotène, mais plus de cholestérol, de matières grasses saturées et de calories.

Les activités du PNSP et du PASDP sont reconnues efficaces pour maintenir et améliorer la santé buccodentaire de la population. Ces activités sont reconnues à travers le monde et par l'OMS et visent principalement à réduire la prévalence de la carie dentaire, des maladies parodontales, de l'édentation et des cancers de la bouche et du pharynx.

L'amélioration de la santé buccodentaire de la population peut contribuer à améliorer l'état de santé général de la population.

FAITS SAILLANTS

- Le programme est déployé dans la quasi-totalité des écoles primaires de la région.
- Le programme rejoint une clientèle nombreuse.
- La proportion d'enfants de la maternelle participant au dépistage systématique de la carie dentaire et à la classification des enfants très vulnérables à la carie est très élevée.
- Le nombre d'interventions individuelles (applications topiques de fluorure et activité éducative) auprès des enfants de la maternelle, première et deuxième année à risque élevé de carie dentaire est aussi très élevé.
- Des budgets ont été attribués par la DSPE à chacun des CSSS afin de remplacer l'ensemble des unités dentaires portatives.
- La proportion d'enfants vulnérable à la carie dentaire recevant en milieu scolaire des agents de scellement de puits et fissures est en forte croissance.

- Des travaux sont actuellement effectués par l'Office des professions du Québec et les corporations professionnelles dentaires afin de modifier les lois et règlements régissant les pratiques dentaires au Québec (travaux similaires à ceux effectués avant l'adoption du projet de loi 90). Un nouveau partage des champs d'exercices professionnels est souhaitable afin de faciliter le déploiement des activités de santé dentaire publique.
- Le MSSS effectue présentement des travaux conjointement avec plusieurs DSP, dont l'Estrie, afin d'intensifier les activités de promotion de la fluoruration des eaux de consommation.

CONSTATS ET ENJEUX

- Intégrer à la promotion de SHV et à l'ensemble des activités concernant une saine alimentation les messages favorables à une bonne santé buccodentaire (aliments non cariogènes).
- Promouvoir l'usage optimal des fluorures (dentifrice, supplément, eau fluorée).
- Poursuivre la promotion de la fluoruration des eaux de consommation auprès des municipalités possédant un réseau de distribution desservant plus de 4 000 personnes.
- Soutenir la mise en place de programmes de distribution de suppléments de fluorure afin de rejoindre 50 % des enfants de 0 à 5 ans et 15 % des enfants de 5 à 11 ans.
- Promouvoir l'adoption d'ordonnance collective pour les suppléments de fluorure.
- Poursuivre l'intégration des activités de prévention de la carie dentaire et des parodontopathies aux SIPPE.
- Consolider l'application des agents de scellement sur un plus grand nombre d'enfants de 5 à 11 ans.
- Débuter l'implantation de l'application des agents de scellement auprès des enfants de 12 à 15 ans.
- Promouvoir et soutenir l'implantation des pratiques cliniques préventives auprès des cliniciens de 1^{re} ligne (usage optimal des fluorures, agents de scellement, hygiène, saine alimentation et abandon du tabagisme).

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

Santé

- Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans. (*Indicateur : selon les enquêtes provinciales, Indices caof et CAOOF en fonction de certains groupes d'âges*)
- Réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivite et maladies parodontales destructives) chez les personnes âgées de 18 ans ou plus. (*Indicateur : selon les enquêtes provinciales*)
- Augmenter la proportion de la population ayant de saines habitudes de vie favorables à la santé buccodentaire. (*Indicateur : selon les enquêtes provinciales*)

Services

- Que 100 % des propriétaires de stations de traitement de l'eau potable des municipalités de 4 000 habitants ou plus soient rejoints afin de les inviter à procéder à la fluoruration de l'eau potable selon les dispositions prévues dans la Loi sur la santé publique. (*Indicateur : proportion des municipalités concernées contactées*)
- Que 100 % des enfants de la maternelle bénéficient d'un dépistage systématique (classification des enfants à risque et dépistage de la carie dentaire). (*Indicateur : proportion d'enfants de la maternelle ayant bénéficié d'un dépistage*)
- Que 90 % des enfants à risque élevé de carie bénéficient d'un suivi préventif individualisé comprenant deux applications topiques de fluorure par année, de la maternelle à la deuxième année, d'activités d'éducation à la santé buccodentaire et d'une application d'agents de scellement sur les premières molaires permanentes. (*Indicateur : proportion d'enfants*)
- Que 100 % des enfants de la deuxième année du primaire bénéficient d'un dépistage systématique de la carie dentaire et de l'identification du besoin d'agents de scellement. (*Indicateur : proportion d'enfants de la 2^e année du primaire ayant bénéficié d'un dépistage*)
- Que 90 % des enfants de la deuxième année du primaire ayant un besoin d'agents de scellement bénéficient de cette mesure sur les molaires permanentes. (*Indicateur : proportion d'enfants ayant bénéficié de cette mesure*)

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
- Assurer la coordination régionale, offrir de la formation, de la supervision et outiller les CSSS. - Promouvoir les meilleures pratiques.	Direction de santé publique
S'engager à réaliser les principales activités du <i>Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012</i> (PASDP).	CSSS

PERSONNE-RESSOURCE

André Lavallière, dentiste-conseil (819 829-3400, poste 42500)

5.4 Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Programme-services : Santé physique : Cancer et Soins palliatifs

DOMAINES

- ☐ 1-DAIS
- ☒ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☐ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☐ 1-Dév. des comm.
- ☒ 2-Action intersectorielle
- ☒ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

La mortalité par cancer du sein a diminué de 20 % au Québec entre 1996 et 2006 entre autres grâce au dépistage. Le Québec bénéficie actuellement du seul programme systématique de dépistage chez les adultes, soit le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) chez les femmes de 50 à 69 ans. Ce programme demeure toujours justifié selon les données scientifiques disponibles.

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

Le dépistage est efficace pour réduire la mortalité par cancers du sein, du col utérin et colorectal¹⁰. La promotion de saines habitudes de vie (SHV) et la prévention de la maladie visent essentiellement à réduire la mortalité par cancer.

FAITS SAILLANTS

En Estrie, chaque semaine :

- 4 à 5 nouveaux cas de cancer du sein;
- 1 décès par cancer du sein¹¹.

Le principal objectif est de réduire d'au moins 25 % la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans. L'une des conditions essentielles est de rejoindre un taux de participation au dépistage (aux deux ans) d'au moins 70 % de la population ciblée. En 2006-2007, le taux de participation au programme est de 65,4 %.

CONSTATS ET ENJEUX

Les priorités sont :

- Augmenter le taux de participation;
- Réaliser en 2010-2011 une étude de satisfaction des femmes qui participent au programme;
- Consolider les activités d'assurance de la qualité;
- Consolider la gouvernance du PQDCS au niveau régional;
- Consolider auprès des CSSS et du DRMG une offre de service pour un accès à des médecins prêts à assumer un suivi des mammographies anormales chez les participantes sans médecin de famille;
- Consolider auprès des CSSS une offre de soutien psychosocial pour les femmes en attente de diagnostic;
- Consolider auprès des CSSS l'accès à des services de counseling et de dépistage à l'intérieur des services de première ligne, notamment les cliniques médicales.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

- Réduire le taux de mortalité de 25 % par cancer du sein chez les femmes dépistées de 50 à 69 ans.
- Atteindre et maintenir le taux de participation de femmes de 50 à 69 ans qui bénéficient annuellement des services de dépistage du cancer du sein à 70 %.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Consolider l'ensemble du programme en cohérence avec le cadre de référence et les orientations nationales. • Définir les rôles et responsabilités à confier aux CSSS en regard du PQDCS par le biais du groupe de travail du Comité directeur de santé publique.	Direction de santé publique

¹⁰ D'ici 2012, le dépistage du cancer du col utérin et du cancer colorectal feront l'objet de directives de la part du MSSS.

¹¹ Source : INSPQ.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Inviter les cliniciens à promouvoir le dépistage du cancer du sein auprès des femmes de 50 à 69 ans. • Assurer le continuum de services pour les personnes dont le résultat est anormal.	CSSS

PERSONNE-RESSOURCE

Ginette Varin, médecin-conseil (819 829-3400, poste 42512)

5.5 Soutenir les interventions en promotion de la santé mentale et en prévention du suicide

Programme-services : Santé mentale

DOMAINES

- ☒ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☐ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☐ 1-Dév. des comm.
- ☒ 2-Action intersectorielle
- ☒ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

Après avoir connu une hausse dans les années 1990, le taux de suicide a diminué depuis l'an 2000. Au Québec, à la suite d'une baisse d'environ 4 % par année depuis le début de la dernière décennie, il atteint maintenant des valeurs comparables à celles que l'on observait dans les années 1980, soit 15 décès pour 100 000 personnes (2007). Près de 80 % des suicides surviennent chez l'homme : 22,1 décès pour 100 000 hommes par rapport à 5,9 pour 100 000 femmes. Le taux de suicide chez les jeunes de 15 à 19 ans a également connu une diminution : il est passé de 21 pour 100 000 durant la période 1997-1999 à 13 pour 100 000 pour la période 2003-2005. En Estrie, une baisse similaire a été constatée.

La grande majorité des Québécois considèrent qu'ils ont une bonne santé mentale. Un peu moins de 5 % de la population âgée de 15 ans ou plus pensent le contraire. Cette proportion est toutefois plus élevée chez les adultes de 45 ans ou plus. Les troubles anxieux et la dépression sont les problèmes les plus fréquents. La proportion des Québécois ayant vécu un épisode dépressif majeur est en hausse depuis le milieu des années 1990. Enfin, la dépression affecte davantage les adultes de 20 à 44 ans et les femmes.

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

Il est reconnu que la santé mentale, la santé physique et le bien-être des individus ont un impact sur la réussite éducative, la productivité au travail, le développement de relations personnelles positives, la réduction du taux de criminalité et la réduction des méfaits associés à la consommation de drogues et d'alcool.

Les experts en prévention du suicide s'entendent sur la nécessité d'inclure des réseaux de sentinelles dans toutes les stratégies globales de prévention du suicide. D'ailleurs, l'implantation de réseaux de sentinelles est recommandée par le MSSS dans la *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie* déposée en 1998 et appuyée par le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*.

Les réseaux de sentinelles ne sont efficaces que dans la mesure où des actions en promotion de la santé mentale et en prévention des facteurs de risque du suicide sont mises en place, dont, entre autres : des formations d'intervenants, une mise en place de concertations intersectorielles de partenaires qui œuvrent auprès de clientèles vulnérables, des pratiques cliniques préventives, une organisation d'activités de sensibilisation aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardés à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès et des activités favorisant le traitement approprié du suicide dans les médias.

FAITS SAILLANTS

Promotion de la santé mentale

Au niveau provincial, un cadre de référence a été développé en promotion de la santé mentale par l'INSPQ. Ce renouvellement des meilleures pratiques entraîne un vent propice au changement.

En Estrie, les allocations budgétaires pour les activités de promotion en santé mentale par les organismes communautaires ont été allouées de façon récurrente à partir de l'année financière 2007-2008. Une somme supplémentaire récurrente de 3 636 \$ a été allouée à l'organisme communautaire « Panda Estrie ».

Prévention du suicide

Le projet Rés⁺ prévention suicide chez les hommes a été lancé le 27 mai 2008. Ce projet, qui a été mené par JEVI Centre de prévention du suicide Estrie (JEVI-CPS), a été un travail de collaboration entre plusieurs organismes : la DSPE de l'Estrie, le CSSS-IUGS et la Table de concertation jeunesse de Sherbrooke (TCJS). Dans le cadre de ce projet, un forum a eu lieu en février 2009 pour le transfert de connaissances et d'expertises aux autres MRC de l'Estrie.

Un protocole d'entente entre JEVI-CPS et les CSSS a été signé en 2008 pour favoriser le déploiement de réseaux de sentinelles auprès des jeunes dans le cadre de la stratégie d'action jeunesse 2006-2009. L'appropriation du cadre de référence provincial sera faite en collaboration avec la DSPE.

CONSTATS ET ENJEUX

L'avis scientifique sur les mesures efficaces en promotion de la santé mentale et des troubles mentaux a été présenté en Estrie à un ensemble de partenaires. Des démarches seront entreprises auprès de divers regroupements pour présenter les résultats de cette recherche de façon plus spécifique aux clientèles concernées.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

Santé

- Réduire le taux de suicide :
 - o à moins de 22 pour 100 000 chez les hommes;
 - o à moins de 6 pour 100 000 chez les femmes.
- Réduire les tentatives de suicide :
 - o à moins de 3 pour 1 000 chez les hommes;
 - o à moins de 5 pour 1 000 chez les femmes.
- Augmenter la proportion de la population se percevant en bonne santé mentale.

Services

- Implanter des réseaux de sentinelles auprès des jeunes dans toutes les MRC de l'Estrie dans le cadre de la stratégie d'action jeunesse.
- Mettre en place le projet Rés³ de prévention du suicide chez les hommes dans toutes les MRC de l'Estrie.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Promouvoir et faire connaître les meilleures pratiques de prévention du suicide. • Collaborer au projet régional Rés³ de prévention du suicide des partenaires JEVI-CPS Estrie, CSSS-IUGS et la TCJS. • Collaborer avec JEVI-CPS au déploiement de réseaux de sentinelles dans toutes les MRC de l'Estrie.	Direction de santé publique
• Collaborer à la promotion des meilleures pratiques de prévention du suicide. • Collaborer à la mise en place de réseaux de sentinelles dans leur territoire. • Collaborer à l'extension du projet Rés³ de prévention du suicide chez les hommes.	CSSS

PERSONNE-RESSOURCE

Alain Rochon, médecin-conseil (819 829-3400, poste 42527)

5.6 Prévention des traumatismes non intentionnels

Programmes-services : PALV
Santé physique

DOMAINES

- ☐ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☒ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☐ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☒ 1-Dév. des comm.
- ☒ 2-Action intersectorielle
- ☒ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

Les traumatismes non intentionnels (TNI) constituent la cinquième cause de mortalité pour la population estrienne. Par contre, ils se hissent au premier rang pour les personnes dont l'âge se situe entre la première et la trente-cinquième année de vie. Il faut également souligner que le taux de mortalité par traumatisme en Estrie se maintient systématiquement à un niveau supérieur à celui de la moyenne québécoise. Ce sont les accidents de transport ou de véhicule moteur (VM) avec 14 décès pour 100 000 qui présentent le pire bilan pour la région de l'Estrie.

Les TNI sont également responsables d'environ 8 % de toutes les demandes d'hospitalisation de la population estrienne, soit un total annuel d'environ 2 150 hospitalisations. Le taux ajusté d'hospitalisations pour l'ensemble des TNI est également plus élevé en Estrie que pour le reste du Québec, présentant un taux annuel moyen pour 10 000 de 70,8 comparativement à 67,7 pour l'ensemble du Québec. Les accidents impliquant les occupants des VM et les chutes accidentelles présentent les taux les moins favorables pour l'Estrie et sont parmi les plus hauts au Québec. Les victimes d'incendie sont aussi plus nombreuses en Estrie que pour le reste du Québec. L'Estrie, avec la région de Montréal, occupe le peu enviable premier rang des régions sociosanitaires en ce qui concerne le taux annuel moyen avec ses 8,8 victimes d'incendie par 100 000 habitants pour la période de 1998 à 2002.

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

Le secteur d'intervention des TNI dispose d'un nombre important de mesures efficaces dont la responsabilité repose entre les mains de plusieurs acteurs de la société comme les transports, la sécurité publique, les municipalités et les entreprises.

Les gains de santé publique reposent, en grande partie, sur notre capacité à convaincre ces acteurs de prendre en compte la sécurité de la population dans leurs activités. On se doit donc de créer des alliances intersectorielles, car la majorité des lieux et circonstances de survenue de ces événements interpellent des responsabilités d'acteurs qui sont hors du champ régulier d'intervention du réseau de la santé.

FAITS SAILLANTS

Voir les fiches 5.6.1, 5.6.2 et 5.6.3.

CONSTATS ET ENJEUX

Voir les fiches 5.6.1, 5.6.2 et 5.6.3.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

Voir les fiches 5.6.1, 5.6.2 et 5.6.3.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Voir les fiches 5.6.1, 5.6.2 et 5.6.3	Direction de santé publique
• Voir les fiches 5.6.1, 5.6.2 et 5.6.3	CSSS

PERSONNES-RESSOURCES

Ann Beaulé, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42043)
Valois Boudreault, agent de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42532)

5.6.1 Sécurité à domicile

Programmes-services : PALV
Santé physique

DOMAINES

- ☐ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☒ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☐ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☒ 1-Dév. des comm.
- ☒ 2-Action intersectorielle
- ☒ 3-PCP

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

Réduire la mortalité et la morbidité liées aux chutes et blessures à domicile.

CHUTES ET BLESSURES DES PERSONNES ÂÎNÉES À DOMICILE :

Faits saillants

La DSPE de l'Estrie alloue une somme récurrente de 450 000 \$ pour soutenir un Programme régional de prévention des chutes.

Le programme d'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) s'articule autour de cinq facteurs de risque reliés aux chutes et à la perte d'autonomie fonctionnelle. Il s'agit de la consommation médicamenteuse, de l'activité physique (démarche et équilibre), de l'adaptation architecturale (risques environnementaux à domicile), de l'alimentation et de l'hypotension orthostatique (baisse subite de pression sanguine lors de changement de position). De plus, une intervention multifactorielle non personnalisée (IMNP) est aussi offerte dans la communauté par les organismes communautaires aux personnes âgées préoccupées par leur équilibre. Ces personnes peuvent participer au Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED).

L'implantation des mesures multifactorielles non personnalisées et personnalisées auprès des personnes âgées sont implantées dans chacune des MRC de l'Estrie. En 2007-2008, ces deux catégories d'intervention ont permis de rejoindre plus de 500 usagers.

Activités

- Intégrer des déficits visuels et certaines toxicomanies (alcool et certains psychotropes) au programme de prévention actuel. Ces deux facteurs sont inscrits dans le programme d'IMP du MSSS.
- Promouvoir l'adoption de modifications à l'environnement domiciliaire pour les résidences de personnes âgées qui font l'objet d'une démarche d'accréditation de la part de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

NOYADE EN PISCINE RÉSIDENTIELLE CHEZ LES 1-5 ANS :

Faits saillants

Le Québec détient le record de noyade en piscine résidentielle avec un taux de 2 pour 100 000 chez les tout-petits, soit près du double du taux canadien. C'est aussi au Québec qu'on trouve le taux le plus élevé d'hospitalisations pour quasi-noyade, soit 6,3 pour 100 000.

La majorité des victimes en piscine résidentielle sont seules au moment du drame. La majorité des victimes de noyade de 1 à 4 ans chutent dans l'eau. L'absence de réglementation portant sur des aménagements visant à contrôler les accès à la piscine en tout temps constitue le principal facteur de risque.

Activités

- Promouvoir l'adoption des recommandations pour l'aménagement d'installations sécuritaires en piscine résidentielle.
- Participer à la mise en œuvre du plan d'action conjoint avec les partenaires concernés sur la réduction des noyades et quasi-noyades dans les piscines résidentielles.

INCENDIES ET BRÛLURES À DOMICILE :

Faits saillants

Les victimes d'incendie sont plus nombreuses en Estrie que pour le reste du Québec. L'Estrie, avec la région de Montréal, occupe le peu enviable premier rang des régions sociosanitaires en ce qui concerne le taux annuel moyen avec ses 8,8 victimes d'incendie par 100 000 habitants pour la période de 1998 à 2002.

Les taux d'hospitalisations les plus élevés sont observés chez les 0-4 ans et chez les personnes de 75 ans ou plus. Plus de la moitié des hospitalisations sont le fait des brûlures par substances et objets brûlants.

Activités

- Informer et outiller les intervenants et les réseaux d'entraide aux jeunes familles sur la problématique des brûlures causées par l'eau chaude.
- Promouvoir la mise en place de mesures passives de protection pour les chauffe-eau électriques tout en considérant la problématique de la légionellose.
- Collaborer avec les municipalités pour l'instauration de programmes de prévention pour l'usage approprié des détecteurs de fumée.

BLESSURES ET INTOXICATIONS CHEZ LES NOUVEAU-NÉS ET LES JEUNES ENFANTS :

Faits saillants

Plus du tiers des traumatismes non intentionnels (TNI) surviennent à domicile. Outre les chutes, qui sont responsables de plus de la moitié des blessures à domicile, d'autres types de TNI méritent une attention particulière et ce sont : la suffocation, l'étranglement et l'étouffement dus à l'ingestion de corps étrangers. Les intoxications surviennent principalement par l'ingestion d'un produit toxique ou d'un médicament.

Activités

Intégrer les activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile (chute, empoisonnement, intoxication, suffocation) dans les actions préventives s'adressant aux bébés, aux jeunes enfants et à leurs parents, notamment les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE).

SÉCURITÉ À LA FERME :

Faits saillants

Beaucoup d'enfants vivent à la ferme en Estrie. Ce lieu constitue pour ces enfants non seulement une maison, mais aussi un terrain de jeu et souvent un premier travail. La machinerie agricole est responsable de plus de 80 % des décès, par contre les principales causes d'hospitalisation sont : les ruades et les piétinements par un animal (30 %), la machinerie agricole (27 %) et les chutes de l'étable ou de la grange (25 %).

Activités

Développer des initiatives visant la prévention des blessures en milieu agricole, particulièrement chez les enfants.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
Chutes et blessures des personnes âgées à domicile	
• Soutenir les CSSS dans leur implantation des mesures multifactorielles personnalisées (IMP) : – Déploiement du rôle de l'intervenant dédié (ID) au programme IMP; – Support au rôle d'ID; – Production d'outils de suivi d'utilisateurs. • Produire et distribuer des outils promotionnels pour les activités du continuum en prévention des chutes. • Favoriser la complémentarité des partenaires pour optimiser l'offre de service du continuum en prévention des chutes : – Support aux organismes communautaires dans leur rôle au sein du continuum en prévention des chutes (Programme PIED); – Production d'outils de référence entre les différents acteurs du continuum; – Répertoire d'activités par territoire.	Direction de santé publique CSSS Organismes communautaires

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
- Intégrer des déficits visuels et certaines toxicomanies (alcool et certains psychotropes) au programme de prévention actuel. Ces deux facteurs sont inscrits dans le programme d'IMP du MSSS. - Promouvoir l'adoption de modifications à l'environnement domiciliaire dans les résidences de personnes âgées qui font l'objet d'une démarche d'accréditation de la part de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.	
Noyade en piscine résidentielle chez les 1-5 ans	
- Promouvoir l'adoption des recommandations pour l'aménagement d'installations sécuritaires en piscine résidentielle. - Participer à la mise en œuvre du plan d'action conjoint avec les partenaires concernés (Sécurité dans les sports, UMQ, coroner) sur la réduction des noyades et quasi-noyades dans les piscines résidentielles.	Direction de santé publique Régie de la sécurité dans les sports Union des municipalités du Québec (UMQ) Coroner Société de sauvetage Organismes communautaires
Incendies et brûlures à domicile	
- Informar et outiller les intervenants et les réseaux d'entraide aux jeunes familles sur la problématique des brûlures causées par l'eau chaude. - Promouvoir la mise en place de mesures passives de protection pour les chauffe-eau électriques tout en considérant la problématique de la légionellose. - Collaborer avec les municipalités pour l'instauration de programme de prévention pour l'usage approprié des détecteurs de fumée.	Direction de santé publique Municipalités (pompiers et inspecteurs) Organismes communautaires
Blessures et intoxications chez les nouveau-nés et les jeunes enfants	
Intégrer des activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile (chute, empoisonnement, intoxication, suffocation) dans les actions préventives s'adressant aux bébés, aux jeunes enfants et à leurs parents, notamment les SIPPE.	CSSS Municipalités Organismes communautaires famille Centre antipoison
Sécurité à la ferme	
Développer des initiatives visant la prévention des blessures en milieu agricole, particulièrement chez les enfants.	Direction de santé publique Municipalités Union des producteurs agricoles (UPA)

PERSONNES-RESSOURCES

Ann Beaulé, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42043)
 Valois Boudreault, agent de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42532)

5.6.2 Sécurité dans les activités récréatives ou sportives

Programmes-services : PALV

Santé physique

DOMAINES

- ☐ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☒ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☐ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☒ 1-Dév. des comm.
- ☒ 2-Action intersectorielle
- ☒ 3-PCP

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2009-2012

- Réduire la mortalité et la morbidité chez les conducteurs de véhicules hors route (VHR).
- Réduire de 10 % la morbidité et de 40 % la mortalité, toutes deux liées aux traumatismes sportifs ou récréatifs.

SÉCURITÉ DES CYCLISTES :

Faits saillants

La plupart des décès de cyclistes surviennent sur la voie publique, à la suite d'une collision avec un véhicule moteur (VM). Par contre, la majorité des hospitalisations surviennent hors de la voie publique, sans la présence d'un VM. Les hospitalisations résulteraient principalement d'une chute ou d'une perte de maîtrise de la bicyclette.

Activités

- Former des patrouilleurs cyclistes pour chacun des territoires ou réseaux de l'Estrie pour qu'ils assument des fonctions d'agents de promotion de la sécurité.
- Contribuer à accroître le taux de port du casque cycliste pour tous les cyclistes.
- Rédiger des avis dans les schémas d'aménagement pour inciter les municipalités et les MRC à l'implantation de réseaux intégrés cyclables sécuritaires.
- Poursuivre le programme de patrouilleurs volontaires afin d'assurer les activités de promotion sur le réseau cyclable de l'Estrie.

SÉCURITÉ DES PLANCHISTES :

Faits saillants

Le taux de blessures a été en constante progression au cours de la dernière décennie. Cette croissance semble être liée à l'augmentation de la popularité de la planche à neige. Le risque d'être blessé est trois fois plus grand chez les jeunes et les adolescents que chez les pratiquants adultes. Cette augmentation du risque atteint un sommet chez les pratiquants âgés de 12 à 14 ans avec quatre fois plus de blessures.

Activités

- Expérimenter un programme de prévention dans le sport de glisse en milieu scolaire.
- Contribuer à l'établissement et à la diffusion de normes de pratique et de conception d'aménagement sécuritaire des parcs à neige.
- Promouvoir toute action visant à promouvoir le port obligatoire du casque chez les skieurs et planchistes.

SÉCURITÉ DANS LES AIRES DE JEU :

Faits saillants

Comme partout au Québec, l'état général des infrastructures récréatives en Estrie nécessite des investissements majeurs. Construit à l'aide de subventions dans les années 1970 et 1980, le parc immobilier récréatif de l'Estrie est usé et désuet. Les équipements existants ont besoin d'être consolidés et, dans plusieurs cas, des réfections majeures s'imposent afin de les rendre conformes aux normes actuelles de sécurité.

Activités

- Sensibiliser les propriétaires d'équipements et les outiller afin qu'ils agissent à améliorer leur propre parc immobilier récréatif.
- Promouvoir l'implantation de la norme canadienne 1998 sur la sécurité des aires de jeux auprès des municipalités, des écoles et des garderies.

SÉCURITÉ CHEZ LES UTILISATEURS DE VÉHICULES HORS ROUTE (VHR) :

Faits saillants

Le parc de VHR est en augmentation constante depuis une dizaine d'années. Les VHR sont surtout utilisés à des fins récréatives. Il s'agit ici de motoneiges et de véhicules tout terrain (VTT).

Au cours des dix dernières années, ces activités ont été responsables de plus de 500 décès au Québec.

Activités

- Assurer un suivi de l'implantation progressive de la Loi sur les véhicules hors-route et les différentes mesures concernant l'alcool, la vitesse, l'aménagement des sentiers, la responsabilisation de la surveillance.
- Travailler en partenariat avec les différents acteurs (clubs, municipalités, paramedics) dans la réalisation et l'application des lignes directrices en promotion de la sécurité lors de l'utilisation des VHR.
- Former les surveillants de sentiers pour chacun des territoires ou réseaux de l'Estrie pour qu'ils assument des fonctions d'agents de promotion de la sécurité.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
Sécurité des cyclistes	
• Former des patrouilleurs cyclistes pour chacun des territoires ou réseaux de l'Estrie pour qu'ils assument des fonctions d'agents de promotion de la sécurité. • Contribuer à accroître le taux de port du casque cycliste pour tous les cyclistes. • Rédiger des avis dans les schémas d'aménagement pour inciter les municipalités et les MRC à l'implantation de réseaux intégrés cyclables sécuritaires. • Poursuivre le programme de patrouilleurs volontaires afin d'assurer les activités de promotion sur le réseau cyclable de l'Estrie.	Direction de santé publique Patrouilleurs cyclistes Municipalités Organismes communautaires (Vélo Québec) SAAQ
Sécurité des planchistes	
• Expérimenter un programme de prévention dans le sport de glisse en milieu scolaire. • Contribuer à l'établissement et à la diffusion de normes de pratique et de conception d'aménagement sécuritaire des parcs à neige. • Promouvoir toute action visant à promouvoir le port obligatoire du casque chez les skieurs et planchistes.	Écoles de ski Centres de ski Patrouilles de ski Milieu scolaire Organisation de la patrouille canadienne de ski
Sécurité dans les aires de jeu	
• Sensibiliser les propriétaires d'équipements et les outiller afin qu'ils agissent à améliorer leur propre parc immobilier récréatif. • Promouvoir l'implantation de la norme canadienne 1998 sur la sécurité des aires de jeux auprès des municipalités, des écoles et des garderies.	Municipalités Écoles Garderies Organismes communautaires
Sécurité chez les utilisateurs de véhicules hors route (VHR)	
• Assurer un suivi de l'implantation progressive de la Loi sur les véhicules hors-route et les différentes mesures concernant l'alcool, la vitesse, l'aménagement des sentiers, la responsabilisation de la surveillance, etc. • Travailler en partenariat avec les différents acteurs (clubs, municipalités, paramedics) dans la réalisation et l'application des lignes directrices en promotion de la sécurité lors de l'utilisation des VHR. • Former les surveillants de sentiers pour chacun des territoires ou réseaux de l'Estrie pour qu'ils assument des fonctions d'agents de promotion de la sécurité.	Direction de santé publique Municipalités Corps policiers Ministère des Transports du Québec (MTQ) Fédération des motoneigistes Fédération des quadistes Association des manufacturiers de motoneige

PERSONNES-RESSOURCES

Ann Beaulé, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42043)

Valois Boudreault, agent de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42532)

5.6.3 Sécurité routière

Programmes-services : PALV
Santé physique

DOMAINES

- ☐ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☒ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☐ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☒ 1-Dév. des comm.
- ☒ 2-Action intersectorielle
- ☒ 3-PCP

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2009-2012

Réduire de 30 % la morbidité et la mortalité chez les usagers du réseau routier.

CONDUCTEURS DE VÉHICULES MOTORISÉS :

Faits saillants

Il semble que la réduction de mortalité liée à l'usage des véhicules moteurs (VM) observée dans les années 90 ait atteint un plancher au cours des dernières années. De plus, la SAAQ signale une augmentation de 17 % de l'ensemble des victimes de la route entre 2001-2005. En Estrie en 2007, en plus des décès, la route est responsable de 141 blessures graves et de 1 955 blessures légères.

Le taux d'hospitalisations des occupants de VM est 58 % plus important en Estrie que dans l'ensemble du Québec. Le taux de conducteurs décédés ayant un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise est également plus élevé en Estrie.

Activités

- Contribuer au repérage, à la priorisation et aux corrections des sites dangereux (VM, pistes cyclables, piétons) sur le réseau routier avec évaluation des mesures correctives (études et inventaires portant sur le rapport blessures et caractéristiques routières) et en favoriser la diffusion des résultats.
- Promouvoir l'utilisation de l'antidémarrreur alcoométrique pour tous les conducteurs ayant été condamnés pour facultés affaiblies par l'alcool.

DISPOSITIFS DE RETENUE POUR ENFANTS (DRE) :

Faits saillants

En Estrie, l'utilisation correcte des dispositifs de retenue pour enfants (DRE) reste faible, soit environ 40 %. Un siège d'auto correctement utilisé peut réduire de 66 % à 71 % les probabilités de décès et de blessures graves. Le fait de s'asseoir sur le siège arrière de la voiture réduit d'au moins 30 % le risque de blessures mortelles lors d'une collision de la route chez les passagers âgés de 4 à 8 ans.

Activités

- Susciter l'implantation d'activités intégrées portant sur l'utilisation correcte des DRE et de la ceinture pour les passagers arrière dans les programmes de prévention destinés à la petite enfance et à la jeunesse.
- Participer à des campagnes d'information en collaboration avec la SAAQ pour faire connaître les modalités d'utilisation correcte des dispositifs. Promotion auprès des clientèles.
- Rendre disponible un service de prêt de DRE pour les familles à faible revenu qui demeurent à l'extérieur de Sherbrooke.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
Conducteurs de véhicules motorisés	
• Contribuer au repérage, à la priorisation et aux corrections des sites dangereux (VM, pistes cyclables, piétons) sur le réseau routier avec évaluation des mesures correctives (études et inventaires portant sur le rapport blessures et caractéristiques routières) et en favoriser la diffusion des résultats. • Promouvoir l'utilisation de l'antidémarrreur alcoométrique pour tous les conducteurs ayant été condamnés pour facultés affaiblies par l'alcool.	Direction de santé publique Municipalités Corps policiers SAAQ CAA
Dispositifs de retenue pour enfants (DRE)	
• Susciter l'implantation d'activités intégrées portant sur l'utilisation correcte des DRE et de la ceinture pour les passagers arrière dans les programmes de prévention destinés à la petite enfance et à la jeunesse.	SAAQ CSSS

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Participer à des campagnes d'information en collaboration avec la SAAQ pour faire connaître les modalités d'utilisation correcte des dispositifs. Promotion auprès des clientèles. • Rendre disponible un service de prêt de DRE pour les familles à faible revenu qui demeurent à l'extérieur de Sherbrooke.	Milieu scolaire CPE Organismes communautaires

PERSONNE-RESSOURCE

Valois Boudreault, agent de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42532)

6. LES ACTIVITÉS EN MALADIES INFECTIEUSES

LÉGENDE (TYPE D'ACTION)

1 : Activité à débiter d'ici 2012
2 : Activité à consolider d'ici 2012

3 : Activité à maintenir d'ici 2012
N : Activité coordonnée par le national

N° FICHE	ACTIVITÉS INSCRITES DANS LE PNSP	DOMAINE	ACTION	
			RÉG.	LOC.
MADO et signalements				
	Vigie sanitaire des menaces biologiques (maladies à déclaration obligatoire) réelles ou appréhendées, incluant les maladies en émergence et les éclosions.	Maladies infectieuses	3	
	Application des lignes directrices pour assurer l’investigation des cas primaires, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions.	Maladies infectieuses	2	
	Diffusion aux populations ciblées des recommandations reliées aux différents modes de transmission des maladies infectieuses (ex. : l’influenza, les ITSS).	Maladies infectieuses	2	
	Mise à jour du volet santé publique du <i>Plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza</i> .	Maladies infectieuses	2	
Immunisation et vaccination				
6.1	Vaccination de base : diphtérie, poliomyélite, rougeole, rubéole, infections à <i>Hæmophilus influenzae</i> de type B, oreillons, coqueluche, tétanos, varicelle, pneumocoque et méningocoque du groupe C.	Maladies infectieuses	2	
	Vaccination en milieu scolaire :	Maladies infectieuses		
	- hépatite B en 4 ^e année du primaire;		3	
	- infections au VPH en 4 ^e année du primaire et en 3 ^e année du secondaire;		3	
	- mise à jour du carnet de vaccination en 3 ^e année du secondaire.		3	
	Vaccination des personnes appartenant à des groupes vulnérables reconnus dans le Programme d’immunisation du Québec : hépatite A et B, pneumocoque, influenza (80 %).	Maladies infectieuses	2	
6.1	Mise en place d’un plan de promotion de la vaccination.	Maladies infectieuses	1	
6.1	Développement des stratégies visant à assurer le respect du calendrier vaccinal.	Maladies infectieuses	2	
	Implantation d’un système d’information vaccinale et d’un programme de gestion des produits immunisants visant l’assurance qualité des programmes de vaccination.	Maladies infectieuses	2	
6.1	Maintien du programme de surveillance des manifestations cliniques inhabituelles post-vaccinales.	Maladies infectieuses	2	
	Dépistage de la rubéole auprès des femmes enceintes.	Pratiques cliniques préventives	2	

N° FICHE	ACTIVITÉS INSCRITES DANS LE PNSP	DOMAINE	ACTION	
			RÉG.	LOC.
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)				
6.2	Activités d'information e de prévention des ITSS en milieu scolaire et dans les autres milieux de vie (ex. : programmes de promotion et d'accessibilité aux condoms (12-24 ans)).	Maladies infectieuses Prévention/Promotion	1	
6.2	Soutien à une organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle, services adaptés aux adolescents et aux jeunes adultes – du type des cliniques jeunesse – favorisant la prévention des ITSS, intégrant les pratiques cliniques préventives (PCP) et combinés à des interventions d'éducation à la sexualité (12-24 ans).	Maladies infectieuses Prévention/Promotion	1	
	Promotion du programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS	Maladies infectieuses	3	
	Soutien à l'implantation du système intégré de récupération de seringues et d'aiguilles usagées (SIRSAU)	Maladies infectieuses	2	
	Activités de prévention des ITSS dans les milieux de vie ainsi que dans les organismes communautaires (populations vulnérables socialement)	Maladies infectieuses		
6.2	- accès aux condoms;		2	
6.2	- prévention du passage à l'injection;		2	
6.2	- éducation sur la réduction des risques liés aux relations sexuelles et à l'injection de drogues;		2	
	- vaccination des personnes appartenant à des groupes vulnérables dans le Programme d'immunisation du Québec (hépatites A et B).		2	
6.2	Programme d'accès au matériel stérile d'injection (PAMSI).	Maladies infectieuses	2	
6.2	Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE), promouvant les pratiques cliniques préventives en matière d'ITSS dans les CSSS et au sein des milieux de vie.	Maladies infectieuses	2	
	Services d'injection supervisée pour les UDI dans les régions visées.	Maladies infectieuses	N	
6.3	Prophylaxie postexposition (VIH et VHB) : offre de service et prise en charge clinique pour le VIH, le VHC et le VHB.*	Maladies infectieuses	2	
6.2	Organisation des soins et des services afin de répondre à une demande accrue de la part des personnes infectées par le VHC.*	Maladies infectieuses	2	
	Counseling sur l'activité sexuelle et les méthodes de contraception auprès des adolescents actifs sexuellement.	Pratiques cliniques préventives		
	Dépistage du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et des autres ITSS auprès des femmes enceintes.	Pratiques cliniques préventives	2	
	Dépistage des ITSS et interventions préventives (counseling, vaccination et traitement) auprès des personnes à risque, des personnes atteintes et leurs partenaires.	Pratiques cliniques préventives	2	
Prévention des infections nosocomiales				
6.4	Suivi de l'incidence des infections nosocomiales dans les établissements faisant l'objet d'une surveillance provinciale.	Maladies infectieuses	3	
6.5	Soutien des établissements pour :	Maladies infectieuses		
	- la diffusion des lignes directrices, guides de pratiques et autres;		3	
	- expertise en épidémiologie;		3	
	- investigations des éclosions.			

N° FICHE	ACTIVITÉS INSCRITES DANS LE PNSP	DOMAINE	ACTION	
			RÉG.	LOC.
Santé des voyageurs				
	Soutien aux activités cliniques en santé des voyageurs par : - la diffusion des actualités épidémiologiques; - la diffusion des recommandations visant la prévention des maladies infectieuses acquises à l'étranger; - la promotion des comportements préventifs et de la vaccination.	Maladies infectieuses	3 3 2	
Autres				
	Implantation d'un système d'information pancanadien (PANORAMA).	Maladies infectieuses	N	

* tiré de la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le SIDA, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement – Orientations 2003-2009.

6.1 Vaccination chez les jeunes enfants

Programme-services : Santé publique

DOMAINES

- ☐ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☒ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☐ 6-SAT

STRATÉGIES

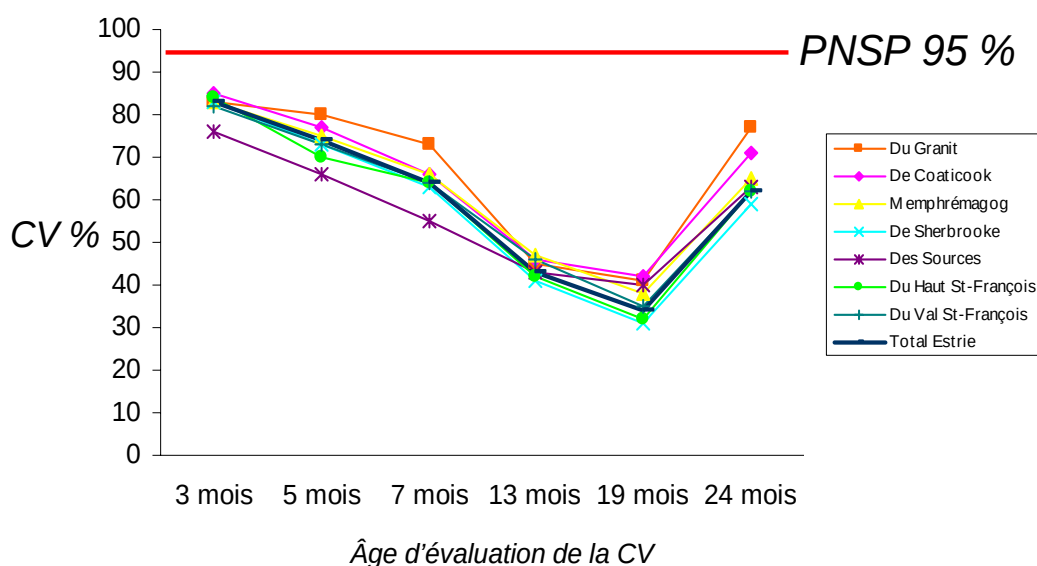
- ☐ 1-Dév. des comm.
- ☐ 2-Action intersectorielle
- ☐ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

La vaccination des jeunes enfants permet de les protéger contre plusieurs maladies infectieuses qui peuvent affecter leur santé. Une étude menée en Estrie en 2007-2008 fait cependant ressortir que dès 3 mois, les couvertures vaccinales (CV) des nourrissons n'atteignent pas l'objectif de 95 % établi par le PNSP et le Plan d'action local. C'est à 19 mois que la CV est la plus faible avec à peine plus de 30 %, et ce, pour tous les territoires de l'Estrie. Les retards de vaccination sont préoccupants en bas âge, car plusieurs maladies évitables affectent particulièrement les jeunes enfants.

Plusieurs barrières à la vaccination, qui agissent au niveau de l'utilisateur et de sa famille, des dispensateurs de soins et du système de santé, ont été identifiées. Ces barrières représentent autant de cibles pour les interventions visant à augmenter la demande vaccinale par la communauté, l'offre vaccinale par les vaccinateurs ou l'accessibilité aux services de vaccination.

*CV des enfants de l'Estrie - 2003 et 2006 - Territoires de CSSS et total
(Analyses Logivac - février 2007)*



Services offerts dans la région :

- Le programme de vaccination est offert aux enfants sur tous les territoires de l'Estrie. La vaccination de base des nourrissons prévoit une protection contre les infections suivantes :
 - o la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et les infections à *Haemophilus influenzae* de type B, le pneumocoque, la rougeole, la rubéole, les oreillons, la varicelle, le méningocoque de groupe C et l'influenza.
- La DSPE assure la saisie des données de vaccination des jeunes enfants par le système Logivac. Ce système permet d'identifier le statut vaccinal des enfants sur une base individuel et de produire des données de suivi des CV.
- À la suite de la publication de l'étude sur la vaccination des nourrissons en Estrie, un sous-comité régional sur la vaccination des 0-2 ans a été créé à l'automne 2008. Ce comité regroupe des représentants de la DSPE et de chacun des territoires de l'Estrie. Il a le mandat de développer un plan d'action en vaccination pour les enfants âgés de 0-2 ans :
 - o Proposer un éventail d'actions en fonction des diverses cibles et à la lumière des stratégies reconnues efficaces et des connaissances scientifiques;

- o Formuler des avis sur les priorités d'actions et d'interventions en fonction des recommandations de l'étude sur les CV des nourrissons par Maryse Guay et al;
- o Développer des outils de soutien à l'implantation des actions et interventions efficaces en vaccination;
- o Faire le bilan du plan d'action et de son impact sur les CV et, s'il y a lieu, formuler des recommandations.
- La région assure également la surveillance des manifestations cliniques inhabituelles postvaccination. Les professionnels de la santé sont appelés à déclarer à la DSPE ces manifestations qui sont ensuite investiguées et rapportées provincialement.

BIEN FONDÉ DES ACTIONS

- La vaccination est une mesure sécuritaire et la mesure la plus efficace pour prévenir les maladies infectieuses.
- Plusieurs stratégies sont reconnues efficaces pour améliorer les CV. Parmi celles-ci : la mise en place de système de rappel et de relance de la clientèle et l'amélioration de l'accessibilité à la vaccination (par exemple en augmentant la vaccination en soirée ou par l'offre de vaccination à domicile pour les familles vulnérables).

FAITS SAILLANTS

- Malgré tous les efforts dédiés à la vaccination en Estrie, les CV des nourrissons n'atteignent pas l'objectif de 95 %.
- Plusieurs des stratégies démontrées efficaces pour améliorer les CV ne sont pas utilisées par tous les CSSS de l'Estrie.
- Plusieurs raisons expliquent les faibles CV et ceci incite à devoir envisager de multiples stratégies pour les améliorer et de veiller à soutenir leur mise en place et leur maintien.

CONSTATS ET ENJEUX

Interpeller collectivement l'ensemble des acteurs du réseau dans le but de développer une vision commune des actions à entreprendre pour améliorer la cohérence du système de vaccination :

- Assurer un meilleur suivi des enfants non adéquatement vaccinés, quel que soit le lieu de vaccination;
- Mettre à contribution tous les intervenants en promotion et prévention de la santé pour une amélioration de la CV.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

Santé

- Réduire l'incidence de maladies évitables par l'immunisation.

Services

- Vaccination de base : diphtérie, poliomyélite, rougeole, rubéole, infections à *Hæmophilus influenzae* de type B, oreillons, coqueluche, tétanos, varicelle, pneumocoque et méningocoque de groupe C, influenza.
- Mise en place d'un plan de promotion de la vaccination.
- Développement des stratégies visant à assurer le respect du calendrier vaccinal.
- Maintien du programme de surveillance des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) postvaccinales.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Diriger les travaux du groupe de travail sur la vaccination des 0-2 ans. • Soutenir les activités en lien avec la semaine de promotion de la vaccination. • Soutenir la formation du réseau de professionnels ayant à assurer les services vaccination des enfants.	Agence de la santé et des services sociaux Direction de santé publique

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Participer aux travaux du groupe de travail sur la prophylaxie postexposition (PPE) au sang ou autres liquides biologiques. • Se concerter sur l'application des recommandations de PPE. • Clarifier les attentes de services. • Clarifier leurs rôles et responsabilités dans la prise en charge des personnes exposées. • Prévoir des ententes de corridors de services entre les CSSS et le CHUS.	CHUS et CSSS
• Pouvoir référer adéquatement les personnes exposées à du sang ou à des liquides biologique afin de favoriser leur prise en charge adéquate.	Cliniques médicales et GMF
• Informer leurs travailleurs des moyens à mettre en place pour prévenir les accidents menant à une exposition. • Être en mesure d'offrir les premiers soins à la personne exposée. • Prévoir où référer leurs travailleurs pour assurer leur prise en charge.	Milieus de travail à risque d'exposition par le sang ou les liquides biologiques

PERSONNES-RESSOURCES

Geneviève Petit, médecin-conseil (819 829-3400, poste 42019)

Suzanne Ménard, médecin-conseil (819 829-3400, poste 42484)

Maude Gagnon, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42480)

6.2 Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les clientèles vulnérables

Programme-services : Santé publique

DOMAINES

- ☐ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☐ 6-SAT

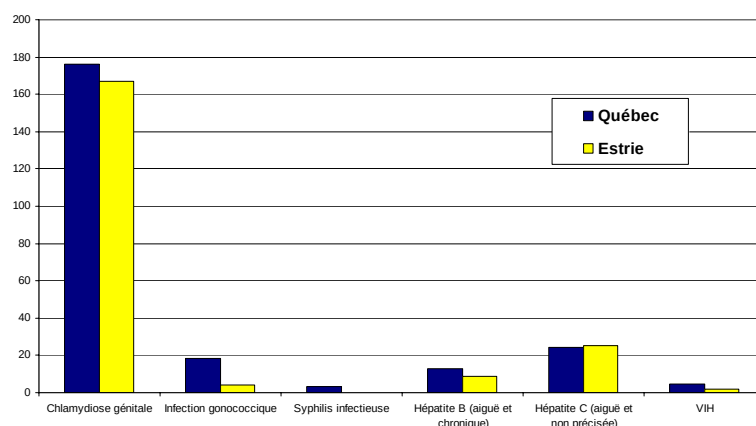
STRATÉGIES

- ☐ 1-Dév. des comm.
- ☒ 2-Action intersectorielle
- ☒ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

Les clientèles vulnérables sont particulièrement touchées par les ITSS en Estrie. Par clientèles vulnérables, on entend :

- Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH);
- Utilisateurs de drogues par injection (UDI);
- Membres des communautés ethnoculturelles (personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est endémique);
- Jeunes en difficultés;
- Femmes vulnérables (incluant les travailleuses du sexe);
- Autochtones;
- Personnes incarcérées.



SITUATION DES ITSS :

Infections bactériennes

Infection à Chlamydia :

Au Québec, des milliers de cas de cette infection sont déclarés par année (plus de 13 000) et le nombre de cas a doublé entre 1997 et 2004. Après une période un peu plus stable entre 2004 et 2006, les données de 2007 et de 2008 semblent indiquer une nouvelle augmentation des cas entre 2006 et 2008. En Estrie, une hausse d'incidence semblable s'est produite, le nombre de cas oscillant autour de 500 par année jusqu'à 2007 avec une hausse à 640 cas déclarés au système MADO en 2008.

Infection gonococcique :

Le nombre de cas est à la hausse au Québec depuis 2005. On constate une augmentation globale de plus de 200 % du nombre de cas déclarés entre 1998 et 2008. La gonorrhée touche surtout les HARSAH, mais il y a une augmentation du nombre de cas chez les femmes, surtout les jeunes. En Estrie, c'est 10 à 15 cas qui sont déclarés annuellement.

Syphilis infectieuse :

Entre 2001 et 2006, il y a eu une augmentation importante de cas de syphilis infectieuse au Québec, le nombre de cas passant d'une personne déclarée par mois en 2001 à une personne par jour en 2006. En 2007, le nombre était enfin à la baisse, mais les données 2008 indiquent une hausse par rapport à 2007. Les HARSAH constituent la très grande majorité des cas. En Estrie, on a eu quelques cas dans les dernières années, mais aucun en 2007 ni en 2008. Cependant, étant donné la proximité avec Montréal (principale région touchée par l'éclosion), la vigilance est de mise en Estrie.

Infections virales

Hépatite B : Le rythme de diminution des cas d'hépatite B (de stade aigu, chronique et non précisé) a ralenti. Au cours des cinq dernières années, un plancher semble vouloir se maintenir : annuellement, environ 1 000 nouveaux cas sont diagnostiqués au Québec comparativement à 30 cas en Estrie.

VIH : Le nombre de personnes vivant avec le VIH est en augmentation au Québec. En Estrie, le nombre de personnes traitées au CHUS par l'équipe multidisciplinaire est passé d'environ 190 cas en 2006 à 220 au début 2009. On estime également qu'environ une personne infectée sur quatre ignorerait qu'elle l'est. Les groupes les plus touchés sont les HARSAH et les UDI.

Hépatite C : Le taux d'incidence de l'hépatite C présente une certaine tendance à la baisse au Québec et la prévalence dans la population générale est estimée à environ 0,8 %. Par contre, l'hépatite C touche particulièrement les UDI et est beaucoup plus présente chez les clientèles à risque.

Population	Période de collecte	Prévalence VHC (%)
UDI	2003-2007	62,2
Personnes incarcérées (UDI et non UDI amalgamés)	2003	18,5
Jeunes de la rue (UDI et non UDI amalgamés)	2001-2004	14,0
HARSAH (UDI et non UDI amalgamés)	2005	5,4

Réf. : MSSS (2008), Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, Année 2007 (et projections 2008).

En Estrie, ce sont entre 70 et 80 cas qui sont déclarés annuellement. Contrairement à ce qui est observé pour les autres ITSS (pour lesquelles la région de l'Estrie est située sous la moyenne québécoise), l'Estrie présente un taux d'hépatite C est supérieur à la moyenne québécoise.

Services offerts dans la région :

Des projets de prévention et d'éducation par rapport aux ITSS sont réalisés auprès de groupes de personnes vulnérables de la région :

- le projet CatWoman et les projets HARSAH par le biais d'IRIS-Estrie;
- le projet SAP en milieu carcéral par le CSSS-IUGS;
- le projet de prévention des ITSS auprès des jeunes de rue par la Coalition sherbrookoise pour le travail de rue;
- les projets d'accès aux condoms dans plusieurs organismes de la région.

D'autres actions viennent bonifier l'offre de prévention auprès de ces clientèles en région, notamment : le programme d'accès au matériel stérile d'injection (PAMSI) qui distribue du matériel stérile à de nombreux utilisateurs de drogues, et ce, grâce à un réseau comptant plus de 65 centres d'accès et le projet de prévention du passage à l'injection qui vise à prévenir le début de l'injection de drogues ou à réduire les méfaits liés à cette pratique.

Finalement, l'Estrie a également choisi d'opter pour un service intégré de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE), basé au CSSS-IUGS, mais avec un mandat régional. Le SIDEPE offre aux clientèles vulnérables une gamme de services pour contrer les ITSS. L'offre de service se fait dans les milieux de vie des groupes vulnérables en plus du 50, rue Camirand. Il existe des clientèles vulnérables sur tous les territoires de CSSS en Estrie. Or, actuellement, les services de dépistage et de prévention des ITSS ne sont pas offerts sur tous les territoires de CSSS pour ces clientèles. Des travaux sont actuellement en cours pour s'assurer d'une offre de service qui permette de mieux rejoindre ces clientèles vulnérables, notamment en misant sur le partenariat entre le SIDEPE et les partenaires du réseau de santé et du réseau communautaire déjà présent auprès de ces groupes.

BIEN FONDÉ DES ACTIONS

- La surveillance des ITSS permet d'identifier que les clientèles vulnérables sont particulièrement touchées et que des stratégies particulières doivent être déployées pour les rejoindre.
- Le dépistage et le traitement précoce des personnes infectées et de leurs partenaires sont des interventions très efficaces pour briser la chaîne de transmission des ITSS.
- La vaccination des clientèles à risque permet également de les protéger.
- Les personnes vulnérables sont moins susceptibles de se diriger d'elles-mêmes vers des services de dépistage et de prévention, mais sont plus susceptibles d'être infectées, d'où l'importance pour le SIDEPE d'accroître son offre de service dans les milieux de vie de ces groupes et sur l'ensemble des territoires de l'Estrie.

FAITS SAILLANTS

- Il y a recrudescence de plusieurs ITSS au Québec depuis les années 2000.
- Les groupes vulnérables ont des prévalences d'ITSS beaucoup plus élevées que la population générale.

- Des interventions efficaces sont disponibles pour prévenir la transmission des ITSS et le dépistage précoce de ces infections permet un traitement et une prise en charge réduisant la propagation de ces infections souvent asymptomatiques.

CONSTATS ET ENJEUX

- La situation épidémiologique des ITSS nécessite qu'on consolide et accentue les activités de prévention et d'éducation auprès des clientèles vulnérables dans le but de prévenir ces infections qui représentent un fardeau de morbidité élevé.
- Il est important de considérer que les clientèles vulnérables n'accèdent pas facilement d'elles-mêmes aux services réguliers de santé en conséquence d'envisager un service adapté à leurs besoins et près de leurs milieux de vie.
- De multiples partenaires sont à impliquer pour rejoindre ces clientèles (CSSS, centres jeunesse, organismes communautaires). Le partenariat est à consolider entre le SIDEPE et ses partenaires.
- L'utilisation optimale des ressources de santé est fort souhaitable considérant l'accès limité à ces professionnels. Ainsi, l'utilisation des ordonnances collectives pour le traitement des ITSS asymptomatiques, par les infirmières se rendant dans les milieux de vie, est à favoriser pour un dépistage des ITSS plus optimal.
- Il est primordial d'assurer un mécanisme de référence pour les personnes avec un test de dépistage positif et d'assurer leur prise en charge pour les soins de santé en découlant.
- Il importe que les différents intervenants soient adéquatement formés pour la réalisation des différentes activités, notamment dans les approches de réduction des méfaits et aux interventions adaptées aux clientèles homosexuelles, toxicomanes, etc.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

Santé

- Réduire l'incidence des ITSS dans la région et plus précisément parmi les clientèles vulnérables.

Services

- Activités de prévention des ITSS dans les milieux de vie et les organismes communautaires ainsi qu'activités de prévention à l'intérieur des services de santé et des services sociaux, notamment :
 - o l'accès aux condoms;
 - o la prévention du passage à l'injection;
 - o l'éducation sur la réduction des risques liés aux relations sexuelles et à l'injection de drogues.
- Accès au matériel d'injection stérile et récupération des seringues usagées.
- Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE), promouvant les pratiques cliniques préventives en matière d'ITSS dans les CSSS et au sein des milieux de vie.
- Vaccination des personnes appartenant à des groupes vulnérables dans le Programme d'immunisation du Québec (hépatites A et B).
- Organisation des soins et des services afin de répondre à une demande accrue de la part des personnes infectées par le VHC.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Surveiller et diffuser les données épidémiologiques sur les ITSS. • Conseiller et soutenir le SIDEPE dans son rôle. • Favoriser l'accès aux condoms pour les clientèles vulnérables. • Gérer le programme d'accès au matériel stérile d'injection (PAMSI). • Piloter le projet de prévention du passage à l'injection en Estrie. • Contribuer à l'amélioration des compétences du réseau par rapport aux ITSS. • Soutenir l'intégration des pratiques cliniques préventives (PCP) relatives aux ITSS. • Maintenir le service d'intervention prévention auprès des personnes atteintes d'ITSS et de leurs partenaires.	Direction de santé publique

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Offrir un panier de service comprenant notamment : – Counseling; – Dépistage, évaluation et traitement des ITSS; – Soutien à l'IPPAP; – Activités préventives; – Vaccination contre les hépatites; – Orientation vers les ressources spécialisées ou communautaires; – Distribution de matériel d'injection et de condoms; – Développement et adoption d'un modèle d'ordonnance collective pour les ITSS. En proposer le modèle aux autres CSSS.	SIDEP des ITSS (CSSS-IUGS, 50, rue Camirand)
• Intégrer des activités de prévention des ITSS auprès de ces clientèles. • Développer et entretenir ou consolider des partenariats avec : – les partenaires locaux en lien avec les clientèles vulnérables; – le SIDEP pour les activités de dépistage et de prévention des ITSS et la vaccination. • Offrir l'ordonnance collective pour les ITSS.	CSSS
• Intégrer des activités de prévention des ITSS auprès de ces clientèles. • Développer et entretenir ou consolider un partenariat avec : – le SIDEP pour les activités de dépistage et de prévention des ITSS et la vaccination.	Centre Jean-Patrice-Chiasson Centre jeunesse de l'Estrie Organismes communautaires rejoignant des clientèles vulnérables
• Rendre disponible le matériel stérile d'injection aux utilisateurs de drogues par injection. • Récupérer de façon sécuritaire le matériel d'injection utilisé.	Centres d'accès au matériel stérile d'injection (CSSS, organismes communautaires et pharmacies)

PERSONNES-RESSOURCES

Monique Drapeau, médecin-conseil (819 829-3400, poste 42486)

Geneviève Petit, médecin-conseil (819 829-3400, poste 42019)

Maude Gagnon, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42480)

6.3 Prophylaxie postexposition au sang ou aux autres liquides biologiques

Programme-services : Santé publique

DOMAINES

- ☐ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☒ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☐ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☐ 1-Dév. des comm.
- ☐ 2-Action intersectorielle
- ☐ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

Lors d'une exposition accidentelle significative à du sang ou à un autre liquide biologique, il existe un risque possible de transmission de certaines infections transmissibles par le sang (ITS).

Risque de transmission des ITS par exposition accidentelle

VHB		VHC	VIH
HbeAg+	HbeAg- et HbsAg+		
30 à 40 %	2 à 6 %	1,8 %	0,32 %

Des recommandations ont été émises par le MSSS (en 1999 et revues en 2006) à propos de la prise en charge des travailleurs exposés au sang et aux autres liquides biologiques. Ces recommandations visent à améliorer l'évaluation et le suivi des personnes exposées ainsi qu'à uniformiser les approches dans ce domaine.

En Estrie, plusieurs lacunes sont observées dans l'application adéquate du protocole de prophylaxie post-exposition (PPE). À la suite d'une enquête réalisée en février 2008, de rencontres avec le CHUS et le CSSS-IUGS et de plusieurs situations signalées à la DSPE, on fait les observations suivantes :

- Le protocole de PPE de la majorité des établissements n'est pas à jour. Celui du CHUS est actuellement en version finale.
- L'application du protocole de PPE peut être optimisée en Estrie.
- L'estimation du risque et l'importance d'une intervention rapide liée à une exposition à des liquides biologiques sont mal connus des professionnels de la santé.
- Il apparaît difficile d'identifier rapidement la personne responsable de faire l'évaluation du risque de la personne exposée et de la personne source, lorsque connue.
- L'arrimage des services de première ligne avec les services spécialisés (infectiologie, laboratoire) est à préciser, surtout lorsque la personne exposée est à l'extérieur du CHUS.
- L'organisation du suivi de la personne exposée peut être difficile (lors d'une exposition significative).
- Le partage des responsabilités n'est pas clairement établi entre les différents intervenants et porte souvent à confusion.

Une enquête réalisée en 2008 en Estrie auprès de responsables des urgences, des bureaux de santé des établissements et de certaines cliniques et CSSS a estimé qu'il y aurait au moins 300 situations de personnes exposées annuellement sur notre territoire. Ceci ne reflète certainement pas l'ensemble des cas, car dans plusieurs milieux les expositions ne sont pas rapportées.

Ces expositions représentent un fardeau important. Selon le « Rapport et recommandations du Groupe de travail sur la récupération des seringues usagées du Québec » (2005), au cours de la période 1998 à 2002, la CSST a déboursé 2 021 358 \$ pour 1 426 accidents de travail causés par des piqûres d'aiguilles (accidents déclarés, acceptés et remboursés), soit un coût moyen de 1 417,50 \$.

Services offerts dans la région :

- L'accès à une prise en charge suite un incident impliquant un contact avec du sang ou un autre liquide biologique devrait pouvoir être fait par tous les milieux de soins en Estrie.
- L'accès à des trousses de démarrage PPE permet un début rapide du traitement. De telles trousses sont disponibles en Estrie.
- L'accès à des immunoglobulines contre l'hépatite B est également possible pour tous les milieux de soins qui en feraient la demande par le biais de la banque de sang.
- Un groupe de travail sur la PPE au sang ou autres liquides biologiques a été créé en 2009.

BIEN FONDÉ DES ACTIONS

- Une prise en charge adéquate lors d'une exposition permet de réduire la transmission des ITS et assure un suivi de santé et un suivi psychologique des personnes exposées.
- Les critères proposés pour une application adéquate du protocole provincial, sont les suivants :
 - o **Rapidité d'action**, il faut évaluer la personne exposée et lui administrer le traitement requis idéalement dans les deux heures qui suivent l'exposition; particulièrement lorsqu'un risque de transmission du VIH est suspecté.
 - o **Efficacité**, la prise en charge immédiate nécessite une infrastructure minimale : service de consultation médicale, prélèvements et analyses sanguins, possibilité d'administrer les traitements requis (immunoglobulines, vaccins, antirétroviraux). Ces services doivent être assurés en tout temps et dans un endroit physiquement accessible à la personne exposée.
 - o **Qualité des services**, ce qui signifie d'assurer le développement et le maintien de l'expertise dans la prise en charge de la personne exposée, notamment par la formation continue sur la PPE.
 - o **Continuité**, c'est-à-dire qu'un suivi doit être assuré afin d'identifier les effets secondaires, de renforcer la fidélité au traitement antirétroviral et de vérifier l'apparition éventuelle d'infection contractée à la suite de l'événement. L'évaluation de l'état psychologique de la personne exposée doit également faire partie du suivi.
- Certaines régions du Québec ont déjà mis en place des structures organisationnelles favorisant une meilleure prise en charge des personnes exposées.

FAITS SAILLANTS

- Les expositions à du sang ou à d'autres liquides biologiques sont relativement rares, mais représente un risque de transmission d'infections ayant des conséquences significatives sur la santé physique et psychologique des personnes atteintes.
- Il existe un écart entre les recommandations et l'organisation actuelle des services de prise en charge des expositions à du sang ou aux autres liquides biologiques.
- Une des lacunes se situe au niveau de la capacité d'intervention rapide (notamment pour atteindre l'objectif du délai de deux heures pour l'exposition au VIH) tant par l'organisation des services elle-même que par la formation des personnes responsables d'offrir ces services.

CONSTATS ET ENJEUX

- Pour que les services régionaux répondent aux critères proposés pour une application adéquate du protocole provincial en terme de rapidité d'action, d'efficacité, de qualité des services et de continuité mentionné ci-haut, le CHUS et les CSSS devront :
 - o se concerter sur l'application des recommandations de PPE;
 - o clarifier les attentes de services;
 - o clarifier les rôles et responsabilités des CSSS et du CHUS;
 - o prévoir des ententes de corridors de services entre les CSSS et le CHUS.
- Le groupe de travail devra également déterminer les moyens à mettre en place pour sensibiliser le réseau de la santé à l'importance de déclarer rapidement les expositions au sang ou aux autres liquides biologiques et pour informer la population des services offerts en Estrie.
- La DSPE devra faire connaître son offre de service d'expertise conseil deuxième ligne aux intervenants du réseau.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

Santé

Réduire l'incidence des ITSS dans la région.

Services

PPE (VIH et VHB) : offre de service et prise en charge clinique pour le VIH, le VHC et le VHB.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Soutenir l'implantation et l'application d'un protocole régional pour la PPE dans les établissements, CSSS et CHUS. • Développer une offre de service adaptée à chacun des CSSS dans les cas de PPE. • Développer des outils adaptés pour l'évaluation des personnes affectées. • Développer et offrir un plan de formation pour les intervenants des CSSS.	Direction de santé publique Comité directeur du programme Santé publique

PERSONNE-RESSOURCE

Geneviève Petit, médecin-conseil (819 829-3400, poste 42019)

6.4 Surveiller le *Clostridium difficile* et soutenir les établissements au regard des infections nosocomiales

Programme-services : Santé publique

DOMAINES

- ☐ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☒ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☐ 6-SAT

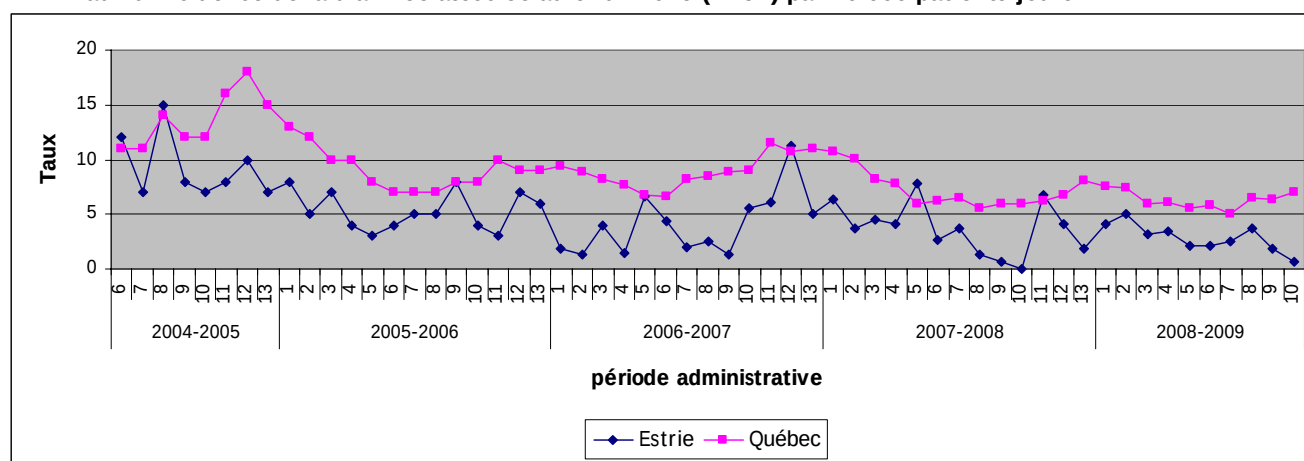
STRATÉGIES

- ☐ 1-Dév. des comm.
- ☐ 2-Action intersectorielle
- ☐ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

Une infection nosocomiale est une complication infectieuse acquise à l'occasion d'un épisode de soin, en particulier en milieu hospitalier. Le *Clostridium difficile* (*C. difficile*), les *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et les Entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) sont parmi les infections nosocomiales les plus fréquentes.

Taux d'incidence de la diarrhée associée au *C. difficile* (DACD) par 10 000 patients-jours¹²



2003 : Augmentation de l'incidence de la morbidité et de la mortalité des infections à *C. difficile* dans plusieurs centres hospitaliers (CH) de la province causée par l'apparition d'une nouvelle souche (souche A). Début des systèmes de surveillance provincial en août 2004.

Résultats

22 août 2004 au 31 mars 2005 : Moyenne 9,25¹³

22 août 2005 au 31 mars 2006 : Moyenne 5,25

22 août 2006 au 31 mars 2007 : Moyenne 5

22 août 2007 au 31 mars 2008 : Moyenne 3

2004-2009 : L'incidence des DACD a diminué de plus de 60 % en Estrie depuis 2004.

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

- Il est reconnu qu'un programme structuré de prévention et contrôle des infections prévient 30 % des infections nosocomiales^{14, 15}.
- La surveillance du *C. difficile* et les interventions qui y sont associées ont un impact important sur la prévention de l'ensemble des infections nosocomiales (ex. : ERV et SARM)¹⁶.

¹² Taux d'incidence = nombre de nouveaux cas sur le nombre de jours — présence de patients durant une période donnée (ex. : 1 000 patients séjournant en moyenne 10 jours = 10 000 patients-jours).

¹³ Moyenne de personne par 10 000 patients-jours (ex. : moyenne de 9,25 personnes par 10 000 patients-jours).

¹⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *D'abord, ne pas nuire... Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité - Rapport du Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (Rapport Aucoin)*, Gouvernement du Québec, 2005, 83 p.

¹⁵ *Id.*, *Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec*, Gouvernement du Québec, 2006, 109 p.

¹⁶ *Id.*, *Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales*, Gouvernement du Québec, 2006, 56 p.

FAITS SAILLANTS

- Participation au système de surveillance provincial des DACD à partir d'août 2004 via les établissements ciblés ainsi qu'aux autres systèmes de surveillance développés par la suite.
- Renforcement des mesures préventives, notamment par l'élaboration d'un plan d'action régional en prévention des infections nosocomiales (PIN) sous le leadership de la Table régionale en PIN (TRPIN), créée en décembre 2004, et de la Table régionale des infirmières en PIN (TRIPIN), créée en 2005.
- Consolidation des équipes locales de prévention et de contrôle des infections (PCI).
- Investissements régionaux dans les infrastructures reliées à la prévention des infections au CHUS et dans les CSSS.

CONSTATS ET ENJEUX

- Planter une culture de prévention des infections en Estrie;
- Doter tous les établissements de l'Estrie d'un programme de PIN et le tenir à jour annuellement;
- Mettre en place ou consolider la surveillance des infections nosocomiales;
- Maintenir les compétences des ressources en prévention des infections et des ratios prescrits par le MSSS pour les établissements à mission CHU, CH et CHSLD;
- Soutenir les équipes de prévention des établissements pour l'implantation des guides et protocoles ainsi qu'actualiser le programme de prévention des infections.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

Maintenir le taux des infections à *C. difficile* à un niveau comparable ou inférieur au taux de 2008-2009.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Soutenir les établissements concernés pour la surveillance et la diffusion des données d'incidence du <i>C. difficile</i>, en particulier en implantant le tableau de bord ministériel en collaboration avec la TRPIN et la Table régionale Qualité (TRQ). • En lien avec les « Lignes directrices pour les établissements de soins » et le « Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec » : – Soutenir les infirmières en prévention et contrôle des infections (PCI) des établissements; – Conseiller les responsables locaux pour déterminer les stratégies d'implantation et de mise en œuvre. • Participer aux travaux de la TRPIN (notamment en contribuant au plan d'action annuel pour la réalisation des activités de formation et de développement d'outils pour l'implantation et l'actualisation du programme de prévention). • Tenir une campagne annuelle de sensibilisation à la PIN, en collaboration avec la TRPIN et les établissements. • Tenir un babillard régional en PCI pour la diffusion et le partage de protocole (guides, outils).	Agence de la santé et des services sociaux, notamment le Service de la performance, qualité et communications et la Direction de santé publique
• Susciter l'engagement des intervenants (de la direction aux employés, incluant le conseil d'administration) en faveur de la prévention des infections nosocomiales. • Mettre à jour annuellement le plan local concernant la PI. • Participer aux travaux de la TRPIN et de la TRIPIN. • Participer à la campagne annuelle de prévention des infections.	Tous les établissements du réseau SSS
• Respecter le ratio exigé pour les infirmières en PCI. • Tenir et mettre à jour un tableau de bord local.	CHUS – CSSS – CHSLD

PERSONNES-RESSOURCES

Nathalie Côté, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42479)
Juan Roberto Iglesias, médecin-conseil (819 8929-3400, poste 42590)
Suzanne Ménard, médecin-conseil (819 829-3400, poste 42484)

6.5 Surveiller et prévenir la transmission des maladies respiratoires sévères infectieuses

Programme-services : Santé publique

DOMAINES

- ☐ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☒ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☐ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☐ 1-Dév. des comm.
- ☐ 2-Action intersectorielle
- ☐ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

À la suite de la crise du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003, des infections d'influenza aviaire de type A(H₅N₁) chez les humains en Asie et en Afrique et de la grippe pandémique A(H₁N₁) en 2009, le réseau de la santé et des services sociaux doit maintenir et consolider la surveillance des MRSI. Voici la chronologie des événements survenus au cours des dernières années :

1996 : Identification du virus H₅N₁ en Chine.

1997 : Premiers cas humains d'infection à H₅N₁ (18 cas / 6 décès) à Hong Kong.

2003 : Voyageur infecté – éclosion de SRAS (375 cas / 44 décès) à Toronto.

2004 : Plusieurs pays d'Asie ont des éclosions d'influenza aviaire et des cas humains de H₅N₁.

2005-2009 : Éclosion d'influenza aviaire H₅N₁ en Europe et cas humains de H₅N₁ en Afrique. Quelques cas de transmission interhumaine limitée de H₅N₁.

2009 : 22 avril : Alerte sur des cas de MRSI au Mexique et identification d'une nouvelle souche du virus de l'influenza d'origine porcine, finalement appelée grippe pandémique A(H₁N₁) 2009 (pandémie de phase 6 décrétée par l'OMS le 12 juin 2009)¹⁷.

1^{re} vague : du 24 avril au 29 août 2009 avec 2 695 cas confirmés, 564 hospitalisations dont 103 en soins intensifs (SI) et 25 décès au Québec (soit 57 cas, 11 hospitalisations dont 4 en SI et 1 décès en Estrie).

2^e vague : du 4 octobre au 18 décembre 2009 avec 10 886 cas confirmés, 2 491 hospitalisations dont 361 en SI et 82 décès au Québec (soit 820 cas confirmés, 146 hospitalisations dont 21 en SI et 4 décès en Estrie).

2010 : Des éclosions d'influenza aviaire H₅N₁ se poursuivent en Asie et en Afrique. Bilan cumulatif de la grippe aviaire dans le monde au 6 mai 2010 : 498 cas humains de H₅N₁ et 294 décès.

Même si la dernière pandémie d'influenza est « récente », la surveillance des MRSI et la vigie concernant d'autres événements similaires ou de gravité supérieure doit se poursuivre.

Voici un rappel des phases d'une pandémie d'influenza selon l'OMS :

Période interpandémique	1	Risque faible de cas chez les humains
Nouveau virus chez les animaux Pas de cas chez les humains	2	Risque élevé de cas chez les humains
Période d'alerte	3	Pas ou rares cas de transmission entre humains
Nouveau virus	4	Évidence d'un accroissement de transmission entre humains (petites éclosions localisées)
Présence de cas humains	5	Évidence significative de transmission entre humains (éclosions plus importantes)
Période pandémique (phase actuelle)	6	Transmission interhumaine soutenue

¹⁷ Site pandémie Québec : www.pandemiequebec.gouv.qc.ca.

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

- En 2007, le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)¹⁸ a rappelé l'importance d'adopter en prévention et contrôle des infections, le principe de prudence qui consiste à assurer la sécurité des travailleurs sans attendre les évidences scientifiques. Le principe de prudence doit guider les choix pour le port d'équipement de protection personnelle, incluant le port du masque N-95¹⁹. En ce sens, il recommande de tenir à jour un programme de protection respiratoire au sein de l'établissement et de porter une protection respiratoire de type N-95 lorsque des soins impliquant des contacts directs avec un patient soupçonné d'influenza pandémique sont donnés (ex. : lors de l'examen physique, du bain ou pour assistance à l'alimentation).
- La commission d'enquête sur le SRAS a démontré les impacts dévastateurs que peuvent causer un système de surveillance des MRSI déficient et une protection inadéquate des travailleurs de la santé lorsqu'ils prennent en charge des cas²⁰.
- La détection précoce des MRSI permet au réseau de la santé et des services sociaux d'agir rapidement pour mettre en place des mesures de prévention et contrôle permettant de limiter la transmission.
- La survenue d'une pandémie d'influenza dans une population non immunisée risquant de perturber considérablement notre société, une consolidation des plans d'urgence doit être vue comme une activité primordiale et continue.

FAITS SAILLANTS

En 2006, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie a produit son *Plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza – Mission santé* (PRLPI-MS). Par la suite, chaque établissement du réseau de la santé en Estrie a produit son plan local sur le même modèle (PLLPI-MS). Ces plans prévoyaient une série d'actions incluant les étapes de préparation pour faire face à une éventuelle pandémie comprennent cinq volets dont celui de santé publique. Ces plans ont été mis en œuvre pour lutter contre la pandémie de grippe A(H₁N₁) 2009 et plusieurs stratégies ont pu être testées sur le terrain.

CONSTATS ET ENJEUX

Pour avoir un impact sur l'évolution d'une éclosion, le réseau de la santé devra rapidement isoler les premiers cas d'une MRSI ou d'une influenza pandémique. Une fois avisée, la santé publique doit se mobiliser pour rapidement valider les cas, évaluer les contacts à risque et effectuer les suivis requis.

Il est important de poursuivre la consolidation et l'ajustement des actions du volet santé publique, selon les six stratégies définies par le plan de lutte à la pandémie, soit la vigie – surveillance, la prévention des infections, la vaccination, l'usage d'antiviraux en prévention, la gestion individuelle des cas et des contacts et finalement, les mesures populationnelles.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

Santé

- Prévenir la transmission des MRSI.

Services

- Dans les cliniques sans rendez-vous et les salles d'urgence, s'assurer annuellement de la surveillance continue des cas de MRSI, incluant l'influenza aviaire, le SRAS et l'influenza pandémique A(H₁N₁) 2009.
- S'assurer du maintien et de la mise à jour continue, dans tous les établissements, d'un programme de protection respiratoire.

¹⁸ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, Position du Comité sur les infections nosocomiales du Québec au regard de la mise à jour des mesures de prévention et contrôle de l'influenza pandémique publiée par les *Centers for Disease Control and Prevention*, Gouvernement du Québec, 2007, 4 p., disponible au www.inspq.qc.ca/publications/liste.asp?e=p&theme=36.

¹⁹ Le N-95 est un masque jetable qui filtre 95 % des particules en suspension dans l'air. Il doit être de la bonne grandeur et bien ajusté pour être efficace. Le « N » signifie qu'il n'est pas résistant aux brouillards d'huile (voir référence sur le site suivant : www.santeautravail.net/Afficher.aspx?unite=001011010&langue=fr).

²⁰ www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/campbell06f/campbell06f.html.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
- Assurer la veille épidémiologique et la diffusion des informations en provenance du MSSS et de l'OMS sur la pandémie et les autres MRSI. - En lien avec les recommandations de la direction générale de la santé publique du MSSS, soutenir les responsables locaux de chaque établissement pour l'implantation et la mise à jour des recommandations relatives à la pandémie d'influenza (en établissement ou à domicile) ou des MRSI. - Soutenir la Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN). - Organiser des activités régionales d'information et de mises à jour selon les priorités identifiées au niveau régional. - Collaborer à la mise à jour du volet santé publique du <i>Plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza</i>.	Agence de la santé et des services sociaux Direction de santé publique / Comité de planification et d'intervention des mesures d'urgence (COPIN) Autres directions de l'Agence
- Participer aux travaux du COPIN du volet santé publique, en fonction des priorités régionales. - Susciter l'engagement de l'ensemble des intervenants (de la direction aux employés, incluant le conseil d'administration) en faveur de la prévention des infections. - Assurer la disponibilité des ressources nécessaires à la mise à jour du <i>Plan local contre une pandémie d'influenza</i>, incluant le volet santé publique. - Réviser au besoin le <i>Plan local contre une pandémie d'influenza</i>, incluant le volet santé publique (entre autres la vigie et la gestion des cas et contacts de MRSI). - Participer aux travaux de la TRPIN.	CSSS, établissements à vocation régionale de l'Estrie

PERSONNES-RESSOURCES

Carole Albert, chef du Service de protection de la santé publique (819 829-3400, poste 42215)

Nathalie Côté, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42479)

Suzanne Ménard, médecin-conseil (819 829-3400, poste 42484)

Mélissa Généreux, médecin-conseil au Service de protection de la santé publique et responsable du volet santé publique de la mission santé de la sécurité civile, (819 829-3400, poste 42547)

7. LES ACTIVITÉS EN SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

LÉGENDE (TYPE D'ACTION)

1 : Activité à débiter d'ici 2012
2 : Activité à consolider d'ici 2012

3 : Activité à maintenir d'ici 2012
N : Activité coordonnée par le national

N° FICHE	ACTIVITÉS INSCRITES DANS LE PNSP	DOMAINE	ACTION RÉG.
Qualité de l'air intérieur			
7.1	Enquêtes touchant la qualité de l'air intérieur et la salubrité dans les écoles, les services de garde, les bâtiments d'habitation ainsi que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.	Santé environnementale	3
	Réduction de l'exposition aux aéroallergènes/irritants (air intérieur).		
7.1	- Information et sensibilisation à la population;	Santé environnementale	3
7.1	- Information et sensibilisation aux partenaires.	Santé environnementale	3
7.1	Soutien des partenaires du réseau ainsi que des autres secteurs pour l'organisation des services publics, sectoriels et inter-sectoriels sur la qualité de l'air intérieur et de l'insalubrité.		2
	Soutien des partenaires concernant le développement et l'adoption d'une norme sur la ventilation des bâtiments d'habitation (organismes appartenant aux secteurs de l'habitation et du bâtiment).	Santé environnementale	N
7.1	Promotion, auprès de la population et des responsables de résidences privées de personnes âgées, de service de gardes et d'écoles, de l'utilisation d'un avertisseur de monoxyde de carbone.	Santé environnementale	3
7.1	Information et sensibilisation à la population et des intervenants concernant les risques reliés à l'exposition radon domiciliaire, en collaboration avec partenaires (SCHL, SHQ et autres ministères).	Santé environnementale	2
Qualité de l'air extérieur			
	Information et sensibilisation à la population lors d'avertissements de smog.	Santé environnementale	3
	Identification de l'herbe à poux et les mesures de contrôle.		
7.2	- Information et sensibilisation à la population;	Santé environnementale	3
7.2	- Information et sensibilisation aux partenaires;	Santé environnementale	3
7.2	- Soutien des partenaires.	Santé environnementale	2
	Information et sensibilisation aux partenaires concernant les moyens efficaces d'assainissement de la qualité de l'air extérieur (ex. : la réglementation).	Santé environnementale	N
Eau			
7.3	Enquête et intervention lors de dépassements de normes ou de problématiques pouvant présenter des risques à la santé relativement à la qualité de l'eau potable ou récréative.	Santé environnementale	3
7.3	Enquête et intervention lors d'éclosions ou d'intoxications potentiellement reliées à l'eau potable ou récréative.	Santé environnementale	3
7.3	Sensibilisation et concertation des partenaires pour un accès facilité en temps opportun aux informations touchant la qualité de l'eau (signalements, déclarations concernant des éclosions, intoxications ou dépassements de normes).	Santé environnementale	2

N° FICHE	ACTIVITÉS INSCRITES DANS LE PNSP	DOMAINE	ACTION RÉG.
7.3	Participation aux activités encadrées conjointement avec d'autres secteurs d'intervention à la gestion de l'eau potable et des eaux récréatives.	Santé environnementale	3
7.3	Information et sensibilisation à la population concernant les cyanobactéries.	Santé environnementale	3
	Promotion auprès des municipalités de la fluoration de l'eau potable.	Santé environnementale et Promotion / Prévention	N
Sol			
	Participation aux activités encadrées sur l'utilisation adéquate des pesticides (promotion de l'indicateur de risque).	Santé environnementale	N
	Information et sensibilisation à la population concernant la pollution agricole.	Santé environnementale	N
	Participation à l'application de la <i>Politique de protection des sols et de réhabilitation des terrains contaminés</i> .	Santé environnementale	N
MADO / Intoxications			
	Enquête et intervention lors des signalements et des déclarations d'éclosion ou d'intoxications (MADO, intoxication à déclaration obligatoire).	Santé environnementale	3
	Promotion du processus de déclaration obligatoire des cas d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine environnementale auprès des médecins et des laboratoires.	Santé environnementale	2
	Information et sensibilisation à la population concernant la contamination alimentaire.	Santé environnementale	N
Mesures d'urgence liées à l'environnement			
	Participation à la gestion des risques d'accidents industriels majeurs, notamment celle reliée à la <i>Loi sur la sécurité civile</i> et à la préparation des schémas de sécurité civile.	Santé environnementale	2
	Participation à l'évaluation des risques à la santé et l'organisation d'activités appropriées lors de situations d'urgence d'origine environnementale, incluant la collaboration aux missions du <i>Plan national de sécurité civile et des plans régionaux de sécurité civile</i> .	Santé environnementale	3
	Mise à jour de plans d'urgence s'appliquant aux menaces reliées aux agents chimiques, biologiques et physiques.	Santé environnementale	N
Bruit			
	Information et sensibilisation à la population concernant le bruit communautaire.	Santé environnementale	N
Nouvelles technologies			
	Information et sensibilisation à la population concernant les nouvelles technologies.	Santé environnementale	N
Problématiques liées au climat			
7.4	Information et sensibilisation à la population concernant les mesures pour contrer efficacement les événements climatiques extrêmes.	Santé environnementale	3

N° FICHE	ACTIVITÉS INSCRITES DANS LE PNSP	DOMAINE	ACTION RÉG.
7.4	Information et sensibilisation à la population concernant l'exposition aux rayons ultraviolets des enfants âgés entre 0 et 18 ans, et ce, en concertation avec les partenaires.	Santé environnementale	3
Expertise en santé environnementale			
	Participation à l'évaluation et à l'examen des projets ayant des conséquences sur l'environnement.	Santé environnementale	3
	Participation à la révision des schémas d'aménagement proposés par les MRC.	Santé environnementale et Promotion / Prévention	3
	Participation à la consultation publique concernant les projets d'élevage porcin conformément à la <i>Loi sur l'aménagement et l'urbanisme</i> .	Santé environnementale	3
	Soutien aux communautés (ex. : conférence régionale des élus, municipalités, comités environnementaux) dans des approches de développement durable, notamment en ce qui concerne l'aménagement urbain et le transport durable.	Santé environnementale et Promotion / Prévention	3

7.1 Qualité de l'air intérieur

Programme-services : Santé publique

DOMAINES

- ☐ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☒ 5-SE
- ☐ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☐ 1-Dév. des comm.
- ☒ 2-Action intersectorielle
- ☐ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

En milieu intérieur, les types de contaminants de l'air rencontrés sont nombreux (monoxyde de carbone (CO), hydrocarbures, mercure, composés organiques volatils, bactéries, moisissures, radon, amiante, etc.). En raison du nombre de contaminants possibles, la DSPE de l'Estrie a décidé de prioriser, entre autres, le CO, le radon et les moisissures.

Depuis plusieurs années, les cas de contamination de l'air intérieur des bâtiments publics et leurs impacts sur la santé des occupants retiennent l'attention des différents intervenants et de la population en général.

Au fil des ans, plusieurs documents visant à outiller les partenaires quant à la gestion des problèmes de qualité d'air intérieur (QAI) ont été produits, mais ils demeurent peu connus et peu utilisés. Le contexte réglementaire, la répartition des compétences entre les différents services dans les établissements et les rôles des autres intervenants potentiellement impliqués (ex. : le réseau de la santé et des services sociaux, le réseau scolaire, les CPE...) restent largement méconnus malgré les efforts d'éducation et de sensibilisation faits par les DSP.

En ce qui a trait aux intoxications environnementales, celle au monoxyde de carbone est une des plus fréquentes. Au Québec, on note autour de 10 décès par an et plus de 400 personnes en moyenne rapportent avoir été intoxiquées involontairement au monoxyde de carbone. Ces nombres persistent bon an mal an.

Le radon est un gaz radioactif qui est incolore, inodore et insipide. Il provient de la dégradation de l'uranium présent dans la croûte terrestre et migre, par divers interstices, du sol vers la surface. Généralement présent en faible concentration dans l'air extérieur, ce gaz peut cependant atteindre des concentrations élevées dans les endroits clos, particulièrement dans les sous-sols. Même dans les habitations récentes, il existe des voies qui permettent son infiltration.

Dans l'état actuel des connaissances scientifiques, c'est le risque de cancer du poumon qui commande la vigilance à l'égard du radon dans les habitations. L'exposition au radon est la deuxième cause de cancer du poumon après le tabagisme. On estime qu'au Québec 10 % de tous les cancers du poumon seraient associés à l'exposition au radon, ce qui représenterait plus de 430 décès annuellement selon les données de mortalité pour ce cancer en 1998.

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

- Les atteintes à la santé associées aux problèmes de qualité de l'air intérieur sont multiples et potentiellement graves. Elles peuvent aller des symptômes non spécifiques (mal de tête, fatigue, étourdissement, nausée, irritation de la peau et des muqueuses, toux, saignement de nez), aux effets allergiques et à l'aggravation de l'asthme, jusqu'aux infections graves, aux intoxications aiguës et même aux cancers.
- La moitié des ménages québécois (50 %) sont potentiellement à risque d'exposition au monoxyde de carbone. Parmi ceux-ci, seulement 31,5 % possèdent un avertisseur de CO fonctionnel, de là l'importance de travailler à la sensibilisation de la population à risque pour l'utilisation du moyen le plus efficace de prévention d'intoxication au monoxyde de carbone, soit l'avertisseur de CO.
- Initialement, le niveau de risque de cancer associé au radon dans la population générale a été estimé à partir de cohortes de mineurs hautement exposés au radon. Des études épidémiologiques récentes ont cependant permis d'observer une variation du risque de cancer selon les niveaux de radon rencontrés dans les domiciles. C'est ce qui a incité Santé Canada à abaisser sa ligne directrice pour le radon. Lorsqu'une concentration supérieure est mesurée, il existe des correctifs pour diminuer l'exposition future à ce gaz.

FAITS SAILLANTS

Entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2009, la DSPE a reçu 26 appels reliés à la qualité de l'air intérieur. Les appels concernent principalement les moisissures et, dans une moindre mesure, l'insalubrité, l'humidité et la QAI en général.

En Estrie, les intoxications au monoxyde de carbone représentent annuellement le plus grand nombre de MADO en santé environnementale malgré une sous-déclaration probable des cas par les médecins. Ces intoxications représentent des coûts importants pour le système de santé à la suite des consultations, des traitements en chambre hyperbare à Montréal et surtout des risques de séquelles à long terme.

Une étude des appels reçus au Centre antipoison du Québec concernant les intoxications au monoxyde de carbone révèle que le plus souvent les intoxications se présentent à domicile, principalement dans le garage attenant à la maison ou dans un garage temporaire. Les hommes sont plus à risque, principalement entre 25 et 64 ans. En deuxième lieu, ce sont les appareils ou outils défectueux fonctionnant au propane, notamment dans les chalets et résidences secondaires, qui sont les plus souvent en cause. D'autres causes moins fréquentes ont aussi été identifiées, telle l'utilisation non sécuritaire d'explosifs en milieu résidentiel ou l'usage de carriole attachée à un véhicule quatre roues motrices.

Il est connu que l'avertisseur de monoxyde de carbone est sous utilisé. Tous les cas d'intoxication involontaire pourraient être prévenus par un tel avertisseur. En général, la population connaît les signes et les dangers d'une intoxication au CO, mais le comportement adéquat ne suit pas l'état des connaissances. C'est pourquoi des efforts répétés sont investis dans l'information et la sensibilisation du grand public.

Selon l'INSPQ, le dépistage du radon dans les lieux publics pourrait être plus efficace en termes de réduction du nombre de cas de cancer que le dépistage dans les résidences. C'est pourquoi la DSPE de l'Estrie a entrepris une campagne de dépistage de radon dans les écoles de certaines municipalités des MRC du Granit et du Haut-Saint-François. Cela a permis d'identifier une école ayant des niveaux supérieurs à la ligne directrice canadienne. Des travaux ont par la suite été effectués par la Commission scolaire concernée afin de réduire les infiltrations de radon dans l'école. De son côté, Santé Canada procèdera à un dépistage de radon dans près de 1 000 édifices fédéraux au Québec, dont les bureaux de poste et les postes frontaliers.

CONSTATS ET ENJEUX

- Identifier les responsabilités et les tâches spécifiques à la santé publique dans des contextes de prévention et d'intervention lors de contamination de l'air dans les établissements de la santé et des services sociaux, scolaires et CPE.
- Rejoindre la population cible et générer un changement de comportement permettant de prévenir les intoxications involontaires au monoxyde de carbone dans les situations suivantes :
 - o Intoxication à domicile
 - o Intoxication suite à l'utilisation d'explosifs en milieu résidentiel
 - o Utilisation non conforme de VHR.
- En présence de concentration élevée de radon mesurée dans un lieu public, rejoindre les citoyens habitant à proximité pour les inviter à prendre des mesures dans leur maison.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

Santé

- Réduire la morbidité et la mortalité reliées à la mauvaise QAI ainsi qu'à l'insalubrité dans les résidences et les édifices publics.
- Réduire la mortalité et la morbidité associée aux intoxications d'origine biologique ou chimique.
- Contribuer à la réduction des cancers du poumon attribuables à l'exposition au radon.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
Monoxyde de carbone (CO)	
• Offrir de l'expertise en prévention, protection et surveillance. • Diffuser des messages préventifs à la population générale. • Sensibiliser les responsables de résidences de personnes âgées, de services de garde et d'écoles à l'utilisation d'avertisseur de CO.	Agence de la santé et des services sociaux Direction de santé publique
• Collaborer à la mise en place d'avertisseur de CO lorsque indiqué. • Sensibilisation et surveillance de la clientèle au danger potentiel du CO.	Centres d'hébergement de personnes âgées CPE
Radon	
• Offrir de l'expertise en prévention, protection et surveillance. • Diffuser des messages préventifs à la population générale. • Sensibiliser les gestionnaires d'édifices publics aux risques associés au radon et aux mesures d'évaluation et de gestion appropriées, à commencer par ceux des écoles de certaines municipalités des MRC du Granit et du Haut-Saint-François.	Direction de santé publique
• Procéder aux travaux de mitigation dans les écoles où des niveaux élevés ont été dépistés et en évaluer l'efficacité.	Commission scolaire des Hauts-Cantons
• En présence de concentration élevée de radon mesurée dans un lieu public, rejoindre les citoyens habitant à proximité pour les inviter à prendre des mesures dans leur maison.	Municipalités
• Étendre le dépistage dans d'autres secteurs ou d'autres types d'établissements publics.	INSPQ
• Dépistage de radon dans les bureaux de poste et les postes frontaliers.	Santé Canada

PERSONNES-RESSOURCES

Carole Albert, chef du Service de protection de la santé publique (819 829-3400, poste 42215)

Fabien Gagnon, médecin-conseil (819 829-3400, poste 42451)

Louise Galarneau, médecin-conseil (819 829-3400, poste 42497)

Carolle Veilleux, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42013)

7.2 Qualité de l'air extérieur - réduire les problèmes de santé associés à l'herbe à poux et à la pollution atmosphérique

Programme-services : Santé publique

DOMAINES

- ☐ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☒ 5-SE
- ☐ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☐ 1-Dév. des comm.
- ☐ 2-Action intersectorielle
- ☐ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

Le pollen de l'herbe à poux (*l'Ambrosia*) est la cause principale de la rhinite allergique (rhume des foins). En Estrie, 17,5 % de la population de 5 ans ou plus, soit environ une personne sur six, souffrent de rhinite allergique liée au pollen de l'herbe à poux. Ce problème de santé touche autant d'hommes que de femmes. De plus, 61 % des personnes atteintes ont une qualité de vie moindre en raison de leur allergie au pollen de l'herbe à poux qui influence leur rendement, leur sommeil, leur humeur, leur concentration, leurs loisirs et leurs activités sportives²¹.

Depuis plusieurs années, la DSPE de l'Estrie s'implique au sein de la Table québécoise sur l'herbe à poux. Différentes activités ont été réalisées, entre autres la publication du bulletin *Le Flash herbe à poux* à l'attention des municipalités, la réalisation d'enquêtes provinciales sur l'implication municipale dans le contrôle de l'herbe à poux, la production d'un document d'information sur la technique d'implantation d'un couvert végétal compétitif et la réalisation d'une carte sur la distribution de l'herbe à poux au Québec.

En dépit des efforts de sensibilisation, la population connaît peu l'herbe à poux et les mesures de contrôle demeurent déficientes. De surcroît, le réchauffement du climat et l'étalement urbain et du réseau routier sont des facteurs qui contribuent à augmenter la présence de l'herbe à poux.

La Ville de Sherbrooke s'est engagée dans le contrôle de l'herbe à poux. En effet, depuis la création du Comité *Sherbrooke en santé* en 1997, le dossier de l'herbe à poux a été retenu parmi les projets prioritaires visant à améliorer la qualité de vie des citoyens de Sherbrooke. Un programme de gestion et de contrôle de l'herbe à poux « La chasse à l'herbe à poux est... ouverte! » a été mis en place et des outils ont été réalisés.

De plus, des outils d'information indiquent que l'Estrie n'est pas exemptée d'épisodes de smog. Certains secteurs du territoire estrien présentent de façon ponctuelle des périodes de mauvaise qualité de l'air.

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

- Les coûts de santé associés à l'allergie au pollen de l'herbe à poux sont évalués à 156,5 millions de dollars au Québec en 2005 (achat ou modification d'un appareil domestique pour purifier l'air, médication, absentéisme et incapacité, consultations médicales, transport, frais de repas, de garde d'enfants, de salaire perdu et de temps perdu associés aux consultations médicales, coûts de diagnostic de l'allergie, de traitement de désensibilisation et de complication de l'asthme²²).
- La meilleure solution de réduire les symptômes dus aux rhinites allergiques causées par l'herbe à poux demeure l'élimination des plants avant la libération du pollen, soit au cours des mois de mai, juin et juillet.
- Plusieurs techniques de contrôle sont reconnues efficaces : l'arrachage, la tonte avant la floraison, l'ensemencement ou la plantation de végétaux compétitifs, l'amélioration de la qualité du sol (terreau, compost, engrais) et le recouvrement du sol avec des copeaux de bois ou de pierres²³. Cependant, ces techniques s'avèrent efficaces uniquement lorsqu'elles sont utilisées dans le cadre d'une gestion intégrée de lutte contre l'herbe à poux. Ainsi, des actions doivent être posées chaque année, l'utilisation de plusieurs stratégies et l'implication de plusieurs acteurs sont des objectifs à respecter afin de lutter contre l'herbe à poux²⁴.

²¹ Isabelle TARDIF, *Portrait des coûts de santé associés à l'allergie au pollen de l'herbe à poux - Année 2005*, Rapport d'enquête par la Direction de santé publique pour la Table québécoise sur l'herbe à poux, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2008, p. 67.

²² *Id.*

²³ Dépliant de la Ville de Sherbrooke, « La chasse à l'herbe à poux est... ouverte ».

²⁴ Présentation de Gilles Bégin, Ville de Sherbrooke « La chasse à l'herbe à poux est... ouverte! » le 25 mars 2008 à la TPHP.

CONSTATS ET ENJEUX

- Réduire la rhinite allergique due à l'herbe à poux en Estrie.
- Réduire les problèmes de santé en Estrie associés au smog.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

Santé

- Réduire, d'ici 2012, la morbidité et la mortalité des maladies associées à des facteurs de risque environnementaux.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Offrir de l'expertise en prévention, protection et surveillance. • Diffuser des messages préventifs à la population générale. • Sensibiliser les propriétaires de grands terrains publics et privés (ex. : ville de Sherbrooke) d'intégrer dans leurs pratiques courantes d'entretien, les techniques de contrôle de l'herbe à poux.	Agence de la santé et des services sociaux Direction de santé publique
• Offrir de l'expertise en prévention, protection et surveillance.	TQHP (Table québécoise sur l'herbe à poux)
• Intégrer, dans les pratiques courantes d'entretien des grands terrains publics et privés, les techniques de contrôle de l'herbe à poux. • Collaborer à la sensibilisation et à la diffusion des recommandations sur les techniques de contrôle de l'herbe à poux.	Propriétaires de grands terrains publics et privés (ex. : ville de Sherbrooke)

PERSONNES-RESSOURCES

Fabien Gagnon, médecin-conseil (819 829-3400, poste 42451)

Carolle Veilleux, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42013)

7.3 Qualité de l'eau

Programme-services : Santé publique

DOMAINES

- ☐ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☒ 5-SE
- ☐ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☐ 1-Dév. des comm.
- ☒ 2-Action intersectorielle
- ☐ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

Plusieurs plans d'eau sont vulnérables à la contamination. Par exemple, lors de fortes précipitations, des contaminants chimiques et biologiques sont emportés vers les lacs et les cours d'eau qui sont utilisés comme sources d'eau potable ou sites de baignade. Ces contaminants peuvent entraîner divers problèmes de santé allant de la gastro-entérite au risque de cancer. Il est donc important de protéger ces eaux.

La DSPE surveille la qualité de l'eau potable en Estrie. Elle intervient entre autres lorsque les coliformes fécaux, les nitrates et les sous-produits de la chloration dépassent la norme dans l'eau potable. Un suivi est aussi entrepris lors de la prolifération d'algues bleu-vert dans des eaux destinées à des fins de consommation et de baignade. La DSPE reçoit également des déclarations de cas d'intoxication (ex. : gastro-entérite) grâce au système des MADO. Une telle déclaration déclenche une enquête afin d'identifier la source de la contamination et d'agir en vue de protéger la santé des personnes exposées.

La DSPE se préoccupe également de la qualité de l'eau des puits car environ 30 % de la population de l'Estrie est alimentée en eau potable par un puits individuel.

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

- La meilleure façon d'assurer la salubrité de l'eau consiste à suivre une méthode de gestion des risques axée sur la prévention, et ce, par une approche à barrières multiples. Cette approche consiste à agir de la source jusqu'à l'usager, en passant par le système de traitement et la distribution d'eau potable. Chaque barrière individuelle ne peut entièrement prévenir la contamination, mais en les utilisant toutes à la fois, elles offrent une meilleure garantie que l'eau sera propre à la consommation ou à la baignade à long terme.
- La réduction des maladies d'origine hydrique permet de sauver des coûts humains et financiers importants à la société en éliminant des interventions de soins de santé et des absences au travail. La gestion efficace des bassins versants diminue également le niveau de traitement de l'eau potable requis²⁵.

FAITS SAILLANTS

Des éclosions de maladies d'origine hydrique surviennent chaque année au Québec. De 1989 à 2000, de 6 à 22 éclosions sont survenues chaque année impliquant de 72 à 1 147 personnes. Pour la période de 2005 à 2007, entre 10 et 29 éclosions sont survenues au Québec dont 6 en Estrie (1 à 4 éclosions par année). Ces éclosions concernent soit une exposition à une eau de consommation contaminée ou une exposition à des contaminants présents dans les eaux de baignade (piscines, spas, plages). Les éclosions peuvent être de nature infectieuse ou chimique²⁶.

CONSTATS ET ENJEUX

Depuis l'entrée en vigueur, en juin 2001, d'une nouvelle réglementation québécoise sur la gestion de l'eau, la DSPE est davantage sollicitée par le dossier de la qualité de l'eau de consommation et de baignade. En plus de la gestion quotidienne du risque relié à la non-conformité des réseaux de distribution, certaines situations en émergence (à titre d'exemple, la problématique des cyanobactéries) peuvent occuper une part significative des ressources en santé environnementale.

²⁵ CONSEIL CANADIEN DES MINISTRES DE L'ENVIRONNEMENT, *De la source au robinet, l'approche à barrières multiples pour une eau potable saine*, 2002, 12 p.

²⁶ INSPQ, Bilan des éclosions des maladies d'origine hydrique, Québec, 2005-2007 (pas encore publié officiellement, mais ne devrait pas tarder).

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

Santé

Réduire les problèmes de santé liés aux maladies d'origine hydrique.

Services

Conduire des enquêtes (épidémiologiques ou autres) et organiser des activités appropriées lorsque son signalés :

- Des éclosions ou des intoxications potentiellement liées à l'eau potable ou aux eaux de baignade;
- Des dépassements de normes ou des problématiques pouvant présenter des risques à la santé relativement à la qualité de l'eau potable ou des eaux de baignade.

Informar et sensibiliser la population sur les mesures efficaces pour contrer les problèmes de santé liés à la présence des principaux contaminants de l'eau : fleurs d'eau d'algues bleu-vert, contaminants microbiologiques, nitrates, sous-produits de la chloration.

Participer aux activités sur la gestion de l'eau potable et des sites de baignade, encadrées conjointement avec d'autres secteurs d'intervention tels le comité technique du COGESAF (Conseil de gouvernance de l'eau des bassins versants de la rivière Saint-François) concernant le plan directeur de l'eau du bassin versant et les comités locaux de bassins versants, la Table agro-environnementale de l'Estrie (comité multipartite agriculture et environnement) et toute autre démarche d'intégration de perspectives de santé publique dans la gestion de l'eau par bassin versant.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Offrir de l'expertise en promotion, prévention, protection et surveillance.	Agence de la santé et des services sociaux Direction de santé publique
• Signaler à la DSP les situations qui permettent de croire que la santé de la population est menacée. • Collaborer à l'enquête de la DSP, à la mise en place et la diffusion des recommandations émises.	Centres de santé et de services sociaux ²⁷ , responsables des systèmes de distribution d'eau potable, municipalités
• Assurer le contrôle du <i>Règlement sur la qualité de l'eau potable</i>. • Signaler à la DSP les situations qui permettent de croire que la santé de la population est menacée. • Contribuer à l'enquête de la DSP, à la mise en place et la diffusion des recommandations émises.	Direction régionale du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
• Participer à des démarches d'intégration de perspectives de santé publique dans la gestion de l'eau par bassin versant.	Organismes de bassins versants, municipalités, MRC, Conseil régional de l'environnement, Conférence régionale des élus

PERSONNES-RESSOURCES

Reno Proulx, médecin-conseil (819 829-3400, poste 42478)

Sonia Boivin, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42201)

Carolle Veilleux, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42013)

²⁷ Pour les CSSS, ces rôles sont en conformité avec l'implication actuelle et tiennent compte du fait que l'expertise dans ce domaine est pratiquement exclusive à la Direction de santé publique de l'Agence.

7.4 Problématiques liées au climat - chaleur accablante, rayons ultraviolets

Programme-services : Santé publique

DOMAINES

- ☐ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☒ 5-SE
- ☐ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☐ 1-Dév. des comm.
- ☒ 2-Action intersectorielle
- ☐ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

Les conditions climatiques et météorologiques jouent un rôle dans la survenue ou l'amplification de certains problèmes de santé. Outre l'altération de la qualité de l'air extérieur, il faut souligner les effets engendrés par les changements climatiques et par l'appauvrissement de la couche d'ozone.

Les changements climatiques accélérés sont de nature à hausser la probabilité d'être confrontés à des phénomènes météorologiques extrêmes (précipitations intenses, inondations, verglas, tornades et vents violents), mais l'impact ayant davantage retenu l'attention du réseau de santé publique demeure la survenue plus fréquente de vagues de chaleur accablante.

Au Canada, les températures nationales moyennes se sont accrues de 1,2°C au fil des cinquante dernières années et un taux de réchauffement encore plus rapide est prévu au cours de ce siècle. Cette situation pourrait être la source de vagues de chaleur accablante, et ce, pour toutes les régions du Canada, dont le Québec. À mesure que les températures moyennes continuent d'augmenter, le nombre de décès causés par la chaleur suivra la même tendance au Québec, en l'absence de nouvelles adaptations pour pallier ce risque accru.

Ce réchauffement climatique progressif provoquera une hausse du nombre de jours où le mercure marquera 30°C ou plus, ainsi qu'un accroissement de la fréquence et de l'intensité des vagues de chaleur. Ceci pourrait se traduire par un risque de décès liés à la chaleur plus élevés dans les villes du fait de la densité plus considérable des populations et de l'effet de l'îlot thermique urbain. L'augmentation prévue liée à la température au Québec en 2020 est de 150 décès par année, s'élevant à 550 décès en 2050 et à 1 400 décès en 2080.

On prévoit une augmentation des taux de mortalité estivale associés aux températures élevées pour chacun des groupes d'âge, particulièrement dans la cohorte de population de 65 ans ou plus où cette augmentation pourrait être de deux à trois fois plus importante que chez les personnes âgées de 15 à 64 ans. Les personnes âgées sont plus vulnérables que les jeunes adultes aux effets sur la santé causés par une élévation de température. Outre l'augmentation de la fréquence et de la gravité des vagues de chaleur, on s'attend à ce que cet impact socio-sanitaire soit amplifié par l'augmentation prévue du nombre de personnes âgées au cours des prochaines décennies.

En 2006, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie a mis en place un plan de mesures d'urgence spécifique à la chaleur accablante « Plan régional de chaleur accablante et de chaleur extrême – Mission santé (volet santé publique) ». Les CSSS et le CHUS appliquent graduellement les interventions découlant de ce plan. Des activités de sensibilisation ont été réalisées à l'égard des clientèles vulnérables, qu'elles soient hospitalisées, en milieu de vie substitut ou à domicile, et ce, pour tous les programmes-services des CSSS, du CHUS et des Centres de réadaptation avec hébergement.

En ce qui a trait aux problèmes de santé liés aux rayons UV (ultraviolets), les cancers de la peau sont les plus fréquents (37 %) de tous les cancers au Canada, mélanomes et épithéliomes réunis. De plus, ils sont en augmentation constante depuis plus de 25 ans au Québec. Par exemple, l'incidence de l'épithéliome a augmenté, de 1983 à 1990, de 14 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes. Au cours de la même période, le mélanome augmentait de près de 11 % chez les hommes et de plus de 6 % chez les femmes.

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

Les perturbations découlant des changements climatiques ont des impacts négatifs sur la santé de la population. Selon l'OMS, les changements climatiques ont été responsables de quelque 150 000 décès dans le monde, et ce, seulement en 2000.

Les vagues de chaleur (canicules) qu'ont connues les populations de Chicago en 1995 et de l'Europe en 2003, plus particulièrement la France, entraînant respectivement le décès de 700 et de près de 15 000 personnes,

principalement des personnes âgées, rappellent l'urgence de mettre en œuvre des mesures d'intervention nécessaires afin de protéger la population.

La diffusion de recommandations spécifiques aux personnes vulnérables, incluant la mise en place de mesures d'atténuation de la chaleur, contribue à réduire la mortalité et la morbidité associées aux événements climatiques telles les vagues de chaleur accablante.

Plus de 90 % des cancers de la peau seraient attribuables à une exposition prolongée aux rayons solaires, d'origine naturelle ou artificielle. Les enfants sont particulièrement vulnérables puisque 50 % à 80 % de la dose d'exposition à vie est accumulée au cours des dix-huit premières années de la vie²⁸. Une action concertée auprès des parents et des enfants est tout à fait indiquée.

FAITS SAILLANTS

Rayons UV

En Estrie, le nombre de nouveaux cas de mélanome est stable, soit autour de 18 par an. Les autres formes de cancer de la peau sont en augmentation. C'est ainsi qu'à la fin des années 90, on dénombrait plus de 140 nouveaux cas de cancer de la peau, autres que le mélanome, par an.

CONSTATS ET ENJEUX

Chaleur accablante

- Coordonner les interventions avec les différents partenaires afin de rendre efficace le « Plan régional de chaleur accablante et de chaleur extrême ».
- Protéger les populations vulnérables des risques pour la santé associée à la chaleur accablante.

Rayons UV

Rejoindre la population cible. Démystifier l'idée que le soleil et le bronzage sont bons pour la santé.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

Santé

- Prévenir les problèmes de santé liés aux effets des événements climatiques (chaleur accablante).
- « Réduire les taux d'incidence et de mortalité liés au cancer de la peau [...] associé à des facteurs de risque environnementaux²⁹ ».

Services

- Informer et sensibiliser, de concert avec les partenaires, les parents d'enfants âgés de 0 à 18 ans des dangers des rayons ultraviolets³⁰.
- Informer et sensibiliser les adolescents, de concert avec les partenaires, des dangers des rayons UV naturels et artificiels et des moyens de protection.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
Chaleur accablante	
• Offrir de l'expertise en prévention, protection et surveillance. • Outiller les CSSS et autres partenaires du réseau de la santé et des services sociaux afin qu'ils : — intègrent les procédures spécifiques à la chaleur accablante à leur plan d'urgence; — sensibilisent les clientèles vulnérables et les municipalités sur leur territoire. • Soutenir les CSSS et autres partenaires du réseau de la santé et des services sociaux à prévenir les problèmes de santé liés aux événements climatiques extrêmes, par exemple; vagues de chaleur).	Agence de la santé et des services sociaux Direction de santé publique Comité de planification et d'intervention des mesures d'urgence (COPIN)

²⁸ PNSP 2003-2012, p. 60.

²⁹ PNSP 2003-2012, mise à jour 2008, p. 57.

³⁰ Idem, p. 58.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
- Diffuser des messages préventifs de santé associés à des événements climatiques (chaleur accablante, inondation etc.) - Sensibiliser les municipalités à l'importance de planifier les interventions en cas de chaleur accablante, inondation etc.	
- Mettre à jour périodiquement le plan local de mesures d'urgence sur la chaleur accablante. - Collaborer à la sensibilisation et à la diffusion des recommandations sur les mesures efficaces pour contrer les effets de la chaleur accablante auprès de la population et des clientèles vulnérables.	CSSS CHUS Centres de réadaptation avec hébergement COPIN
Collaborer à la sensibilisation, à la diffusion et à la mise en application des recommandations sur les mesures efficaces pour contrer les effets de la chaleur accablante auprès des clientèles vulnérables.	Cliniques médicales – GMF – cabinets privés, pharmacies, CPE, organismes communautaires, résidences d'hébergement privées pour personnes âgées
Collaborer à la sensibilisation et à la diffusion des recommandations sur les mesures efficaces pour contrer les problèmes liés à la qualité de l'air intérieur tels; moisissures.	Association des locataires de Sherbrooke
Rayons UV	
- Offrir de l'expertise en prévention, protection et surveillance. - Diffuser des messages préventifs à la population générale. - Sensibiliser les responsables de camps d'été et de terrains de jeux au danger de l'exposition aux rayons UV pour le personnel et la clientèle.	Agence de la santé et des services sociaux Direction de santé publique
- Sensibilisation et surveillance de la clientèle au danger potentiel des rayons UV. - Installation de surfaces et d'équipements à l'abri du soleil.	Responsables municipaux de camp d'été et de terrain de jeux
- Création de matériel d'information et de sensibilisation (affiche, dépliant, etc.). - Support d'<i>Escouade au soleil</i>.	Société canadienne du cancer

PERSONNES-RESSOURCES

Carolle Veilleux, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42013)
 Louise Galarneau, médecin-conseil (819 829-3400, poste 42497)

8. LES ACTIVITÉS EN SANTÉ AU TRAVAIL

LÉGENDE (TYPE D'ACTION)

1 : Activité à débiter d'ici 2012
2 : Activité à consolider d'ici 2012

3 : Activité à maintenir d'ici 2012
N : Activité coordonnée par le national

N° FICHE	ACTIVITÉS INSCRITES DANS LE PNSP	DOMAINE	ACTION	
			RÉG.	LOC.
Santé en milieu de travail				
8.1, 8.2 8.3	Dépistage de l'amiantose en milieu de travail ciblé.	Santé au travail	3	
	Promotion auprès des employeurs concernés, du contrôle à la source des contaminants au regard du monoxyde de carbone (CO), de l'hydrogène sulfuré, des gaz irritants et des métaux lourds tel le plomb.	Santé au travail	3	
	Surveillance biologique des travailleurs exposés au plomb dans les entreprises des secteurs prioritaires.	Santé au travail	3	
	Promotion auprès des employeurs concernés à la substitution : - des solvants organiques; - des substances cancérogènes en milieu de travail.		3	
	Soutien et recommandations aux entreprises dans leur prise en charge pour le contrôle ou la réduction à la source des agresseurs.	Santé au travail	2	
	Vaccination en regard de l'hépatite A, l'hépatite B et du tétanos pour les secteurs concernés.	Santé au travail	3	
	Sensibilisation des milieux de travail sur les moyens de prévention des maladies infectieuses professionnelles.		3	
	Identification, évaluation et documentation des postes de travail pour la travailleuse enceinte ou qui allaite et recommandations aux médecins traitants.	Santé au travail	3	
	Activité de lutte contre le bruit en milieu de travail, selon le <i>Plan d'action de lutte contre le bruit, la surdité professionnelle et leurs conséquences sur la santé et la sécurité</i> qui serviront d'assise aux activités dans ce domaine, notamment les suivantes :		N	
	- interventions et recommandations auprès des employeurs concernés, afin qu'ils réduisent le bruit à la source; - activités de promotion de la santé auditive auprès des travailleurs et des employeurs.	Santé au travail	2	
8.3	Identification des risques liés aux troubles musculosquelettiques et activités de formation et d'information dans les milieux de travail dans le cadre des PSSE.	Santé au travail	2	

8.1 Diminuer l'incidence des maladies pulmonaires professionnelles et des cancers associés au milieu de travail

Programme-services : Santé publique

DOMAINES

- ☐ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☒ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☐ 1-Dév. des comm.
- ☐ 2-Action intersectorielle
- ☐ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

Depuis 2004, des interventions concertées entre le réseau de la santé et la CSST de la région Estrie ont été mises en œuvre afin de diminuer l'exposition des travailleurs à deux agresseurs particulièrement importants dans les milieux de travail de notre territoire : les fumées de caoutchouc et la silice dans le secteur de la transformation du granit. Les très nombreuses activités réalisées ont permis d'assurer aux travailleurs concernés un milieu de travail plus sain et sécuritaire. Les deux programmes d'intervention régionale sont actuellement en phase finale et seront évalués en 2010-2011. Afin d'assurer la pérennité des changements qui ont été obtenus, on planifie un suivi rigoureux dans les programmes de santé spécifiques à l'établissement (PSSE).

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

- En Estrie, il s'agit de 30 entreprises touchant environ 800 travailleurs qui sont visés par l'exposition à la silice cristalline dans le secteur de la transformation du granit.
- De 1999 à 2008, 14 cas de silicose ont été confirmés chez des travailleurs du granit de l'Estrie et parmi eux un travailleur était en plus affligé d'un cancer pulmonaire relié à son exposition professionnelle. La moyenne d'âge au diagnostic est de 65,7 ans et on note que l'âge des travailleurs au moment du diagnostic se situe entre 49 et 85 ans. L'étendue des manifestations pour la santé des travailleurs est grande : on observe des cas asymptomatiques jusqu'à des cas très graves pouvant entraîner le décès du travailleur. Le suivi médical démontre que les cas identifiés se sont aggravés dans les 3 à 7 ans suivant le diagnostic.
- Le programme d'intervention relatif au contrôle des fumées de caoutchouc a visé plus de 3 000 travailleurs dans une vingtaine d'entreprises.
- L'exposition non adéquatement contrôlée aux fumées de caoutchouc a été reliée à des symptômes irritatifs et des cas d'asthme chez les travailleurs. Ces fumées sont également considérées comme cancérigènes chez l'humain. Avant le programme, des fumées visibles contaminaient la zone respiratoire de nombreux travailleurs.

CONSTATS ET ENJEUX

Les efforts déployés de manière intensive depuis cinq ans ont donné des résultats très importants qui doivent être préservés pour le mieux-être des travailleurs. Un effort supplémentaire est donc requis pour assurer le maintien des acquis par des mesures visant à assurer la pérennité des changements.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

Santé

Diminuer et contrôler les expositions pouvant favoriser l'apparition des maladies pulmonaires professionnelles et les cancers associés aux milieux de travail.

Services

Assurer le maintien des activités de contrôle de l'exposition des travailleurs à l'intérieur des objectifs des PSSE.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Coordonner et évaluer les activités entourant la rédaction et le suivi des PSSE. • Assurer le soutien clinique et technique aux intervenants de l'équipe locale dans les situations problématiques.	Direction de santé publique
• Prévoir le suivi systématique des fumées visibles et de l'exposition à la silice lors des activités de mise en application des PSSE.	CSSS du Haut-Saint-François

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Maintenir les efforts de soutien à la prise en charge et à la recherche de solution dans les milieux concernés. • Continuer de déclarer toute surexposition potentielle des travailleurs selon les indicateurs déjà convenus dans la région.	

PERSONNES-RESSOURCES

Francine Cliche, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42402)

Christian Gaulin, médecin-conseil (819 829-3400, poste 42568)

Michel Hains, hygiéniste du travail (819 829-3400, poste 42408)

Laurie Lavallée, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42311)

8.2 Diminuer l'incidence de la surdité professionnelle, les conséquences de cette maladie et les autres problèmes de santé associés à une exposition au bruit

Programme-services : Santé publique

DOMAINES

- ☐ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☒ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☐ 1-Dév. des comm.
- ☐ 2-Action intersectorielle
- ☐ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

La problématique du bruit est largement répandue dans les milieux de travail québécois et une certaine tolérance à cet agresseur est généralisée. Toutefois, les effets néfastes du bruit et de la surdité sont nombreux et de plus en plus reconnus.

En 2002, les autorités de santé publique adoptaient un plan d'action de lutte contre le bruit dans les milieux de travail. Les premières étapes de ce plan d'action (2005-2008) ont consisté à identifier les secteurs ou les travailleurs sont le plus exposés (100 dba et +) et à outiller les intervenants de santé publique en santé au travail pour qu'ils puissent mieux jouer leur rôle de soutien aux activités de réduction du bruit à la source.

Cependant, les entreprises des secteurs visés par nos actions traversent actuellement une crise profonde et les intervenants vivent beaucoup d'inconfort à mettre en œuvre les activités prévues au plan d'action.

Une réflexion s'impose actuellement afin de déterminer l'approche qui devrait être privilégiée; ainsi les attentes pourront être exprimées clairement auprès des intervenants de la région afin de favoriser l'atteinte du présent objectif de diminuer l'incidence de la surdité professionnelle pour les travailleurs de notre région.

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

- La problématique du bruit touche une grande partie des travailleurs des secteurs industriels de l'Estrie
- Les actions en santé au travail ont, depuis le début de ce programme, principalement porté sur :
 - o l'information aux travailleurs et employeurs;
 - o l'évaluation environnementale en vue d'identifier les travailleurs visés par les activités de dépistage;
 - o le suivi de santé auditive des travailleurs exposés.

Après 25 ans de ces services, force est de constater que peu d'amélioration dans le contrôle de l'exposition des travailleurs au bruit ont été réalisées dans les milieux de travail.

- La volonté des porteurs de ce dossier au niveau national est d'amener les intervenants de santé publique en santé au travail à aborder la problématique autrement.

FAITS SAILLANTS

- En Estrie, 23 établissements ont été identifiés comme présentant des niveaux de bruit à 100 dba et plus.
- Les intervenants en hygiène industrielle ont reçu la formation de trois jours visant à les outiller pour mieux soutenir les milieux dans la réduction du bruit à la source.
- Un consultant externe a été impliqué pour consolider les apprentissages en recherche de solutions.

CONSTATS ET ENJEUX

Actuellement, la situation économique apporte un questionnement auquel il faut apporter une réponse sensible afin d'identifier la meilleure approche mobilisatrice pour toutes les instances impliquées dans ce projet.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

Santé

Diminuer l'incidence de la surdité professionnelle, les conséquences de cette maladie et les autres problèmes de santé associés à une exposition au bruit.

Services

Soutien à la recherche de solution en vue de mieux contribuer à la réduction du bruit en milieu de travail.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
• Identifier les actions à mettre en œuvre afin de remobiliser la région dans une approche de contrôle de l'exposition des travailleurs au bruit. • Coordonner l'évaluation de l'implantation des actions qui auront été planifiées.	Direction de santé publique
• Contribuer aux activités de réflexion dans la recherche d'approches gagnantes. • Mettre en œuvre les actions découlant des réflexions et des consignes d'intervention qui en découleront. • Participer à l'évaluation de l'implantation des actions.	CSSS du Haut-Saint-François

PERSONNES-RESSOURCES

Francine Cliche, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42402)

Christian Gaulin, médecin-conseil (819 829-3400, poste 42568)

Michel Hains, hygiéniste du travail (819 829-3400, poste 42408)

Laurie Lavallée, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42311)

8.3 Diminuer les troubles musculosquelettiques liés au travail

Programme-services : Santé publique

DOMAINES

- ☐ 1-DAIS
- ☐ 2-HV & MC
- ☐ 3-TNI
- ☐ 4-MI
- ☐ 5-SE
- ☒ 6-SAT

STRATÉGIES

- ☐ 1-Dév. des comm.
- ☐ 2-Action intersectorielle
- ☐ 3-PCP

SITUATION ACTUELLE

Chaque année en Estrie, beaucoup de travailleurs sont affectés par les troubles musculosquelettiques (TMS). Bien que la situation semble s'améliorer dans certains secteurs, le portrait global de la région demeure préoccupant : entre 2001 et 2006, plus de 2 000 travailleurs en moyenne par année ont été indemnisés pour des TMS, comme des maux de dos, des entorses lombaires, des tendinites, des bursites et des épicondylites reliés à leur milieu de travail. Le nombre de jours d'absence au travail est aussi imposant. Cela représente entre 40 % et 50 % du temps de travail perdu causé par les TMS pour chaque année pendant cette période. De plus, les longues absences de plus de 180 jours sont davantage associées à des TMS qu'aux autres types de lésions professionnelles.

BIEN-FONDÉ DES ACTIONS

- En 2004 au Québec, la CSST a versé environ 1,56 milliards de dollars pour des lésions professionnelles chez environ 135 000 travailleurs et on estime que plus de 40 % des coûts sont associés aux TMS.
- Selon Santé Canada, après les maladies cardiovasculaires (18,5 milliards de dollars) les affections musculosquelettiques (16,4 milliards de dollars) entraînent les coûts les plus importants reliés à la maladie et à l'invalidité. Plus de la moitié des affections musculosquelettiques serait reliée au travail.
- Les TMS sont la cause principale d'incapacité dans la population québécoise. La CSST situe cette problématique parmi les priorités d'action pour le réseau de la santé au travail.
- Plusieurs pays (l'Australie, l'Allemagne, l'Angleterre), états (Washington, Californie) et provinces canadiennes (Colombie-Britannique, Saskatchewan) ont réglementé le contrôle des TMS reliés au travail.

FAITS SAILLANTS

- Les intervenants du réseau de santé publique en santé au travail ont reçu la formation pour l'utilisation d'un outil de repérage du risque de TMS à utiliser lors de leurs visites dans les entreprises, dans le cadre de leurs activités régulières.
- Des activités d'information et de sensibilisation peuvent être offertes au milieu de travail, lorsque le risque est identifié.

CONSTATS ET ENJEUX

- Selon la CSST, la mise en œuvre d'une démarche préventive permet de réduire les TMS en milieu de travail.
- L'Estrie étant dépourvue de la présence d'un ergonomiste pour soutenir l'action dans le milieu, des efforts devront être faits pour combler ce besoin.

OBJECTIFS RÉGIONAUX 2010-2012

Santé

- Contribuer à réduire l'incidence des TMS liés au milieu de travail pour les entreprises des secteurs 2 à 15.

Services

- Évaluer le risque de TMS lors des activités d'élaboration et de mise à jour des PSSE selon l'intensité convenue.
- Informer et sensibiliser les employeurs, les comités de santé et de sécurité, de même que les travailleurs sur les risques de TMS présents dans leur milieu de travail, ainsi que sur les moyens de prévention pouvant être mis en œuvre.

RÔLES / ATTENTES / ENGAGEMENT	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
- Évaluer les éléments liés au risque de TMS dans les programmes de santé en se référant aux consignes d'interventions préalablement convenues pour la région. - Extraire, analyser et diffuser les données enregistrées dans le SISAT de même que dans les fichiers des lésions fournis par l'INSPQ. - Soutenir les intervenants dans leurs interventions en entreprise. - Coordonner l'évaluation et l'implantation des services.	Direction de santé publique INSPQ RARSAT
- Mettre en application les consignes de planification concernant les TMS. - Utiliser les outils définis provincialement. - Assurer une saisie rigoureuse des interventions dans le SISAT. - Participer à l'évaluation de l'implantation des services.	CSSS du Haut-Saint-François

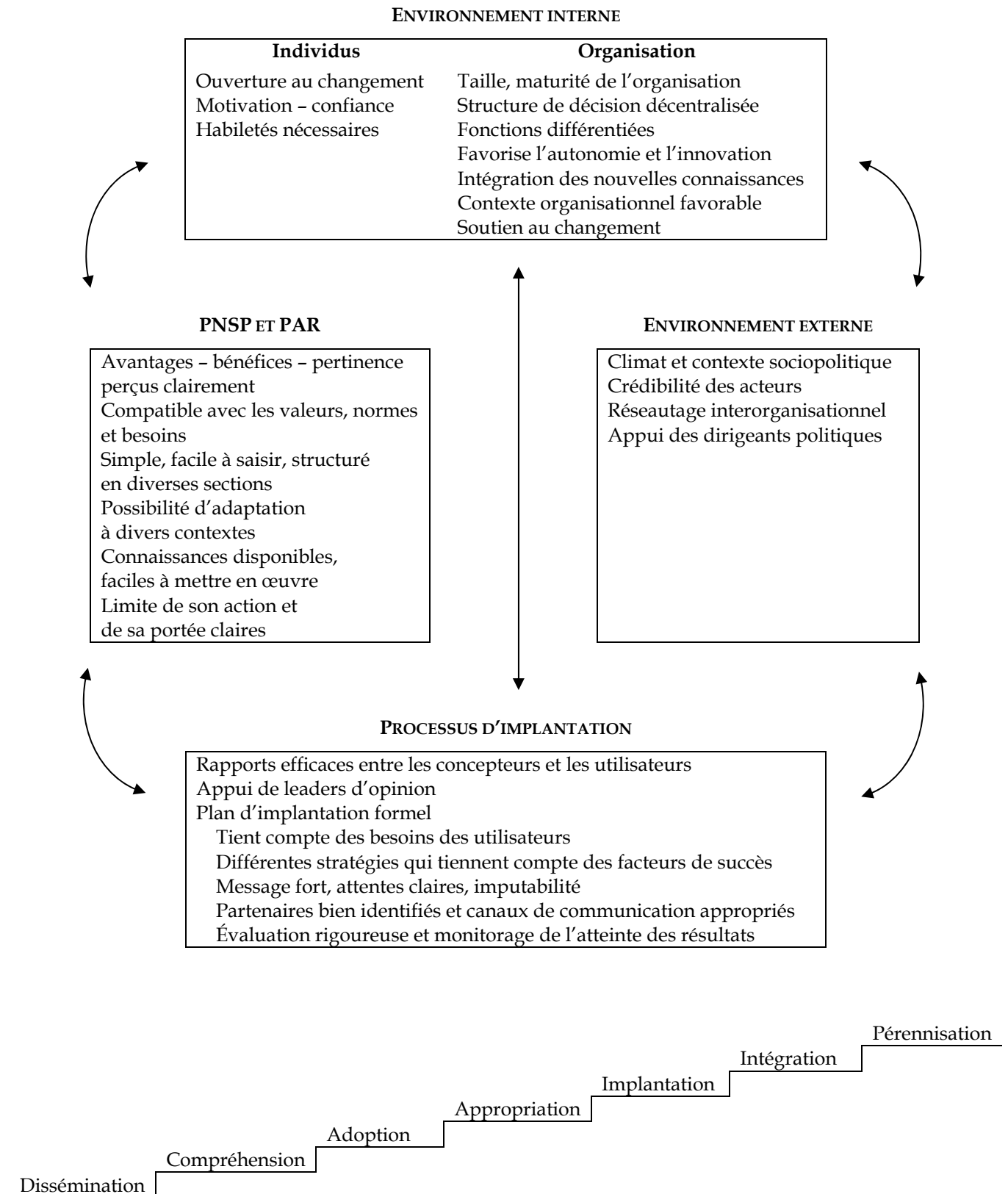
PERSONNES-RESSOURCES

Francine Cliche, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42402)

Christian Gaulin, médecin-conseil (819 829-3400, poste 42568)

Laurie Lavallée, agente de planification, de programmation et de recherche (819 829-3400, poste 42311)

9. LES CONDITIONS DE SUCCÈS À LA MISE EN ŒUVRE DU PARSP



9.1 LES CONDITIONS DE SUCCÈS POUR LA MISE EN ŒUVRE

Les caractéristiques du PNSP et l'interprétation qu'en font les différents acteurs

Le contexte interne

- Facteurs liés aux acteurs de santé publique (équipes dédiées, compétences, approches adéquates, etc.)
- Facteurs liés aux organisations (qui assument à la fois des mandats de santé publique ainsi que des mandats liés à la l'organisation des soins et des services)

Les processus d'implantation

- Rapports entre les acteurs sectoriels et intersectoriels (appropriation du programme, approches d'accompagnement, partage d'expériences et de connaissances, suivis, etc.)
- Appuis (leaders, champions)
- Développement des capacités (formation, outils, structures de soutien, etc.)
- Plan de mise en œuvre

Le contexte externe

- Climat et contexte sociopolitique
- Réseaux interorganisationnels (réseautage, influence stratégique, etc.)
- Appuis stratégiques

9.2 CERTAINS FACTEURS CONTRAIGNANTS

Facteurs internes à la santé publique

- Ressources financières insuffisantes
- Peu d'équipes dédiées
- Disponibilité de la main-d'œuvre – absence de planification
- Soutien aux changements de pratique professionnelle et de gestion plus ou moins organisé
- Rôles et responsabilités plus ou moins clairs entre les différents paliers d'intervention, notamment au regard de la responsabilité populationnelle

Facteurs externes à la santé publique

- Absence d'une vision d'ensemble (PSBE)
- Priorité accordée aux soins et aux services
- Programme pas porté par l'ensemble du réseau de santé et de services sociaux
- Peu porté par les autorités
- Financement accordé pour des projets du milieu (FLAC), ce qui peut apporter de la confusion
- Partenariat intersectoriel morcelé, sans plan d'ensemble

9.3 LE CONTEXTE

Les résultats d'évaluation

- Infrastructure adéquate (Loi, PNSP-PAR-PAL, INSPQ)
- Crédibilité et utilité du programme reconnues
- Défis de mise en œuvre, notamment dans le contexte de la transformation du réseau

La mise à jour du Programme national de santé publique

- Objectif énoncés plus clairement, offre de service resserrée, stratégies les plus opportunes explicitées et leviers de mise en œuvre identifiés

Certains de nos outils

- Plan commun de surveillance
- Projets de développement des compétences
- Coûts normés et centre d'activités en révision
- Plans thématiques porteurs (PAG, ITSS, santé dentaire, etc.)

La transformation du réseau de la santé et des services sociaux

- Défis et opportunités liés à l'exercice de la responsabilité populationnelle

La planification stratégique du MSSS 2010-2015

- Politique de santé et de bien-être?
- Action intersectorielle et développement des communautés
- Renforcement de la prévention dans les pratiques cliniques
- Mise en œuvre du PNSP
- Définitions de l'offre de service de dépistage
- Lutte aux infections nosocomiales
- Stratégie de soutien à la responsabilité populationnelle

Un forum national sur la gouverne du réseau de santé et de services sociaux

- Rôles et responsabilités des différents paliers d'intervention
- Contraintes liées à la situation financière et l'optimisation des ressources
- Ententes de gestion : deuxième génération
- Réseaux locaux de services et l'intersectoriel

Les travaux sur la performance du système de santé et de services sociaux

- Travaux du Commissaire à la santé et préoccupation centrale à l'égard des services de première ligne
- Travaux ministériels pour mieux mesurer la performance générale et celle des différents programmes-services dont Santé publique

9.4 LES ENJEUX PRIORITAIRES

La communication claire d'objectifs d'amélioration de l'état de santé de la population

L'adhésion des autorités et l'appropriation par les partenaires du PNSP-PAR-PAL

L'adaptation des pratiques professionnelles et de gestion au nouveau contexte d'implantation

L'utilisation optimale des leviers stratégiques

9.5 UN PLAN D'ACTION

Les différentes actions doivent se réaliser à la fois pour l'aspect transversal du programme et pour des dossiers prioritaires comme MC, ITSS, infections nosocomiales, etc.

Faire reconnaître l'importance de la prévention

- Développer un outil qui fait état des bénéfices santé et économiques de la prévention
 - Préparer des présentations – qui traitent des avantages de la prévention
 - Planifier et réaliser une série de rencontres avec les autorités sur la prévention et le PNSP
 - Planifier et réaliser des rencontres avec les autorités régionales et locales
- Entreprendre un dialogue – le plus près du terrain – avec les acteurs-clés pour la mise en œuvre
 - Identifier, à partir d'un mapping quelconque, les acteurs-clés et les champions
 - Créer des occasions de partage de connaissances et d'expériences avec ces acteurs, individuellement ou en groupe, sur les enjeux de mise en œuvre
 - Clarifier et expliquer ce qui est attendu – en identifiant les priorités
 - Identifier les besoins de soutien et d'accompagnement et s'engager à y répondre

L'adaptation des pratiques au nouveau contexte

- Soutenir la modification des pratiques professionnelles – en termes d'approches et de modèles d'intervention
- Soutenir la modification des pratiques de gestion – en termes de soutien au changement et d'approches stratégiques
 - Créer des occasions d'échanges interprofessionnels sur les enjeux de mise en œuvre et sur leur rôle de soutien et d'accompagnement – au-delà des activités spécifiques
 - Susciter l'émergence de besoins spécifiques de développement des compétences
 - Développer et offrir des activités de transfert des connaissances et de développement des compétences, dans le cadre d'un plan intégré

L'utilisation optimale des leviers stratégiques

- Développer une veille stratégique
 - Faire circuler l'information sur les moments opportuns
 - Outiller les porte-paroles
- Mettre à profit les données de surveillance, dans différents contextes
- Consolider les contours du programme-services Santé publique
 - Poursuivre les travaux de révision du manuel de gestion financière
- Porter nos priorités de santé publique dans le cadre des travaux de planification stratégiques
 - Participer aux travaux nationaux et régionaux de planification stratégique
 - Inscrire nos priorités dont celle de mettre en œuvre le PNSP-PAR, dans ces travaux
- Signifier des attentes claires au regard de la mise en œuvre des activités prioritaires, dans le cadre des ententes de gestion
 - Convenir des priorités à inscrire aux ententes de gestion
 - Identifier des cibles structurantes et développer des indicateurs signifiants
 - Négocier des ententes qui tiennent compte des réalités régionales et locales
- Mettre à profit les travaux entourant les coûts normés
 - Développer un outil clair qui démontre le manque à gagner pour la mise en œuvre du PNSP
 - Utiliser cet outil dans le cadre des présentations aux décideurs et dans le contexte des décisions d'allocation budgétaire

9.6 LE DÉVELOPPEMENT ET LE MAINTIEN DES COMPÉTENCES

Pour appuyer la mise en œuvre du Plan d'action régional et des plans d'action locaux, la Direction de santé publique doit accompagner et soutenir les CSSS et coordonner les besoins en formation des acteurs qui déploient les interventions de santé publique sur tout le territoire.

La formation, dans une optique de maintien et de développement des compétences, englobe l'ensemble des activités visant à soutenir l'évolution des pratiques de gestion et d'intervention en santé publique. Ces activités incluent la prise en compte des meilleures pratiques afin d'en améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficience.

La mise à jour 2010 du PARSP 2004-2007 offre l'occasion de redéfinir en région et localement les besoins en développement des compétences les plus susceptibles d'agir sur la qualité des services de santé publique en Estrie.

ANNEXE 1

FONCTIONS ESSENTIELLES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012 et, partant le PARSP de l'Estrie, s'appuie sur les fonctions de santé publique inscrites dans loi. Ces fonctions définissent la nature des activités de santé publique à mettre de l'avant pour améliorer la santé et le bien-être de la population. Quatre fonctions dites essentielles apportent un caractère distinctif aux activités de santé publique :

- La **surveillance** continue de l'état de santé de la population permet d'évaluer l'état de santé de la population et de documenter les déterminants de la santé dans le but d'en informer la population et les personnes qui font la planification des services sociaux et de santé.
- La **promotion** de la santé et du bien-être vise à influencer les individus, les groupes et les communautés en ce qui a trait aux déterminants de la santé afin que tous et chacun aient une plus grande emprise sur leur santé en améliorant leurs conditions et leurs modes de vie.
- La **prévention** cherche avant tout à réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes ainsi qu'à détecter les signes précurseurs de problèmes sociaux ou de santé.
- La **protection** de la santé qui peut agir avec autorité auprès d'un individu, de groupes ou de toute la population en cas de menace, réelle ou appréhendée, pour la santé.

ANNEXE 2

DESCRIPTION DES PROGRAMMES-SERVICES

LA DÉFINITION DES PROGRAMMES

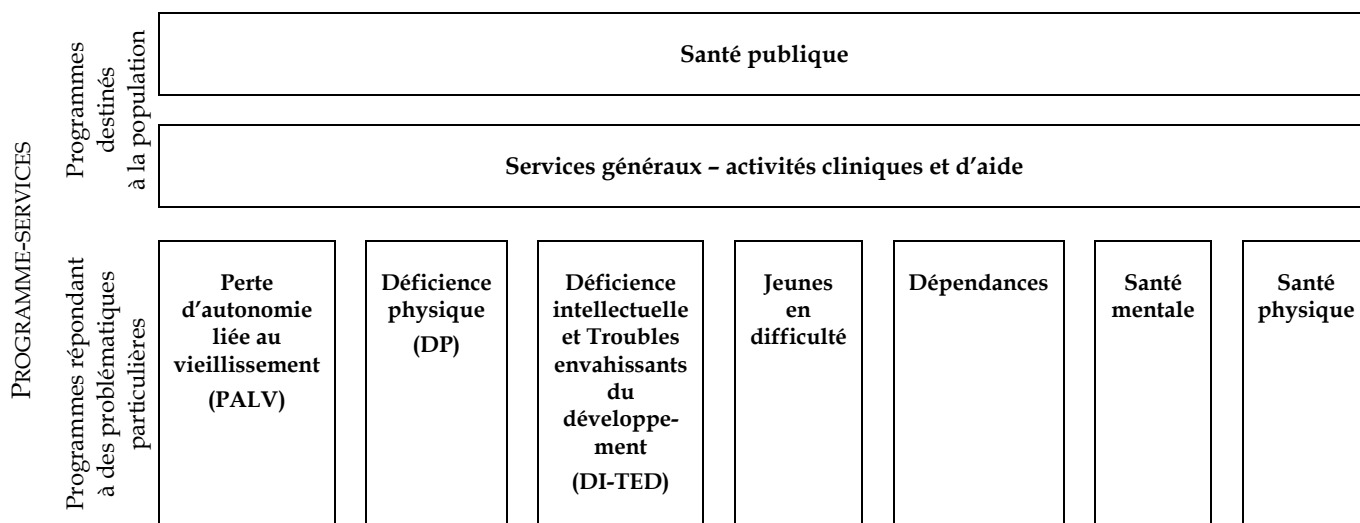
Dans le secteur de la santé et des services sociaux, un **programme** est un regroupement de services et d'activités. Il existe deux types de programmes : les programmes-services et les programmes-soutien.

- Un **programme-services** désigne un ensemble de services et d'activités organisé dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou, encore, aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune.
- Un **programme-soutien** désigne un ensemble d'activités de nature administrative et technique en appui aux programmes-services.

La définition d'un programme-services suppose que :

- le **regroupement des services** qui forme un programme est fondé sur la notion de **besoin**. Chaque programme doit regrouper l'ensemble des services et des activités qui permet de répondre aux besoins de la population ou à un profil de besoins d'un groupe de personnes.
- les **besoins** ou les **profils de besoins** priment par rapport aux frontières des établissements, aux territoires professionnels, à des domaines d'activités et autres.
- tout programme comporte des services qui lui sont propres et des services qu'il partage avec d'autres programmes. Par exemple, dans le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), on retrouve des services gériatriques qui sont propres à ce programme. À l'inverse, la pharmacie ou encore la physiothérapie et les soins infirmiers font aussi partie du programme PALV, mais ils appartiennent aussi à d'autres programmes.

LA CONFIGURATION DES PROGRAMMES



LE PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE

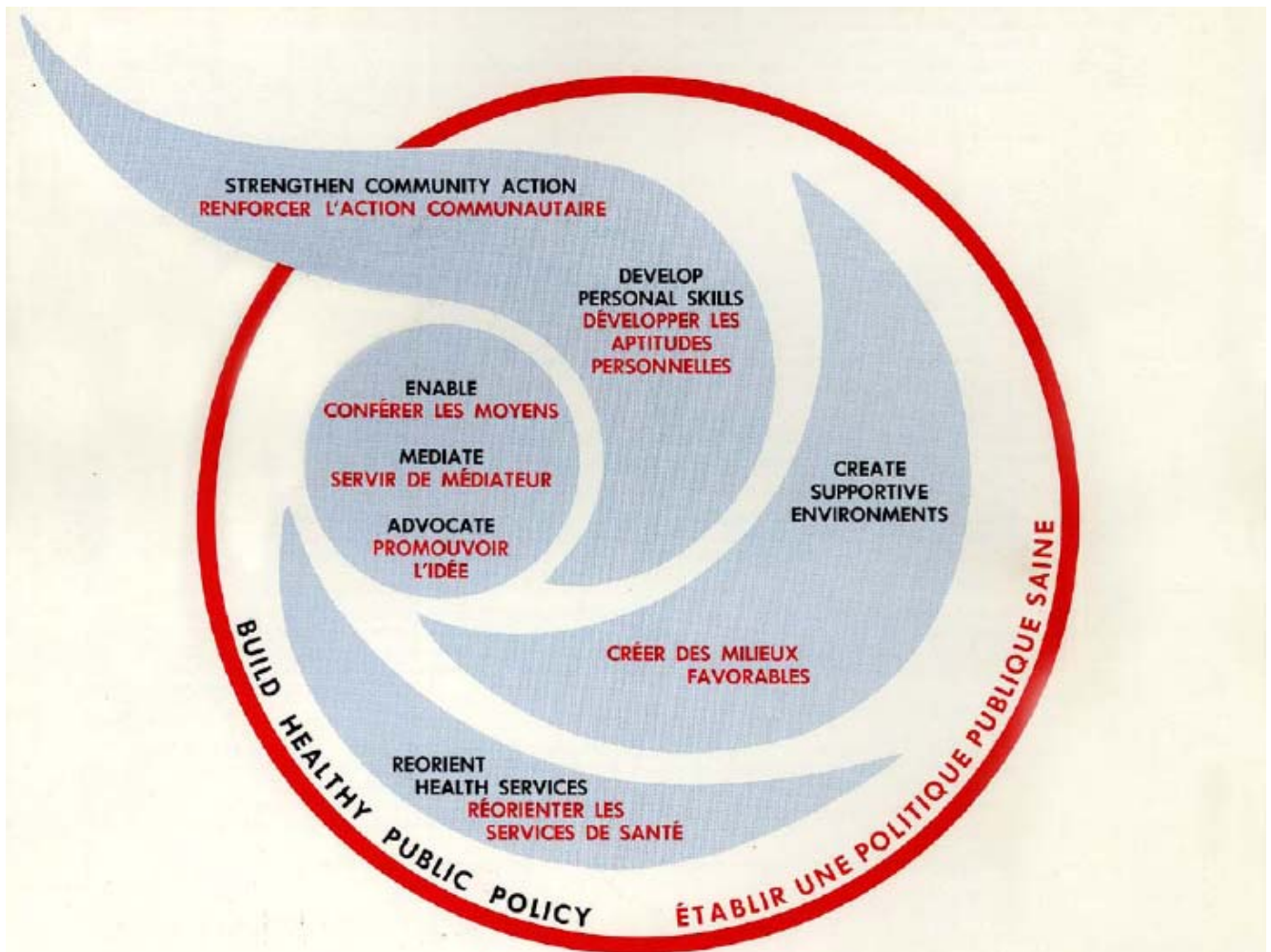
La santé publique vise un grand objectif social : améliorer la santé et le bien-être général de la population par des actions qui se situent, la plupart du temps, avant que les problèmes ne surviennent. Le programme Santé publique est fondé sur une perspective populationnelle, c'est-à-dire qu'il s'adresse à l'ensemble de la population. Les actions de santé publique peuvent toutefois viser des groupes cibles qui partagent certains traits communs tels que l'exposition aux mêmes facteurs de risque, les conditions de vie particulières, etc.

ANNEXE 3

CHARTRE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ³¹

L'intervention en promotion de la santé implique les cinq stratégies suivantes :

- Élaborer une politique publique saine;
- Créer des milieux favorables;
- Renforcer l'action communautaire;
- Acquérir des aptitudes individuelles;
- Réorienter les services de santé.



Source : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Une conférence internationale pour la promotion de la santé : Vers une nouvelle santé publique, Ottawa (Ontario) Canada, 17-21 novembre 1986. Disponible au www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf

³¹ La Charte d'Ottawa a été élaborée par la première Conférence internationale pour la promotion de la santé organisée conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé, le ministère canadien de la Santé et du Bien-être social et l'Association canadienne de santé publique. Deux cent-douze délégués de 38 pays se sont rencontrés du 17 au 21 novembre 1986 à Ottawa (Canada) pour échanger connaissances et expériences en promotion de la santé.

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa en ce 21^e jour de novembre 1986, émet la présente CHARTE pour l'action, visant la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

Cette conférence était avant tout une réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. Les discussions se sont concentrées sur les besoins des pays industrialisés, tout en tenant compte des problèmes de toutes les autres régions. La Conférence a pris comme base de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma Ata sur les soins primaires, au document « Les buts de la Santé pour tous », et au récent débat sur l'action intersectorielle pour la santé, dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la Santé.

PROMOTION DE LA SANTE

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-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

CONDITIONS PRÉALABLES A LA SANTE

Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

PROMOUVOIR L'IDÉE

Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de vie. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la **promotion** des idées.

CONFÉRER LES MOYENS

La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. En outre, cela doit s'appliquer également aux hommes et aux femmes.

SERVIR DE MÉDIATEUR

Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la **médiation** entre les intérêts divergents en faveur de la santé.

Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins et aux possibilités locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

L'INTERVENTION EN PROMOTION DE LA SANTÉ SIGNIFIE QUE L'ON DOIT :

ELABORER UNE POLITIQUE PUBLIQUE SAINES

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard.

Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes, mais complémentaires, et notamment : la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants.

La politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires ainsi que la détermination des solutions. Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.

CRÉER DES MILIEUX FAVORABLES

Nos sociétés sont complexes et interreliées et l'on ne peut pas séparer la santé des autres objectifs. Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé. Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale.

L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé - et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent rapidement - est indispensable; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé.

RENFORCER L'ACTION COMMUNAUTAIRE

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.

La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.

ACQUÉRIR DES APTITUDES INDIVIDUELLES

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables à celle-ci.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes.

REORIENTER LES SERVICES DE SANTE

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé.

Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation de soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains.

La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire ainsi que des changements au niveau de l'éducation et de la formation professionnelle. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement.

ENTRER DANS L'AVENIR

La santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie et de l'assurance que la société dans laquelle on vit offre à tous ses membres la possibilité de jouir d'un bon état de santé.

L'intérêt pour autrui, l'approche holistique et l'écologie sont des éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé. Ainsi donc, les auteurs de ces stratégies doivent adopter comme principe directeur le fait que, à tous les niveaux de planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, hommes et femmes sont associés égaux.

L'ENGAGEMENT FACE À LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Les participants de cette conférence s'engagent à :

- intervenir dans le domaine des politiques publiques saines et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en ce qui concerne la santé et l'égalité dans tous les secteurs;
- contrer les pressions exercées en faveur des produits dangereux, des milieux et conditions de vie malsains ou d'une nutrition inadéquate; ils s'engagent également à attirer l'attention sur les questions de santé publique telles que la pollution, les risques professionnels, logement et les peuplements;
- combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à la lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés;
- reconnaître que les individus constituent la principale ressource sanitaire, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, eux, leurs familles et leurs amis; ils s'engagent également à accepter la communauté comme le principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;
- réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé et à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, ce qui est encore plus important, avec la population elle-même;
- reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social majeur et à traiter la question écologique globale que représentent nos modes de vie.

Les participants de la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé publique.

APPEL POUR UNE ACTION INTERNATIONALE

La Conférence demande à l'OMS et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé dans le cadre de tous les forums appropriés et d'aider les pays à établir des programmes et stratégies de promotion de la santé.

Les participants de la Conférence sont fermement convaincus que si les gens de tous milieux, les organismes non gouvernementaux, les associations bénévoles, les gouvernements, l'OMS et toutes autres instances concernées s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales inhérentes à cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra une réalité.

Cette CHARTE pour l'action a été élaborée et adoptée par une conférence internationale organisée conjointement par l'OMS, le ministère canadien de la Santé et du Bien-être social et l'Association canadienne de santé publique. Deux cent-douze délégués de 38 pays se sont rencontrés du 17 au 21 novembre 1986 à Ottawa (Canada) pour échanger connaissances et expériences en promotion de la santé.

La Conférence a stimulé un dialogue ouvert entre profanes et professionnels de la santé et d'autres secteurs, entre représentants des agences gouvernementales, bénévoles et communautaires, ainsi qu'entre politiciens, administrateurs, universitaires et praticiens. Les participants ont eu l'occasion de coordonner leurs efforts et de mieux définir les grands problèmes, tout en renouvelant leur engagement individuel et collectif face à l'objectif commun de la Santé pour tous d'ici l'an 2000.

Cette CHARTE pour l'action reflète l'esprit de celles qui l'ont précédée, dans lesquelles on reconnaissait et traitait les besoins des populations. Elle présente les stratégies et méthodes fondamentales de promotion de la santé que les participants considèrent indispensables à l'accomplissement de progrès majeurs. Le rapport de la Conférence traite en détail les questions soulevées, offre des exemples concrets sur des suggestions pratiques sur la façon dont nous pouvons faire de réels progrès, et précise l'engagement exigé des nations et des groupes concernés.

La démarche vers une nouvelle santé publique est désormais évidente dans le monde entier. Elle a d'ailleurs été confirmée non seulement par les expériences, mais aussi par les engagements des participants de la Conférence; ceux-ci, qui étaient invités à titre individuel en fonction de leur spécialisation, représentaient les pays suivants : Angleterre, Antigua, Australie, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Danemark, Écosse, Espagne, États-Unis, Finlande, France, Ghana, Hongrie, Islande, Israël, Italie, Japon, Malte, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas, Pays de Galles, Pologne, Portugal, République démocratique allemande, République fédérale allemande, République d'Irlande, Roumanie, St. Kitts-Nevis, Soudan, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, Ulster, Union des Républiques Socialistes Soviétiques et Yougoslavie.

ANNEXE 4

AIDE-MÉMOIRE SUR :

Les déterminants et les stratégies en santé publique

Intervention fondée	
Évidence d'impact sanitaire	Efficacité prouvée; qualité de la preuve
Assises théorique	Connaissance de la toile causale; connaissance des liens entre les composantes de l'intervention et l'atteinte des objectifs / l'obtention des résultats
Efficiencia (coût-efficacité)	Évidence qui met en relation les investissements (coûts) et les résultats obtenus en termes d'efficacité, d'utilité et de bénéfices
Intervention bien construite	
Globalité	Cible plusieurs déterminants; planification articulée de plusieurs stratégies et moyens d'intervention; cible plusieurs milieux
Précocité	Intervenir tôt, avant que le problème n'apparaisse
Intensité	Temps d'intervention relatif à l'ensemble des activités poursuivant un même objectif ou résultat
Duré / Pérennité	Présence continue du programme
Accessibilité	Capacité à rejoindre la clientèle ciblée; capacité à rejoindre la clientèle au bon moment
Participation / Adhésion	Adhésion des citoyens, des intervenants ou des gestionnaires
Qualité technique / Formation	Personnel compétent; formation disponible; contrôle de la qualité
Intervention faisable	
Faisabilité organisationnelle	Correspond au mandat de l'organisation; disponibilité des ressources humaines; degré de changement demandé par l'intervention
Faisabilité économique	Disponibilité des ressources financières
Faisabilité politique	En lien avec les priorités locales, régionales et nationales; attitudes des partenaires envers l'action proposée
Faisabilité socioculturelle	Acceptable pour la population ou les communautés ciblées; besoin perçu
Faisabilité légale	Conforme aux lois et aux règlements
Intervention éthique	
Bienfaisance	Intervenir pour le bien de la population
Non malfeasance	Ne pas nuire; précaution
Autonomie	Consentement éclairé; confidentialité; respect; autodétermination
Justice	Distribution juste des bénéfices et des risques; attention particulière aux groupes vulnérables

Aide-mémoire sur :

Les critères pour évaluer le potentiel d'impact d'une intervention

Déterminants de la santé	
Conditions sociodémographiques	
Conditions socioculturelles	
Conditions socioéconomiques	
Environnement physique	
Environnement social	
Habitudes de vie et comportements	
Services de santé	

Réf. : *Portrait de santé de l'Estrie et de ses territoires 2006*

Stratégies en promotion/prévention/protection	
Promotion	
Renforcement du potentiel individuel	Développer les connaissances et les habiletés; modifier les croyances, les attitudes, la perception de la norme sociale
Développement des communautés	Favoriser la participation des communautés à l'identification des problèmes et des solutions
Développement des environnements sains et sécuritaires	Augmenter l'accessibilité aux produits sains, matériel, équipement, etc.; aménagement ou création de structures physiques
Politiques publiques en faveur de la santé	Choix fait par une autorité gouvernementale (fédérale, provinciale, régionale ou municipale) afin de régler un problème public
Réorientation des services	Augmenter l'accessibilité aux clientèles vulnérables; intégrer la prévention dans les services de santé
Bien communiquer pour mieux agir	Informar, sensibiliser, influencer les attitudes, les croyances, les valeurs, l'adoption et le maintien de comportements
Prévention	
Contrôle des facteurs de risque	Identifier les personnes à risque et travailler à diminuer ces facteurs
Immunisation	Diminuer l'incidence et la propagation de maladies infectieuses évitables par l'immunisation
Dépistage	Identifier précocement (avant l'apparition de symptômes) pour diminuer la morbidité ou la mortalité
Protection	
Vigie / Enquêtes	Évaluer le risque à la suite d'une déclaration ou d'un signalement; ordonner des mesures de contrôle si menace
Plan des mesures d'urgence	Avoir un plan de communication, de mobilisation et d'intervention pour agir en cas d'urgence majeure menaçant la santé de la population

ANNEXE 5

PLAN DE MOBILISATION D'URGENCE DES RESSOURCES

AVANT-PROPOS

La notion de mobilisation des ressources, pour les fins de la santé publique, était absente jusqu'ici des textes de lois et de règlements régissant le réseau de la santé et des services sociaux.

Quant à la région 05, le *Plan régional des mesures d'urgence de santé et de services sociaux de l'Estrie*, adopté en 1997, prévoit des mécanismes de mobilisation, notamment au chapitre des urgences en santé publique où l'on mentionne, à propos des établissements de santé et de services sociaux ayant une mission de première ligne en santé publique :

« En vertu de leurs mandats de première ligne, les établissements peuvent avoir à participer à la réponse de santé publique. En plus d'aviser sans délai la Direction de santé publique lorsqu'une situation d'urgence menace la santé publique, ils pourront aussi, au besoin, à la demande de l'Agence et en fonction des ressources disponibles :

- participer à l'inventaire des risques à la santé publique présents sur leur territoire respectif;
- assister la Direction de santé publique concernant les enquêtes épidémiologiques et le suivi auprès des populations touchées;
- collaborer au programme de surveillance épidémiologique mis en place par la Direction de santé publique à la suite d'une situation urgente;
- prendre part à l'implantation des mesures de contrôle nécessaires à la protection de la santé publique (vaccination de masse, antidotes, information du public);
- participer à l'évaluation des interventions. »

(Plan régional des mesures d'urgence de santé et de services sociaux de l'Estrie, 1997, p. 37-38).

Quant au Québec, une première manifestation du concept de mobilisation apparaît en 1998 dans le *Plan québécois des urgences infectieuses* visant le contrôle des maladies à surveillance extrême (botulisme, choléra, fièvres hémorragiques, fièvre jaune, peste, variole). Ce plan établit, en effet, que le directeur de santé publique doit, en présence d'une de ces maladies sur son territoire :

- recourir aux services d'experts consultants et coordonner les activités;
- appliquer les mesures de surveillance et de contrôle appropriées.

Par contre, ce plan demeure silencieux quant à la mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire touché. En l'absence d'entente formelle, les directions régionales de santé publique reposaient donc jusqu'ici sur la bonne volonté de leurs partenaires, lesquels, reconnaissant le caractère urgent d'une situation de menace à la santé publique, ont habituellement toujours collaboré dans la mise en place de mesures visant le contrôle et l'élimination de la menace identifiée.

L'obligation légale de développer un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux vise donc à formaliser cette bonne entente traditionnelle entre, d'une part, la Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie et, d'autre part, les établissements de santé et de services sociaux de l'Estrie, plus spécifiquement les établissements avec mission CLSC au sein desquels prennent place la plupart des activités de première ligne en santé publique.

CONTEXTE LÉGAL

La mise en œuvre de la *Loi sur la santé publique* en décembre 2001 ainsi que celle du *Programme national de santé publique* en 2003 constituent un tournant dans la pratique de la santé publique au Québec. La loi confirme les fonctions et le partage des responsabilités en santé publique et donne aux divers responsables des moyens pour exercer leurs fonctions. Cependant, elle leur attribue également des obligations.

Par ces moyens et ces obligations, la loi établit formellement des passerelles avec d'autres secteurs. Ce nouvel environnement légal dépasse donc la mise à jour de la Loi sur la protection de la santé publique; il se présente davantage comme une réforme profonde de l'encadrement législatif en matière de santé publique.

Le plan de mobilisation

Conformément à l'article 12 de la Loi sur la santé publique :

« Le plan d'action régional doit comporter un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire, lorsque le directeur de santé publique en a besoin pour effectuer une enquête épidémiologique ou prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour protéger la santé de la population lorsqu'elle est menacée. » (Loi sur la santé publique, Projet de loi n° 36, chapitre II, article 12)

Plus loin, le législateur précise davantage les conditions de mise en opération du plan de mobilisation, ainsi que les implications qui en découlent :

« Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut mettre en opération le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire prévu au plan d'action régional de santé publique et celles-ci sont alors tenues de se conformer aux directives du directeur. » (Loi sur la santé publique, Projet de loi n° 36, chapitre XI, article 97)

La prochaine section précisera davantage les conditions de mise en opération du plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire.

La notion de menace à la santé

L'article 12 de la Loi sur la santé publique, citée précédemment, précise que le plan de mobilisation s'applique lorsque « la santé de la population [...] est menacée ». Il convient donc de définir ce que la loi entend par la menace à la santé :

« On entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée. »
(Loi sur la santé publique, Projet de loi n° 36, chapitre I, article 2)

Au sens de l'article 2 de la loi, la menace à la santé de la population implique la présence d'un agent biologique, chimique ou physique (comme des radiations ou des ondes électromagnétiques). Ainsi, les agents mécaniques (par exemple, dans le cas des traumatismes dus aux accidents de la route) et les épidémies de phénomènes sociaux (par exemple, le suicide) ne représentent pas des menaces au sens de l'article 2. Ces cas sont visés plutôt par les mesures de prévention, entre autres, la demande d'aide formelle (article 55 de la *Loi sur la santé publique*).

La notion de menace appréhendée à la santé

Les autorités de santé publique interviennent lorsqu'elles jugent la menace réelle, mais elles peuvent également le faire lorsqu'une menace n'est qu'appréhendée. En effet, comme vu précédemment, la loi englobe, à l'article 2, toute situation où un agent est « susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée ».

Plus loin, lorsqu'elle précise les circonstances justifiant la tenue d'une enquête épidémiologique, la loi est encore plus explicite sur le rôle des autorités de santé publique face à une menace, qu'elle soit réelle ou appréhendée :

« Un directeur de santé publique peut procéder à une enquête épidémiologique dans toute situation où il a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être. » (Loi sur la santé publique, Projet de loi n° 36, chapitre XI, article 96)

L'exemple suivant peut aider à mieux comprendre la notion de menace appréhendée. Le fait qu'il y ait un réservoir contenant un agent chimique susceptible de causer une menace ne constitue pas en soi une menace appréhendée si la présence de cet agent est contrôlée. Si un accident ou une détérioration du réservoir laisse soupçonner que la présence de cet agent n'est pas bien contrôlée, la situation peut correspondre à une menace appréhendée.

Le diagnostic de menace appréhendée relève du jugement professionnel, ce qui implique une évaluation systématique de chacune des situations présentées.

La notion d'épidémie

En vertu de l'article 2 de la loi, la menace à la santé définit les situations où un agent est « *susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée* ».

Le sens classique de la définition du mot *épidémie* a été retenu dans la loi. Ainsi, il y a épidémie lorsque le nombre de cas observés dépasse le nombre de cas normalement attendus. Le nombre absolu n'est donc pas forcément élevé : dans certaines situations, un seul cas pourra être suffisant pour constituer une menace à la santé de la population.

La notion d'épidémie est associée à la démonstration d'un risque de transmission ou d'extension de la menace. La transmission peut se faire de personne à personne, comme dans le cas des maladies infectieuses, mais elle peut aussi dépendre de l'exposition à une source commune de contamination.

CONDITIONS DE MISE EN OPÉRATION DU PLAN DE MOBILISATION

À l'article 97 de la *Loi sur la santé publique*, le législateur définit les conditions de mise en opération du plan de mobilisation :

*« Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis dans le cours d'une enquête épidémiologique **qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population**, il peut mettre en opération le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire prévu au plan d'action régional de santé publique et celles-ci sont alors tenues de se conformer aux directives du directeur. »* (Loi sur la santé publique, Projet de loi n° 36, chapitre XI, article 97)

Deux types de menace peuvent donc justifier le déclenchement, par le directeur ou la directrice de santé publique, du plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire, soit :

- une menace dont l'ampleur dépasse d'emblée les capacités de réponse de la Direction de santé publique (DSP), qui ne peut alors « *intervenir efficacement* ».
- une menace d'une ampleur moindre, mais nécessitant une réponse intensive, concentrée dans le temps, dictant alors un échéancier que ne peut rencontrer à elle seule la DSP, qui ne peut alors « *intervenir dans les délais requis* ».

À titre d'exemple, la DSP pourrait être confrontée à un épisode de toxi-infection alimentaire touchant un très grand nombre de personnes.

- D'emblée, l'ampleur de l'intervention initiale, soit l'enquête épidémiologique, pourrait apporter un questionnement sur la capacité de la DSP à « *intervenir efficacement* ».
- Si, par ailleurs, l'application des mesures de contrôle jugées appropriées requiert une intervention très concentrée dans le temps, l'intensité de cette intervention pourrait également apporter un questionnement sur la capacité de la DSP à « *intervenir dans les délais requis* ».

Dans les deux cas, le plan de mobilisation pourrait être activé.

MÉCANISME DE MISE EN OPÉRATION DU PLAN DE MOBILISATION

Schématiquement, le mécanisme de mise en opération du *Plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de l'Estrie* se présente comme suit :

Étape 1	Identification d'une menace à la santé dont la gestion dépasse les capacités de réponse du Service de protection de la santé publique de la DSPE de l'Estrie.
Étape 2	Évaluation de la capacité de réponse des autres services de la DSPE de l'Estrie.
Étape 3	Déclenchement du plan de mobilisation, si la capacité de réponse de l'ensemble des services de la DSPE de l'Estrie est insuffisante.
Étape 4	Réquisition du personnel nécessaire, d'abord de l'établissement à mission CLSC du territoire concerné, puis, si nécessaire, des autres établissements de la région.
Étape 5	Formation intensive du personnel réquisitionné et placé sous l'autorité du directeur ou de la directrice de santé publique.
Étape 6	Réalisation de l'intervention de santé publique, afin de contrôler ou d'enrayer la menace à la santé de la population.
Étape 7	Désactivation du plan de mobilisation et évaluation de l'intervention de santé publique.

Voici, plus en détail, chacune des étapes de mise en opération du plan de mobilisation, ainsi que les implications qui en découlent.

Étape 1 : Identification d'une menace à la santé dont la gestion dépasse les capacités de réponse du Service de protection de la santé publique de la DSPE de l'Estrie

Au maximum de ses ressources, le Service de protection de la santé publique de la DSPE compte les effectifs suivants :

- 3 infirmières à temps complet, dont deux affectées plus particulièrement aux enquêtes épidémiologiques;
- 1 médecin à temps complet et 7 à temps partiel dont le temps de présence combiné totalise 4,4 équivalents temps complet;
- 1 agente de planification en santé environnementale;
- 5 agentes administratives.

L'expérience des années précédentes démontre que la probabilité demeure faible d'être confronté à une menace dont la gestion dépasse d'emblée les capacités de réponse du Service de protection de la santé publique.

Une certaine période de vulnérabilité est néanmoins présente en saison estivale, car aucun membre du personnel (à l'exception d'une agente administrative) n'est remplacé pendant ses vacances.

Étape 2 : Évaluation de la capacité de réponse des autres services de la DSPE de l'Estrie

Avant de recourir au plan de mobilisation, un effort sera fait afin de mettre à contribution le personnel œuvrant dans les autres services de la DSPE, selon leurs compétences respectives. Toutes les tâches n'exigeant pas d'expertise médicale peuvent, en effet, être partagées avec le personnel clérical et professionnel, après une formation intensive adéquate.

Par contre, les tâches exigeant une expertise médicale doivent être déléguées au personnel infirmier et aux médecins, et parfois uniquement aux médecins (prescriptions médicales, tests diagnostiques, etc.). Ce type de ressources humaines est plus rare dans les autres services de la DSPE et une sollicitation trop marquée à ce niveau pourrait déclencher plus précocement le plan de mobilisation.

Étape 3 : Déclenchement du plan de mobilisation, si la capacité de réponse de l'ensemble des services de la DSPE de l'Estrie est insuffisante

Le directeur ou la directrice de santé publique (ou, en son absence, la personne qu'il ou elle aura déléguée) informera les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du déclenchement du plan de mobilisation.

Cette information sera acheminée au cadre assurant la garde pour l'établissement concerné, en lui indiquant, dans la mesure du possible, les éléments suivants :

- la catégorie et le nombre de professionnelles et professionnels nécessités pour la gestion de la menace ayant conduit au déclenchement du plan de mobilisation;
- la durée prévisible de la période de mobilisation;
- l'horaire adopté pour l'intervention (jour, soir, nuit, fins de semaine, etc.);
- le lieu où se déroulera l'intervention (à l'établissement même, aux bureaux de la DSPE, aux deux endroits à la fois, etc.);
- les ressources matérielles requises, s'il y a lieu;
- toute autre information jugée utile dans le cadre de l'intervention.

Le cadre de l'établissement concerné aura ensuite la responsabilité de communiquer cette réquisition de ressources humaines (et matérielles, le cas échéant) aux gestionnaires de son établissement en mesure de répondre à cette demande.

Chacun des gestionnaires interpellés entrera alors en contact avec la DSPE pour indiquer le nombre d'employés et employées des catégories sollicitées pouvant être mobilisés à ce moment précis, et recevra à son tour une information plus précise à transmettre à son personnel quant aux modalités d'opération, c'est-à-dire :

- date, heure et lieu de la formation intensive préalable à l'intervention;
- nature des tâches à accomplir;
- toute autre information jugée utile dans le cadre de l'intervention.

Étape 4 : Réquisition du personnel nécessaire, d'abord de l'établissement à mission CLSC du territoire concerné, puis, si nécessaire, des autres établissements de la région

En suivant le principe appliqué lors du déclenchement du *Plan régional de sécurité civile – Mission santé Estrie*, l'application du plan de mobilisation des ressources touchera d'abord les établissements de santé et de services sociaux du territoire concerné par la menace à la santé.

La mobilisation de personnel visera plus spécifiquement les établissements avec mission CLSC au sein desquels prennent place la plupart des activités de première ligne en santé publique afin d'optimiser les efforts de formation qui devront prendre place par la suite.

Dans l'éventualité d'une menace touchant plus d'une MRC, les autres établissements de l'Estrie pourraient aussi être mis à contribution. La séquence de mobilisation pourra suivre l'ordre de proximité géographique par rapport au site de la menace et pourra aussi viser les établissements pouvant libérer son personnel professionnel avec le moindre impact sur les services à la clientèle.

Les ressources humaines mobilisées seront placées sous l'autorité fonctionnelle du directeur ou de la directrice de santé publique (ou, en son absence, de la personne qu'il ou elle aura déléguée) jusqu'à ce que le plan de mobilisation soit désactivé.

Étape 5 : Formation intensive du personnel réquisitionné et placé sous l'autorité du directeur ou de la directrice de santé publique

Le directeur ou la directrice de santé publique a la responsabilité d'organiser, dans les plus brefs délais, les activités de formation nécessaires afin que les membres du personnel dont les services sont réquisitionnés soient habilités à remplir les tâches qui leur seront confiées.

Les modalités de cette formation tiendront compte de la complexité de l'information à transmettre et du nombre d'établissements impliqués. Dans les cas les plus simples, une conférence téléphonique pourra suffire. Un cas complexe pourrait nécessiter une formation plus formelle, prodiguée à l'établissement même ou, dans les cas touchant plusieurs MRC, centralisée à un endroit convenu à ce moment.

Étape 6 : Réalisation de l'intervention de santé publique afin de contrôler ou d'enrayer la menace à la santé de la population

Selon la nature des tâches à effectuer, la contribution du personnel de l'établissement pourra prendre place à l'établissement même, aux bureaux de la DSPE ou aux deux endroits à la fois. Quel que soit le scénario retenu, la supervision étroite des opérations devra être assurée afin que l'ensemble de l'intervention soit coordonné.

Si les opérations se déroulent sur plus d'un site, des chefs d'équipe devront être désignés afin que la progression de l'intervention fasse l'objet d'un monitoring constant, et que les ajustements requis soient amenés sans délai.

Étape 7 : Désactivation du plan de mobilisation et évaluation de l'intervention de santé publique

Le monitoring serré de l'intervention permettra de déterminer à quel moment la mobilisation du personnel des établissements pourra prendre fin afin que chaque membre du personnel dont les services auront été réquisitionnés retourne aussitôt que possible sous l'autorité de ses supérieurs habituels.

Une évaluation globale de l'intervention devra être effectuée dans les jours suivant la désactivation du plan de mobilisation, de manière à souligner les forces et les faiblesses du plan. Encore ici, la forme que prendra cette évaluation tiendra compte de l'ampleur de l'intervention réalisée et du nombre d'établissements impliqués.

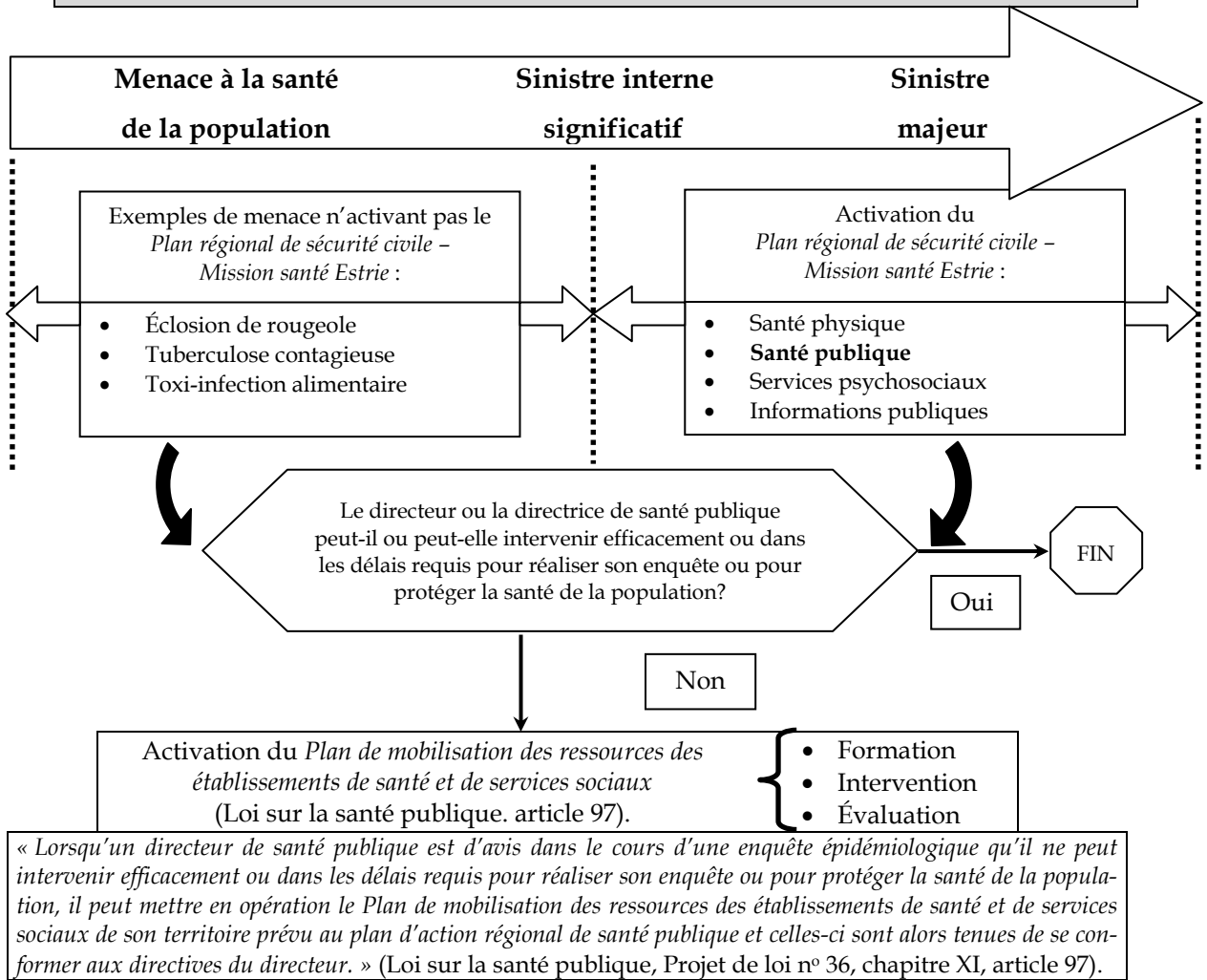
PLAN DE MOBILISATION ET PLAN RÉGIONAL DES MESURES D'URGENCE

Le plan de mobilisation des ressources doit être vu comme une réponse à l'obligation de s'organiser en vue de contrer les menaces à la santé de la population, au sens de la *Loi sur la santé publique*, dans les cas où le recours aux ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire serait nécessaire sans que ces établissements soient l'objet de mesures d'urgence régionales au sens de la sécurité publique. Ces situations peuvent être vues comme des urgences particulières au cadre d'application de la *Loi sur la santé publique*; elles sont alors visées par le plan de mobilisation des ressources qui s'inscrit dans le cadre des activités relatives à la protection de la santé publique.

D'autre part, le *Plan régional de sécurité civile – Mission santé* précise le rôle de la DSPE et celui des établissements de santé et de services sociaux lorsque survient un sinistre dans la communauté. Si des situations d'urgence prévues à ce plan s'accompagnent de menaces à la santé de la population au sens de la *Loi sur la santé publique*, le pouvoir d'enquête, conféré aux autorités de santé publique, peut s'exercer et le directeur ou la directrice de santé publique pourra déclencher le plan de mobilisation des ressources qui sera alors complémentaire au plan régional des mesures d'urgence.

Le schéma suivant présente le rôle du plan de mobilisation lors de la gestion d'une situation d'urgence, avec ou sans déclenchement du plan régional des mesures d'urgence, afin d'illustrer la façon dont ces deux plans sont imbriqués.

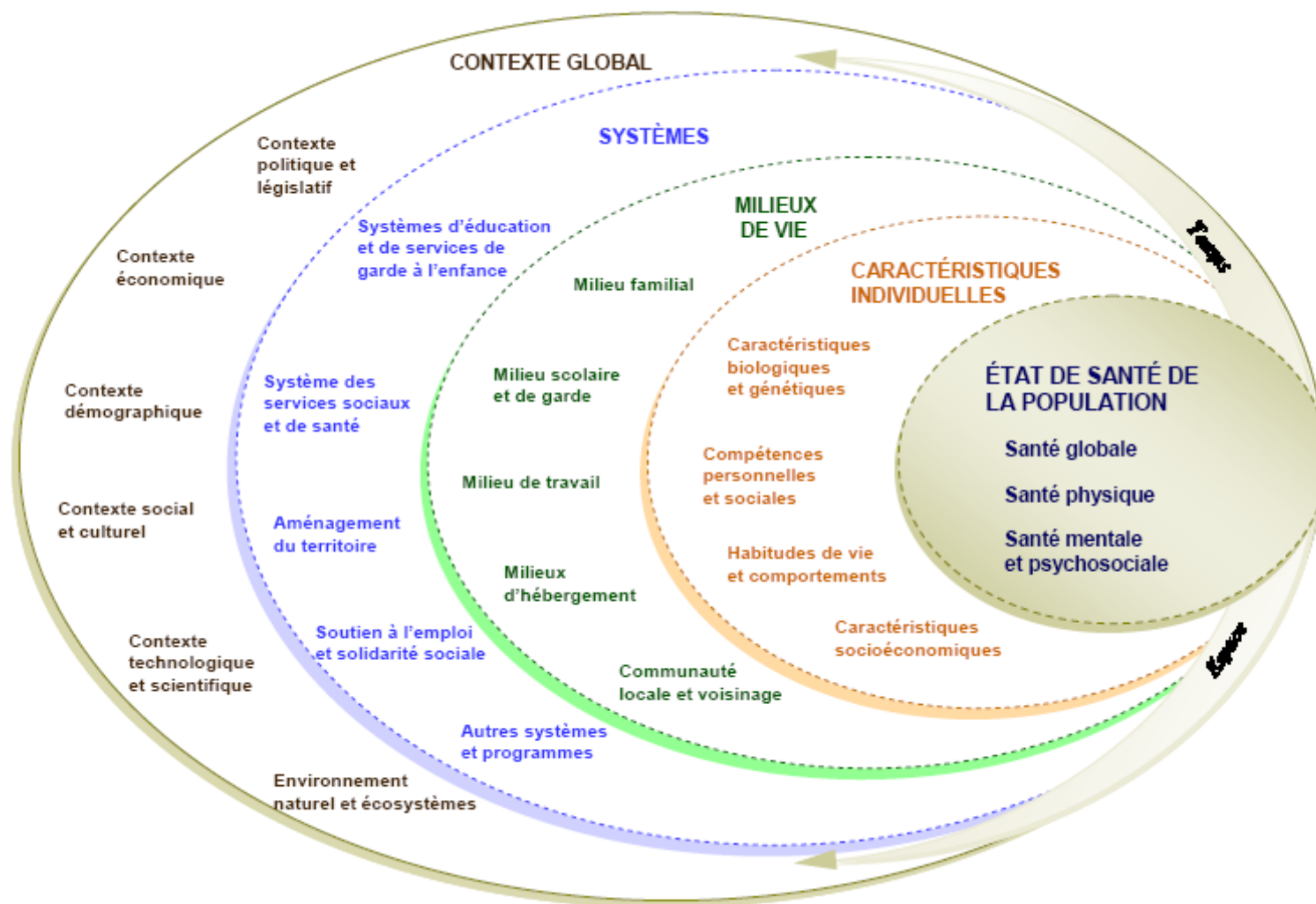
Rôle du Plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux lors de la gestion d'une situation d'urgence



Définitions	
Menace	« On entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée. » (Loi sur la santé publique, Projet de loi n° 36, chapitre I, article 2).
Sinistre interne significatif	Sinistre limité à un établissement, mais suffisamment important pour nécessiter le support des autres établissements et de l'Agence.
Sinistre majeur	« Un événement dû à un phénomène naturel, une défaillance technologique ou un accident découlant ou non de l'intervention humaine, qui cause de graves préjudices aux personnes ou d'importants dommages aux biens et exige de la collectivité affectée des mesures inhabituelles, notamment une inondation, une secousse sismique, un mouvement de sol, une explosion, une émission toxique ou une pandémie. » (Loi sur la sécurité civile, LRQc., p-173, article 2, paragraphe 1).

ANNEXE 6

CADRE CONCEPTUEL DE LA SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS



ANNEXE 7

DÉROULEMENT DE LA DÉMARCHE AVEC RÉOLUTION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL
DE L'ASSEMBLÉE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE
TENUE À SHERBROOKE LE LUNDI 21 JUIN 2010

Résolution numéro : A.45.13

Objet : Plan d'action régional de santé publique 2004-2007

Sur proposition dûment appuyée,

CONSIDÉRANT :

- l'obligation légale de réviser périodiquement le *Plan d'action régional de santé publique*;
- que la mise à jour 2010 du PARSP 2004-2007 répond à cette obligation légale;
- que la mise à jour 2010 du PARSP 2004-2007 établit les priorités d'action en santé publique pour les prochaines années;
- que la mise à jour 2010 du PARSP 2004-2007 sert de cadre de référence à l'élaboration du plan d'action local de chacun des CSSS;

IL EST RÉSOLU :

QUE LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE ADOPTE LA MISE À JOUR 2010 DU Plan d'action régional de santé publique 2004-2007, TELLE QUE PROPOSÉE PAR LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION.

ADOPTÉ.

Conforme au procès-verbal de cette assemblée.

Original signé par :

Michel Baron, M.D.
Secrétaire
2010-06-21