

Plan d'action régional de santé publique 2004-2007

Région de la Capitale nationale



2004

Le *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de la Capitale nationale* a été élaboré par la Direction régionale de santé publique de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale.

Coordination des travaux

François Desbiens
Céline Tremblay

Soutien à la coordination des travaux et rédaction

Édith Labrecque
Anne Maheu
Dominique Roberge

Collaboration

Andrée Laberge

Révision linguistique

Francine Bordeleau
Gervais Madore

Graphisme

Diane Careau
Serge Delisle

Photographies

Sources :

Galerie de photos du site Web de Santé Canada,
www.hc-sc.gc.ca/francais/media/photos/index.html®
Reproduit avec la permission du Ministre des Travaux
publics et Services gouvernementaux Canada, 2004.

Galerie de photos du site Web de Jean-Louis Bouillon,
www.pbase.com/jlbou® reproduit avec la permission de
Jean-Louis Bouillon, Québec, 2004.

Rédaction

Nicole April
Michel Beauchemin
Pierre Berthelot
Nicole Boulianne
Lise Cardinal
Monique Comeau
Marie Fortier
Michel Frigon

Denise Gagné
Claude Gagnon
Louise Grégoire
Denis Laliberté
Michel Lavoie
Renée Maranda Aubut
Pierre Maurice

Pierre Mercier
Josée Morissette
Céline Morrow
Lina Noël
France Paradis
Henri Prud'homme
Reine Roy

Secrétariat

Marcelle Boissinot

Avant- propos

C'est avec grand plaisir que l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale (Agence) présente le *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de la Capitale nationale* (PAR). Ce plan d'action, élaboré par la Direction régionale de santé publique (DSP) en collaboration avec le comité consultatif créé à cette fin, requiert la mobilisation et l'engagement de tous les partenaires de la région, intéressés de près ou de loin par des actions de santé publique.

Le PAR permet de définir, en conformité avec le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP), le champ d'action de la santé publique et de préciser les activités qui en découlent. À cet effet, il détermine un certain nombre d'actions à réaliser d'ici les trois prochaines années. Il faut donc retenir que la région doit s'engager à réaliser les activités de la plate-forme commune prescrite par le PNSP afin de permettre l'implantation de mesures jugées efficaces. L'Agence doit donner suite à ces attentes gouvernementales tout en tenant compte des réalités de la région et des initiatives prometteuses issues du milieu.

En janvier et février 2004, le PAR a été soumis à une vaste consultation auprès des partenaires de santé publique de la région. Vous trouverez en annexe le rapport faisant état de la démarche et des préoccupations particulières se dégageant de cette consultation. Je vous invite à lire cette section qui résume les commentaires reçus ainsi que les suivis proposés. Les partenaires ont rappelé à la DSP l'importance de renforcer la promotion de la santé et la prévention, de reconnaître la pertinence de l'approche globale, de revoir les modalités de financement, de bonifier le PAR dans le secteur de la santé mentale et dans celui des personnes âgées.

Les activités de prévention des maladies et des traumatismes et de la promotion de la santé sont sous-financées. Elles ne représentent que 1,6 % des dépenses du réseau. Il faut donner à la prévention/promotion la place qui lui revient et renforcer son importance aux yeux de tous. La DSP et ses partenaires doivent être des leaders et des défenseurs de la prévention de manière à réduire l'apparition de problèmes de santé et de problèmes psychosociaux importants. Le dépôt de ce plan d'action est un engagement à protéger et à promouvoir la santé publique dans la région. L'implantation des nouvelles instances locales, avec la responsabilité envers la population qui leur incombe, créera de nombreux changements. Il nous faudra tous ensemble profiter de cette opportunité pour bonifier les activités faites dans les communautés.

Je suis convaincu que ce Plan d'action régional de santé publique favorisera la consolidation des liens entre les différents partenaires et créera une dynamique régionale qui facilitera le maintien de la santé et du bien-être de la population de la Capitale nationale.

Le directeur régional de santé publique,



François Desbiens, M.D.

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande à :

M^{me} Sylvie Bélanger
Centre de documentation
Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale
2400, avenue D'Estimauville
Beauport (Québec)
G1E 7G9

Téléphone : (418) 666-7000, poste 217
Télécopieur : (418) 666-2776
Courriel : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Canada, 2004
Bibliothèque nationale du Québec, 2004
ISBN : 2-89496-269-X

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM

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

Ce document est disponible sur la page d'accueil du site Web de la Direction régionale de santé publique de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, à l'adresse suivante :
www.dspq.qc.ca
ou
www.rrssso3.gouv.qc.ca/dspq/dspq/fr/frset-apropos-plan.html

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

Remerciements

L'élaboration de ce *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de la Capitale nationale* a été possible grâce à la contribution de plusieurs personnes et nous tenons à les remercier très sincèrement.

Nos remerciements s'adressent d'abord à l'ensemble des gestionnaires et des professionnels de la Direction régionale de santé publique impliqués dans la rédaction des textes liés à chacun des domaines d'expertise. Nous remercions également les membres du comité consultatif représentant différents environnements externes de la DSP pour leur implication, leur disponibilité et leurs commentaires judicieux lors de la rédaction de ce document.

Les membres du comité consultatif sont :

Les représentants des CLSC

M^{me} Micheline De Coste, directrice des programmes, Centre de santé de la Haute-Saint-Charles

M. Michel Fillion, directeur des services à la clientèle, CLSC Charlevoix — Centre hospitalier de Charlevoix – Centre hospitalier Saint-Joseph de la Malbaie

M. Hugues Matte, directeur des services communautaires, CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières

La représentante de l'éducation

M^{me} Johanne Chenard, coordonnatrice à l'adaptation scolaire et aux services complémentaires, Commission scolaire de la Capitale, en remplacement de M. Richard Légaré

Le représentant de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale (Agence)

M. Jacques Fillion, directeur régional de la santé mentale, de l'intégration et de l'adaptation sociales

Les représentants des organismes communautaires

M^{me} Suzanne Péloquin, directrice générale, Regroupement des organismes communautaires de la région 03

M. Mario Fréchette, Directeur général, MIELS Québec

M. Charles Rice, coordonnateur, Regroupement des ressources non institutionnelles en santé mentale

Le représentant de la Ville de Québec

M. Yvon Desrosiers, conseiller principal, en remplacement de M. Paul-André Lavigne, directeur Service des loisirs, des sports et de la vie communautaire

Le représentant du Département régional de médecine générale

M. Nil Lefrançois, chef du Département régional de médecine générale à l'Agence

Enfin, nous tenons à mentionner notre appréciation à M^{mes} Marcelle Boissinot et Gisèle Bergeron pour leur soutien clérical.

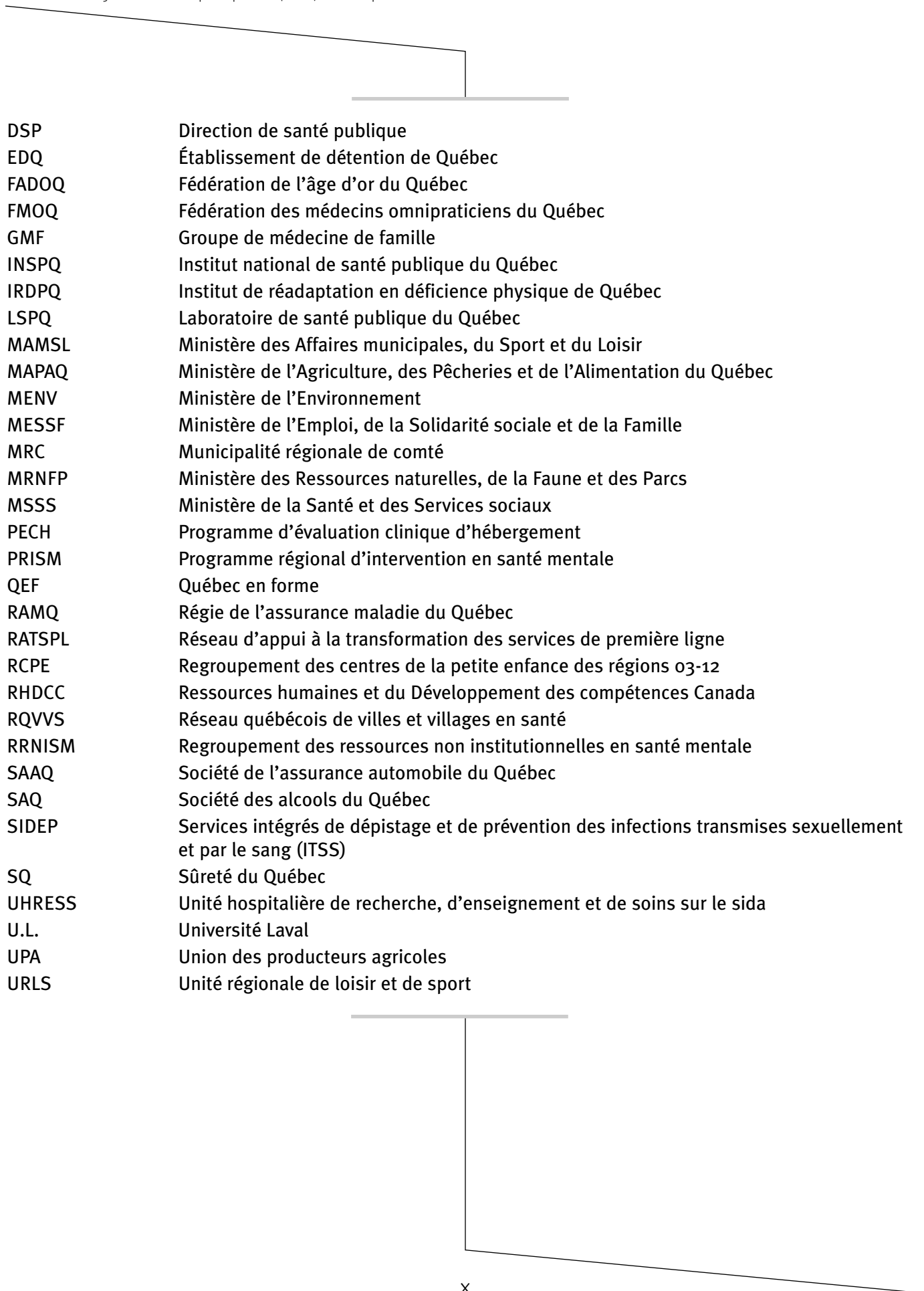
Table des matières

LISTE DES SIGLES DES ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES	IX
LISTE DES GRAPHIQUES ET TABLEAU	XI
INTRODUCTION	1
1. MISSION, RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS ACTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE	3
2. DÉFIS ET CONDITIONS FAVORABLES À LA RÉUSSITE DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE	7
2.1 Défis	7
2.2 Conditions favorables	9
3. PORTRAIT DE SANTÉ DE LA POPULATION DE LA RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE	11
3.1 Les déterminants de la santé	11
3.1.1 Dimension sociale	11
3.1.2 Comportements liés à la santé et facteurs de risque	14
3.1.3 Adaptation sociale	15
3.1.4 Environnement physique	16
3.2 État de santé	17
3.2.1 Santé générale et bien-être	17
3.2.2 Hospitalisations et incidence des cancers	17
3.2.3 Maladies infectieuses	19
3.2.4 Mortalité	19
3.2.5 Espérance de vie à la naissance	22
4. DÉFINITION DE L'OFFRE DE SERVICE DE SANTÉ PUBLIQUE	23
4.1 Développement, adaptation et intégration sociales	25
4.1.1 Enfants de moins de 6 ans et leur famille	27
4.1.2 Enfants et jeunes de 6 à 18 ans et leur famille	32
4.1.3 Adultes	36
4.1.4 Personnes âgées	41
4.1.5 Population en général	45
4.2 Habitudes de vie et maladies chroniques	49
4.2.1 Activité physique, alimentation, tabagisme et santé dentaire	51
4.2.2 Dépistage des cancers	56
4.3 Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes	63
4.4 Pauvreté, développement social et des communautés	69
4.5 Système de soins et de services et évaluation	79

4.6	Maladies infectieuses	87
4.6.1	Maladies évitables par la vaccination	89
4.6.2	Surveillance et contrôle des maladies infectieuses	92
4.6.3	Infections transmissibles sexuellement et par le sang	97
4.7	Santé environnementale	101
4.8	Santé en milieu de travail	109
4.9	Plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux dans le cadre d'une menace à la santé	117
4.9.1	Cadre légal	117
4.9.2	Conditions de mise en œuvre du plan de mobilisation	118
4.9.3	Mécanisme de mise en œuvre du plan de mobilisation	118
5.	FONCTION CONNAISSANCE ET SURVEILLANCE LIÉE À L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION	121
6.	ÉVALUATION DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE	127
	CONCLUSION	129
	ANNEXE : Démarche et préoccupations particulières se dégageant de la consultation sur le <i>Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de la Capitale nationale</i> ...	131
	RÉFÉRENCES	135

Liste des sigles des établissements et organismes

ACIA	Agence canadienne d'inspection des aliments
AGENCE	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale
AMOQ	Association des médecins omnipraticiens du Québec
ASP	Associations sectorielles paritaires
CAA	Club automobile du Québec
CAF	Clinique d'aide aux fumeurs (Hôpital Laval)
CAVAC	Centre d'aide aux victimes d'actes criminels
CCSR	Centre de coordination des services régionaux du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec – Hôpital du Saint-Sacrement
CÉGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CHUQ (CHUL)	Centre hospitalier universitaire de Québec – Centre hospitalier universitaire de l'Université Laval
CHUQ (HDQ)	Centre hospitalier universitaire de Québec – Hôtel-Dieu de Québec
CHUQ (HSFA)	Centre hospitalier universitaire de Québec – Hôpital Saint-François d'Assise
CJQ	Centre jeunesse de Québec
CLD	Centre local de développement
CLÉ	Centre local d'emploi
CLSC	Centre local de services communautaires
CLSC-CHSLD BVLV	CLSC-CHSLD Basse-Ville – Limoilou – Vanier
CLSC-CHSLD HVDR	CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières
CLSC-CHSLD SFSL	CLSC-CHSLD Sainte-Foy – Sillery – Laurentien
CPE	Centre de la petite enfance
CRDIQ	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec
CRÉ	Conférence régionale des élus de la Capitale nationale
CRI-VIFF	Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence faite aux femmes et familiale de l'Université Laval
CRID	Centre de référence pour investigation et diagnostic du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec – Hôpital du Saint-Sacrement
CRUV	Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve
DRAMUSP	Direction régionale des affaires médicales, universitaires et de la santé physique
DRCST	Direction régionale de la Commission de la santé et de la sécurité au travail
DRMEQ	Direction régionale du ministère de l'Éducation du Québec
DRPGCRH	Direction régionale de la planification, de la gestion du changement et des ressources humaines
DRSMIAS	Direction régionale de la santé mentale, de l'intégration et de l'adaptation sociales



DSP	Direction de santé publique
EDQ	Établissement de détention de Québec
FADOQ	Fédération de l'âge d'or du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRDPO	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MAMSL	Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MENV	Ministère de l'Environnement
MESSF	Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille
MRC	Municipalité régionale de comté
MRNFP	Ministère des Ressources naturelles, de la Faune et des Parcs
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PECH	Programme d'évaluation clinique d'hébergement
PRISM	Programme régional d'intervention en santé mentale
QEF	Québec en forme
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RATSPL	Réseau d'appui à la transformation des services de première ligne
RCPE	Regroupement des centres de la petite enfance des régions 03-12
RHDCC	Ressources humaines et du Développement des compétences Canada
RQVVS	Réseau québécois de villes et villages en santé
RRNISM	Regroupement des ressources non institutionnelles en santé mentale
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SAQ	Société des alcools du Québec
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS)
SQ	Sûreté du Québec
UHRESS	Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida
U.L.	Université Laval
UPA	Union des producteurs agricoles
URLS	Unité régionale de loisir et de sport

Liste des graphiques et tableau

Graphiques :

- Graphique 1 : Répartition (%) de la population de la région de la Capitale nationale par territoire de CLSC, les deux sexes réunis, 1996 11
- Graphique 2 : Répartition (%) des femmes et des hommes de la région de la Capitale nationale par groupe d'âge, 1996 12
- Graphique 3 : Répartition en nombre et en pourcentage de la population des personnes âgées de 65 ans et plus, parmi la population totale de chacun des territoires de CLSC, les deux sexes réunis, 1996 12
- Graphique 4 : Taux d'accroissement (%) de la population des personnes âgées de 65 ans et plus de la région, dans chacun des territoires de CLSC, les deux sexes réunis, 1986-1996 13
- Graphique 5 : Proportion (%) de la population de la région de la Capitale nationale qui présente des caractéristiques de vulnérabilité économique, selon l'année de référence 14
- Graphique 6 : Proportion (%) de la population de 15 ans et plus de la région de la Capitale nationale ayant déclaré une habitude de vie ou un facteur de risque, selon le sexe, 1998 14
- Graphique 7 : Comparaison du taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée, selon l'indication principale, région et province, 1995-1999 (taux par 10 000) 17
- Graphique 8 : Comparaison du taux ajusté d'incidence du cancer, selon le site de la tumeur, région et province, 1994-1998 (taux annuel moyen par 100 000 personnes) 18
- Graphique 9 : Comparaison du taux ajusté de mortalité selon la cause et selon le sexe, région de la Capitale nationale, 1994-1998 (taux annuel moyen pour 100 000 personnes) 20
- Graphique 10 : Comparaison de l'espérance de vie à la naissance (années), chez les femmes et les hommes de la région de la Capitale nationale, par territoire de CLSC, 1994-1998 22

Tableau :

- Tableau 1 : Nombre de décès en 1998 dans la région de la Capitale nationale, selon le groupe d'âge et pour les principales causes de décès 21

Introduction

Dans le cadre de la *Loi sur la santé publique*¹ (L.R.Q., c. S-2.2), et afin d'orienter les actions de santé publique pour l'ensemble du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec divulguait, à l'automne 2002, le *Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP)*. Ce programme énonce les activités à mettre en œuvre au cours des prochaines années afin d'agir sur les déterminants, tant physiques que psychosociaux, de la santé. Les grands objectifs du programme, poursuivis à l'échelle de la population québécoise, sont de favoriser la santé et de contrer l'apparition ou le développement des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux. Le programme précise, de plus, les services de santé publique qui doivent être accessibles à tous les citoyens et citoyennes du Québec en établissant une plateforme commune dans toutes les régions et tous les territoires de CLSC².

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale (Agence), en concertation avec les CLSC, s'est vue confier le mandat d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer le Plan d'action régional (PAR) qui doit être conforme au PNSP et tenir compte des particularités de la population du territoire. Ce Plan d'action régional s'inscrit en continuité de *La politique de la santé et du bien-être, des Priorités nationales de santé publique 1997-2002* et des *Cibles d'action en promotion de la santé et en prévention pour la période 2000-2003* adoptées en juin 2000 par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

Afin d'atteindre les objectifs inscrits, les CLSC doivent élaborer, mettre en œuvre et évaluer leur plan d'action local en concordance avec le Plan d'action régional, et ce, en concertation avec les organismes communautaires.

Le présent document est donc le résultat des travaux effectués par la Direction régionale de santé publique en étroite collaboration avec des représentants des différents partenaires visés par des actions de santé publique. La première partie décrit la mission, les rôles et les responsabilités des différents acteurs qui contribuent à la réalisation du Plan d'action régional. La deuxième partie précise les principaux défis à relever en santé publique dans la région ainsi que les conditions favorables à la réussite du PAR. Suit un portrait de santé de la population de la région de la Capitale nationale. Le cœur du document, soit la quatrième partie, décrit l'offre de service dans chacun des domaines de santé publique. La cinquième partie présente la fonction connaissance et surveillance liée à l'état de santé de la population. Enfin, le dernier chapitre porte sur l'évaluation du Plan d'action régional.

1.

Mission, rôles et responsabilités des différents acteurs de santé publique

La santé publique est un concept universel par lequel, partout dans le monde, on reconnaît l'importance de cette science qui vise la prévention de la maladie, la protection, la promotion et l'amélioration de la santé des populations. Au cours des dernières années, l'évolution des connaissances en la matière, notamment l'établissement de liens entre la santé des individus et les conditions et milieux de vie, a grandement orienté l'action en santé publique. C'est ainsi qu'à l'heure actuelle les interventions effectuées dans ce champ sont définies comme des actions ayant un effet sur les déterminants de la santé et du bien-être.

Cette notion de déterminants de la santé renvoie plus précisément aux facteurs biologiques, aux habitudes de vie et comportements, à l'environnement physique et social et enfin, à l'organisation du système de soins et de services. En agissant sur ces facteurs, les acteurs de santé publique travaillent en amont des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux. Les interventions se traduisent par des actions qui visent toute une population, ou encore des groupes particuliers de personnes ayant certains traits communs. Elles sont basées sur le choix de mesures reconnues efficaces ou prometteuses. Quant aux interventions relatives au système de soins et de services, elles permettent d'influencer les processus de décision des différents systèmes qui touchent la santé et le bien-être et qui modulent certains choix et comportements de la population.

Les actions de santé publique reposent sur quatre fonctions dites essentielles. La première de ces fonctions est la **connaissance et la surveillance** de l'état de santé de la population. Comme son nom

l'indique, elle consiste à connaître et à faire connaître l'état de santé de la population ainsi que les problèmes en émergence. La deuxième fonction, soit la **promotion de la santé et du bien-être**, vise à inciter les individus, les groupes et les communautés à faire des choix judicieux en matière de déterminants de la santé et leur permet, par le fait même, d'améliorer leurs conditions de vie. La **prévention** regroupe des activités qui se rapportent aux facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes. Elle vise à éviter l'apparition des problèmes mais également à ralentir la progression de la maladie par une détection précoce. La fonction de **protection**, enfin, concerne l'intervention de santé publique effectuée auprès de la population ou d'individus en cas de menaces à la santé. Ces fonctions dites essentielles sont appuyées par des fonctions de soutien, qui regroupent les activités liées aux politiques publiques et la législation, la recherche et l'innovation, le développement et le maintien des compétences au regard des pratiques de santé publique.

Dans cette perspective, on convient que la mission de santé publique n'est pas portée exclusivement par les directions de santé publique, même si certains mandats particuliers leur sont confiés. Aussi, le présent Plan d'action régional concerne tous les acteurs de la région qui contribuent de quelque façon à l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être de la population. Cette mission est réalisée autant par la Direction régionale de santé publique que par des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, notamment les CLSC, des organismes communautaires ainsi que par des partenaires d'autres secteurs.

La Direction régionale de santé publique

La mission de la Direction régionale de santé publique se définit soit par des responsabilités confiées à son directeur par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, la *Loi sur la santé publique*, la *Loi sur la qualité de l'environnement* ainsi que la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, soit par des responsabilités confiées à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale et qui lui sont déléguées. Selon l'article 373 de la *Loi sur la*

santé et les services sociaux, le directeur régional de santé publique a la responsabilité :

1. d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin;
2. d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;
3. d'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller l'Agence sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable;
4. d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre des mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action.

Par délégation, la Direction régionale de santé publique a la responsabilité de procéder à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation du Plan d'action régional, en concertation avec les CLSC de la région.

Les centres locaux de services communautaires (CLSC)

La mission d'un CLSC est d'offrir, à l'ensemble de la population de son territoire, des services de santé et des services sociaux de première ligne. Les interventions des CLSC couvrent toute la gamme de services, soit ceux liés à la prévention et à la promotion de la santé, aux services curatifs, à la réadaptation et à la réinsertion.

Ces établissements assurent le suivi des individus aux prises avec différents problèmes de santé et sociaux tout en apportant un soutien à leurs proches. Ils travaillent en partenariat avec les ressources de leur territoire, telles que les cabinets privés et les organismes communautaires, en concertation

avec les collectivités locales, notamment les groupes de citoyens, ainsi qu'avec des partenaires intersectoriels, comme les milieux scolaire et municipal.

Dans la *Loi sur la santé publique*, les CLSC ont reçu le mandat particulier d'élaborer et d'assurer la mise en œuvre d'un plan d'action local lié aux activités de santé publique, et ce, avec les organismes communautaires.

Les organismes communautaires

Les organismes communautaires se définissent comme « constituants d'un mouvement social autonome d'intérêt public, comme des agents de transformation sociale qui agissent au niveau de l'amélioration de la qualité du tissu social, leur intervention allant au-delà de la simple satisfaction des besoins sociaux et de santé de la population. Ces organismes constituent un secteur particulier d'intervention du domaine de la santé et des services sociaux³ ». Ils sont administrés par un conseil d'administration composé en majorité d'utilisateurs de l'organisme ou de membres de la communauté.

L'enracinement dans la communauté, l'autonomie, la souplesse, l'innovation et l'approche globale sont les principaux éléments qui caractérisent les organismes communautaires. Rappelons que ces derniers naissent de l'identification des besoins par une communauté et qu'ils sont imputables devant des représentants de cette population. Environ 250 de tous les organismes communautaires de la région de la Capitale nationale œuvrent dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ceux-ci sont donc des partenaires importants compte tenu des activités déployées en promotion de la santé et en prévention par ce réseau.

Les autres partenaires

Le maintien et l'amélioration de l'état de santé exigent la participation d'autres partenaires, dont les autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Les centres hospitaliers généraux, les centres hospitaliers de longue durée, le Centre jeunesse de Québec, les centres de réadaptation ne sont que quelques exemples d'établissements qui peuvent être mis à contribution. À cette liste s'ajoutent les cliniques médicales, les pharmacies ou encore Info-Santé CLSC.

Par ailleurs, des partenaires relevant d'autres secteurs d'activité sont également appelés à collaborer à cette mission. Ce sont par exemple les différents ministères, les centres de la petite enfance, les commissions scolaires et les écoles, les municipalités, les corps policiers, les différents milieux de travail ou encore les organismes et établissements du secteur économique.

C'est dans cette perspective de collaboration entre divers partenaires que le Plan d'action régional de santé publique a été conçu. Cette collaboration nécessite le respect mutuel entre les organisations en place ainsi que la reconnaissance de l'expertise de chacun des organismes et établissements visés par cette démarche. La mobilisation de tous représente donc une condition essentielle à la mise en œuvre de ce Plan d'action régional.

2.

Défis et conditions favorables à la réussite du plan d'action régional

2.1 DÉFIS

La présente section aborde les principaux défis inhérents à la mise en œuvre du Plan d'action régional de santé publique. Ces défis sont de nature transversale, c'est-à-dire qu'ils doivent être pris en compte par l'ensemble des domaines présentés dans la quatrième partie.

L'adaptation des services préventifs

La littérature a démontré une corrélation entre l'état de santé et de bien-être et les déterminants de la santé. Plus spécifiquement, certains indicateurs de défavorisation, tels que la sous-scolarisation, l'inactivité économique, le manque de soutien social, augmentent le risque de vulnérabilité d'une personne et cet état de vulnérabilité est souvent variable dans le temps; il peut en effet correspondre aux cycles de la vie ou à des périodes de transition. D'autres variables, comme le sexe, l'âge et la culture, sont également à considérer dans l'analyse de santé de la population et dans les stratégies à promouvoir. À titre d'exemple, une approche différenciée qui tient compte du sexe et de la culture s'avère intéressante pour élaborer des stratégies d'intervention qui tiennent compte des réalités différentes vécues par les femmes, les hommes et les immigrants. Aussi, pour tenter de réduire les effets négatifs de ces facteurs ainsi que leurs conséquences sur la santé et le bien-être, il importe d'être à l'écoute des besoins exprimés par les communautés et d'adapter l'offre de service à leurs besoins particuliers afin de mieux les rejoindre et de leur offrir les interventions préventives requises. Les services et programmes doivent être également adaptés afin de tenir compte de la pratique des intervenants en place et des cultures organisationnelles.

Le vieillissement de la population

Depuis une trentaine d'années, on observe une augmentation constante des 65 ans et plus et cette tendance va continuer à s'accroître, notamment avec l'arrivée des « baby boomers » dans ce groupe d'âge. De plus, la diminution des naissances accompagnée d'une augmentation de l'espérance de vie entraîne un changement démographique important. Ce phénomène viendra renverser, avec les années, la structure démographique actuelle, ce qui aura nécessairement un impact sur différents systèmes dont le système de santé et de soins. Des adaptations à une société vieillissante sont donc requises, ce qui devient véritablement un défi. On doit d'ores et déjà penser à mettre en place des services adaptés dans l'optique de préserver l'autonomie et de minimiser l'impact des maladies chroniques et des incapacités chez les aînés. À cet égard, des activités liées à la promotion de la santé et à la prévention, entre autres en ce qui concerne les habitudes de vie et la création d'environnements favorables à une plus grande autonomie, deviennent incontournables pour maintenir nos aînés actifs et ainsi en meilleure santé.

Le développement du pouvoir collectif et individuel

La capacité des individus et des communautés à déterminer leurs propres besoins et leurs solutions en matière de santé et de bien-être doit être reconnue. Les principes éthiques d'une pratique en santé publique privilégient la participation active des individus à la prise de décision concernant leur santé. La reconnaissance de cet apport doit se concrétiser par la réalisation de projets issus des communautés et par la prise en compte de stratégies d'intervention qui privilégient l'*empowerment* des individus et des collectivités. Pour l'auteur William A. Ninacs, l'*empowerment* est un processus par lequel un individu ou une collectivité s'approprie le pouvoir ainsi que sa capacité à l'exercer et constitue une stratégie de changement social axé sur le partage du pouvoir⁴. C'est la capacité de choisir librement, de transformer son choix en une décision et d'agir en fonction de cette décision en étant prêt à en assumer les conséquences. L'*empowerment* ici est donc à la fois processus, approche et finalité. Il vise en effet le développement des

capacités d'une communauté à se prendre en charge et à améliorer la santé et le bien-être des individus qui la composent. Pour ce faire, le soutien des partenaires locaux, régionaux et intersectoriels s'avère essentiel puisqu'il faudra concilier cette approche avec celle par programme, privilégiée par le Programme national de santé publique.

La lutte contre la pauvreté et ses conséquences et contre l'exclusion sociale

La pauvreté et l'exclusion sociale sont des déterminants importants de la santé et du bien-être. À ce jour, l'action en santé publique a davantage porté sur la réduction des conséquences de ces problématiques que sur leurs causes structurelles. Cette approche est valable et doit être maintenue; cependant, une intervention sur les aspects personnel, social, politique et culturel de la pauvreté et de l'exclusion sociale commande une conception plus globale. Cette lutte requiert des actions concertées et interpelle tous les acteurs locaux, régionaux et nationaux des secteurs concernés, soit la santé, l'emploi, le revenu, l'éducation, la famille et la sécurité publique, notamment. Le but visé est de mettre en place des conditions et des environnements physique, social et économique favorables à la santé et au bien-être des personnes.

L'identification et la réponse aux problématiques émergentes

La Direction régionale de santé publique devra assurer un rôle de vigie dans l'identification de problèmes émergents. Cette vigie active sera faite avec l'aide des intervenants du réseau et des partenaires. De nouvelles problématiques de santé publique sont susceptibles d'apparaître au cours de la période visée par le présent plan d'action. Il importera donc de pouvoir les identifier rapidement et par la suite de faire face à ces problématiques émergentes par le développement de pratiques novatrices et une mobilisation réussie des partenaires.

L'intégration des pratiques cliniques préventives

En vue d'agir le plus possible en amont et de prévenir les problèmes de santé évitables et leurs conséquences, les intervenants de la première ligne du

réseau de la santé et des services sociaux sont invités à renforcer leurs pratiques cliniques préventives. Celles-ci renvoient à l'ensemble des interventions clinicien-patient qui visent la prévention et incluent les activités de counselling, de dépistage et de détection précoce, ainsi que les activités de vaccination et de chimioprophylaxie. L'intégration des pratiques cliniques préventives constitue un défi d'importance en raison de la pression qu'exerce la médecine curative dans notre système de soins actuel. Les médecins sont, sans contredit, des partenaires importants à cet égard.

La mobilisation de tous les partenaires concernés et le soutien aux activités

Un travail concerté avec différents partenaires liés au réseau de la santé et des services sociaux et à d'autres secteurs d'activités est indispensable. Pour ce faire, l'ensemble des acteurs, tant à l'Agence que dans les autres milieux, doivent se mobiliser autour d'un projet commun qui est l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Des activités de formation destinées aux intervenants et aux gestionnaires devraient favoriser cette mobilisation. Par ailleurs, la diffusion régulière d'information relative à l'évolution de l'état de santé de la population s'avère une stratégie de soutien importante pour les partenaires visés par les activités de santé publique dans la région. La transmission régulière de données peut en effet amener certains secteurs à changer leurs orientations ou leurs actions. La Direction régionale de santé publique doit soutenir de façon tangible la concrétisation de ce défi, notamment en s'assurant de sa mise en œuvre et des suivis qui en découlent. Elle devra également veiller au maintien de la mobilisation des différents partenaires en s'appuyant sur les mécanismes de concertation déjà existants, évitant ainsi le chevauchement et le dédoublement des lieux de concertation.

Bien que ces défis constituent la toile de fond pour l'ensemble des domaines, certains d'entre eux sont plus spécifiques à des domaines d'activités en particulier.

2.2 CONDITIONS FAVORABLES

L'élaboration du Plan d'action régional de santé publique est une première étape qui s'inscrit dans un processus de planification. L'implantation de ce plan d'action constitue une autre étape qui s'avère tout aussi importante. C'est pourquoi des conditions favorables ont été définies et sont essentielles afin d'en assurer la réussite.

Le financement adéquat et des ressources adéquates

Le présent plan d'action décrit des activités selon trois niveaux d'avancement : celles qui sont déjà en place, celles qui sont à consolider et celles qui doivent être développées. Les budgets actuellement disponibles permettent de réaliser les activités en cours et de consolider une partie des activités qui doivent l'être. Toutefois, il est évident que la réalisation complète de ce plan d'action nécessite un ajout substantiel au financement de base actuel. Ces budgets supplémentaires permettront la consolidation ou le développement de projets dans les différents milieux engagés en prévention/promotion.

Le suivi du Plan d'action régional de santé publique

Le suivi du Plan d'action régional constitue un levier important. Cette activité relativement complexe nécessite la mise en place d'un mécanisme de concertation et de coordination permettant le suivi de sa mise en œuvre et le maintien des partenariats. Un comité composé de représentants de divers milieux impliqués en santé publique veillera à l'actualisation des actions qui viendront le mieux répondre aux besoins de la population de la région de la Capitale nationale. L'évaluation soutiendra ce processus, notamment par la production d'information pertinente qui facilite les décisions quant aux orientations à privilégier pour atteindre les objectifs visés. En outre, l'élaboration des plans d'action locaux (PAL) est actuellement en voie d'actualisation. La DSP a apporté son soutien aux CLSC lors de la réalisation de cette démarche, notamment par la mise en place d'un mécanisme de coordination avec l'ensemble des CLSC. Dans la perspective de faci-

liter la mise en œuvre et le suivi du PAR et des PAL, des liens étroits devront continuer entre les différentes instances engagées dans ce processus de planification, surtout dans le contexte de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

La recherche

La recherche est un atout important dans la réalisation du Plan d'action régional. À cet égard, la Direction régionale de santé publique a déjà défini ses orientations. Elle reconnaît l'importance de maintenir et de développer des activités de recherche en appui à la programmation régionale. Pour ce faire, des liens étroits doivent être tissés entre les intervenants « terrain » et les chercheurs afin que ces derniers saisissent bien les préoccupations et les besoins des professionnels œuvrant auprès des populations ciblées. En outre, les recherches menées doivent conduire à des connaissances nouvelles en rapport avec l'intervention dans le but de soutenir la réalisation des fonctions de base de la santé publique et d'assurer une meilleure pratique autant en santé publique que dans les autres disciplines liées aux problématiques de santé. La recherche doit être également formative, c'est-à-dire que les résultats probants doivent être intégrés tant dans la pratique des intervenants concernés par le sujet développé que par les instances décisionnelles. Cela devrait alors contribuer à l'amélioration des programmes et des services offerts à la population. En ce sens, la DSP doit s'assurer de la diffusion des résultats de recherche auprès de l'ensemble des partenaires qui œuvrent en santé publique.

3.

Portrait de santé de la population de la région de la Capitale nationale

Ce portrait de santé s'inspire et emprunte de larges passages du rapport *Le portrait de santé. La région de Québec et ses territoires de CLSC*, produit en 2002 par la Direction régionale de santé publique. Suivant le modèle proposé dans ce rapport, les informations présentées ci-dessous sont regroupées en deux sections : les déterminants de la santé et l'état de santé. Il s'agit là d'un modèle de classification des informations et non d'un modèle explicatif du concept de santé. Les données sont parfois accompagnées de graphiques et de tableaux qui fournissent des renseignements supplémentaires sur la situation de la région. Enfin, la plupart des données concernent la période 1994-1998, la population de référence pour les diverses estimations étant celle de 1996*.

3.1 LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

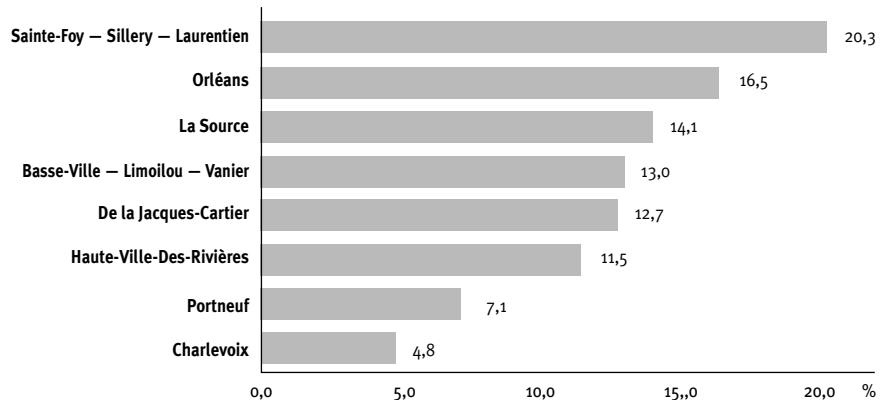
3.1.1 Dimension sociale

Dimension sociodémographique

Troisième en importance dans la province en 1996 (644 505 habitants), la population de la région de la Capitale nationale croît, mais à un rythme lent. De 1991 à 1996, sa croissance a été de 2 % comparativement à 3 % pour la province. La croissance a été plus marquée dans le territoire de CLSC de la Jacques-Cartier (+ 10,3 %). À l'opposé, deux territoires de CLSC ont connu une décroissance : Basse-Ville – Limoilou – Vanier (- 4,5 %) et Charle-

Graphique 1

Répartition (%) de la population de la région de la Capitale nationale par territoire de CLSC, les deux sexes réunis, 1996



Source : Le portrait de santé. La région de Québec et ses territoires de CLSC. Édition 2002, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 346 p.

voix (- 2,4 %). Le graphique 1 illustre la répartition de la population de la région de la Capitale nationale en 1996, par territoire de CLSC.

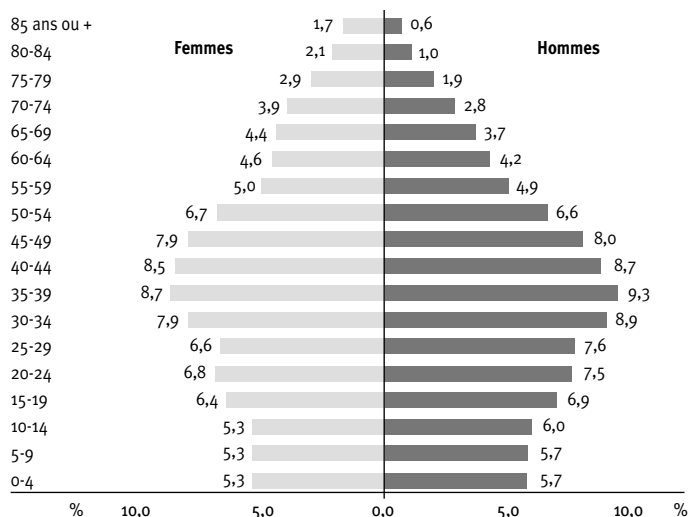
Comme dans la majeure partie du monde industrialisé, la région accuse un recul des naissances qui se traduit, pour la période 1994-1998, par un nombre moyen d'enfants par femme (1,36) le plus faible de la province, et très en deçà du seuil de remplacement des générations qui est d'environ 2,1 enfants par femme.

Dans la population féminine de la région, la moyenne annuelle des interruptions volontaires de grossesse (IVG) se chiffre à 2 111 pour la période 1995-1998. Chez les adolescentes de 14-17 ans de la région, le taux d'IVG dans la période 1996-1998 est de 10,9 pour 1 000 adolescentes, un taux signifi-

* Bien qu'il y ait eu un recensement de la population effectué en 2001, les effectifs de population par territoire de CLSC ne seront disponibles qu'en automne 2004. Aussi, pour les besoins de ce portrait de santé, les données liées au recensement présentées sont celles de l'année 1996. À titre indicatif, les données préliminaires et non corrigées du recensement de 2001 estiment la population régionale à près de 650 000 personnes.

cativement moins élevé que celui de la province (13,2 pour 1 000). En revanche, les territoires de CLSC affichent des disparités notables. D'une année à l'autre, le territoire de CLSC Basse-Ville – Limoilou – Vanier présente un taux d'IVG chez les adolescentes qui est le double du taux régional. Au cours des dernières années, on constate une moyenne annuelle d'environ 600 grossesses chez les jeunes filles de moins de 20 ans de la région, et la contraception demeure un problème majeur à l'adolescence.

Graphique 2
Répartition (%) des femmes et des hommes de la région de la Capitale nationale par groupe d'âge, 1996



Source : Institut de la statistique du Québec, Données de population selon le groupe d'âge et le sexe, Québec (03).

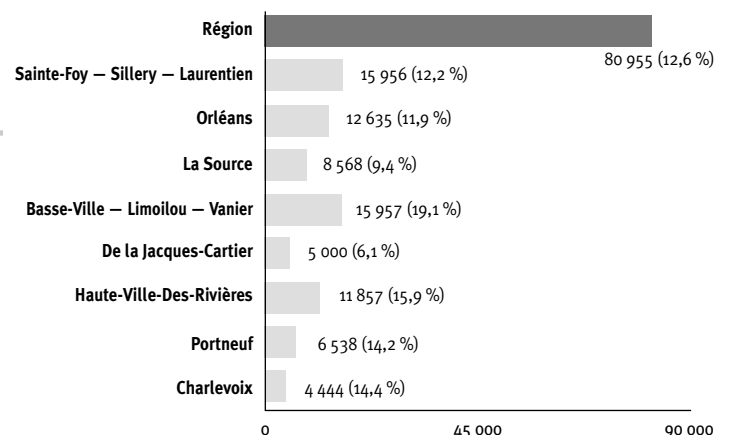
La diminution globale des naissances ajoutée à une longévité plus grande de la population entraîne irrémédiablement une réduction du poids démographique des jeunes et une augmentation de celui des personnes âgées; au fil des ans, ce phénomène entraînera une inversion de la pyramide des âges (graphique 2). Par ailleurs, l'évolution des effectifs de population est inégale selon le sexe et selon les territoires de CLSC.

En 1986, la région de la Capitale nationale comptait 604 112 personnes, dont 60 022 (10 %) âgées de 65 ans et plus. En 1996, la population de la région s'élève à 644 505 personnes, dont 80 955 (12,6 %) âgées de 65 ans et plus, soit une augmentation du

nombre de personnes âgées, sur 10 ans, de plus de 20 000 (+ 35 %). Ce groupe augmente donc en nombre et en pourcentage relatif, par rapport à l'ensemble de la population de la région, au fil des années. L'Institut de la statistique du Québec estime qu'en 2011 la région de la Capitale nationale comptera environ 661 367 personnes dont 116 420 (17,6 %) âgées de 65 ans et plus. Si la tendance actuelle se maintient, cette proportion passera à 28 % en 2026, ce qui représente une augmentation du nombre de personnes âgées de 127 % par rapport à 1996, tandis que la population globale de la région sera estimée à 657 000 personnes.

Les graphiques 3 et 4 montrent bien que le vieillissement de la population de la région et l'importance relative des personnes âgées diffèrent selon les territoires de CLSC. Dans le graphique 3, les territoires de CLSC Sainte-Foy – Sillery – Laurentien et Basse-Ville – Limoilou – Vanier ont un nombre semblable de personnes âgées de 65 ans et plus (15 956 et 15 957 personnes). Toutefois, ces personnes âgées comptent pour 12,2 % de la population dans le premier territoire, et pour 19,1 % dans le second. Le graphique 4, lui, montre que les proportions de personnes âgées dans chacun des

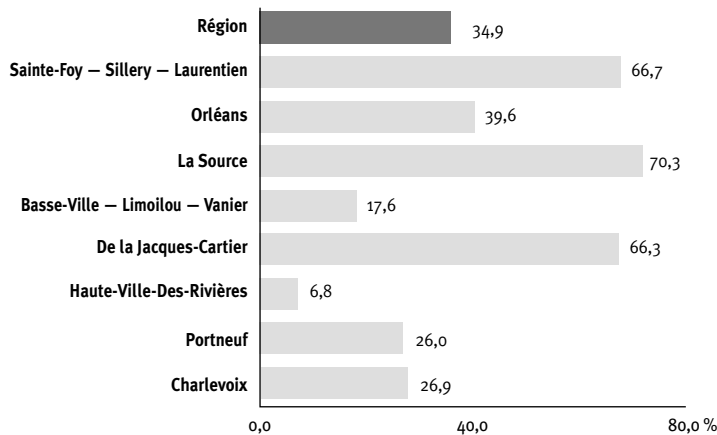
Graphique 3
Répartition en nombre et en pourcentage de la population des personnes âgées de 65 ans et plus, parmi la population totale de chacun des territoires de CLSC, les deux sexes réunis, 1996



Source : *Le portrait de santé. La région de Québec et ses territoires de CLSC.* Édition 2002, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 346 p.

Graphique 4

Taux d'accroissement (%) de la population des personnes âgées de 65 ans et plus de la région, dans chacun des territoires de CLSC, les deux sexes réunis, 1986-1996



Source : *Le portrait de santé. La région de Québec et ses territoires de CLSC*. Édition 2002, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 346 p.

territoires de CLSC sont le résultat du taux d'accroissement des personnes âgées, taux qui diffère aussi selon le territoire de CLSC. Ainsi, dans le territoire de CLSC Sainte-Foy – Sillery – Laurentien, la proportion de personnes âgées (12,2 % en 1996) affiche un taux d'accroissement de 66,7 % entre 1986 et 1996. Dans le territoire de CLSC Basse-Ville – Limoilou – Vanier, la proportion de personnes âgées (19,1 % en 1996) a connu un taux d'accroissement de 17,6 % entre 1986 et 1996. Ainsi, bien que la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus soit moins élevée dans le premier territoire de CLSC que dans le second, le taux d'accroissement des personnes âgées est, dans le premier cas, près de quatre fois plus élevé que dans le second cas. Au cours des dix prochaines années, cet effet de taux d'accroissement différents selon le territoire de CLSC sera de plus en plus marqué. Par ailleurs, à l'intérieur même des territoires, la répartition géographique du vieillissement peut être fort différente d'un secteur ou d'un quartier à l'autre.

Dimension socio-économique

Des liens étroits existent entre le niveau de vie socio-économique et la santé. L'amélioration des conditions socio-économiques et la réduction des inégalités sociales sont des objectifs importants que partage la Direction régionale de santé publique avec d'autres partenaires du milieu. Dans la région, les territoires de CLSC Basse-Ville – Limoilou – Vanier et Charlevoix se situent parmi les plus défavorisés, notamment en ce qui concerne des indicateurs comme le taux de chômage, le revenu moyen des particuliers, le pourcentage de personnes sous le seuil de faible revenu et la faible scolarisation (moins d'une 9^e année).

Dans la région, près du quart des enfants de moins de 6 ans vivent sous le seuil de faible revenu, ce qui est comparable à la proportion provinciale; la proportion d'enfants de ce groupe d'âge dont les parents sont prestataires de l'assistance-emploi (auparavant l'aide sociale), bien que légèrement inférieure à la moyenne québécoise en 1999, touche un enfant sur dix. La proportion de prestataires de l'assistance-emploi est nettement supérieure dans un seul territoire de CLSC, soit Basse-Ville – Limoilou – Vanier (29,1 %) où, en 1999, elle surpasse de trois fois les proportions régionale et provinciale.

Les familles monoparentales constituent également un groupe vulnérable sur le plan socio-économique. En 1996, dans la région comme dans la province, elles représentent le cinquième de toutes les familles avec enfants d'âge mineur. Cette proportion atteint le double (41,1 %) sur le territoire de CLSC Basse-Ville – Limoilou – Vanier.

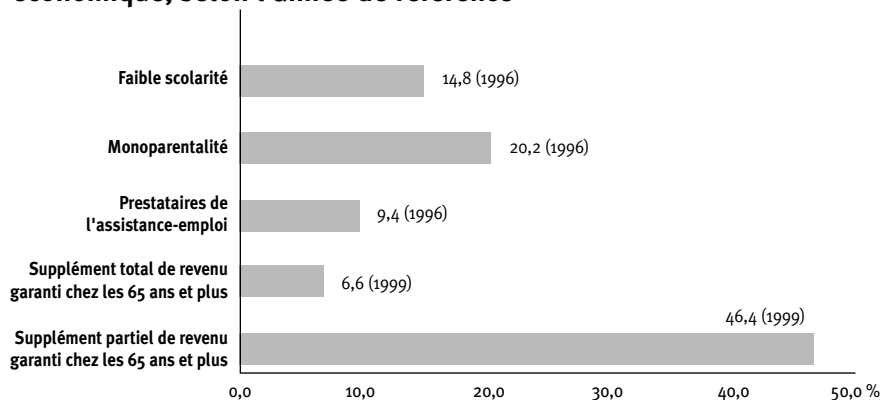
La vulnérabilité économique frappe aussi les personnes âgées, puisqu'un peu plus de la moitié (53 %) de la population des 65 ans et plus reçoit un montant du Programme de supplément de revenu garanti (graphique 5); 46,4 % des personnes âgées reçoivent un montant partiel et 6,6 %, le plein montant.

Dans la région, en 1996, 15 % de toutes les personnes âgées de 15 ans et plus vivent seules comparativement à un pourcentage de 14 % pour la province. Un peu plus du quart (26 %) des personnes

3.1.2 Comportements liés à la santé et facteurs de risque

Graphique 5

Proportion (%) de la population de la région de la Capitale nationale qui présente des caractéristiques de vulnérabilité économique, selon l'année de référence



Source : *Le portrait de santé. La région de Québec et ses territoires de CLSC*. Édition 2002, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 346 p.

âgées de 65 à 74 ans vivent seules en logement, tandis que cette proportion grimpe à 41,7 % chez les personnes de 75 ans et plus. Après 75 ans, une femme sur deux vit seule, une proportion qui équivaut à plus du double du pourcentage des hommes du même âge. C'est dans les territoires de CLSC Haute-Ville- des-Rivières, Basse-Ville – Limoilou – Vanier et Sainte-Foy – Sillery – Laurentien que la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus vivant seules est la plus élevée.

Par ailleurs, bien que la vulnérabilité économique et sociale caractérise davantage certains territoires de CLSC, des études infrarégionales démontrent que, à l'intérieur même des territoires, des zones géographiques regroupent des proportions élevées de personnes vulnérables.

Plusieurs des maladies chroniques sont liées de façon causale aux comportements des individus. Le tabagisme, l'alimentation, l'activité physique et la consommation d'alcool sont des habitudes de vie sur lesquelles on peut agir pour prévenir l'apparition des maladies cardiovasculaires, du diabète, des cancers, de l'obésité et des maladies respiratoires. L'obésité et l'excès de poids sont aussi des facteurs de risque très importants de l'ensemble des maladies chroniques.

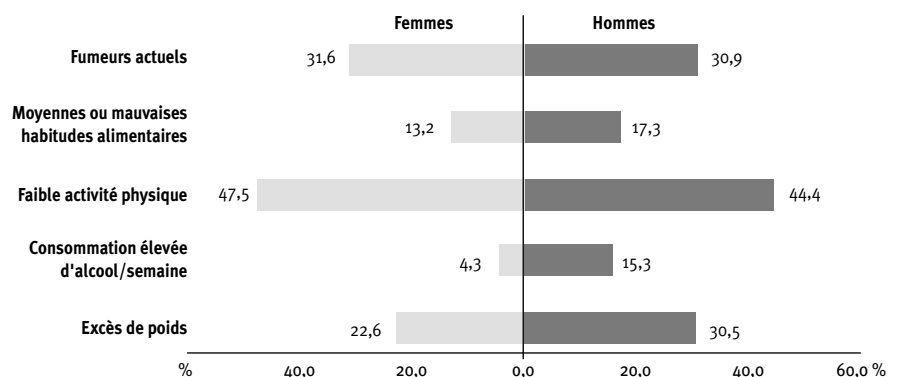
Comportements liés à la santé

En 1998, près du tiers de la population de 15 ans et plus de la région fumait la cigarette, soit environ 160 000 personnes. Selon les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), réalisée en 2001 par Statistique Canada, la proportion de fumeurs de 12 ans et plus dans la région serait maintenant de 27,8 %. L'écart entre les sexes constaté depuis 1978 tend à s'inverser puisque la proportion des femmes qui fumaient en 1998, dans la région, est plus importante que celle des hommes (graphique 6). La pré-

En 1998, près du tiers de la population de 15 ans et plus de la région fumait la cigarette, soit environ 160 000 personnes. Selon les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), réalisée en 2001 par Statistique Canada, la proportion de fumeurs de 12 ans et plus dans la région serait maintenant de 27,8 %. L'écart entre les sexes constaté depuis 1978 tend à s'inverser puisque la proportion des femmes qui fumaient en 1998, dans la région, est plus importante que celle des hommes (graphique 6). La pré-

Graphique 6

Proportion (%) de la population de 15 ans et plus de la région de la Capitale nationale ayant déclaré une habitude de vie ou un facteur de risque, selon le sexe, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

valence élevée du tabagisme chez les jeunes de la région est également inquiétante, d'autant plus qu'ils commencent à fumer à un âge de plus en plus précoce.

Globalement, la population de la région de la Capitale nationale affirme avoir de bonnes habitudes alimentaires, à l'instar de la population de la province. Les hommes ont cependant une perception moins positive de leurs habitudes que les femmes (17,3 % contre 13,2 %). Toutefois, les données récentes de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* montrent que 39 % de la population de 12 ans et plus, dans la région, consomme quotidiennement les cinq portions de fruits et légumes recommandées, ce qui correspond à la moyenne provinciale.

En ce qui concerne l'activité physique, la région suit également la tendance provinciale. En 1998, près de la moitié (46 %) des adultes n'avaient pas pratiqué d'activités physiques de loisir sur une base hebdomadaire, au cours d'une période de trois mois précédant l'enquête. Cette relative sédentarité est légèrement plus importante chez les femmes. Par ailleurs, c'est après 25 ans que la sédentarité semble s'installer puisque la moitié des personnes de 25 ans et plus s'adonnent à l'activité physique moins d'une fois par semaine, contre le tiers des personnes de 15-24 ans.

En ce qui concerne la consommation élevée d'alcool dans la région (soit quatorze consommations ou plus durant la semaine précédant l'enquête), le pourcentage de personnes ayant déclaré cette habitude est en hausse d'année en année, de sorte que la valeur régionale, maintenant à 9,7 %, est légèrement supérieure à la valeur provinciale. Les pourcentages sont toujours plus élevés chez les hommes. Par ailleurs, le taux régional de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies se situe dans la moyenne provinciale. Ce taux a tendance à diminuer chez les deux sexes, mais il est nettement supérieur chez les hommes.

Facteurs de risque modifiables

Les bébés nés avec un poids insuffisant ou avant terme ont des risques accrus d'éprouver des problèmes de santé ou même de décéder dans la première année de vie. Pour ce qui est de l'insuffisance pondérale, la situation s'est stabilisée dans

la région depuis la période 1989-1993, de sorte que ces bébés ne comptent que pour 5,4 % des naissances pour la période 1994-1998; ce pourcentage est significativement inférieur à la moyenne provinciale (6 %). En outre, depuis la période 1984-1988, la proportion de naissances avec retard de croissance intra-utérine a également diminué de façon constante dans la région pour atteindre 8 % pour la période 1994-1998, un pourcentage lui aussi inférieur à celui de la province (8,6 %). En ce qui concerne la prématurité, la région ne se démarque pas de l'ensemble du Québec : elle enregistre une légère hausse depuis la période 1984-1988, de sorte que la prématurité touche environ 7 % des naissances vivantes pour la période 1994-1998. Toutefois, pour chacun de ces facteurs de risque, les territoires de CLSC présentent des différences marquées. Le territoire de CLSC Basse-Ville – Limoilou – Vanier est celui qui obtient les valeurs les plus élevées et statistiquement significatives par rapport à la province, tant pour l'insuffisance pondérale (7,8 %) que pour le retard de croissance intra-utérine (10,4 %) et la prématurité (8,9 %).

L'obésité et l'excès de poids, dans la population adulte de 15 ans et plus, constituent deux phénomènes en progression, dans la région comme dans la province. La population adulte ayant un surplus de poids est passée de 15,9 % en 1987 à 21,3 % en 1992-1993 et à 26,5 % en 1998, ce qui représente environ 135 500 personnes pour l'année 1998. L'excès de poids est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (graphique 6).

3.1.3 Adaptation sociale

Le taux régional d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ), chez les jeunes de moins de 18 ans, surpasse légèrement, mais de façon significative la moyenne provinciale (4,6 pour 1 000 contre 4,4 pour 1 000). En 2002-2003⁵, le Centre jeunesse de Québec a reçu 5 302 signalements. De ce nombre, 49 % ont été retenus et plus de la moitié d'entre eux (52 %) concernent des filles. Les territoires de CLSC Basse-Ville – Limoilou – Vanier (27,9 %), La Source (13,4 %) et Orléans (12,9 %) sont les plus touchés au regard de la provenance des familles dont les signalements ont été retenus. La négligence est en

cause dans 58,3 % des cas. Par ailleurs, le taux de victimisation pour violence conjugale a connu une légère hausse en 1999 (257 victimes pour 100 000 femmes) par rapport à 1998 (241 pour 100 000).

3.1.4 Environnement physique

Eau potable

En 1999, pour les trois quarts des résidants de la région, l'eau à domicile provient d'un réseau avec traitement complet ou encore avec traitement partiel (à l'exclusion de la simple chloration), comparativement aux deux tiers des résidants dans la province. Une partie non négligeable de la population de la région s'approvisionne à un puits individuel (8,2 %) ou à un réseau de distribution sans traitement (5,9 %).

Qualité des logements

Selon l'évaluation des occupants, la région de la Capitale nationale obtient l'un des plus faibles pourcentages de logements privés nécessitant des réparations majeures en 1996, ce qui est sensiblement la même proportion qu'en 1991 (un peu plus de 6 %).

3.2 ÉTAT DE SANTÉ

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cependant, cette définition générale peut difficilement être traduite de façon empirique étant donné les limites de nos systèmes d'information. En fonction des données disponibles, certains indicateurs permettent de caractériser l'état de santé général d'une population qui se traduit, entre autres, par la perception qu'ont les individus de leur état de santé et de bien-être (santé subjective) et par des données plus objectives telles que l'espérance de vie, les hospitalisations et les décès.

3.2.1 Santé générale et bien-être

En 1998, 8,6 % de la population de 15 ans et plus dans la région se perçoit en moyenne ou en mauvaise santé, comparativement à 11 % des personnes dans la province; cette différence est significative sur le plan statistique, tout comme le pourcentage le plus élevé, dans la région, de la population insatisfaite de sa vie sociale, qui s'élève à 15,6 % comparativement à 13,1 % dans la province. Cette proportion est en hausse depuis 1987.

Le fait que la majorité des personnes rapportant des idées suicidaires aient indiqué avoir pensé à un moyen de mettre fin à leurs jours permet de croire que leur intention était très sérieuse. En 1998, environ 25 000 résidents de 15 ans et plus de la région, n'ayant pas fait de tentatives de suicide au cours des douze derniers mois, disent avoir eu ce genre de pensées pendant la même période. Cela représente environ 5 % de la population de 15 ans et plus et place la région au premier rang du Québec en 1998. Cette détresse est plus fréquente chez les jeunes de 15-24 ans; toujours dans ce groupe d'âge, elle frappe un peu plus les femmes que les hommes.

3.2.2 Hospitalisations et incidence des cancers

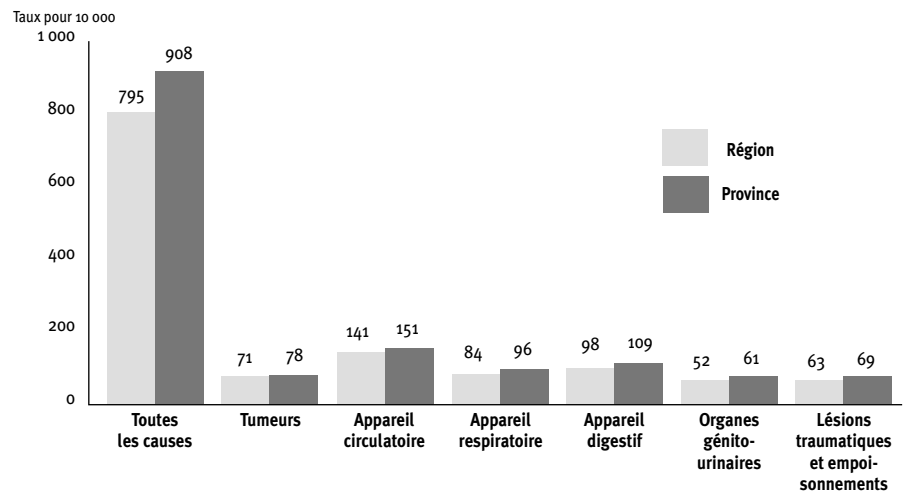
Le graphique 7 compare les taux ajustés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée chez les deux sexes réunis, dans la région et la province, pour la période 1995-1999.

Comme pour la province, les maladies de l'appareil circulatoire sont la principale cause d'hospitalisation pour la période 1995-1999, chez les deux sexes réunis, et représentent une moyenne annuelle d'un peu moins de 10 000 hospitalisations, comparativement à la moyenne régionale totale de 53 000 hospitalisations en soins de courte durée, pour la même période. Tous les taux ajustés d'hospitalisation régionaux sont inférieurs de façon significative aux taux ajustés provinciaux comparables.

En 1998-1999⁶, par ailleurs, 3 180 adultes de 18 ans et plus dans la région ont été hospitalisés en soins psychiatriques de courte durée. La raison principale de l'hospitalisation varie selon le groupe d'âge : chez les 18 à 74 ans, ce sont les troubles mentaux

Graphique 7

Comparaison du taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée, selon l'indication principale, région et province, 1995-1999 (taux pour 10 000)



Source : *Le portrait de santé. La région de Québec et ses territoires de CLSC*. Édition 2002, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 346 p.

majeurs qui prédominent, tandis que les personnes de 75 ans et plus sont surtout hospitalisées pour cause de démence.

Quant à l'incidence des cancers, pour la période 1994-1998, le nombre annuel moyen de nouveaux cas diagnostiqués* dans la région est de 2 780. Autant dans la région que dans la province, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués de cancer du poumon est préoccupant. Le graphique 8 illustre les taux ajustés d'incidence du cancer selon les principaux sites de tumeurs.

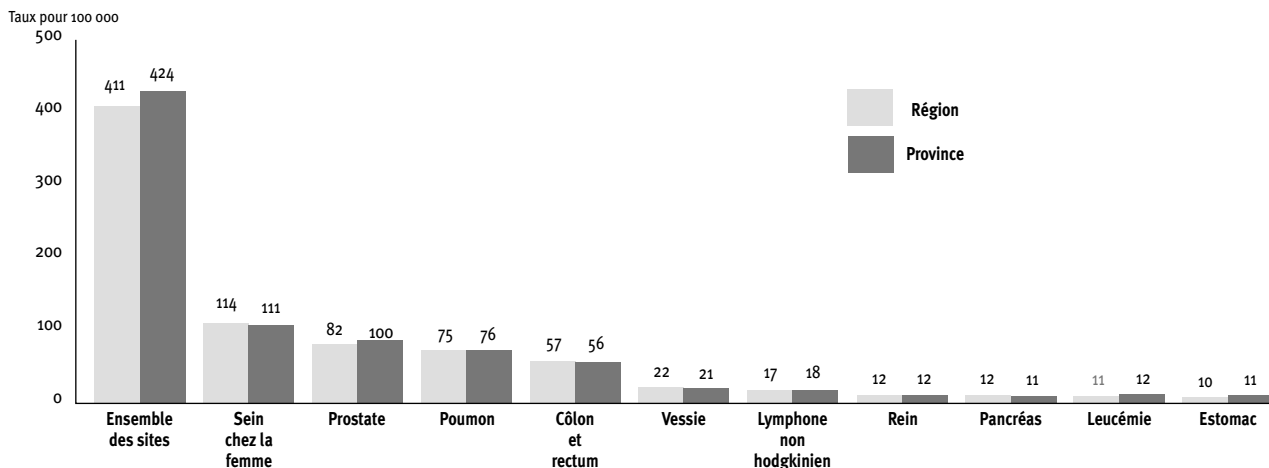
Ces taux ajustés d'incidence du cancer notés dans la région et la province sont tous comparables, à l'exception du taux ajusté d'incidence du cancer de la prostate, dont la valeur régionale plus faible que celle de la province est significative sur le plan statistique.

Par ailleurs, plusieurs problèmes de santé ne nécessitent pas d'hospitalisation mais ils demeurent importants. Règle générale, les prévalences des principaux problèmes de santé déclarés sont en hausse depuis 1987, dans la région et dans la province. La rhinite allergique (rhume des foins) est un des problèmes les plus fréquents en 1998 (12,1 %) et la moyenne régionale surpasse de façon significative la moyenne québécoise (9,4 %). La prévalence de l'asthme a également augmenté dans la région, passant de 1,7 % en 1987 à 6,3 % en 1998.

3.2.3 Maladies infectieuses

Au chapitre des maladies évitables par la vaccination, le programme de prévention de l'influenza nécessite chaque année des efforts importants pour rejoindre et vacciner une clientèle visée en hausse, en raison du vieillissement de la population de la région. Malgré l'absence d'un registre provincial de vaccination, lequel est cependant prévu dans la *Loi sur la santé publique*, certaines cou-

Graphique 8
Comparaison du taux ajusté d'incidence du cancer, selon le site de la tumeur, région et province, 1994-1998 (taux annuel moyen pour 100 000 personnes)



Source : *Le portrait de santé. La région de Québec et ses territoires de CLSC*. Édition 2002, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 346 p.

* L'incidence des cancers s'établit à partir des nouveaux cas diagnostiqués lors d'une hospitalisation dans une unité de soins de courte durée ou lors d'une admission en soins d'un jour. Aussi, ces données sous-estiment l'incidence réelle des divers types de cancer puisqu'elles ne tiennent pas compte des diagnostics portés en milieu ambulatoire.

vertures vaccinales des populations sont néanmoins connues à partir d'opérations ponctuelles.

La couverture vaccinale de l'influenza chez les personnes de 60 ans et plus s'accroît constamment et se rapproche de l'objectif provincial de 60 % (57 % en 2003-2004). Cependant, la couverture vaccinale des personnes atteintes de maladies chroniques s'éloigne considérablement de cet objectif (32 % en 2002-2003). Pour la même année de référence, un peu plus de 90 % des élèves en quatrième année du primaire sont vaccinés avec trois doses de vaccin contre l'hépatite B. Cette situation est la même depuis 1994 et se situe dans la moyenne provinciale. Quant aux élèves de troisième secondaire, ils reçoivent le rappel de diphtérie-tétanos dans une proportion de 85 %.

En ce qui a trait au contrôle et à la surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MADO), la Direction régionale de santé publique a reçu 2 300 déclarations en 2002* de la part de ses partenaires, ce qui représente une baisse de 7,5 % par rapport à l'année 2001. Cette diminution s'expliquerait, entre autres, par une baisse du nombre de maladies entériques. La région a en outre enregistré une diminution du nombre de maladies évitables par la vaccination, dont la coqueluche (- 40 %) et les infections invasives à méningocoques (- 60 %). Par contre, les cas de tuberculose ont augmenté de 60 % (passant de 10 à 17 cas) de 2001 à 2002. Enfin, 22 cas d'infection au VIH ont été déclarés pour la région de la Capitale nationale entre le 1^{er} avril et le 31 décembre 2002, cette infection n'étant pas à déclaration obligatoire auparavant.

Les données sur l'incidence des maladies infectieuses de la région, pour leur part, reflètent sensiblement les mêmes tendances qu'au niveau provincial, soit une diminution de l'incidence de l'hépatite B aiguë depuis 1993, de la campylobactériose depuis 2000 et de la scarlatine depuis 2001, et une augmentation de l'incidence des infections invasives à méningocoques en 2001, du paludisme depuis 1993, de la giardiase depuis 1999, de la chlamydiose génitale depuis 1995 et de l'infection à gonorrhée depuis 2000.

En outre, le virus de l'hépatite C (VHC), principalement transmis par le sang, est un problème très préoccupant. Au cours des dix dernières années, 1 548 cas ont été déclarés dans notre région, et en

2001, son incidence chez nous est sensiblement la même que dans l'ensemble de la province (48,6 pour 100 000 personnes-année contre 46,2 pour la province). Chez les utilisateurs de drogues par injection, population de loin la plus touchée par le VHC, la co-infection VIH, VHB et VHC est très fréquente ($\pm 40\%$)⁷.

Selon des estimations conservatrices, la région compterait entre 5 000 et 6 000 toxicomanes utilisant la voie intraveineuse au moins occasionnellement, et le nombre d'utilisateurs actuellement rejoints par le programme d'échange de seringues est estimé entre 2 500 et 3 000. Entre 500 et 800 de ces personnes vivraient dans des conditions de désorganisation, de précarité et de détresse psychologique très importantes.

3.2.4 Mortalité

En 1984, le nombre moyen régional de décès était d'environ 4 000. En 1998, en raison du vieillissement de la population, ce nombre a grimpé à environ 5 000. Cela représente, sur quinze ans, une augmentation de 25 %. Cette tendance est importante car elle suppose, à moyen terme, une augmentation des besoins pour certains types de services (hébergement, soutien à domicile et soins palliatifs).

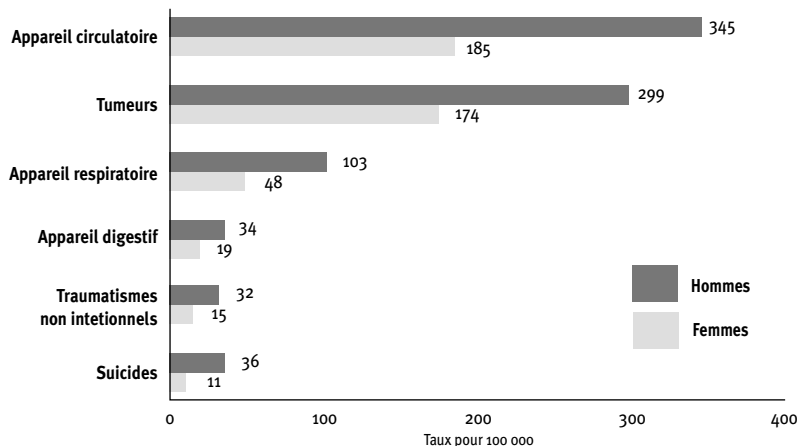
Parmi les principales causes de mortalité dans la région, pour la période 1994-1998 (graphique 9), les maladies de l'appareil circulatoire, malgré une baisse constante depuis la période 1984-1988, sont au premier rang et causent annuellement environ le tiers des décès. Cette cause est d'ailleurs la seconde en importance, après les tumeurs, en ce qui concerne les années potentielles de vie perdues^{**}. Pour toutes les grandes catégories de causes de mortalité, le taux ajusté de mortalité est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, et traduit ainsi un risque plus élevé de décès chez les premiers. De plus, à l'échelle des territoires de

* Pour plus de détails, se référer au *Rapport sur les maladies à déclarations obligatoires*, DSP, 2002.

** Les années potentielles de vie perdues représentent la somme des années de vie perdues à la suite d'un décès qui survient avant l'âge de 75 ans, dans chacun des groupes d'âge de la population.

Graphique 9

Comparaison du taux ajusté de mortalité selon la cause et selon le sexe, région de la Capitale nationale, 1994-1998 (taux annuel moyen pour 100 000 personnes)



Source : *Le portrait de santé. La région de Québec et ses territoires de CLSC*. Édition 2002, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 346 p.

CLSC, ceux de Basse-Ville – Limoilou – Vanier et d'Orléans accusent un excès de mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire.

Malgré l'amélioration de la santé cardiovasculaire au Québec et dans la région au fil des années, la mortalité liée au cancer du poumon et aux maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) est en forte hausse. Les maladies respiratoires, bien qu'elles comptent dans la province et dans la région pour une faible part des années potentielles de vie perdues, représentent en contrepartie une cause appréciable de décès puisqu'elles arrivent au troisième rang. Cette situation est d'autant plus inquiétante que la mortalité consécutive à ces problèmes est due, environ une fois sur deux, à une MPOC dont le lien avec le tabac est bien établi, soit comme cause ou comme facteur aggravant. De plus, le taux de mortalité par MPOC chez les Québécoises, tout en demeurant nettement inférieur à celui des hommes, est en hausse. À l'échelle des territoires de CLSC, la mortalité attribuable aux MPOC pour la période 1994-1998 atteint un sommet dans le territoire de CLSC Charlevoix.

Dans la région comme au Québec, les tumeurs représentent la deuxième cause de décès mais sont

au premier rang du nombre d'années potentielles de vie perdues. Comme dans les principaux pays industrialisés, le cancer du poumon, particulièrement associé au tabagisme, domine largement la mortalité par cancer, tant chez les hommes que chez les femmes de la région. Chez ces dernières, le taux est en nette progression. Chaque année, le cancer du poumon emporte en moyenne un peu plus de 400 personnes de la région. Ce sont les territoires de CLSC Basse-Ville – Limoilou – Vanier et Charlevoix qui enregistrent les valeurs les plus élevées pour la période 1994-1998, et seul Basse-Ville – Limoilou – Vanier obtient un indice comparatif de mortalité*, pour ce type de cancer, supérieur à la valeur québécoise.

Les traumatismes non intentionnels consistent en des blessures et empoisonnements de nature accidentelle mais qui sont, dans la plupart des cas, évitables. Si les décès par traumatismes non intentionnels, qui représentent un peu plus de la moitié de l'ensemble des décès par traumatismes dans la région et au Québec, comptent pour une faible part de la mortalité totale, ils constituent toutefois une importante cause de décès prématurés puisqu'ils arrivent au troisième rang des causes de décès pour les années potentielles de vie perdues. Ce dernier constat est en grande partie attribuable à une mortalité élevée avant 50 ans, occasionnée par les accidents de véhicules à moteur. Et si on ajoute les décès intentionnels (le suicide en particulier), l'ensemble de la catégorie des accidents, empoisonnements et traumatismes constitue la deuxième cause la plus importante de décès prématurés, après les tumeurs malignes et devant les maladies cardiovasculaires. Le tableau 1 met bien en évidence que les traumatismes sont la première cause de décès pour les groupes d'âge entre 10 et 39 ans, alors qu'ils occupent le deuxième rang des causes de décès les plus fréquentes chez les personnes de 40-49 ans.

* Risque de mortalité calculé à partir de la standardisation indirecte et comparé à l'indice provincial établi à 100.

La seconde moitié des décès dans le groupe des accidents, empoisonnements et traumatismes concerne les suicides. Pour la période 1994-1998, la région enregistre près de trois suicides par semaine, ce qui équivaut à une moyenne annuelle de 150 décès et à un taux (23,2 pour 100 000 personnes) significativement plus élevé que le taux provincial (19,1 pour 100 000). Si les suicides par arme à feu diminuent, ceux par monoxyde de carbone augmentent. Comme dans l'ensemble de la province, le phénomène du suicide a pris de l'ampleur dans la région au cours de la dernière décennie chez les deux sexes, mais avec plus d'inten-

sité chez les hommes. Le taux ajusté de suicide chez ces derniers est maintenant près de quatre fois plus élevé que celui des femmes. Pour la période 1995-1997, la région de la Capitale nationale arrive au premier rang des grandes régions canadiennes pour la mortalité par suicide. À l'échelle des territoires de CLSC, ceux de Basse-Ville – Limoilou – Vanier et de Portneuf accusent, pour 1994-1998, un excédent de mortalité liée au suicide comparativement à l'ensemble du Québec.

Tableau 1

Nombre de décès en 1998 dans la région de la Capitale nationale, selon le groupe d'âge et pour les principales causes de décès

PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS	GROUPES D'ÂGE								
	0-9 ANS	10-19 ANS	20-29 ANS	30-39 ANS	40-49 ANS	50-59 ANS	60-69 ANS	70-79 ANS	80 ANS ou +
Tumeurs malignes	< 5	< 5	5	18	82	202	384	490	375
Maladies de l'appareil circulatoire	0	0	< 5	< 5	42	97	218	468	851
Maladies de l'appareil respiratoire	< 5	< 5	0	< 5	5	22	44	156	278
Maladies de l'appareil digestif	0	0	< 5	< 5	< 5	15	32	51	72
Accidents, empoisonnements et traumatismes (y compris les suicides)	< 5	22	41	68	61	36	23	25	51
Diabète	0	0	0	0	< 5	8	19	33	44
Autres causes de décès	26	< 5	9	8	20	25	40	154	364

Source : Fichier des décès, MSSS.

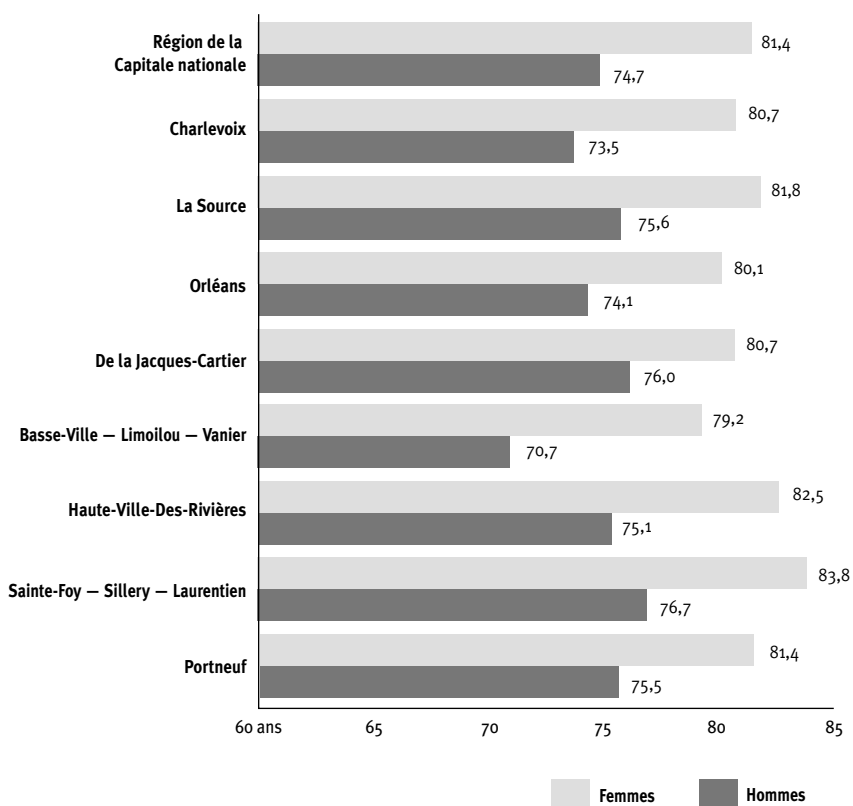
3.2.5 Espérance de vie à la naissance

Pour la période 1994-1998, l'espérance de vie à la naissance de la population de la région de la Capitale nationale était de 74,7 ans pour les hommes et de 81,4 ans pour les femmes, ce qui représente un gain de 2,6 ans pour les premiers et de 1,4 an pour les secondes depuis les 10 dernières années; la valeur de ces gains montre par ailleurs que l'écart entre les sexes diminue au fil des années.

Pour la même période, c'est dans le territoire de CLSC Basse-Ville – Limoilou – Vanier (graphique 10) que les valeurs sont les plus faibles et dans le territoire de CLSC Sainte-Foy – Sillery – Laurentien qu'elles sont les plus élevées : chez les femmes, l'espérance de vie est de 79,2 ans dans le premier territoire et de 83,8 ans dans le second (une différence de 4,6 ans), tandis que chez les hommes, l'espérance de vie est de 70,7 ans dans le premier territoire et de 76,7 ans dans le second (une différence de 6 ans).

Graphique 10

Comparaison de l'espérance de vie à la naissance (années), chez les femmes et les hommes de la région de la Capitale nationale, par territoire de CLSC, 1994-1998



Source : *Le portrait de santé. La région de Québec et ses territoires de CLSC*. Édition 2002, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 346 p.

4.

DÉFINITION DE L'OFFRE DE SERVICE DE SANTÉ PUBLIQUE

L'offre de service de santé publique qui suit est basée sur une approche concertée qui met à contribution les différents partenaires visés par la santé publique. Elle est présentée selon huit domaines d'intervention. Six domaines correspondent à ceux proposés par le *Programme national de santé publique*, soit : **le développement, l'adaptation et l'intégration sociales; les habitudes de vie et les maladies chroniques; la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes; les maladies infectieuses; la santé environnementale; la santé en milieu de travail.** S'y ajoutent deux autres domaines qui permettent de tenir compte des particularités régionales : **le système de soins et de services et l'évaluation; la pauvreté, le développement social et des communautés.**

Pour chacun de ces domaines nous présentons la finalité poursuivie, le portrait de la situation, les cibles ainsi que les activités retenues dans le Plan d'action régional pour les trois prochaines années (2004-2007). Une même problématique peut être traitée dans plus d'un domaine d'activités ou dans des sous-groupes de clientèle différents. Soulignons également que les actions définies dans cette offre de service permettent l'actualisation des mandats et responsabilités de la DSP et des CLSC en matière de santé publique, mais y est également reconnu le travail des autres partenaires intra et intersectoriels œuvrant dans ce champ d'activité. En outre, les stratégies d'intervention retenues rejoignent intégralement celles définies dans le *Programme national de santé publique*, soit :

- renforcer le potentiel des personnes;
- soutenir le développement des communautés;
- participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être;
- soutenir les groupes vulnérables;
- encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces.

Enfin, il faut noter que plusieurs de ces activités sont actuellement en place et doivent être maintenues ou consolidées, tandis que d'autres sont à élaborer et à mettre en place. Les acteurs engagés dans les activités retenues sont nommés et désignés comme responsables ou comme partenaires.



DÉVELOPPEMENT, ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALES



4.1 DÉVELOPPEMENT, ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALES

Ce domaine d'intervention vise un ensemble de problèmes qui affectent les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes âgées. Les principaux problèmes abordés sont ceux liés à la santé, au développement et à l'adaptation sociale des enfants et des adolescents; à l'abus, à la négligence et à la violence; à la consommation de drogues, d'alcool et de psychotropes; à la santé mentale; au suicide. Le souci d'assurer la continuité des services entre les différents groupes d'âge, et plus particulièrement pour les 0-5 ans, les 6-18 ans et les jeunes adultes, est présent.

4.1.1 Enfants de moins de 6 ans et leur famille

FINALITÉ POURSUIVIE

Promouvoir la santé et le bien-être des enfants de moins de 6 ans et de leur famille afin de favoriser un développement harmonieux et de prévenir des problèmes de santé et d'adaptation sociale.

PORTRAIT DE LA SITUATION

La périnatalité et la petite enfance sont des périodes cruciales dans la vie d'un enfant. En effet, l'importance d'un environnement adéquat pour le développement de l'enfant durant cette période est de plus en plus reconnue. Les activités de promotion de la santé et de prévention prennent alors toute leur signification. Certains déterminants de la santé, notamment les conditions de vie difficiles dans lesquelles se trouvent certaines familles, peuvent avoir un effet dévastateur sur le développement présent et futur de l'enfant. La littérature traite abondamment des conséquences néfastes de la **pauvreté** sur la santé, le bien-être et le développement des enfants. Elles peuvent être multiples non seulement à court terme, mais aussi à plus longue échéance. Plus la période durant laquelle l'enfant vit dans la pauvreté est longue, plus son développement sera compromis⁸. Les retards de développement seront plus marqués chez les enfants

ayant connu la pauvreté avant l'âge de 5 ans⁹. Les enfants issus de familles pauvres subissent plus souvent les conséquences du cumul des facteurs sociaux et sanitaires néfastes à leur santé et à leur développement que les enfants issus des classes moyenne et élevée¹⁰. Le fait de vivre dans un milieu défavorisé est donc un facteur de risque susceptible d'engendrer un certain nombre de problèmes ayant des conséquences sur les trajectoires scolaire et sociale futures des enfants.

On estime qu'annuellement, dans la région de la Capitale nationale, 1 400 femmes enceintes vivent avec un faible revenu et que près de 600 enfants naissent dans des familles très vulnérables. Ces familles sont considérées comme vulnérables en raison d'une grande pauvreté associée à la faible scolarité, au très jeune âge de la mère, à la monoparentalité ou à l'isolement social. D'ailleurs, les taux d'**insuffisance de poids à la naissance** et de **prématurité** demeurent plus élevés dans certains secteurs, principalement sur le territoire de CLSC Basse-Ville – Limoilou – Vanier¹¹.

Par ailleurs, au Québec, entre 2 et 3 % des enfants naissent avec une ou plusieurs **anomalies congénitales** graves¹². Les malformations du tube neural touchent pour leur part 1,4 à 4 nouveau-nés sur 1 000, et au sein d'une famille déjà atteinte, le risque de récurrence est de 4,5 %¹³. Un supplément d'acide folique durant la période périconceptionnelle permet de réduire le risque de cette anomalie^{14,15}. En outre, les **enfants exposés à l'alcool** durant le développement fœtal peuvent souffrir d'anomalies congénitales ainsi que d'importants problèmes de développement¹⁶.

L'**allaitement maternel** est reconnu comme étant la meilleure forme d'alimentation pour les enfants^{17,18,19,20}. Un consensus sans équivoque de la communauté scientifique établit que le lait humain diminue le risque et la gravité des épisodes de diarrhée, de certaines infections des voies respiratoires inférieures, des otites moyennes, des méningites bactériennes, des infections urinaires, et ce, même dans les pays industrialisés. Plusieurs études suggèrent que l'allaitement protège contre le diabète insulino-dépendant, la maladie de Crohn, la leucémie infantile aiguë, les allergies et le syndrome de mort subite du nouveau-né^{21,22,23,24,25,26,27}.

D'autres bénéfices, qui ont trait à la santé de la mère^{28,29,30} à la santé et au développement intellectuel de l'enfant^{31,32,33,34} et au bien-être de la société³⁵, sont également rapportés dans la littérature. Selon les données de 1998, la proportion de femmes de la région qui allaitent était de 70 % à la naissance de l'enfant, de 47 % à 3 mois et de 31 % à 6 mois³⁶. Les objectifs proposés par les *Lignes directrices en matière d'allaitement* du ministère de la Santé et des Services sociaux (2001) sont de 85 % à la sortie du centre accoucheur, et de 70 %, 60 %, 50 % et 20 % respectivement aux deux, quatre, six et douze mois de la vie de l'enfant³⁷. Enfin, d'un point de vue strictement économique, le non-allaitement a des conséquences qui ne doivent pas être sous-estimées. En effet, selon une étude réalisée par la Direction de santé publique de Lanaudière, si 60 % des nouveau-nés étaient exclusivement allaités durant trois mois, le Québec épargnerait plus de cinq millions de dollars en soins de santé pour la première année de vie de l'enfant, et ce, pour trois maladies reconnues, soit les maladies respiratoires, les otites moyennes et les gastro-entérites³⁸.

La **maltraitance**, pour sa part, se situe à l'extrémité d'un continuum de difficultés familiales compromettant le développement physique, affectif et mental de l'enfant. Les jeunes de moins de 6 ans représentent 25 % des signalements retenus par la Direction de la protection de la jeunesse en 2002-2003. Pour ce groupe d'âge, la négligence demeure de loin le principal motif (79 %) pour lequel les signalements sont retenus³⁹. Ces enfants très jeunes sont ceux qui subissent les conséquences les plus importantes en raison de leur grande vulnérabilité, de leur immaturité et de leur état de dépendance. Ils comptent pour 90 % des décès par maltraitance chez les enfants de moins de 5 ans⁴⁰. Ce sont eux qui conservent les séquelles les plus graves sur le plan neurologique dues, entre autres, à la gravité des abus physiques à cet âge, comme le syndrome du bébé secoué. De plus, les enfants victimes de négligence parentale seraient nombreux à présenter des difficultés langagières. Les résultats d'une étude québécoise publiée en 2002⁴¹ montrent que 46,4 % des enfants de moins de 3 ans pris en charge par les centres jeunesse pour cause de négligence éprouvaient un problème dans au moins une dimension de la communication.

Le développement des **enfants exposés à la violence conjugale** est également compromis. Les études révèlent que dans un contexte de violence conjugale, les enfants sont exposés dans une proportion variant de 37 à 95 %⁴². Sudermann et Jaffe estimaient en 1999⁴³ qu'entre 11 et 23 % de tous les enfants canadiens étaient exposés à la violence conjugale; sur la base de ces pourcentages, entre 7 000 et 18 000 enfants de 0 à 12 ans auraient été exposés à cette violence dans la seule région de la Capitale nationale en 2002. Parmi les enfants exposés, 30 à 87 % sont aussi directement maltraités, les mauvais traitements allant de l'agression verbale et psychologique à l'agression physique et sexuelle. L'exposition à la violence conjugale peut entraîner de graves conséquences pour les enfants. Ces conséquences se répercutent dans plusieurs sphères de leur vie : santé physique et mentale, troubles du comportement, etc. La littérature révèle que 23 % des enfants seraient témoins de divers actes d'agression envers leur mère; 70 % des enfants témoins de violence subiraient des séquelles importantes, et ce, sans compter l'effet transgénérationnel que l'exposition à la violence comporte. Les conséquences varient d'un enfant à l'autre, selon la gravité et l'évolution de la dynamique de violence conjugale, la durée de l'exposition, le sexe et l'âge de l'enfant, etc. Ces enfants font des apprentissages inappropriés qui peuvent les amener à reproduire la violence ou la victimisation dans leurs relations amoureuses à l'adolescence et, à plus long terme, dans leur vie conjugale. Dans les faits, une femme a trois fois plus de risque d'être victime de violence conjugale^{44,45} si son conjoint a lui-même été exposé à la violence conjugale durant son enfance (36 % contre 12 %)⁴⁶.

L'attachement parental est reconnu comme une stratégie d'importance au regard de la prévention de la maltraitance. Le rôle des parents, mère et père, est majeur pour le développement et la sécurité de l'enfant. À titre d'exemple, les enfants envers qui le père s'engage activement réussissent mieux à l'école, auraient de meilleures relations avec leurs pairs et manifesteraient moins de troubles du comportement, indépendamment de leur statut socio-économique^{47,48,49}.

De 10 à 15 % des enfants québécois d'âge préscolaire accuseraient un **retard de développement** (troubles moteur, cognitif et langagier)⁵⁰. Une étroite relation a été démontrée entre les problèmes de

langage à la période préscolaire, les problèmes d'apprentissage à l'école et les difficultés dans les relations avec les autres. Cela peut se manifester par un retrait ou des comportements inappropriés et impulsifs. Le taux de prévalence des élèves éprouvant des **difficultés d'adaptation et d'apprentissage** est de 11,3 % pour l'ensemble du Québec⁵¹. Dans la région de la Capitale nationale, près de 2 360 enfants de moins de 5 ans vivent dans un contexte susceptible d'affecter leur développement et gagneraient à recevoir un soutien éducatif précoce. En 1986, la prévalence des difficultés langagières chez les enfants de 5 ans était estimée entre 11 et 16 %⁵². Aucun élément ne permet de présumer une amélioration de la situation à cet égard.

L'offre de service qui suit définit des activités dites sélectives, c'est-à-dire orientées plus particulièrement vers les familles vulnérables. Les mesures universelles, destinées à toutes les familles, telles

que les rencontres prénatales, les visites à domicile systématiques et le programme *Service d'aide à l'enfant dans son milieu* (SAEM), ne sont pas formellement mentionnées dans le PAR mais doivent demeurer. De même, la participation aux comités régionaux s'avère essentielle afin d'assurer une concertation intra et intersectorielle (comité sur la périnatalité et la petite enfance, comité pères, etc.). Les actions décrites dans l'offre de service qui suit sont guidées par les cinq stratégies d'intervention retenues par le *Programme national de santé publique 2003-2012*, soit renforcer le potentiel des personnes, soutenir le développement des communautés notamment par la stratégie d'empowerment, participer aux actions intersectorielles, soutenir les groupes vulnérables et encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces.

CIBLES DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL

Légende :

■ Concordance avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*

● Activité à maintenir

◐ Activité à consolider

○ Activité à développer

Parmi les partenaires, le caractère gras désigne le ou les responsables.

Cible 1 :

Favoriser le développement optimal des enfants de moins de 6 ans vivant dans un contexte de vulnérabilité en raison notamment de la pauvreté, du bas niveau de scolarité, du jeune âge des parents ou de problèmes particuliers.

Activités	Partenaires
■ ● 1- Implantation et évaluation du <i>Programme de services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité</i> .	DSP, CLSC , CH, CJO, CRUV, CLÉ, DRSMIAS, cliniques médicales, organismes communautaires, CPE, DRMEQ, municipalités
■ ○ 2- Recrutement des femmes enceintes et des mères difficiles à rejoindre et marginalisées dans le territoire de Québec-Centre.	CLSC , DSP, CJO, DRSMIAS, CRUV, organismes communautaires
■ ● 3- Intégration, dans les services périnataux, du « counselling » aux femmes ayant des problèmes de consommation d'alcool et de drogues.	DSP, DRSMIAS, CLSC, CRUV, CJO, CH, Cliniques médicales, organismes communautaires
■ ● 4- Consolidation du suivi nutritionnel dans les services préventifs périnataux, notamment auprès de la population inscrite aux programmes <i>Œuf, lait et orange</i> (OLO) et des services intégrés.	DSP, CLSC, DRSMIAS

Activités	Partenaires
■ ● 5- Augmentation de l'accès des enfants de milieux défavorisés aux activités de soutien éducatif précoce, notamment en milieux de garde.	MESSF, RCPE, CPE, CLSC, DSP, DRMEQ, CLÉ, commissions scolaires, écoles
■ ● 6- Consolidation d'activités préventives visant à stimuler de façon précoce et efficace le développement des enfants d'âge préscolaire en contexte de vulnérabilité.	DSP, CLSC, organismes communautaires, MESSF, RCPE, CPE, DRMEQ
■ ● 7- Consolidation d'activités liées au développement des compétences parentales.	CLSC, organismes communautaires, CRDIQ, DSP, CPE
● 8- Intégration et consolidation d'activités visant à encourager et à soutenir l'engagement paternel.	DSP, CLSC, CJO, MESSF, CPE, RCPE, organismes communautaires, U.L.

Cible 2 :

Prévenir la maltraitance envers les enfants et réduire les conséquences de la violence conjugale pour les enfants exposés, notamment la reproduction intergénérationnelle de la violence.

Activités	Partenaires
■ ● 9- Poursuite des activités permettant l'identification des enfants maltraités et ceux à risque de l'être.	CH, CLSC, DSP, CJO, organismes communautaires
■ ○ 10- Développement d'activités permettant une meilleure connaissance du syndrome du bébé secoué dans la région et, s'il y a lieu, élaboration d'un programme de prévention.	DSP, CJO, CLSC, CH, CPE, RCPE, cliniques médicales, organismes communautaires
■ ● 11- Poursuite de deux projets visant les enfants exposés à la violence conjugale, soit un projet d'intervention intersectorielle et concertée auprès des enfants de 0-12 ans et un projet visant les intervenants jeunesse œuvrant auprès des jeunes de 0-18 ans .	DSP, DRSMIAS, CLSC, DRMEQ, CPE, RCPE, CJO, INSPQ, organismes communautaires, CRI-VFF, ministère de la Sécurité publique, policiers, ministère de la Justice, CH
■ ○ 12- Élaboration, dispensation et évaluation de formation à l'intention des professionnels et gestionnaires intra et intersectoriels concernés par les enfants exposés à la violence conjugale tout en assurant l'intégration de cette problématique dans les protocoles d'ententes intersectoriels.	DSP, DRSMIAS, DRPGCRH, CLSC, médecins, organismes communautaires, RCPE, commissions scolaires, écoles, tables de concertation régionales en matière de violence conjugale, ministère de la Justice, ministère de la Sécurité publique

Cible 3 :

Augmenter le taux d'initiation et la durée de l'allaitement maternel dans la région.

Activités	Partenaires
■ ● 13- Implantation, consolidation et évaluation du programme <i>Initiative des amis des bébés</i> (IAB) dans les directions et les équipes des établissements ciblées (respect des articles du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et mise en œuvre des dix conditions (CH) ou des sept étapes (CLSC).	CH, CLSC, DSP , organismes communautaires
● 14- Consolidation d'activités de promotion auprès de la population, telles que le <i>Salon Maternité/Paternité</i> et la <i>Semaine mondiale de l'allaitement</i> .	DSP, organismes communautaires, CH, CLSC , cégeps, U.L., Info-santé CLSC
● 15- Consolidation d'activités de soutien aux intervenants et de concertation du milieu (cliniques d'allaitement, soutien téléphonique, formation, production de protocoles, information, etc.) afin de mieux répondre aux besoins des futurs et nouveaux parents.	DSP, CH, CLSC , cégeps, organismes communautaires, U.L., Info-santé CLSC, cliniques médicales, CPE, RCPE
● 16- Intégration de l'allaitement dans les programmes régionaux se rapportant à la santé de la famille avec une préoccupation pour la clientèle vulnérable, et mise en place des conditions facilitantes.	DSP, CLSC, CH , Info-santé CLSC, organismes communautaires, CPE, cliniques médicales, RCPE
○ 17- Implantation d'un système de suivi de l'allaitement exclusif, prédominant et mixte quant à la prévalence des taux d'allaitement à la sortie du centre accoucheur et à 2, 4, 6 et 12 mois de vie de l'enfant.	DSP, CLSC, CH , cliniques médicales

Cible 4 :

Soutenir les cliniciens afin d'assurer le développement de pratiques cliniques préventives.

Activités	Partenaires
■ ● 18- Promotion de l'utilisation de l'acide folique auprès des médecins et de la population pour la prévention des anomalies du tube neural.	DSP, INSPQ, CH , cliniques médicales
■ ○ 19- Promotion et soutien de pratiques cliniques préventives liées à la consommation d'alcool et de tabac chez les femmes enceintes.	DSP, CLSC, CH
■ ○ 20- Détermination des besoins et élaboration, le cas échéant, de guides d'intervention brève à l'intention des médecins pour diminuer la consommation d'alcool et de drogues des femmes enceintes.	DSP, DRSMIA, CH, CLSC , cliniques médicales
■ ● 21- Mise en place de diverses activités de formation sur l'allaitement maternel à l'intention des médecins et des professionnels du réseau.	DSP, CLSC , cliniques médicales, CH, organismes communautaires, U.L., cégeps, CPE, Info-santé CLSC
■ ● 22- Dépistage systématique de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie congénitale auprès des nouveau-nés (programme provincial).	CH

Activités	Partenaires
■ ○ 23- Incitation par les médecins à faire bénéficier aux familles défavorisées des visites à domicile durant la période périnatale et la petite enfance.	DSP, CLSC, médecins
■ ○ 24- Incitation par les médecins à orienter les enfants des familles défavorisées vers les centres de la petite enfance pour des interventions éducatives précoces.	DSP, CLSC, RCPE, CPE, médecins
● 25- Activités de formation à l'intention des intervenants pour les soutenir dans leur pratique auprès des pères.	DSP, CLSC, CQJ, organismes communautaires, CH, MESSF, RCPE, CPE
■ ● 26- Activités de formation pour soutenir l'identification et la prise en charge des situations possibles de maltraitance à l'intention des médecins, des résidents, des étudiants en médecine et du personnel des CH, des CLSC et des intervenants œuvrant en situation d'urgence.	DSP, U.L., CQJ, CH, CLSC, RCPE, CPE
● 27- Mise à jour et diffusion d'outils relatifs à la santé physique et mentale des enfants à l'intention des professionnels et de la population, tels que les <i>Bulletins pédiatriques</i> et <i>Mieux vivre avec notre enfant</i> .	DSP, INSPQ, CLSC, U.L., RCPE, CH

DÉFIS SPÉCIFIQUES AU REGARD DES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS ET DE LEUR FAMILLE

Un des défis importants demeure sans contredit l'intégration des différents programmes actuellement en cours afin d'en arriver à offrir des services continus et complémentaires qui permettront l'amélioration de l'état de santé des enfants de moins de 6 ans et de leur famille. Par ailleurs, des efforts importants devront être consentis, d'abord pour rejoindre la clientèle ciblée, mais également pour la maintenir dans les services, notamment en développant ou en adaptant des services qui répondent à leurs besoins et qui viennent les soutenir dans leur cheminement.

4.1.2 Enfants et jeunes de 6 à 18 ans et leur famille

Les cibles et les activités proposées dans cette section s'inscrivent en continuité de l'offre de service déjà décrite pour les enfants de moins de 6 ans et leur famille.

FINALITÉ POURSUIVIE

Promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des jeunes de 6 à 18 ans et de leur famille afin de favoriser un développement harmonieux et de prévenir des problèmes de santé et d'adaptation sociale.

PORTRAIT DE LA SITUATION

L'importance d'intervenir le plus tôt possible dans la vie des enfants afin de stimuler les compétences personnelles et sociales et de contrer l'inadaptation sociale constitue un choix de plus en plus affirmé dans le réseau de la santé et des services sociaux. L'enfance et l'adolescence s'avèrent des périodes de développement intense où se profilent des opportunités ainsi que des menaces potentielles à l'évolution harmonieuse : entrée à la maternelle ou à l'école secondaire, séparation parentale, exposition à la violence familiale, développement pubertaire, consommation exploratoire d'alcool et de drogues, maladie physique ou mentale d'un parent, découverte de son homosexualité, entrée sur le marché du travail, etc. À la lumière des données d'enquêtes, plusieurs chercheurs avancent qu'environ 85 % des jeunes vont bien, que 10 %

traversent des zones de turbulence et que 5 % sont aux prises avec des situations qui compromettent leur développement⁵³.

Les enfants de 6 à 12 ans ont besoin d'entretenir des relations significatives avec d'autres jeunes et avec les adultes qui gravitent autour d'eux. Dans une culture où cohabitent une pluralité de courants de pensée sur l'art d'élever les enfants et où l'éclatement des familles est fréquent, plusieurs parents se sentent désemparés et désorientés quant à leur rôle d'éducateurs⁵⁴. Plusieurs s'interrogent ou se dévalorisent quant à leurs **habiletés parentales**. Au moment de l'entrée à l'école primaire, environ 20 % des enfants auraient des **déficits sur le plan des habiletés sociales** qui les empêchent de vivre en harmonie avec leurs pairs, le personnel de l'école et leurs parents⁵⁵. La relation étroite entre les comportements impulsifs et agressifs des enfants et le statut socio-économique des familles a été maintes fois démontrée⁵⁶.

Un document régional faisait ressortir, parmi les **problèmes psychosociaux des jeunes de 5 à 11 ans**, les éléments suivants : violence et négligence parentales, abus sexuels, troubles mentaux extériorisés et intériorisés, troubles de la parole et du langage, troubles d'apprentissage⁵⁷. Plusieurs jeunes sont soumis à des stress intenses exacerbés par un contexte de pauvreté transitoire ou chronique.

Par ailleurs, les enfants dont un parent est atteint d'un problème mental vivent des situations particulières selon les caractéristiques et manifestations des troubles mentaux. Peu d'études au Québec ont porté sur les phénomènes relatifs à l'**exercice du rôle parental par les personnes souffrant de troubles mentaux**. Cependant, un taux élevé d'enfants signalés et pris en charge par les services de protection de la jeunesse ont un de leurs parents qui souffre de troubles mentaux (environ 20 %)*. De plus, les enfants de ces familles risquent davantage de subir de la négligence parentale et des mauvais traitements, d'avoir des problèmes de développement, d'être aux prises avec des problèmes psychosociaux et environnementaux⁵⁸.

Les jeunes de 12 à 18 ans se consacrent à consolider leur identité tout en explorant de nouveaux comportements et de nouveaux rôles sociaux. Loin d'être encore affranchis de l'influence parentale, ils se distancient néanmoins de la famille immédiate et

forment leur jugement à partir de plusieurs nouvelles sources. Plusieurs parents éprouvent certaines difficultés face à cette phase du développement et ont besoin d'un accompagnement qui les aidera à raffermir leurs **compétences parentales en période de turbulence**.

Les **problèmes psychosociaux qui affectent les jeunes de 12 à 17 ans** sont bien définis⁵⁹: usage du tabac, usage de drogues, insécurité alimentaire, faible estime de soi, troubles de la conduite, troubles dépressifs, difficultés scolaires conduisant au redoublement ou au décrochage, grossesses précoces, contexte de violence psychologique, physique et sexuelle, suicide. Quoique l'on ne connaisse pas l'ampleur exacte de tous ces problèmes dans la région 03, nous savons cependant qu'ils sont tous présents et qu'ils s'exacerbent dans les milieux socio-économiques défavorisés. Plusieurs études confirment l'importance d'offrir aux adolescents des services cliniques particuliers en association avec des programmes de nature préventive**.

Ici comme ailleurs, relativement peu de programmes de prévention destinés aux jeunes de 6 à 18 ans et à leurs parents ont bénéficié d'évaluations rigoureuses. Devant les rares programmes éprouvés qui sont disponibles, force est de constater que plusieurs embûches organisationnelles et financières viennent freiner l'implantation d'une offre de services préventifs⁶⁰. Néanmoins, dans la région, plusieurs projets et programmes sont au stade de l'expérimentation, en réponse aux clientèles. Cet enthousiasme à vouloir prévenir les problèmes est fort louable.

L'arrivée de l'approche globale et concertée de prévention et de promotion de la santé à partir de l'école, parfois nommée école en santé, constitue une opportunité de donner un cadre au virage régional et local, qui devra être pris afin de desservir de manière plus cohérente et plus soutenue les clientèles visées, en tenant compte des différences de

* Tiré de : L. NORMAND *et al.*, *Orientations pour la transformation des services de santé mentale – Rapport de consultation*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1997, 200 p.

** Tiré de : J.G. DRYFOOS, *Safe Passage. Making it through adolescence in a risky society. What parents, schools, and communities can do*. Oxford University Press, 1997, 292 p.

genre et de développement. Rappelons que cette approche vise à travailler en synergie avec les jeunes, les parents, l'école et la communauté ainsi que simultanément sur six facteurs prioritaires que sont l'estime de soi, la compétence sociale, les habitudes de vie, les comportements sécuritaires, l'environnement et les services préventifs. Cette appro-

che nous convie essentiellement à unir nos forces afin d'assurer une cohérence dans les actions posées. Il s'agit d'un appel général à modifier nos pratiques intra et intersectorielles de communication et de concertation professionnelles, ce qui ne pourra se réaliser qu'au prix d'efforts communs sur plusieurs années.

CIBLES DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL

Légende :

■ Concordance avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*

● Activité à maintenir

◐ Activité à consolider

○ Activité à développer

Parmi les partenaires, le **caractère gras** désigne le ou les responsables.

Cible 5 :

Favoriser le développement et le maintien de compétences personnelles et sociales tant chez les enfants et les jeunes que chez les parents, particulièrement chez ceux exposés à des situations de vulnérabilité connues.

Activités	Partenaires
■ ○ 28- Élaboration et implantation graduelle de l'approche globale et concertée de prévention et de promotion de la santé à partir de l'école en fonction d'une stratégie régionale à définir au cours de l'année 2004-2005, avec la prémisse de soutenir l'implantation des programmes jugés efficaces et prometteurs identifiés aux plans national, régional et local.	Tous les partenaires intra et intersectoriels qui agissent pour les jeunes de 6 à 18 ans et leurs parents, DRMEQ, DSP
■ ◐ 29- Implantation du programme <i>Fluppy</i> dans les classes de maternelle d'écoles de milieux défavorisés et auprès des familles ayant besoin d'intervention familiale.	CLSC, commissions scolaires, écoles, Centre de psycho-éducation du Québec, DSP
■ ◐ 30- Expérimentation et évaluation de projets pilotes visant l'amélioration de la santé mentale des parents et des enfants en difficulté (<i>Ensemble avec les familles en changement, Soutien aux familles dont un parent est atteint d'un trouble mental</i>).	CLSC, organismes communautaires, DSP, CH, CJO, commissions scolaires, écoles, Service de médiation familiale
■ ◐ 31- Implantation du programme <i>Éducation à la sexualité par le pouvoir d'agir et de réfléchir</i> (ESPAR) et développement d'autres projets de promotion et de programmes d'éducation à la sexualité incluant la double protection auprès de sous-groupes de jeunes.	DSP, commissions scolaires, écoles, CLSC-CHSLD BVLV, CLSC-CHSLD HVDR, organismes communautaires, Ville de Québec, U.L.
■ ● 32- Promotion des outils des campagnes de communication du MSSS touchant l'adaptation sociale des jeunes et des familles.	DSP, autres partenaires selon les campagnes

Activités	Partenaires
● 33- Poursuite de projets visant la prévention de la toxicomanie, notamment par les Tables d'actions préventives jeunesse.	CLSC , DRSMIAS, organismes communautaires, CRUV, policiers, commissions scolaires, municipalités
■ ○ 34- Implantation et suivi des programmes <i>VIRA</i> et <i>PASSA</i> dans les écoles secondaires.	Entraide Jeunesse Québec , commissions scolaires, écoles, U.L., DSP, municipalités

Cible 6 :

Soutenir la création d'environnements et de services qui répondent aux besoins des enfants et des jeunes.

Activités	Partenaires
■ ○ 28- Élaboration et implantation graduelle de l'approche globale et concertée de prévention et de promotion de la santé à partir de l'école en fonction d'une stratégie régionale à définir au cours de l'année 2004-2005, avec la prémisse de soutenir l'implantation des programmes jugés efficaces et prometteurs aux plans national, régional et local (activité 28 de la cible 5).	Tous les partenaires intra et intersectoriels qui agissent pour les jeunes de 6 à 18 ans et leurs parents, DRMEQ, DSP
○ 35- Élaboration et expérimentation d'un programme d'éducation à la sexualité pour les enfants de 6 à 12 ans en protection.	CJQ, DSP
■ ○ 36- Promotion et soutien d'interventions visant la lutte contre l'homophobie et d'interventions individuelles ou de groupe afin de soutenir les jeunes et les adultes homosexuels ou bisexuels dans l'acceptation de leur orientation sexuelle.	DRSMIAS, CLSC, CJQ, G.R.I.S.-Québec et autres organismes communautaires, DSP
■ ○ 37- Promotion d'environnements plus tolérants à l'égard des problèmes de santé mentale et expérimentation de programmes liés à cette problématique dans les sites pilotes (dépression chez les adolescents, etc.).	DSP, CLSC, organismes communautaires , commissions scolaires, écoles
■ ○ 38- Portrait de la situation sur l'organisation des cliniques jeunesse des CLSC dans le but de spécifier les ressources requises pour une offre harmonisée de services.	DSP, CLSC
○ 39- Planification et réalisation du projet <i>Le harcèlement et l'abus sexuel dans le sport, on y travaille</i> .	URLS , Ville de Québec, DRSMIAS, DSP, Forum- jeunesse, MAMSL, sport étudiant, scouts et guides, commissions scolaires, cégeps, U.L., Service Aide 23, Centre d'action bénévole, CAVAC, CJQ, SQ
■ ● 40- Organisation de services en interruption volontaire de grossesse.	DRAMUSP, DSP, CHUQ

Activités	Partenaires
■ ● 41- Poursuite de l'implantation et de l'évaluation du projet concerté de prévention des grossesses à l'adolescence dans Québec-Centre.	DSP , CLSC-CHSLD BVLV, CLSC-CHSLD HVDR, organismes communautaires, Ville de Québec, Commission scolaire de la Capitale
○ 42- Identification des besoins visant la promotion de l'application de lois et de règlements afin de restreindre l'accessibilité à l'alcool pour les jeunes de moins de 18 ans.	DSP , CLSC
■ ○ 43- Promotion auprès du réseau de la santé et des services sociaux du matériel créé par les ministères de la Justice, de la Sécurité publique et de la Santé et des Services sociaux pour la campagne de prévention des agressions sexuelles.	DRSMIAS , DSP

Cible 7 :

Soutenir les cliniciens afin d'assurer le développement de pratiques cliniques préventives.

Activités	Partenaires
■ ● 44- Promotion et soutien de pratiques cliniques préventives au regard de la sexualité des jeunes auprès des intervenants de la santé (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, pharmaciens, etc.).	DSP , CLSC
■ ● 45- Identification des besoins de mise à jour des connaissances en sexualité des intervenants du réseau de la santé œuvrant auprès des jeunes et développement de formations sur mesure.	DSP , CLSC, Centre d'information en sexualité/planning de Québec
■ ● 46- Rédaction et diffusion d'un bulletin de liaison sur la contraception orale d'urgence.	DSP
○ 47- Réflexion sur la promotion et le soutien de pratiques cliniques préventives touchant les jeunes et leurs parents auprès des professionnels en cabinet privé (psychologues, travailleurs sociaux, conseillers en orientation, etc.).	DSP , maisons d'enseignement, autres partenaires concernés

DÉFIS SPÉCIFIQUES AU REGARD DES ENFANTS ET DES JEUNES DE 6-18 ANS ET DE LEUR FAMILLE

Le portrait de la situation pour ce groupe d'âge révèle le besoin de recenser les nombreuses activités préventives existantes et de créer une concertation régionale regroupant les forces vives qui œuvrent déjà en prévention et en promotion afin d'optimiser le travail auprès des enfants, des jeunes et de leurs parents. En dépit du fait que depuis quelques années certains partenaires ont réfléchi sur leur vision des services préventifs destinés aux enfants, aux jeunes et à leurs parents, des efforts supplémen-

taires doivent être déployés dans la région de façon à ce que cette vision soit partagée par l'ensemble des acteurs présents auprès de ces clientèles.

4.1.3 Adultes

Les problématiques relatives à la clientèle adulte abordées dans la présente section concernent plus particulièrement la détresse psychologique, les troubles anxieux et dépressifs, la violence conjugale ainsi que la toxicomanie. On doit toutefois préciser que des activités préventives au regard de la

santé mentale et de la toxicomanie sont réalisées en petite enfance et auprès des jeunes. À cet égard, le programme de services intégrés en périnatalité et en petite enfance contribue au développement de la bonne santé mentale des enfants et de leur famille. De plus, bien qu'ils ne soient pas ciblés expressément, les jeunes adultes de 18-30 ans sont à la fois touchés par certaines activités de l'offre de service présentée précédemment ainsi que par celle décrite dans cette section. À cet égard, soulignons que les problématiques de la violence, de la santé mentale, de la toxicomanie et du suicide sont abordées lors d'interventions réalisées en clinique jeunesse et via l'éducation des adultes qui rejoignent une partie de cette clientèle. Toutefois, on convient qu'il serait important de mieux étudier leurs besoins. Soulignons également que pour posséder une perspective globale des actions retenues en santé mentale, il faut également considérer les interventions spécifiques au suicide proposées à la fin de ce domaine d'activités dans la section 4.1.5. Enfin, des actions au regard de la santé mentale en milieu de travail sont proposées dans ce domaine d'activités dans la section 4.8.

FINALITÉ POURSUIVIE

Améliorer la santé mentale des adultes en élaborant des stratégies qui permettent de réduire certains des problèmes auxquels ils font face.

PORTRAIT DE LA SITUATION

Les problèmes de santé mentale dans la population adulte, longtemps négligés et sous-estimés, apparaissent aujourd'hui comme un phénomène d'une ampleur impressionnante*. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies psychiatriques représenteraient jusqu'à 23 % de la charge globale de la morbidité dans les pays riches. Au Québec, la région se situe au second rang en ce qui a trait à l'indice de détresse psychologique. Les troubles les plus fréquents sont les **dépressions** graves, suivies de la dépendance à l'alcool, des phobies sociales et des phobies simples. Au Canada, selon les données de l'*Enquête nationale sur la santé des populations*, 4,3 % des personnes de 12 ans et plus auraient traversé un épisode de dépression majeure au cours des douze mois précédant l'enquête. Dans la région, en 1998-1999, 21 % des hospitalisations en soins psychiatriques de courte durée étaient attribuables aux troubles transitoires (réactions aiguës d'adaptation, troubles psychosociaux, névrose dépressive); 80 % de

ces troubles affectent des personnes de 18 à 64 ans. Cette proportion représente un taux standardisé de 14,1 pour 10 000. Qui plus est, ces données d'hospitalisation sous-estiment l'ampleur réelle du problème, car tous les services offerts en services ambulatoires (médicaux ou sociaux) ne sont pas pris en compte. D'ailleurs, la littérature démontre que la dépression est sous-diagnostiquée^{61,62} et sous-traitée^{63,64}. Les liens entre la dépression et le suicide sont démontrés.

Une analyse des données d'enquêtes effectuée au Québec entre 1987 et 1998 auprès des travailleurs, et portant sur l'évolution de l'**incapacité de travail** en raison d'**un problème de santé mentale**, montre bien l'importance grandissante de ce phénomène**. Non seulement les personnes s'absentent plus souvent, elles s'absentent plus longtemps. Des études ont montré que la durée d'une incapacité de travail à la suite d'une dépression serait environ deux fois et demie plus longue que celles occasionnées par d'autres maladies***. Des interventions en milieu de travail sont proposées dans le domaine de la santé en milieu de travail.

Les **manifestations de violence** constituent un enjeu important pour la sécurité des femmes à domicile. La définition de la violence conjugale retenue est celle de la *Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, signée par six ministères du gouvernement du Québec : « *La violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extra maritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie*⁶⁵. »

* Tiré de : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Mental and Neurological Disorders*, Fact Sheet no. 265.

** Tiré de : M. VÉZINA et R. BOURBONNAIS. « Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale », dans *Portrait social du Québec*, Institut de la statistique du Québec, 2001.

*** Tiré de : P. GABRIEL et M.R. LIIMATAINEN. *Mental Health and the Work Place*, Genève, Bureau international du travail, 2000.

Selon des données de Statistique Canada (1993), une Québécoise sur quatre de plus de 16 ans ayant vécu avec un conjoint affirme avoir déjà été victime de violence criminalisable (violence physique et menaces de mort). Dans 40 % des cas, les épisodes de violence conjugale se produisent pour la première fois pendant la première grossesse de la femme⁶⁶. Les régions de la Capitale nationale, du Nord-du-Québec et du Centre-du-Québec affichent les plus fortes proportions de femmes blessées dans un contexte de violence conjugale. Selon le ministère de la Sécurité publique du Québec, le nombre de victimes de violence conjugale a augmenté de 19 % entre 1997 et 2000 et près de la moitié de ces victimes ont subi des blessures au cours des actes de violence. Dans certains cas, des enfants sont tués en même temps que leur mère. Les statistiques récentes du ministère de la Sécurité publique montrent que la violence ne prend pas fin avec la rupture. En effet, 43 % des crimes reliés à la violence conjugale signalés en 1998 avaient pour auteur un ex-conjoint. Ces ex-conjoints sont surtout accusés de harcèlement et de menaces de mort. D'autres données révèlent par ailleurs que c'est surtout au moment de la rupture, souvent juste après, que les femmes sont tuées par leur conjoint. En 1998, 21 femmes ont été assassinées par leur conjoint ou leur ex-conjoint*. *L'Enquête sur la violence envers les conjointes dans les couples québécois* de 1998 estime à 6 % le taux de prévalence annuelle de femmes ayant subi au moins un comportement de violence physique de la part de leur conjoint ou ex-conjoint et à 7 % celui des conjointes victimes d'au moins un comportement de violence sexuelle.

Dans la région de la Capitale nationale, plusieurs établissements du réseau public (CLSC, Centre jeunesse de Québec) et du réseau communautaire, par exemple les maisons d'hébergement et le Groupe d'aide aux personnes impulsives (GAPI), sont appelés à intervenir dans les milieux familiaux où la violence conjugale entraîne des dommages importants. À cet égard, les stratégies de concertation intra et intersectorielles sont très importantes et, à ce titre, doivent être maintenues, voire consolidées.

La **consommation d'alcool** et les problèmes qu'elle entraîne font l'objet de préoccupations de santé

publique un peu partout dans le monde⁶⁷. Plusieurs maladies chroniques, les accidents, les suicides et la violence sont associés à cette consommation. La dépendance à l'alcool et ses conséquences pour les buveurs et leurs proches sont aussi sources de multiples souffrances⁶⁸. D'après les résultats de *l'Enquête sociale et de santé*, 9,7 % des personnes âgées de 15 ans et plus vivant dans la région de la Capitale nationale prennent quatorze consommations ou plus par semaine, ce qui est considéré comme à risque⁶⁹.

Pour prévenir ces problèmes, la stratégie la plus efficace est le contrôle de l'accessibilité économique et physique de l'alcool⁷⁰. À cet égard, les ministères et organismes publics ou privés doivent être sensibilisés au fait que des mesures augmentant l'accessibilité de l'alcool auraient des effets grandement néfastes sur la santé. Par ailleurs, le counselling médical pour diminuer la consommation d'alcool des buveurs à risque pourrait avoir des répercussions positives considérables sur la santé de la population⁷¹. Or, les études démontrent que, pour la consommation d'alcool comme pour d'autres problématiques, les changements de pratique dans le domaine de la médecine clinique préventive se heurtent à des barrières importantes⁷². D'autres interventions brèves réalisées en première ligne ont aussi démontré leur efficacité⁷³.

La problématique de l'abus des drogues illégales est, quant à elle, intimement liée à celles des infections au VIH et aux hépatites ainsi qu'à des problèmes d'adaptation sociale, voire de maladies mentales. Parmi les stratégies de réduction des méfaits, celles qui diminuent l'usage de drogues par injection, comme le traitement à la méthadone, et celles qui évitent l'injection dans de mauvaises conditions d'hygiène ont pour effet d'améliorer la santé, la sécurité et l'intégration sociale des usagers de drogues⁷⁴. Enfin, la prévention en amont des problèmes dus à l'alcool et aux drogues se réalise très tôt pendant l'enfance, par un ensemble de mesures qui favorisent l'adaptation sociale des enfants. À l'adolescence, les stratégies de promotion de la santé mises en œuvre à l'école et dans la communauté, appuyées par des interventions sociétales, soutiennent le développement des jeunes

* Tiré de : N. MAILLÉ. *Commission d'études sur la réponse aux besoins des femmes et des enfants victimes de violence conjugale*, Montréal, 1999, document électronique.

et préviennent les problèmes dus à l'alcool et aux drogues⁷⁵.

En ce qui a trait au jeu pathologique, l'état actuel des connaissances ne permet pas de proposer des interventions préventives dans l'immédiat. Toutefois, il demeure un domaine de recherche très actif et des activités pourraient être proposées dans un proche avenir.

CIBLES DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL

Légende :

■ Concordance avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*

● Activité à maintenir

◐ Activité à consolider

○ Activité à développer

Parmi les partenaires, le **caractère gras** désigne le ou les responsables.

Cible 8 :

Réduire la détresse psychologique par la détection et le traitement adéquat des troubles dépressifs par les praticiens de première ligne médicale et sociale.

Activités	Partenaires
■ ● 48- Conception et réalisation d'une campagne de promotion auprès des praticiens de première ligne médicale et sociale pour les inciter à détecter précocement et à améliorer la prise en charge (traitement, référence) des troubles dépressifs chez les adultes.	DSP , CLSC, médecins et psychiatres, MSSS, psychologues, autres professionnels œuvrant en cabinet privé
■ ○ 49- Soutien à l'élaboration et à la diffusion d'outils d'information et d'aide à la pratique auprès des praticiens de première ligne médicale et sociale afin de faciliter la détection et la prise en charge (traitement, référence) des troubles dépressifs chez les adultes.	DSP , CLSC, médecins et psychiatres, psychologues, autres professionnels œuvrant en cabinet privé
■ ○ 50- Développement et expérimentation d'interventions auprès des équipes des groupes de médecine de famille (médecins et infirmières) pour leur pratique relative à la dépression.	DSP , médecins des GMF, CLSC
○ 51- Documentation et promotion des autres approches complémentaires et alternatives à privilégier auprès des personnes présentant des troubles dépressifs.	DSP , médecins et psychiatres, DRSMIAS, U.L., organismes communautaires
○ 52- Interventions destinées à augmenter l'accès aux services spécialisés de psychiatrie pour soutenir la pratique des médecins de première ligne.	DRSMIAS , DSP, Comité régional de psychiatrie
■ ○ 53- Conception et réalisation de campagnes de sensibilisation et d'information à l'intention du grand public relativement aux préjugés sur la santé mentale et aux activités et services offerts aux personnes à risque (immigrants, post-partum, milieu de travail) sur les manifestations des troubles dépressifs et sur les ressources disponibles.	DSP , MSSS , organismes communautaires, Association canadienne pour la santé mentale (région de la Capitale nationale) inc., CLSC, médecins et psychiatres, DRSMIAS, RRISM

Cible 9 :

Réduire la détresse psychologique par des interventions préventives auprès des jeunes adultes et des adultes ayant des problèmes d'adaptation.

Activités	Partenaires
■ ● 54- Poursuite de l'implantation du programme <i>Apprivoiser sa solitude</i> .	DSP, Association canadienne pour la santé mentale (région de Québec) inc., CLSC
○ 55- Documentation des interventions reconnues efficaces ou prometteuses pour la prévention de la détresse psychologique chez les jeunes adultes et les adultes.	DSP, INSPQ, U.L.
○ 56- Portrait de la situation des actions réalisées dans la région par les différents partenaires concernant la prévention de la détresse psychologique.	DSP, DRSMIAS, CLSC, organismes communautaires, partenaires intersectoriels
○ 57- Définition des stratégies régionales, élaboration d'interventions tout en précisant les mandats respectifs des acteurs régionaux.	DSP, DRSMIAS, CLSC, organismes communautaires, partenaires intersectoriels

Cible 10 :

Réduire le phénomène de la violence conjugale faite aux femmes.

Activités	Partenaires
■ ○ 58- Collaboration aux campagnes de communication sociétales portant sur la prévention de la violence conjugale et de la violence dans les relations amoureuses.	DRSMIAS, DSP, MSSS, CLSC, organismes communautaires
● 59- Conception et diffusion des outils destinés aux médias afin de promouvoir la couverture adéquate de la violence conjugale, et ce, afin de prévenir le sensationnalisme, la banalisation et le sexisme, tant de façon réactive à la suite d'un événement tragique que de façon pro-active.	DSP, MSSS, INSPQ, organismes communautaires, médias
● 60- Promotion et soutien (formation, outils, protocoles, etc.) d'une pratique préventive efficace en matière de violence conjugale à l'intention des intervenants des milieux concernés.	DSP, DRSMIAS, CLSC, INSPQ, GMF, partenaires intersectoriels, organismes communautaires, CRI-VIFF, U.L.
● 61- Maintien de programmes d'intervention préventifs efficaces, développement et évaluation de programmes préventifs prometteurs s'adressant tant aux victimes qu'aux agresseurs et qui tiennent compte de diverses réalités (immigrants, autochtones, handicapés).	DSP, CRI-VIFF, DRSMIAS, organismes communautaires, CLSC
○ 62- Intégration des mesures préventives proposées dans le 2 ^e plan d'action 2004 du Programme interministériel d'intervention en matière de violence conjugale.	DSP, DRSMIAS, CLSC, INSPQ, organismes communautaires, CRI-VIFF, ministère de la Sécurité publique, policiers, ministère de la Justice

Cible 11 :

Réduire les problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues.

Activités	Partenaires
■ ○ 63- Identification de stratégies et d'activités possibles pour favoriser les pratiques cliniques préventives, comme la recherche de cas et le counselling sur la consommation d'alcool.	DSP , INSPQ, DRSMIAS, CRUV, CLSC
■ ● 64- Consolidation d'interventions de première ligne visant la réduction de la consommation d'alcool chez les buveurs à risque, notamment par la poursuite des programmes <i>Alcochoix</i> ou <i>Alcochoix plus</i> .	CLSC , DSP, DRSMIAS, CRUV
■ ● 65- Promotion et augmentation de l'accessibilité aux traitements de substitution à l'intention des usagers de substances psychotropes, notamment la méthadone.	DRSMIAS , CH, CRUV, DSP, organismes communautaires, CLSC

DÉFIS SPÉCIFIQUES AU REGARD DES ADULTES

Un certain nombre de défis peuvent être déterminés au regard des différentes problématiques traitées dans cette section. Le dossier du soutien aux pratiques cliniques préventives en rapport avec la détection et le traitement de la dépression est en développement. Il se met en œuvre au moment où est en cours dans la région une réorganisation des services de santé mentale qui veut donner une large place aux intervenants de première ligne (médecins, intervenants sociaux). Ce contexte de changement peut être favorable à l'introduction de ces pratiques. En ce qui concerne la violence conjugale, le principal défi consiste à mettre en place des mécanismes pour soutenir les cliniciens après la détection de cas. On se doit également de consolider les interventions de première ligne des CLSC en lien avec l'ensemble des services offerts en toxicomanie. Enfin, un effort de concertation avec les partenaires devrait permettre d'orienter le prochain cycle du PAR et des PAL en vue de la réduction de la détresse psychologique.

4.1.4 Personnes âgées

Sous l'angle du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociales des personnes âgées, le *Programme national de santé publique 2003-2012* vise à réduire la perte d'autonomie chez ces der-

nières, l'impact de cette problématique étant particulièrement important dans le contexte du vieillissement de la population. Cette section du document cible plus particulièrement les deux problématiques retenues par le PNSP dans ce domaine d'activités, soit la consommation de psychotropes et les problèmes d'abus et de négligence. Par ailleurs, parmi l'ensemble des conditions liées à la diminution de l'autonomie chez les aînés, certaines touchent les habitudes de vie ou des comportements (inactivité physique, malnutrition, consommation d'alcool et utilisation de médicaments dont les psychotropes, etc.), d'autres sont liées à l'état de santé (maladies chroniques, chutes, non-vaccination, réponse non adaptée des réseaux formels et informels aux besoins, etc.) ou à des conditions de vie (isolement social, abus, négligence, épuisement des aidants, milieu de vie inadéquat, pauvreté, etc.). Parmi les approches privilégiées par la santé publique pour maintenir l'autonomie chez les aînés, des interventions préventives visant l'adoption de certaines saines habitudes de vie et la vaccination sont proposées dans les sections 4.2 et 4.6. Concernant les interventions ciblant la prévention des chutes, elles sont proposées dans le contexte de la Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes et sont décrites dans la section 4.3. Soulignons enfin qu'une future réflexion liée au développement de stratégies agissant sur les conditions de vie permettrait de bonifier les interventions visant à maintenir le plus longtemps possible l'autonomie des aînés.

FINALITÉ POURSUIVIE

Assurer aux personnes âgées des conditions de vie favorables à leur santé et à leur bien-être afin de retarder le plus possible la perte d'autonomie.

PORTRAIT DE LA SITUATION

Les médicaments psychotropes comptent pour une part importante dans le traitement des problèmes de santé mentale, problèmes fréquents chez les personnes âgées. Sont regroupés dans cette classe les anxiolytiques, les hypnotiques sédatifs, les anti-psychotiques et les antidépresseurs. Les anxiolytiques et les antidépresseurs sont les psychotropes le plus souvent prescrits par les médecins. Dans une étude québécoise récente⁷⁶, 22 % des répondants âgés disaient avoir pris un anxiolytique, un sédatif ou un hypnotique dans les deux jours précédant l'étude.

Comme pour tout traitement, le recours aux psychotropes est inapproprié quand le risque qui y est associé est plus important que les bénéfices. Les âgés sont beaucoup plus susceptibles de subir des effets secondaires négatifs de ces médicaments, comparativement à des personnes plus jeunes, à cause de changements des paramètres pharmacodynamiques et pharmacocinétiques particulièrement liés au vieillissement. Ces médicaments entraînent souvent une sédation et une détérioration des fonctions cognitives, et donc un risque de chutes et de blessures ainsi qu'une perte d'autonomie secondaire, avec toutes les conséquences associées.

Différents facteurs reliés aux professionnels comme aux personnes âgées peuvent expliquer un recours inapproprié aux psychotropes. Les facteurs se rapportant aux professionnels sont le manque de connaissances, une confusion due à l'inexistence de consensus sur les critères d'utilisation, ou encore des difficultés à modifier une médication inappropriée commencée par un autre médecin, particulièrement un spécialiste (cardiologue ou psychiatre), de multiples prescripteurs et pharmaciens. Une étude réalisée⁷⁷ auprès de médecins québécois démontre qu'ils perçoivent le vieillissement comme une expérience négative et qu'ils justifient l'utilisation à long terme de psychotropes par la détresse de leurs patients âgés et le peu d'effets négatifs

constatés. Chez les âgés, les facteurs associés seraient la perception de leur état de santé, leur statut physique fonctionnel et l'utilisation des services de santé pour des symptômes de détresse psychologique. De plus, une étude de Prévillé⁷⁸ montre que les femmes âgées et les personnes avec des revenus plus bas prennent davantage de psychotropes.

Les **mauvais traitements** envers les âgés peuvent prendre diverses formes : violence physique et psychologique, abus sexuel ou social, exploitation financière et matérielle, négligence, violation des droits, âgisme. La plupart des études révèlent que le phénomène est largement sous-estimé et que son incidence demeure presque inconnue^{*79}. Au Canada, la prévalence est estimée à environ 4 % des âgés de 65 ans et plus, alors que cette proportion atteindrait entre 8 et 13 % pour les usagers des différents services du réseau de la santé⁸⁰. Dans 50 % des cas, les personnes seraient victimes d'abus matériel ou financier, alors que dans 30 % des cas le problème consisterait plutôt en agressions verbales. La violence physique est un problème sérieux puisqu'elle représente 10 % des cas de maltraitance et qu'elle entraîne des blessures nécessitant des soins médicaux pour une personne sur quatre qui la subit. Enfin, la négligence, bien que sous-estimée, compte pour 8 % des mauvais traitements. Très souvent, les conséquences de la maltraitance chez les âgés sont plus importantes et durables que pour le reste de la population. En outre, elles sont récurrentes et tendent à s'aggraver. La détérioration de l'état de santé physique et psychologique, le placement en institution et même la mort peuvent en découler⁸¹. Les causes de la maltraitance sont multiples (reliées à la personne qui en est victime comme à l'abuseur), et une conjugaison de ces causes augmente d'autant le nombre d'événements de maltraitance dont peut être victime une même personne^{**}.

L'ensemble des stratégies destinées à limiter les effets de la perte d'autonomie chez les personnes âgées viseront à la fois les facteurs directement liés aux âgés, notamment par des activités qui leur per-

* Tiré de : E. PODNIEKS et K. PILLEMER. *Une enquête nationale sur le mauvais traitement des personnes âgées au Canada*, Toronto, Institut polytechnique Ryerson, 1990.

** Tiré de : COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE. *L'exploitation des personnes âgées : rapport de consultation et recommandations*, Québec, 2001, 194 p.

mettent de demeurer actifs, mais également les conditions de vie, en ciblant les aidants qui sont souvent à risque d'épuisement avec les conséquences négatives que cela implique (abus, négligence, etc.). La mobilisation de l'ensemble des acteurs et partenaires est requise particulièrement pour déceler les situations à risque de mauvais usage de médicaments psychotropes ainsi que de celles d'abus, de négligence et la violence dont certains aînés sont victimes. De plus, afin d'agir plus efficacement, les interventions doivent cibler l'amélioration des pratiques préventives auprès des différents

intervenants impliqués (réseau de première ligne, dont les médecins, les pharmaciens, les intervenants des CLSC, etc.). Cela permettra de fournir et de mieux adapter les actions aux besoins des personnes âgées, d'assurer un environnement plus favorable au maintien de leur santé, à leur bien-être et à leur qualité de vie.

CIBLES DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL

Légende :

■ Concordance avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*

● Activité à maintenir

◐ Activité à consolider

○ Activité à développer

Parmi les partenaires, le **caractère gras** désigne le ou les responsables.

Cible 12 :

Réduire la consommation inappropriée de médicaments psychotropes chez les personnes âgées.

Activités	Partenaires
■ ○ 66- Implantation d'un projet-pilote visant à diminuer l'utilisation inappropriée de psychotropes dans deux territoires de CLSC par des interventions réalisées par un pharmacien auprès des personnes âgées (auprès des individus et en groupe), des personnes de soutien, des médecins et des professionnels du réseau de la santé.	DSP, médecins et pharmaciens des CLSC et des services gériatriques spécialisés, gériatres
■ ○ 67- Mise en œuvre régionale de l'intervention visant à diminuer l'utilisation inappropriée de psychotropes, à la suite de la réalisation du projet-pilote.	DSP, médecins et pharmaciens des CLSC et des services gériatriques spécialisés, gériatres
■ ○ 68- Réalisation d'activités de sensibilisation pour les différents groupes intervenant auprès des aînés, dont les organismes communautaires.	DSP, pharmaciens, CLSC, organismes communautaires
■ ● 69- Réalisation d'activités d'information et de formation sur une utilisation appropriée des psychotropes auprès des médecins omnipraticiens des territoires de CLSC Haute-Ville-des-Rivières et La Source et des personnes âgées inscrites au programme <i>MARCHE</i> de ces CLSC, dans le cadre d'interventions multifactorielles de prévention des chutes.	DSP, médecins des CLSC et des services gériatriques spécialisés, gériatres

Cible 13 :

Réduire la maltraitance dont seraient victimes les personnes âgées en augmentant la capacité des cliniciens et des acteurs concernés à la déceler et à la prévenir.

Activités	Partenaires
■ ○ 70- Réalisation d'un portrait de la situation concernant les activités préventives au regard de la maltraitance et recommandations pour améliorer la concertation dans les territoires de CLSC.	DSP, CLSC, CHSLD, tables locales de concertation
■ ● 71- Mise en place d'activités d'information et de formation sur l'abus et la négligence envers les aînés à l'intention des tables locales de concertation et des intervenants interpellés par cette problématique.	DSP, CLSC, CHSLD, tables locales de concertation, Comité régional d'experts
■ ● 72- Poursuite des travaux du Comité régional d'experts sur l'abus, la négligence et la violence envers les aînés et du Comité régional des intervenants pivots sociaux des CLSC en vue de mieux prévenir les situations d'abus et de négligence.	DSP, CLSC, CHSLD, organismes membres du Comité régional d'experts
■ ● 73- Implication au sein du Réseau québécois pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées visant l'échange d'expertise entre les régions.	DSP, CHSLD, Comité régional d'experts
■ ○ 74- Mobilisation des partenaires concernés en vue de mieux prévenir les abus financiers.	DSP, CLSC, CHSLD, Comité régional d'experts, institutions financières

Cible 14 :

Soutenir le développement d'environnements favorables et de conditions de vie propices au maintien de l'autonomie des aînés.

Activités	Partenaires
○ 75- Mise en place d'un processus de réflexion pour élaborer des stratégies de prévention efficaces ou prometteuses concernant les conditions de vie des aînés et des aidants.	DSP, CLSC, organismes communautaires, CH, CHSLD, DRSMIAS

DÉFIS SPÉCIFIQUES AU REGARD DES PERSONNES ÂGÉES

Le défi consiste à réaliser des interventions préventives efficaces auprès des personnes âgées et des aidants, notamment par l'*empowerment* et le développement de leurs habiletés et de leur potentiel face aux situations liées au vieillissement. Un autre défi repose sur la réalisation d'actions concertées entre les divers partenaires et acteurs

des réseaux formels et informels afin, d'une part, de déceler le plus précocement possible les situations problématiques et, d'autre part, de mieux agir sur les conditions et facteurs favorisant l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées et de leur entourage. L'exploration de nouvelles avenues s'avère nécessaire à cet égard.

4.1.5 Population en général

La présente section traite plus particulièrement de la problématique du suicide pour laquelle les activités proposées dans la région touchent diverses clientèles.

FINALITÉ POURSUIVIE

Réduire le nombre de tentatives de suicide et le nombre de décès par suicide dans la population en général.

PORTRAIT DE LA SITUATION

Au Québec, le taux de décès par suicide a commencé à augmenter de façon progressive au début des années 1970 et a connu un sommet durant la période 1997-1999 (19,8 pour 100 000 habitants). À ce taux correspond un nombre annuel de décès par suicide d'environ 1 500⁸². La région de la Capitale nationale enregistre pour cette même période un taux de décès par suicide de 24,5 personnes pour 100 000. Au total, 1 387 décès sont survenus dans la région au cours de la période 1990-1999, soit une moyenne annuelle de 140 suicides⁸³. Dans la région, pour la période 1994-1998, c'est le territoire de CLSC Basse-Ville – Limoilou – Vanier qui affiche le taux de suicide le plus élevé⁸⁴, suivi de celui de Portneuf. Ce sont les jeunes adultes, en majorité des hommes, qui présentent le plus haut taux de mortalité par suicide. Ce taux est également en augmentation chez les adolescents.

Ce problème est un phénomène complexe qui commande un ensemble de stratégies qui permettent d'agir sur les principaux facteurs de risque liés aux prédispositions individuelles (troubles mentaux, dépendance à l'alcool et aux drogues, antécédents suicidaires personnels et familiaux), à l'environnement social (valeurs et attitudes concernant la famille, le sens donné à la vie, la demande d'aide) et à certains facteurs circonstanciels (deuil, perte d'emploi, peine d'amour, échec scolaire, maladie, etc.). L'accès à des moyens pour compléter un suicide (arme à feu, médicaments, oxyde de carbone) et un état d'intoxication aigu à l'alcool ou aux drogues peuvent également contribuer à précipiter un geste suicidaire. Le suicide n'est pratiquement jamais le résultat d'un seul facteur de risque. Il est le plus souvent le résultat d'un cumul de facteurs. Par ailleurs, les concepts de résilience (capacité des individus à faire face à des situations difficiles)⁸⁵ et

de capital social (caractéristiques de l'organisation sociale qui ont des effets protecteurs sur la santé physique et mentale des personnes)⁸⁶ suggèrent des stratégies de promotion et de développement social qui doivent être également encouragées.

L'approche spécialisée qui a trait à l'intervention auprès de la personne suicidaire renvoie à la mise en place de services cliniques appropriés (intervention de crise, prise en charge, suivi et postvention*). Par ailleurs, agir en amont du processus suicidaire signifie renforcer les facteurs de protection, de même qu'intervenir sur les facteurs de risque de suicide modifiables.

Un processus d'élaboration de trois plans d'action est actuellement en cours dans la région. Il vise l'identification et la mise en œuvre de mesures prioritaires selon les axes de la promotion, de la prévention et de l'intervention. Ces plans d'action triennaux 2005-2008 seront spécifiques aux territoires de Portneuf, de Charlevoix et de Québec-Métro. Les travaux nécessaires à leur élaboration, animés par la Direction régionale de la santé mentale, de l'intégration et de l'adaptation sociales, seront menés en collaboration avec tous les partenaires concernés, en particulier les organismes communautaires dédiés à la problématique du suicide ou à la crise psychosociale, les intervenants de première et de deuxième lignes du réseau de la santé et des services sociaux, les municipalités (ex. : sécurité publique), le milieu de travail et le milieu scolaire.

Outre les mesures présentées ailleurs dans le PAR et qui ont trait, par exemple, à la promotion de la santé mentale chez les jeunes ou à la prévention d'autres problématiques fortement associées au suicide (ex. : toxicomanie, dépression, violence, etc.) et tel que mentionné dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*⁸⁷, la DSP peut apporter un soutien pour certaines mesures en particulier : celles visant la diminution de l'accès aux moyens utilisés lors de tentatives de suicide ou de suicides réussis, le développement de réseaux de personnes sentinelles et le développement de

* Intervention auprès de personnes particulièrement touchées par un événement suicidaire (ex. : famille, proches, milieu de travail, milieu scolaire) et qui vise à en diminuer les conséquences négatives.

pratiques cliniques préventives. Ces mesures seront davantage explicitées en collaboration avec les partenaires à la faveur de l'élaboration des plans

d'action et n'en constituent qu'un sous-ensemble. De plus, la DSP peut soutenir ses partenaires pour la conduite d'études descriptives ou évaluatives. À titre d'exemple, une étude sur le repérage des étudiants en difficulté qui fréquentent des cégeps de la région est actuellement en cours.

CIBLES DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL

Légende :

■ Concordance avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*

● Activité à maintenir

◐ Activité à consolider

○ Activité à développer

Parmi les partenaires, le caractère **gras** désigne le ou les responsables.

Cible 15 :

Mettre en place, dans la communauté et dans les milieux de vie des personnes, des mesures pour prévenir le suicide.

Activités	Partenaires
■ ◐ 76- Activités de sensibilisation de la population et de différents intervenants aux risques que représentent les armes à feu et les médicaments gardés à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès.	DSP , omnipraticiens, policiers, CLSC, organismes communautaires
■ ◐ 77- Implantation de réseaux de personnes sentinelles aptes à reconnaître les indices précurseurs de comportements suicidaires et à guider les personnes suicidaires vers les ressources appropriées.	DSP, DRSMIAS , CLSC, organismes communautaires, commissions scolaires, écoles, milieux de travail

Cible 16 :

Soutenir le développement ou le maintien des pratiques cliniques préventives chez les intervenants de première ligne.

Activités	Partenaires
■ ◐ 78- Formation des omnipraticiens, des intervenants de CLSC et des organismes communautaires sur la prévention du suicide et les pratiques cliniques préventives appropriées.	DSP, DRSMIAS , omnipraticiens, psychiatres, CLSC, organismes communautaires, centres de prévention du suicide, Centre de crise de Québec, PECH
■ ◐ 79- Mise en place des conditions qui favorisent l'adoption des pratiques cliniques préventives par tous les intervenants de première ligne, par exemple l'accès à l'expertise spécialisée.	DSP, DRSMIAS , omnipraticiens, psychiatres, organismes communautaires, CLSC

DÉFIS SPÉCIFIQUES AU REGARD DU SUICIDE CHEZ LA POPULATION EN GÉNÉRAL

Le principal défi lié à cette problématique est la mobilisation de tous les partenaires du secteur communautaire, du secteur de la santé et des services sociaux et ceux des autres secteurs d'activité (éducation, sécurité publique, justice, travail) visés par la prévention du suicide. Il importe également d'améliorer les échanges et les arrimages entre tous les partenaires. Ces efforts sont particulièrement nécessaires pour intervenir plus adéquatement auprès des clientèles à risque.



HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES

4.2 HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES

Ce domaine d'intervention vise plusieurs maladies chroniques : les maladies cardiovasculaires, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète, l'obésité, les cancers des voies respiratoires et du système digestif, le cancer du sein, l'asthme, l'ostéoporose, la carie dentaire et les maladies parodontales. Le domaine se divise en deux sections. La première concerne les cibles et les activités des quatre habitudes de vie que sont l'activité physique, l'alimentation, le tabagisme et l'hygiène dentaire. Ces cibles sont structurées autour des groupes d'âge 0-5 ans, 6-18 ans, adultes, aînés, et la population en général. La deuxième section porte sur le dépistage des cancers. En conformité avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*, le domaine tient compte de différentes approches, méthodes et stratégies, soit l'éducation à la santé, le marketing social, le changement organisationnel, l'action communautaire, les politiques publiques et les pratiques cliniques préventives, notamment.

4.2.1 Activité physique, alimentation, tabagisme et santé dentaire

FINALITÉS POURSUIVIES

Améliorer les habitudes de vie et diminuer les facteurs de risque de maladies chroniques par la combinaison d'actions éducatives qui agissent sur les facteurs internes sous le contrôle des individus (connaissances, croyances, habiletés, attitudes), et d'actions environnementales qui agissent sur les facteurs externes structurants incontrôlables par les individus (disponibilité des produits, structures physiques, sociales et économiques, médias et messages culturels). Chacune des habitudes de vie a sa propre finalité d'ici 2012, soit de viser 10 % d'amélioration relative à : la pratique régulière d'activités physiques (30 minutes par jour); l'alimentation (cinq portions de fruits et légumes par jour); le tabagisme (zéro tabagisme et fumée de tabac dans l'environnement); l'hygiène dentaire, et ce, dans tous les groupes d'âge.

PORTRAIT DE LA SITUATION

Les maladies chroniques ciblées par le Plan d'action régional ont en commun les mêmes facteurs de risque que sont la mauvaise alimentation, la sédentarité et le tabagisme. Le **tabagisme** constitue toujours un problème de santé publique en ce qui a trait à la mortalité. On attribue au tabagisme 89 % de tous les cancers du poumon, 32 % de tous les décès par cancer et 21 % des décès d'origine cardiaque⁸⁸. Malgré la diminution de l'usage du tabac constatée chez tous les groupes d'âge depuis les vingt dernières années, les plus récentes données fournies par l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC, 2000-2001) indiquent que plus du quart des résidents (12 ans et plus) de la région de la Capitale nationale, soit plus de 158 000 personnes, sont fumeurs et que 32 % des non-fumeurs sont exposés à la fumée secondaire⁸⁹. En ce qui concerne les jeunes, les plus récentes données proviennent de l'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire*⁹⁰: en 1998, 30 % des jeunes déclaraient être fumeurs contre 29 % en 2000 et 23 % en 2002.

Les données sur l'**alimentation** et sur la **pratique régulière de l'activité physique** n'affichent pas les mêmes améliorations et tendances. L'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001)* montre que seulement 39 % de la population de 12 ans et plus de la région de la Capitale nationale consomme quotidiennement les cinq portions de fruits et légumes recommandées. Cette tendance s'est également vérifiée dans un sondage réalisé récemment (entre décembre 2002 et mai 2003), dans le cadre du *Programme intégré de prévention des maladies chroniques de la région de Québec (2002-2012)*, auprès d'employés (n = 658) du milieu scolaire. Seulement 35 % des femmes et 28 % des hommes interrogés consomment quotidiennement cinq portions de fruits et de légumes. Le même sondage nous apprend aussi que 53 % des employés pratiquent rarement ou quelquefois les 30 minutes d'activités physiques quotidiennes recommandées. Cette dernière donnée est comparable aux résultats d'autres enquêtes⁹¹, lesquelles démontrent également que la pratique régulière d'activités physiques n'a pas augmenté dans la population québécoise depuis plus de quinze ans.

Deux composantes, en rapport avec les habitudes alimentaires, l'activité physique et le tabagisme, sont à souligner : l'image corporelle et l'estime de soi. Quoique peu étudiées, elles apparaissent de plus en plus comme jouant un rôle important dans la lutte contre les problèmes liés au poids, dont l'embonpoint et l'obésité. Dans le cadre du projet *Bien dans sa tête, Bien dans sa peau*, un sondage a été réalisé en mars 2003 auprès de 207 jeunes de 5^e secondaire de l'école La Camaradière de Québec. D'après les résultats du sondage, la problématique de l'image corporelle et de l'estime de soi semble se poser différemment pour les filles et les garçons. En effet, 71 % des jeunes filles tentent de maigrir ou de contrôler leur poids comparativement à 29 % des garçons. En revanche, 26 % des garçons ont tenté de prendre du poids au cours des six derniers mois et 23 % tentent encore de le faire. La plupart (70 %) des filles préféreraient avoir une silhouette plus mince, alors que 37 % des garçons veulent augmenter leur masse. Quant aux questions relatives à l'estime de soi, les garçons sont plus enclins que les filles à répondre qu'ils valent autant qu'une autre personne.

Une bouche saine est essentielle non seulement pour bien mastiquer, mais aussi pour parler et sourire. Elle peut cependant être attaquée par la carie dentaire, les maladies parodontales et les cancers buccaux. Les maladies parodontales et les cancers buccaux, prédominants chez les adultes, sont exacerbés par l'usage du tabac. L'attaque carieuse débute dès l'apparition des dents et se poursuit tout au long de la vie. Déjà à la maternelle, 42 % des enfants québécois ont eu une carie dentaire⁹². Ces enfants demeurent plus vulnérables à la carie tout au long de leur vie. Les personnes âgées le sont également, bien qu'elles aient souvent perdu plusieurs dents. La détérioration de la **santé bucco-dentaire** peut être prévenue par l'apport approprié de fluorure, l'application d'agents de scellement et l'acquisition de saines habitudes de vie, notamment l'hygiène dentaire (brossage des dents), une saine alimentation et l'abstinence tabagique. Dans la région de la Capitale nationale, plus de 90 % des enfants de la maternelle sont dépistés pour déterminer lesquels d'entre eux sont plus vulnérables à la carie. Par ailleurs, seulement le tiers de la population de la région profite de la fluoruration des

eaux destinées à la consommation, une mesure pourtant démontrée efficace.

Au Québec sont assurés, outre les services médicaux, certains services dentaires, plus précisément ceux destinés aux enfants de moins de 10 ans. Dans la région, en 1998, un peu plus de la moitié (53,1 %) des enfants de ce groupe d'âge se sont prévalus d'au moins un service dentaire, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne provinciale. Les pourcentages de 1998 sont comparables à ceux de 1994, tant dans la région que dans l'ensemble du Québec. La santé dentaire chez les enfants de 2^e et de 6^e année de la région s'est améliorée entre 1983-1984 et 1998-1999, comme en témoigne la baisse des indices CAOOF (surfaces de dents cariées, absentes ou obturées), et ce, tant pour la dentition primaire que pour la dentition permanente. Quant au taux d'édentation complète chez les adultes de la région (22 %), dont les données les plus récentes datent de 1993, il est semblable à celui de la province, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes.

Parmi les stratégies précisées dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*, il y a lieu de développer les pratiques cliniques préventives afin de soutenir l'adoption de saines habitudes de vie. Il n'existe pas de données québécoises ou régionales permettant de dresser un portrait des pratiques actuelles en ce qui concerne les habitudes de vie. Cependant, plusieurs études^{93,94,95} démontrent que les professionnels de la santé, notamment les médecins, peuvent avoir un effet positif sur les changements de comportements des individus, en particulier par l'entremise d'un *counselling* approprié. Quant aux activités décrites dans le programme national (campagnes de communication, promotion et application de politiques, lois et règlements, organisation d'activités dans les milieux de vie), elles doivent être abordées sous l'angle de la transformation des environnements physique, sociale et économique. Dans la région, plusieurs acteurs sont déjà mobilisés dans des activités et des actions communes susceptibles de concrétiser ces transformations. Ce partenariat, qui réunit des représentants des municipalités, des organismes de sports et loisirs, des écoles, des milieux de travail, des organismes communautaires et des fondations, constitue une condition propice pour plani-

fier et mettre en œuvre des actions coordonnées et intégrées visant à modifier nos milieux de vie et soutenir l'adoption de saines habitudes de vie.

Ces stratégies et activités font partie d'une approche intégrée de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques, nécessaire pour répondre à des problématiques émer-

gentes telle l'obésité. Le *Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012*, mieux connu sous l'appellation *0-5-30 Combinaison prévention*, est un exemple de ce type d'approche.

CIBLES DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL

Légende :

■ Concordance avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*

● Activité à maintenir

◐ Activité à consolider

○ Activité à développer

Parmi les partenaires, le **caractère gras** désigne le ou les responsables.

Cible 1 :

Améliorer les habitudes de vie chez les enfants de moins de 6 ans et leur famille dans leurs milieux.

Activités	Partenaires
■ ○ 80- Promotion de l'absence d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement familial et de l'abstinence tabagique auprès des femmes enceintes.	DSP , CLSC, CH, cliniques médicales, organismes communautaires, CPE
■ ○ 81- Intervention auprès des CPE pour promouvoir le brossage des dents en milieu de garde.	DSP , CLSC , CPE
○ 82- Formation des intervenants en périnatalité et en petite enfance afin qu'ils deviennent des agents multiplicateurs en matière de promotion des saines habitudes de vie.	DSP , CLSC, CH, organismes communautaires
■ ○ 83- Développement d'une intervention auprès des familles ayant des enfants vulnérables à la carie.	DSP , CLSC, commissions scolaires, écoles
○ 84- Formation des dentistes et des hygiénistes dentaires en cabinet privé, sur les interventions préventives auprès des enfants âgés entre 1 an et 5 ans.	DSP , CLSC, cabinets privés

Cible 2 :

Améliorer les habitudes de vie chez les jeunes âgés entre 6 et 18 ans par la mise en œuvre d'activités de prévention et de promotion dans le cadre de l'intervention globale et concertée à partir de l'école (École en santé).

Activités	Partenaires
■ ● 85- Dépistage des enfants de la maternelle plus vulnérables à la carie et suivi individualisé de ces enfants jusqu'à la troisième année.	DSP, CLSC , commissions scolaires, écoles
■ ○ 86- Réalisation d'une étude de faisabilité d'application d'agents de scellement par les hygiénistes dentaires en CLSC et les dentistes à la DSP ou par les dentistes et hygiénistes dentaires en cabinet privé et, selon les conclusions, planification d'un projet-pilote.	DSP, CLSC , cabinets privés
■ ● 87- Diffusion de l'étude sur l'environnement alimentaire en milieu scolaire et, selon les conclusions, planification et mise en œuvre d'orientations, de politiques, de normes et de procédures qui faciliteront une saine alimentation à l'école, notamment la consommation quotidienne de cinq portions de fruits et légumes.	DSP, CLSC , commissions scolaires, écoles, DRMEQ
■ ○ 88- Planification et réalisation d'une étude sur l'environnement alimentaire en milieu municipal (arénas, terrains de jeu, centres de loisirs, etc.) avec la Ville de Québec et d'autres municipalités à déterminer.	DSP , Ville de Québec
■ ● 89- Poursuite du projet <i>Bien dans sa tête, Bien dans sa peau</i> dans les trois écoles déjà ciblées et implantation du projet dans d'autres écoles secondaires.	DSP, CLSC , commissions scolaires, écoles
■ ● 90- Poursuite du projet <i>Québec en forme</i> dans les 15 écoles de la basse-ville et implantation de la formule dans les autres arrondissements de la ville.	QEF, DSP, CLSC , Ville de Québec, Commission scolaire de la Capitale, écoles
■ ● 91- Poursuite des projets <i>ISO-ACTIF</i> et <i>Chaque jour, moi j' croque 5 fruits et légumes</i> .	Sport étudiant , DSP, commissions scolaires, écoles, CLSC
■ ● 92- Poursuite des projets <i>Écoles actives, Aménagement et animation de la cour d'école, Plaisir sur glace, Marchons vers l'école et Mes premiers jeux</i> .	DSP , sport étudiant, commissions scolaires, écoles, municipalités, URLS, associations sportives, CLSC, INSPQ, Vert l'action, MAMSL
■ ● 93- Poursuite des projets <i>La Gang allumée pour une vie sans fumée, Tournée IN VIVO, De Facto : la vérité sans filtre et Mission TNT-o6</i> .	DSP, sport étudiant , commissions scolaires, écoles, Alliance pour la lutte au tabagisme Québec-Chaudière-Appalaches
■ ○ 94- Détermination des besoins et des attentes des municipalités quant à la problématique du transport actif (urbain, semi-urbain, rural) et selon les résultats, élaboration d'un projet-pilote.	DSP , municipalités, MAMSL
■ ○ 95- Études sur les besoins et les attentes des parents relativement aux conditions favorables à implanter dans leur environnement (famille, quartier, milieux de garde) pour faciliter l'amélioration des habitudes de vie.	DSP , Ville de Québec, U.L., organismes communautaires, clubs de loisirs et de sports

Cible 3 :

Améliorer les habitudes de vie chez les adultes et les aînés par la mise en œuvre du *Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012* (professionnels de la santé, milieux de travail, communautés, municipalités).

Activités	Partenaires
■ ● 96- Réalisation du volet actions éducatives (formation, information, ateliers interactifs sur les habitudes de vie, outils d'aide à la décision, outils patients, soutien-conseil, etc.) auprès des professionnels des services courants des CLSC (infirmières, médecins, nutritionnistes, etc.).	DSP , CLSC, INSPQ
■ ● 97- Réalisation du volet actions éducatives (délégué médical de prévention, ateliers de formation continue interactifs, outils d'aide à la décision) auprès des médecins en cabinet privé et des professions en lien avec eux, les étudiants en médecine, etc.	DSP , cabinets privés, AMOQ, U.L., CLSC
■ ○ 98- Planification d'actions éducatives (délégué médical de prévention, ateliers de formation continue interactifs, outils d'aide à la décision) auprès des dentistes et hygiénistes dentaires en cabinet privé de même qu'auprès d'étudiants en santé dentaire.	DSP , cliniques dentaires, U.L., CLSC, cégep
■ ● 99- Réalisation d'actions environnementales (démarche en sept étapes) en milieu de travail (milieu scolaire) et planification d'une offre de service auprès d'autres milieux (CLSC, CHSLD, CH, Ville de Québec et ministères).	DSP , commissions scolaires, écoles, DRCSST, CLSC
■ ○ 100- Soutien à l'élaboration d'orientations et de politiques en milieu municipal par la collecte d'information sur le transport actif et l'aménagement urbain.	DSP , Ville de Québec
■ ● 101- Consolidation des services individuels et des groupes d'aide à l'arrêt tabagique via les centres d'abandon du tabac en tenant compte des différents sous-groupes d'âge, du sexe et d'autres aspects selon le cas (femmes enceintes, femmes monoparentales, personnes seules, etc.) et poursuite du plan québécois d'abandon du tabac (<i>Défi, J'arrête, j'y gagne, Fumée de tabac dans l'environnement, etc.</i>).	DSP , CLSC, CAF
■ ● 102- Poursuite de la campagne <i>Plaisir sur glace</i> et réalisation d'une nouvelle campagne <i>MARCHE</i> .	DSP , municipalités, URLS, CLSC, MAMSL

Cible 4 :

Améliorer les habitudes de vie des aînés par la mise en œuvre d'activités dans leurs milieux de vie (clubs de loisirs, communauté, CHSLD et domicile).

Activités	Partenaires
■ ● 103- Consolidation du programme <i>VIACTIVE</i> qui fait la promotion d'activités physiques auprès des membres des regroupements d'aînés.	DSP , FADOQ, MAMSL
■ ○ 104- Implantation d'un projet <i>Clé en main</i> relatif à l'hygiène dentaire dans les CHSLD et auprès de la clientèle du soutien à domicile des CLSC.	DSP , CHSLD, CLSC
○ 105- Formation des dentistes, des infirmières et des auxiliaires sur les soins buccodentaires préventifs auprès des personnes en perte d'autonomie.	DSP , CHSLD, U.L., cégep

Cible 5 :

Améliorer les habitudes de vie dans la population en général par diverses campagnes de promotion.

Activités	Partenaires
■ ● 106- Promotion de la fluoruration des eaux de consommation.	DSP , CLSC, municipalités
■ ○ 107- Promotion de l'absence (zéro) de fumée de tabac dans l'environnement, de la consommation de cinq portions de fruits et légumes par jour et de la pratique de 30 minutes d'activités physiques par jour (<i>Campagne 0.5.30 Combinaison prévention</i>).	DSP , CLSC, milieux de travail, municipalités

DÉFIS SPÉCIFIQUES AU REGARD DES HABITUDES DE VIE ET DES MALADIES CHRONIQUES

Le principal défi consiste à planifier et à mettre en œuvre une stratégie globale et concertée qui combinera les différentes approches, méthodes et stratégies reconnues efficaces ou prometteuses dans la promotion des saines habitudes de vie. Cette stratégie devra tenir compte de l'ensemble des déterminants, en particulier les déterminants sociaux, afin de réduire les inégalités de santé et de bien-être, d'où l'importance d'agir globalement à tous les niveaux (national, régional, local), auprès des divers groupes d'âge, dans les communautés et dans les milieux de vie. Des investissements importants devront cependant être consentis au cours des prochaines années, non seulement pour assu-

rer la consolidation des actions en cours, mais aussi pour poursuivre le développement de nouvelles interventions, comme la transformation des environnements.

4.2.2 Dépistage des cancers

FINALITÉ POURSUIVIE

Réduire l'incidence des cancers par des mesures de promotion et de prévention, dont le dépistage. De manière particulière, viser la participation de 70 % des femmes de 50 à 69 ans de la région au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* et consolider le volet portant sur l'assurance de qualité.

PORTRAIT DE LA SITUATION

Le **décès par cancer** est la deuxième cause de mortalité dans la région. Les données révèlent que les hommes de la région sont davantage touchés par le cancer que les femmes, qu'ils sont plus nombreux à en décéder mais que le cancer croît dans la population féminine, particulièrement en raison de la progression du cancer du poumon chez les femmes. Les types de cancer les plus fréquents sont, dans l'ordre, le cancer du poumon, le cancer du sein, les cancers urologiques et les cancers colorectaux. Les facteurs de risque modifiables se rapportent aux habitudes de vie et aux comportements ; en tête de liste viennent le tabagisme, l'alimentation, l'obésité et la sédentarité, auxquels est attribuable 65 % de la mortalité par cancer. Toutes les cibles et les activités décrites dans la précédente section sur ces habitudes de vie contribuent à la réduction de la mortalité par cancer dans la région. D'autres activités sur l'environnement et l'exposition aux produits cancérigènes en milieu de travail sont abordées dans les sections relatives à ces domaines.

La détection précoce des cancers constitue une activité importante. Deux cancers sont particulièrement ciblés par le *Programme national de santé publique 2003-2012* : le cancer du sein et le cancer du col utérin. En 1998, 64,4 % des femmes de 15 ans et plus disent avoir passé un test Pap de dépistage du **cancer du col utérin**. En comparaison avec les données de l'ensemble du Québec, les femmes de 15-24 ans de la région sont plus nombreuses à passer ce test (66,3 % contre 56,5 %).

Chaque année, un **cancer du sein** est diagnostiqué chez près de 425 femmes résidant dans la région de la Capitale nationale. Ce cancer est la deuxième cause de mortalité par cancer chez la femme. Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), implanté depuis mai 1998 dans la région, vise à réduire de 25 % la mortalité par cancer du sein en amenant 70 % des femmes de 50 à 69 ans à passer une mammographie de dépistage aux deux ans. Du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2002, 67,7 % des femmes de la région ont eu une mammographie (dépistage ou diagnostic), soit une proportion supérieure à celle de l'ensemble du Québec (63,0 %)*. Entre juillet 2001 et juin 2003, soit le dernier cycle de deux ans, 55,6 % des femmes entre 50 et 69 ans ont participé au programme de dépistage (moyenne provinciale de 46,3 %)**.

Le taux s'est amélioré sensiblement par rapport aux premières années de fonctionnement du programme (47,8 % pour les années 1999-2000). Toutefois, la participation décroît avec l'âge et varie d'un territoire de CLSC à l'autre. La littérature et certaines données montrent que les femmes avec des caractéristiques particulières (issues de milieux défavorisés, handicapées ou immigrantes) participent moins au programme. Des activités de promotion, de sensibilisation et de mobilisation visent à favoriser la participation des femmes au PQDCS; la région a privilégié des stratégies de mobilisation communautaire (dans les milieux de vie des femmes) ainsi que des interventions auprès des médecins car ceux-ci influencent grandement la décision de la femme à participer au dépistage. En 2000, le taux de fidélité au programme (pourcentage de femmes se présentant pour une seconde mammographie dans un délai de 30 mois suivant la première mammographie) est plus élevé chez les femmes qui ont un premier résultat normal (77 %) que chez celles qui ont un résultat anormal (52 %)***. Comme pour l'ensemble des régions du Québec, le taux de référence pour investigation est plus élevé que la cible visée dans le cadre de référence du PQDCS (11,4 % de 1998 à 2002 pour une cible de 7 % pour les mammographies initiales)****. Pour l'année 2000-2001, 159 cancers ont été détectés chez les femmes ayant eu une mammographie initiale, soit un taux de détection de 7 pour 1 000 femmes dépistées (norme provinciale de 5 pour 1 000 femmes dépistées). Chez les femmes ayant eu une mammographie subséquente, 108 cancers ont été dépistés correspondant à un taux de détection de 5,3 pour 1 000 femmes (norme provinciale de 3,5 pour 1 000 femmes dépistées).

* Tiré de : Institut national de santé publique du Québec. *Programme québécois de dépistage du cancer du sein : résultats au 30 juin 2003*, Équipe d'évaluation du PQDCS, document de travail (présentation audiovisuelle), 26 p.

** Ibid.

*** Ibid.

**** Tiré de : Direction régionale de santé publique de Québec. *Programme québécois de dépistage du cancer du sein dans la région de Québec*, document de travail, décembre 2003, 27 p.

CIBLES DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL

Légende :

■ Concordance avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*

● Activité à maintenir

◐ Activité à consolider

○ Activité à développer

Parmi les partenaires, le **caractère gras** désigne le ou les responsables.

Cible 6 :

Réduire la mortalité par cancer du sein par la consolidation du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) auprès des femmes de 50 à 69 ans.

Activités	Partenaires
■ ◐ 108- Poursuite des activités du programme du Centre de coordination des services régionaux (CCSR), des centres de dépistage désignés, du Centre de référence pour investigation désigné (CRID) et réalisation des activités de communication pour promouvoir le PQDCS.	CCSR, cliniques radiologiques privées, CRID, CH, DRAMUSP, DSP, MSSS
■ ◐ 109- Réalisation des projets locaux de sensibilisation et de mobilisation communautaire dans tous les territoires de CLSC.	CLSC, DSP, organismes communautaires
■ ◐ 110- Poursuite de l'expérimentation d'activités de sensibilisation et de mobilisation communautaire auprès de femmes de milieux défavorisés des secteurs Basse-Ville et Limoilou.	DSP, CLSC, organismes communautaires
■ ● 111- Réalisation d'activités d'information et de sensibilisation auprès des femmes en milieu de travail.	DSP, milieux de travail
■ ◐ 112- Réalisation d'activités à l'intention des médecins pour maintenir leur adhésion au PQDCS et les inciter à encourager les femmes de 50 à 69 ans à se faire dépister.	DSP, CCSR, médecins
■ ● 113- Évaluation du programme dans une perspective d'assurance qualité.	DSP, INSPQ, MSSS, CCSR, centres du PQDCS, CLSC, DRAMUSP
■ ○ 114- Développement et évaluation d'une démarche de révision des pratiques de l'équipe interdisciplinaire du CRID.	DSP, INSPQ, CRID

Cible 7 :

Soutenir les cliniciens dans la détection précoce du cancer du sein et du cancer du col utérin de même que dans la prise en charge des personnes atteintes.

Activités	Partenaires
■ ○ 115- Développement d'actions auprès des cliniciens pour favoriser les pratiques préventives pour la détection précoce du cancer du sein : examen clinique des seins et dépistage par mammographie (liens avec la cible 6).	DSP, CCSR
● 116- Poursuite de la recherche sur les corridors de services efficients dans le diagnostic et les traitements des femmes ayant un cancer du sein.	DSP, Centre de recherche du CHUQ (HDQ), établissements de santé des régions de Québec et de Trois-Rivières
● 117- Poursuite de l'expérimentation d'un dossier réseau informatisé en oncologie pour les femmes atteintes d'un cancer du sein (phase 2).	U.L., DSP
■ ○ 118- Promotion des interventions de santé publique susceptibles d'améliorer la détection précoce du cancer du col utérin.	DSP, MSSS, INSPQ

DEFIS SPECIFIQUES AU REGARD DU DEPISTAGE DES CANCERS

Bien que le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) soit bien implanté dans la région, les actions pour amener les femmes à participer au programme (y adhérer et y demeurer) doivent être maintenues. De manière particulière, des actions diversifiées doivent viser les non-participantes. L'ajout de ressources permettrait d'étendre des projets locaux à tous les territoires de CLSC et d'intensifier les activités médiatiques régionales. La promotion du programme auprès des médecins est aussi essentielle. Le succès du programme est lié, encore, à la consolidation et au maintien d'activités d'évaluation orientées vers l'assurance de qualité du programme. Par ailleurs, le Plan d'action régional de la lutte au cancer, auquel la Direction régionale de santé publique collabore, sera l'occasion d'introduire les aspects préventifs dans l'organisation des services qui en découlera.



4.3 PROMOTION DE LA SÉCURITÉ ET PRÉVENTION DES TRAUMATISMES

Ce domaine d'intervention comporte l'ensemble des activités visant à maintenir et à améliorer la sécurité de la population. Par sécurité, on entend un « *état où les dangers et les conditions pouvant provoquer des dommages d'ordre physique, psychologique ou matériel sont contrôlés de manière à préserver la santé et le bien-être des individus et de la communauté*⁹⁶ ». La sécurité est une ressource indispensable à la vie quotidienne qui permet à l'individu et à la communauté de réaliser leurs aspirations. Elle est considérée comme un droit fondamental de l'être humain au même titre que la santé^{97,98}.

Deux dimensions doivent être considérées lorsqu'on veut améliorer la sécurité de la population : la dimension subjective qui se rapporte au degré de sécurité ressentie par la population, et la dimension objective qui renvoie à des paramètres observables sur la victimisation, les caractéristiques de l'environnement et les comportements de la population. Tout comme la santé, qui est plus que l'absence de maladie, la sécurité est plus que l'absence de blessures. Elle doit conférer un état de bien-être. Cet état nécessite, de façon minimale, la réunion des quatre conditions suivantes :

- 1) un climat de cohésion et de paix sociales ainsi que d'équité, qui protège les droits et libertés sur les plans familial, local, national et international;
- 2) la prévention et le contrôle des blessures et autres conséquences ou dommages causés par des accidents;
- 3) le respect des valeurs et de l'intégrité physique, matérielle ou psychologique des personnes;
- 4) l'accès à des moyens efficaces de prévention, de contrôle et de réadaptation pour assurer les trois premières conditions.

Pour assurer ces conditions, deux approches doivent être menées en complémentarité, soit l'approche par milieu de vie et l'approche par problème.

Dans l'approche par milieu de vie, le plan d'intervention tend à agir sur une diversité de problèmes de sécurité subis dans un milieu de vie particulier, tel qu'une ville, un quartier ou une école. Ce plan fait suite à l'établissement d'un diagnostic de sécurité qui permet non seulement d'établir les priorités d'action, mais également de mieux comprendre les interrelations entre les problèmes, leurs causes et les pistes de solution. Dans l'approche par problème, le plan d'intervention aura pour cible une problématique particulière qu'on tentera de prévenir en agissant sur ses causes.

La présente section reflète cette différence dans les approches. En effet, les actions proposées visent d'une part à soutenir les divers milieux d'intervention dans leurs efforts pour améliorer la sécurité de la population et, d'autre part, à prévenir des problèmes particuliers qui se manifestent dans chacun de ces milieux.

Plusieurs problèmes de sécurité sont abordés dans la présente section du PAR. Toutefois, afin de respecter la structure du *Programme national de santé publique 2003-2012*, les problématiques du suicide, de la violence conjugale et de la violence envers les aînés ont été traitées dans la section Développement, adaptation et intégration sociales.

FINALITÉ POURSUIVIE

Favoriser la promotion d'environnements et de comportements sécuritaires et non violents de même que la prévention des traumatismes non intentionnels, de la violence et du suicide, et ce, au regard des quatre milieux que sont la communauté (villes, villages et quartiers), les écoles et les milieux de garde, le domicile et les milieux d'hébergement, ainsi que les milieux du sport et des loisirs.

PORTRAIT DE LA SITUATION

Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes dans la communauté (villes, villages et quartiers)

L'**absence de sécurité** se manifeste de diverses façons (criminalité, violence, suicides, sinistres, blessures, etc.) et entraîne chez les citoyens diverses conséquences y compris l'isolement social et le sentiment d'insécurité qui touche une grande pro-

portion de la population, particulièrement les femmes. Plusieurs problèmes d'insécurité doivent être abordés à l'échelle d'une communauté, en particulier les problèmes de violence (menaces, vols qualifiés, agressions, etc.) et les traumatismes routiers (occupants de véhicules à moteur, cyclistes, motocyclistes et piétons).

Au Québec, en 2001, étaient dénombrés, outre les 142 homicides rapportés pour l'année, plus de 200 crimes contre la personne par jour⁹⁹. Les voies de fait, les menaces, les vols qualifiés, les agressions sexuelles et le harcèlement constituent, dans l'ordre, les principales manifestations de ce type de **violence**. Dans la seule région de la Capitale nationale, 5 100 crimes contre la personne et 26 170 crimes contre la propriété étaient rapportés en 2001. On estime, de façon générale, que quatre à six femmes sur dix **ne se sentent pas en sécurité** lorsqu'elles se promènent dans leur quartier le soir.

Quant aux **traumatismes routiers**, ils constituent la première cause de décès et la deuxième cause d'hospitalisation par traumatismes non intentionnels au Québec¹⁰⁰. Dans la région, ces traumatismes sont en moyenne associés à 48 décès (période 1997-1998) et à 423 hospitalisations (période 1997-1999)¹⁰¹. Au Québec, selon les données du ministère des Transports, 38,5 % des accidents mortels et 52,1 % des accidents avec blessés graves surviennent sur le réseau routier municipal¹⁰².

Au niveau régional, les efforts de prévention sont guidés notamment par la *Stratégie nationale pour la prévention du crime*, qui vise à favoriser l'émergence d'initiatives locales permettant de s'attaquer aux causes profondes du crime et de la victimisation¹⁰³, le projet de *Politique de sécurité urbaine*¹⁰⁴, qui vise entre autres à favoriser la concertation et le développement de partenariats avec les organismes communautaires et les organismes privés et publics, la *Politique ministérielle en prévention de la criminalité*¹⁰⁵, qui propose la mise sur pied de comités municipaux de sécurité publique dans lesquels devront s'engager les organismes du milieu, et la *Politique de sécurité dans les transports 2001-2005*, qui favorise une contribution active des municipalités pour la partie du réseau routier sous leur responsabilité¹⁰⁶.

Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes dans les écoles et les milieux de garde

Trois problématiques sont visées au regard de ces milieux de vie, soit le taxage, les comportements d'intimidation ainsi que les blessures associées au réseau routier et aux équipements de jeu. Cette dernière catégorie de blessures est toutefois abordée dans la section relative à la prévention des traumatismes provoqués dans les milieux du sport et des loisirs.

Selon Olweus¹⁰⁷, l'**intimidation et le taxage** « *représentent les deux formes les plus évidentes de l'agressivité proactive en milieu scolaire* ». Les données disponibles tendent à démontrer qu'une proportion relativement importante de jeunes est touchée par l'un ou l'autre de ces problèmes, soit en tant que victimes, soit en tant que témoins¹⁰⁸. En effet, 6 à 9 % des jeunes auraient déjà commis des gestes d'intimidation. Par ailleurs, sur une période d'une année, entre 12 et 25 % des jeunes disent avoir été victimes d'intimidation. Quant au taxage, 6 % des jeunes révèlent s'y être déjà adonnés, ou avoir tenté de le faire, et 11 % confient en avoir déjà été victimes. Plusieurs programmes de prévention de l'intimidation et du taxage sont adaptés aux enfants des niveaux préscolaire et primaire.

Les **traumatismes routiers** (occupants de véhicule à moteur, piétons et cyclistes) constituent une cause importante de décès et d'hospitalisation chez les enfants d'âge scolaire¹⁰⁹. Ces traumatismes sont liés en partie aux déplacements des jeunes entre la maison et l'école. Aux États-Unis¹¹⁰, 14 % des décès chez les jeunes d'âge scolaire seraient associés à un traumatisme routier survenu durant les heures normales de déplacement pour aller à l'école (le Québec ne dispose pas de telles données). Plusieurs mesures reconnues efficaces pour prévenir les traumatismes routiers chez les jeunes sont disponibles mais demeurent sous-utilisées.

Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes dans les domiciles et les milieux d'hébergement

Les problématiques abordées au regard du domicile et des milieux d'hébergement concernent la prévention des blessures chez les jeunes âgés de moins de 5 ans et la prévention des chutes chez les personnes âgées.

Les principales causes de décès et d'hospitalisations par **blessures non intentionnelles chez les moins de 5 ans** sont les noyades, les cas de suffocation et d'obstruction, les blessures par incendie et brûlure, les chutes et les intoxications accidentelles¹¹¹. Les programmes de visite à domicile visant à rendre l'environnement domiciliaire plus sécuritaire sont efficaces pour la plupart de ces causes de blessures¹¹². La distribution gratuite d'équipements de protection au cours de telles visites favoriserait l'efficacité des interventions, notamment dans le cas des familles défavorisées sur le plan socio-économique^{*,113,114}.

En ce qui concerne les **chutes chez les personnes âgées**, il appert qu'au cours d'une année entre 30 et 40 % des aînés tombent et que la majorité de ces chutes se produisent à la maison¹¹⁵. Même si la plupart des chutes sont sans conséquence, 3 à 15 % entraîneraient des blessures sérieuses¹¹⁶. Au Québec, en 1997-1998, les chutes furent la cause de 548 décès et de 10 776 hospitalisations chez les personnes âgées de 65 ans et plus¹¹⁷. Outre les conséquences physiques, les chutes peuvent avoir des répercussions sur les plans psychologique, fonctionnel et social. La chute est souvent associée à une diminution de l'autonomie entraînant l'institutionnalisation. Les causes les plus fréquentes de chutes chez les aînés sont liées à un trouble de la marche et de l'équilibre, à la faiblesse musculaire, à l'utilisation de médicaments dont les psychotropes et aux dangers existant dans l'environnement immédiat. À ces causes s'ajoutent le fait d'avoir déjà chuté, des troubles cognitifs ou visuels et l'isolement social. Trois types d'interventions de prévention ont démontré leur efficacité à réduire les chutes, soit les interventions principalement cliniques qui procèdent au dépistage des facteurs de risque de chute et qui consistent en des interventions individuelles auprès des aînés usagers du système de santé, les interventions de groupe qui proposent de l'information sur certains facteurs de risque et des séances d'exercices physiques visant l'équilibre.

Les médecins pratiquant en cabinet privé, en CLSC ou dans un GMF ont un rôle essentiel à jouer auprès de leur clientèle âgée, particulièrement dans l'investigation des chutes, l'ajustement de la médication, le diagnostic et l'intervention relative à l'hypotension orthostatique ainsi qu'à l'ostéoporose. De plus, ils sont souvent les seuls interve-

nants auprès de clientèles à risque et non connues du CLSC. En général, les médecins investiguent les chutes et ne procèdent pas systématiquement au dépistage des facteurs de risque. La littérature démontre que les interventions visant à améliorer les pratiques des médecins doivent être variées et toucher aux déterminants associés aux changements de comportements. Les visites d'un délégué médical combinées à la sensibilisation et à la formation, des outils d'aide à la pratique et l'influence de leaders d'opinion^{**} sont tout particulièrement susceptibles d'avoir un effet sur les pratiques des médecins.

Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes dans les milieux du sport et des loisirs

En cette matière, le *Programme national de santé publique 2003-2012* oriente l'action sur la prévention des noyades et des blessures liées à la pratique des sports de glisse et à l'usage des aires et équipements de jeu.

Au Québec, la plupart des décès par **noyade** surviennent chez des personnes de 15 ans et plus (81,3 %) et la majorité des hospitalisations pour **quasi-noyade** concernent les personnes de 15 ans et moins (68,8 %)¹¹⁸. La plupart des noyades et des quasi-noyades surviennent dans une piscine résidentielle, le plus souvent une piscine hors-terre dans le cas des enfants de moins de 5 ans et dans les lacs et les rivières dans le cas des adultes¹¹⁹. Les deux principales mesures de prévention sont l'installation d'une clôture sécuritaire autour de la piscine pour les enfants et le port d'un dispositif de flottaison individuel homologué pour les adultes.

Au Québec, les blessures associées à l'usage des **aires et équipements de jeu** sont très fréquentes, souvent graves, et parfois même mortelles^{120,121}. Les

* Tiré de : S. LEDUC, *Évaluation d'une trousse de prévention des traumatismes à domicile survenant à de jeunes enfants*, Rimouski, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, 1999, 43 p.

** Tiré de : M.A. THOMSON O'BRIEN, A.D. OXMAN, D.A. DAVIS, F.B. HAYNES, N. FREEMANTLE et D.L. HARVEY, « Educational outreach visits : effects on professional practice and health care outcomes », *The Cochrane Library*, 2004, (2), 23 p.

jeunes entre 5 et 9 ans, en particulier les garçons, constituent le groupe le plus à risque de subir ce type de blessures¹²². Les appareils les plus souvent en cause sont les glissoires, les grimpeurs (surtout l'échelle horizontale) et les balançoires¹²³. L'inexistence de barrières de protection adéquates, la hauteur des appareils ainsi que la capacité d'absorption insuffisante des surfaces sous et autour des appareils comptent parmi les principaux facteurs de risque connus. En matière de prévention, l'application de la norme canadienne de sécurité relative aux aménagements des aires et équipements de jeu, qui est une norme volontaire*, est recommandée. Cette norme vise autant les appareils de jeu scolaires que municipaux.

Au Québec, chaque année, environ 16 000 personnes consulteraient un professionnel de la santé pour des **blessures liées aux sports de glisse**. Le ski alpin, la planche à neige et la luge constituent

les trois principales causes d'hospitalisation et de consultation à l'urgence pour blessures liées aux sports de glisse. La réglementation en vigueur a pour principal objectif de favoriser l'adoption d'un code de conduite par les usagers; elle est sous la responsabilité du ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir. À l'heure actuelle, le port d'équipements de protection, la sécurité des installations et la location d'équipement échappent à cette réglementation. En cette matière, afin de pouvoir déterminer les mesures les plus efficaces, il faudra mieux étudier les causes et les circonstances de ces blessures.

* Tiré de : D. FORTIER et D. SERGERIE, Le Guide des aires de jeu 98 : outil d'interprétation et de gestion de la norme CAN/CSA Z614-98 sur l'aménagement sécuritaire des appareils et aires de jeu, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, 1999, 81 p.

CIBLES DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL

Légende :

■ Concordance avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*

● Activité à maintenir

◐ Activité à consolider

○ Activité à développer

Parmi les partenaires, le **caractère gras** désigne le ou les responsables.

Cible 1 :

Améliorer la sécurité et réduire la violence dans les villes, les villages et les quartiers.

Activités	Partenaires
■ ● 119- Implantation et évaluation de projets pour promouvoir la sécurité et prévenir les traumatismes (formation et élaboration d'outils diagnostiques).	Municipalités , DSP, CLSC, MRC, SQ, organismes communautaires, ministère de la Sécurité publique, Centre national de prévention du crime, INSPQ
■ ● 120- Promotion auprès des usagers de la route de comportements sécuritaires (usage de dispositifs de retenue pour enfants dans les voitures, réduction de la conduite avec facultés affaiblies).	SAAQ , DSP, CLSC, SQ, municipalités, CAA, garagistes, SAQ
■ ○ 121- Promotion de mesures visant la protection des clientèles vulnérables (enfants, cyclistes, personnes âgées, etc.) aux intersections.	Municipalités , commissions scolaires, écoles, CLSC, SAAQ, organismes communautaires, DSP

Activités	Partenaires
■ ① 122- Soutien à la Commission de sécurité urbaine de la Ville de Québec et aux autres instances régionales et locales (Commission femmes et ville, conseils d'arrondissement, etc.) dans leurs efforts pour améliorer la sécurité.	DSP, CLSC, Ville de Québec, organismes communautaires
● 123- Contribution au développement de connaissances sur les stratégies pour améliorer la sécurité des femmes.	Centre de santé Orléans, DSP, organismes communautaires, CRI-VIFF

Cible 2 :

Réduire les traumatismes intentionnels et non intentionnels chez les enfants tant au domicile qu'en milieu scolaire.

Activités	Partenaires
■ ○ 124- Prévention des blessures qui surviennent à domicile auprès des jeunes de familles défavorisées au moyen d'une trousse de sécurité distribuée par les intervenants de CLSC dans le cadre du Programme de services intégrés en périnatalité et en petite enfance.	CLSC, DSP
■ ○ 125- Promotion, réalisation et évaluation d'activités reconnues efficaces dans le cadre de l'entente MSSS-MEQ pour prévenir les traumatismes routiers ainsi que les problèmes d'intimidation et de harcèlement (<i>Pleins feux sur l'intimidation, Non à l'intimidation</i> , le programme <i>Anti-bullying</i>).	Commissions scolaires, écoles, CLSC, municipalités, organismes communautaires, SAAQ, DSP, Association québécoise des psychologues scolaires, Ordre des psychologues

Cible 3 :

Réduire l'incidence et la gravité des blessures par chute chez les personnes âgées par la mise en place d'un continuum de services.

Activités	Partenaires
■ ① 126- Implantation et évaluation d'un programme d'intervention multifactorielle et interdisciplinaire en prévention des chutes (programme <i>MARCHE</i>) auprès des personnes âgées en ciblant les professionnels qui travaillent auprès de cette clientèle.	DSP, CLSC, GMF médecins, centres de jour, services gériatriques spécialisés
■ ○ 127- Implantation et évaluation d'un programme visant l'amélioration des interventions médicales préventives (programme <i>MARCHE</i>) auprès des personnes âgées.	DSP, CLSC, GMF médecins, centres de jour, services gériatriques spécialisés

Activités	Partenaires
■ 128- Implantation et évaluation d'un programme d'activités multifactorielles de groupe visant plus particulièrement l'amélioration de la force et de l'équilibre et la sensibilisation aux facteurs de risque de chutes, réalisé dans la communauté et inspiré du programme de type <i>PIED</i> de la DSP de Montréal-Centre.	DSP , CLSC, organismes communautaires, Kino-Québec
○ 129- Établissement de liens avec le programme <i>VIACTIVE</i> .	DSP, organismes communautaires, FADOQ

Cible 4 :

Réduire l'incidence et la gravité des blessures liées aux noyades et quasi-noyades, à l'usage des appareils de jeu et aux sports de glisse.

Activités	Partenaires
■ 130- Promotion de l'adoption par les municipalités d'une réglementation uniforme visant l'installation de clôtures sécuritaires autour des piscines résidentielles.	Municipalités , MAMSL, DSP
■ 131- Application de la norme canadienne de sécurité pour les aires et équipements de jeu par les municipalités et les écoles.	Commissions scolaires, écoles, municipalités , CLSC, DSP
■ 132- Détermination des causes et circonstances des blessures liées aux sports de glisse ainsi que des mesures préventives efficaces.	MAMSL, DSP

DÉFIS SPÉCIFIQUES AU REGARD DE LA PROMOTION DE LA SÉCURITÉ ET DE LA PRÉVENTION DES TRAUMATISMES

L'amélioration de la sécurité et la prévention des traumatismes dans une communauté nécessitent la contribution d'une diversité d'acteurs rattachés à différents secteurs dont la santé, la sécurité publique, les transports, le milieu municipal et celui de l'éducation. De nombreuses actions sont entreprises dans chacun de ces secteurs, mais elles sont

souvent réalisées de façon isolée, ce qui, étant donné le manque de cohérence, d'intensité et de continuité, nuit à leur efficacité. Pour profiter pleinement des efforts de chacun, il est primordial de favoriser une dynamique de concertation aux niveaux régional et local. Une telle dynamique permettrait notamment d'axer l'action sur les interventions reconnues efficaces et de préciser le rôle de chacun des acteurs concernés.



PAUVRETÉ,
DÉVELOPPEMENT
SOCIAL
ET DES
COMMUNAUTÉS

4.4 PAUVRETÉ, DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET DES COMMUNAUTÉS

Ce domaine d'intervention se concrétise notamment par une accessibilité accrue à l'information sur l'état de santé des membres des communautés, par des projets issus de ces communautés pour améliorer la santé et le bien-être des personnes qui en font partie, par une consolidation des actions intersectorielles en faveur de la santé et enfin, par le renforcement des activités axées sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être. Ce domaine a de nombreuses ramifications avec les autres sections du PAR. Plusieurs activités inscrites dans d'autres domaines répondent à la finalité qui suit et utilisent les mêmes approches que celles décrites dans cette section.

FINALITÉ POURSUIVIE

Viser la réduction des inégalités de santé et de bien-être, en tenant compte des initiatives des communautés locales ainsi que des programmes et des services de prévention offerts.

PORTRAIT DE LA SITUATION

L'appauvrissement des personnes et des communautés locales constaté au cours des vingt dernières années, ses effets néfastes sur la santé et le bien-être des individus et des collectivités, la recherche de solutions pour contrer cet appauvrissement sont au cœur des préoccupations des divers acteurs concernés et constituent un des plus grands défis de nos sociétés modernes. La région ne fait pas exception. C'est pourquoi ce domaine comporte trois composantes incontournables, soit la pauvreté, le développement social et le développement des communautés.

La réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté s'inscrit dans diverses démarches structurantes menées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dont la *Politique de la santé et du bien-être* publiée en 1992, les *Priorités nationales de santé publique*

1997-2002 et le *Programme national de santé publique 2003-2012*. Ce dossier s'inscrit également dans l'effort gouvernemental d'une offre de service intégrée traduite dans l'énoncé de politique d'une *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale* et dans la loi l'instituant (Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale; L.Q.c. 61), laquelle a été adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale le 13 décembre 2002.

En 1994, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec a retenu la lutte contre la pauvreté et ses conséquences dans ses priorités régionales de santé et de bien-être. Des orientations ont été définies dans le *Plan de consolidation des services 1999-2002 : Consolider l'accès aux services sur une base locale et régionale*, notamment au regard du développement des communautés. Cette préoccupation est également considérée dans les *Cibles d'actions en promotion de la santé et en prévention pour la période 2000-2003* adoptées en juin 2000 par le conseil d'administration de la Régie régionale de Québec. Cette dernière a donné à la Direction régionale de santé publique le mandat d'actualiser la priorité de santé et de bien-être au regard de la lutte contre la pauvreté et ses conséquences. Elle lui a également confié la responsabilité d'animer le comité de concertation intersectorielle en sécurité alimentaire; ce comité joue un rôle consultatif auprès de l'Agence en ce qui concerne les orientations et le Plan d'action régional en sécurité alimentaire ainsi que sur l'utilisation des fonds. Ainsi, depuis 1999, la DSP a retenu la pauvreté, le développement social et des communautés comme un domaine d'intervention à soutenir.

La **pauvreté** est liée à un état qui se caractérise par un manque général de ressources correspondant lui-même à un ensemble de privations d'ordre matériel, social et culturel. La pauvreté matérielle compromet l'accès à un logement convenable, à une saine alimentation ou à un habillement adéquat, entre autres. La pauvreté sociale empêche les gens de jouer un rôle social valorisant. Celle-ci est surtout associée à un déficit de participation à la vie collective : manque de soutien social, de liens d'entraide et de solidarité, anonymat, incapacité de surmonter les jugements réducteurs dus aux préju-

gés et aux sentiments d'infériorité. La pauvreté culturelle (savoir) éloigne les personnes du monde des connaissances et de la culture. Moins informées et moins instruites, les personnes pauvres effectuent plus difficilement les choix qui leur permettraient de tirer la meilleure partie de leurs conditions de vie*.

La région de la Capitale nationale affiche des écarts significatifs sur le plan de la qualité de vie. En effet, des écarts importants sont constatés entre les différentes couches de la population et entre les différents territoires de la région. Ainsi, l'espérance de vie des hommes en milieu défavorisé est de neuf ans inférieure à celle des hommes vivant en milieu favorisé; cet écart est de trois ans chez les femmes. Les revenus moyens des ménages oscillent entre 23 000 \$ et près de 53 000 \$ selon les territoires. La pauvreté s'étend dans les quartiers environnant le centre-ville et s'intensifie dans certaines municipalités rurales. Selon les données du recensement de 2001, 36,5 % des ménages consacrent 30 % et plus de leur revenu pour se loger et 17,8 % en consacrent 50 % et plus**.

L'ampleur du phénomène de l'**itinérance** et de l'errance est problématique dans notre région. Selon les données de 1996, 11 295 personnes différentes ont fréquenté les ressources d'hébergement communautaire, de soupe populaire et de centre de jour à Québec. Parmi ces personnes, 3 589 (32 %) se sont trouvées sans domicile fixe au cours de la même année. Ces données démontrent également que les femmes constituent 37 % de la clientèle des ressources. Les jeunes de 18 à 29 ans inclusivement constituent 28 % de la clientèle et ceux de moins de 18 ans, 8 %¹²⁴.

Depuis le recensement de 1996, aucune autre enquête n'est venue mettre à jour ces données. Les différents rapports d'activité produits par les organismes communautaires ainsi que des facteurs comme les politiques de restriction en matière de sécurité du revenu, une désinstitutionalisation mal planifiée, une crise du logement sans précédent et une augmentation de 33 % du taux moyen de fréquentation des refuges attestent clairement que, au mieux, les données du recensement de 1996 sont inchangées et que, au pire, malgré les efforts fournis par le réseau, la situation s'aggrave.

Par ailleurs, l'*Enquête sociale et de santé* effectuée par Santé Québec en 1998 a permis d'évaluer que 8 % des familles québécoises sont aux prises avec différents aspects de l'**insécurité alimentaire**. En avril 2004, la DSP publiait le *Portrait du réseau d'aide alimentaire dans la région de la Capitale nationale*. Ce portrait révèle un important réseau d'aide alimentaire composé d'au moins 138 organismes communautaires, 67 conférences Saint-Vincent-de-Paul et œuvres régionales de la Saint-Vincent-de-Paul, 8 CLSC, 50 établissements scolaires. Le réseau d'aide alimentaire rejoindrait plus ou moins 30 000 personnes par mois dans la région¹²⁵.

Il faut axer les interventions sur les ingrédients reconnus parmi les plus prometteurs pour réduire les inégalités de santé et de bien-être qu'entraîne la pauvreté. La documentation scientifique démontre en effet que l'implication des personnes en situation de pauvreté dans le processus de prise en charge de leur santé et de leur bien-être (*empowerment* individuel) et la mobilisation de la communauté par la prise en charge du milieu par et pour l'ensemble du milieu (*empowerment* communautaire et organisationnel) sont des facteurs majeurs dans la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté. Le droit des individus et des collectivités à participer aux décisions qui les concernent est reconnu comme l'un des éléments les plus prometteurs pour améliorer leur qualité de vie et, ultimement, leur santé et leur bien-être. Il faut donc encourager les individus et les communautés à s'engager dans le développement de leur propre potentiel^{***}. Les concepts de développement social et de développement des communautés sont au cœur des ingrédients reconnus les plus prometteurs. Ces concepts sont interreliés. Le déve-

* Tiré de : *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : Orienter et soutenir l'action!*, Rapport du Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.

** Tiré de : Front d'action populaire en réaménagement urbain. [en ligne] <http://www.frapru.qc.ca/dn2004/Tablo8.html>

*** Tiré de : *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Québec, Institut national de santé publique, avril 2002, et de *L'organisation communautaire en CLSC, cadre de référence et pratiques*, Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CLSC et en centre de santé, Sainte-Foy, Université Laval, 2003.

loppement social vise la mise en place des conditions requises pour permettre aux citoyens :

- d'avoir droit à des conditions de vie décentes qui préservent leur santé physique et mentale;
- de développer pleinement leur potentiel;
- de participer activement à la vie sociale et d'exercer pleinement leur citoyenneté au sein d'une société démocratique;
- d'être traités avec dignité sur le marché du travail et de tirer leur juste part de l'enrichissement collectif.

Les composantes fondamentales du développement social sont : la participation, la démocratie, la solidarité et la responsabilité.

Le développement des communautés est en fait un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur les plans physique, social et économique. Ainsi, l'action se distingue de celle menée auprès d'individus car elle intervient sur le plan territorial de la communauté. Elle fait appel à une volonté de concertation visant l'établissement de partenariats et de réseaux d'échanges et de réciprocité. Elle permet le redéploiement des valeurs démocratiques par une pratique participative et une responsabilisation des citoyens quand au développement de leur collectivité¹²⁶.

Pour favoriser un engagement conjugué des personnes et de leur collectivité, le secteur de la santé et des services sociaux doit de plus en plus s'associer aux démarches intersectorielles de concertation et de partenariat, ainsi qu'à la mise en œuvre d'initiatives issues de la communauté elle-même. C'est ainsi que les projets visant la mobilisation des communautés rejoignent les objectifs de plusieurs programmes ou projets reconnus efficaces, dont des projets qui répondent aux besoins des enfants, des jeunes, des adultes et des familles, dans différents milieux comme l'école, le monde du travail, la municipalité et le secteur des loisirs*.

Certains partenaires sont incontournables pour le développement de communautés en santé. C'est le cas des CLSC, qui constituent la première ligne de prestation de services de santé auprès de la population. Depuis leur création, les CLSC se distinguent par une approche globale de la santé et du bien-être tant auprès des individus qu'auprès des

collectivités. Les CLSC considèrent la capacité des individus de choisir eux-mêmes ce qui leur convient comme étant de première importance. L'organisation communautaire, en tant que pratique professionnelle permettant d'élaborer une programmation en fonction des besoins de la communauté locale, était une composante essentielle des premiers CLSC. La dimension communautaire devait caractériser l'offre de service des CLSC et permettre, sur une base relationnelle avec les milieux desservis, de conduire à des interventions qui favorisent la prise en charge et le développement social des collectivités**.

Cependant, depuis les dernières années, les programmes de planning social occupent une place de plus en plus importante dans les pratiques d'organisation communautaire des CLSC. Malgré ce contexte, les CLSC de la région cherchent à rétablir l'organisation communautaire comme moyen privilégié d'engagement des milieux dans la prévention et la promotion. Le défi de l'organisation communautaire est de mettre le réseau de la santé et des services sociaux au service des communautés pour atteindre des objectifs de santé publique. La santé est une dimension du développement social dont l'amélioration repose sur une approche globale et sur la participation des citoyens.

Enfin, les CLSC, de par leur rôle d'animateurs de la concertation territoriale en santé et services sociaux, sont bien positionnés pour soutenir des coalitions intersectorielles qui peuvent appuyer l'émergence et la mise en œuvre d'initiatives locales favorisant la santé et le bien-être.

Les organismes communautaires autonomes sont d'autres partenaires importants. Il faut reconnaître et soutenir l'approche globale des organismes communautaires autonomes, approche qui contribue autant à la prévention de divers problèmes qu'à la

* Tiré de : *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Québec, Institut national de santé publique, avril 2002, et de *L'organisation communautaire en CLSC, cadre de référence et pratiques*, Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CLSC et en centre de santé, Sainte-Foy, Université Laval, 2003.

** Ibid.

promotion de la santé et du bien-être. Ils se fondent sur le principe que le contexte économique, politique, social et culturel dans lequel vivent les gens constitue un des déterminants majeurs de leur état de santé et de bien-être. Ils cherchent donc à intervenir directement sur les aspects sociaux, personnels, économiques, politiques et culturels et sur les facteurs qui les déterminent, afin d'apporter une réponse globale aux besoins des personnes. Cette approche se traduit dans une multitude d'actions et de stratégies, comme le renforcement du potentiel, la participation sociale, la prise en charge individuelle et collective, la transformation sociale, etc. Les organismes communautaires agissent en prévention autant par ce qu'ils font (aide, soutien, activités, etc.) que par leur façon de faire (en engageant les personnes, en renforçant leur potentiel, en leur redonnant une place, un pouvoir, etc.) et par leur fonctionnement (collectif, démocratique). L'apport considérable des bénévoles aux activités des organismes communautaires doit également être souligné*.

Par leur approche novatrice, créative et alternative, les organismes communautaires autonomes contribuent de façon très importante au renouvellement des pratiques sociales (travail de rue, ailleurs et autrement en santé mentale, maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence et leurs enfants, etc.). Leurs analyses et leurs interventions sont basées sur les besoins des communautés qui participent démocratiquement à la définition et à l'élaboration des pratiques qui les visent. Les organismes, par leur créativité, font des activités et des actions qui pourraient difficilement prendre forme dans les établissements. Ils peuvent susciter la mobilisation de la communauté pour créer des lieux d'appartenance, pour bâtir des réseaux d'aide, de solidarité et d'appui. Par leur enracinement et leur engagement, ils ont la souplesse nécessaire pour s'adapter à l'évolution de la communauté et de ses besoins. Cette contribution novatrice et alternative devrait être au cœur du développement des communautés, qui est d'ailleurs bien plus qu'une simple stratégie d'action. Le développement des communautés est plutôt considéré comme un domaine d'intervention nécessaire à l'amélioration de la santé et du mieux-être des communautés, et non seulement comme une stratégie destinée à répondre à des problématiques ciblées**.

Centraide Québec est également un partenaire régional dans le dossier de la pauvreté. Pour Centraide Québec, la volonté d'agir sur le phénomène de la pauvreté et de l'appauvrissement repose sur la conviction qu'il est possible et nécessaire d'intervenir tous ensemble sur cette réalité. La lutte contre la pauvreté appelle une stratégie d'ensemble qui met à contribution tous les secteurs de la société. La recherche de solutions passe donc inévitablement par la mobilisation. L'organisme invite tous les autres acteurs de la collectivité à mener des actions concrètes contre la pauvreté et à mettre leur imagination au service de cette cause afin de stimuler l'émergence de projets de lutte contre la pauvreté***.

Un autre partenaire incontournable dans notre région au regard du dossier de la pauvreté est le Collectif pour un Québec sans pauvreté. La formation du Collectif s'inscrit dans la continuité du travail et des efforts de nombreuses personnes et organisations qui, depuis plusieurs années, s'emploient à contrer la pauvreté et à faire progresser la justice sociale au Québec. Le Collectif est à l'origine de l'idée d'une loi-cadre comme moyen de lutter contre la pauvreté. De plus, il soutient et développe, par son action globale et celle de son réseau, un ensemble d'actions et d'activités citoyennes qui intègre au premier chef des personnes vivant dans la pauvreté, et qui mettent à contribution leur expérience et leur expertise de la pauvreté dans une recherche commune visant à jeter les bases d'un Québec sans pauvreté.

D'autres partenaires issus des secteurs communautaire, économique, municipal ou encore syndical, ainsi que le réseau de la santé et des services sociaux et celui de la solidarité sociale, sont également engagés dans la planification stratégique du développement social de notre région sous le patronage de la Conférence régionale des élus de la Capitale nationale (anciennement appelé Conseil régional de concertation et de développement, région de Québec). Ce travail a permis de dégager une vision du développement social adaptée aux enjeux propres à la région. Quatre axes d'intervention ont été retenus, soit la promotion du développement

* Tiré de : *La santé : un droit collectif*, Regroupement des organismes communautaires de la région 03, 2003.

** Ibid.

*** Tiré de : *Une société qui se tire dans le pied*, Centraide Québec, 2000.

social dans la région, le renforcement des communautés et du tissu social, la lutte contre la pauvreté et ses conséquences, et l'intégration d'une vision préventive dans les interventions des organismes publics et communautaires. Tous ces partenaires s'entendent pour faire converger leurs efforts en vue de soutenir le développement social de notre région.

Pour terminer, le domaine d'intervention « Pauvreté, développement social et des communautés » se réalisera par une démarche intégrée combinant

deux stratégies : l'une basée sur l'approche d'*empowerment* individuel, communautaire et organisationnel au niveau des communautés; l'autre basée sur la concertation intersectorielle locale et régionale, cette concertation mettant l'accent sur une approche globale de santé et de bien-être qui, par définition, interpelle plusieurs partenaires (organismes communautaires, CLSC et autres).

CIBLES DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL

Légende :

- Concordance avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*
 ● Activité à maintenir ◐ Activité à consolider ○ Activité à développer

Parmi les partenaires, le **caractère gras** désigne le ou les responsables.

Cible 1 :

Intervenir, par des actions ciblées, sur des problèmes ou des programmes visant des populations vulnérables qui vivent dans un contexte socio-économique défavorisé.

Activités	Partenaires
■ ● 133- Mise en œuvre du volet prévention du Plan d'action régional sur l'itinérance et de l'entente IPAC (<i>Initiative de partenariats en action communautaire</i>).	DRSMIAS, DSP , Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec, organismes communautaires, Table de concertation sur l'itinérance, Ville de Québec, RHDCC, CLSC
■ ◐ 134- Planification, mise en œuvre et évaluation du Plan d'action régional portant sur la sécurité alimentaire et du <i>Programme régional de subvention de projets en matière de sécurité alimentaire</i> .	DSP , organismes communautaires, CLSC, Ville de Québec, MESSF, Centraide Québec, commissions scolaires, U.L., DRSMIAS
○ 135- Création d'un réseau d'échange sur le phénomène des gangs de rue en vue de déterminer des projets intersectoriels.	Ville de Québec (Sécurité publique et Loisirs et vie communautaire) , organismes communautaires, commissions scolaires, écoles, DRSMIAS, CLSC, DSP, INSPQ
◐ 136- Mise en place du programme <i>Accès-Loisirs</i> dans les divers arrondissements de la Ville de Québec.	La Courtepointe , Centraide Québec, Ville de Québec, URLS, organismes de loisirs de quartier, MESSF, CLSC, DSP
◐ 137- Appui ou mise en œuvre d'actions visant la promotion de politiques publiques favorisant la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté (Loi 112, plan de lutte à la pauvreté, politiques municipales sur la famille et sur le développement social et communautaire, etc.).	DSP, organismes communautaires , CLSC, municipalités, MESSF, MSSS, Centraide Québec, chambres de commerce

Cible 2 :

Développer une meilleure connaissance et une meilleure compréhension de la pauvreté.

Activités	Partenaires
■ ● 138- Réalisation d'une étude portant sur <i>La resocialisation d'adultes vivant en situation de pauvreté ayant de jeunes enfants et leur parcours à l'intérieur d'organismes d'aide alimentaire.</i>	DSP, U.L., CJO, CLSC-CHSLD BVLV, CLSC de Charlevoix, organismes communautaires
● 139- Réalisation d'une recherche portant sur <i>Les inégalités de santé et milieux de vie : identification, mesure et compréhension des déterminants sociaux en cause et leurs interactions.</i>	U.L., centre de recherche du CLSC-CHSLD HVDR, INSPQ, DSP, municipalités
■ ○ 140- Mise à jour des portraits de la pauvreté par territoire de CLSC selon les données de recensement de 2001 et détermination d'indicateurs sociaux d'une communauté locale en santé.	CLSC, DSP, municipalités, INSPQ, CRÉ, organismes communautaires
● 141- Réalisation d'une étude sur <i>Devenir parents au Québec : le parcours des familles immigrantes dans la région de Québec.</i>	PRISM, CLSC, U.L.,organismes communautaires, Comité consultatif sur l'accessibilité des services de santé et des services sociaux aux communautés ethnoculturelles, DSP
○ 142- Diffusion des études, analyses, rapports faisant état des différents aspects ou composantes de la pauvreté (On est pas seul au monde de Centraide Québec; <i>Agir pour la sécurité alimentaire, soutenir des pratiques d'interventions favorisant l'intervention sociale, de Rouffignat et al., etc.</i>).	DSP, CLSC, organismes communautaires, U.L., Centraide Québec, INSPQ, CRÉ

Cible 3 :

Promouvoir et soutenir le développement social et le développement des communautés.

Activités	Partenaires
■ ○ 143- Contribution à la réalisation de la planification stratégique de développement social de la région ainsi que de la politique de développement social et communautaire de la Ville de Québec. Le plan d'action en développement social définit quatre axes d'intervention : la promotion du développement social, le renforcement des communautés et du tissu social, la lutte à la pauvreté et à ses conséquences, l'intégration d'une vision préventive dans les interventions des organismes publics et communautaires.	CRÉ, Ville de Québec, DSP, DRSMIAS, CLSC, Centraide Québec, organismes communautaires, CLD, MESSF, Conseil régional des partenaires du marché du travail de la région, municipalités, commissions scolaires, écoles, chambres de commerce, U.L., Université de Trois-Rivières, RQVVS
■ ● 144- Soutien à la mise en œuvre et à l'évaluation de projets de mobilisation des communautés visant la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté (<i>projets Action Prévention Pauvreté, Collectivité en action, IMPAQ, etc.</i>).	DSP, CLSC, organismes communautaires, CLÉ, commissions scolaires, écoles, organismes caritatifs, CLD, Carrefours Jeunesse Emploi, représentants de la communauté, Ville de Québec
■ ○ 145- Soutien à l'émergence et à la reconnaissance des initiatives issues des communautés.	DSP, organismes communautaires, CLSC, municipalités, Centraide Québec, CRÉ

Cible 4 :

Promouvoir et soutenir la promotion, la prévention et l'approche globale en vue d'améliorer les collaborations entre les divers acteurs concernés en santé et services sociaux dans le champ de la promotion et de la prévention ainsi que définir leur contribution respective.

Activités	Partenaires
○ 146- Création d'un lieu d'échanges et de recommandations sur les visions et les pratiques des divers acteurs concernés en santé et services sociaux dans le champ de la promotion et de la prévention et définir les conditions de collaboration.	DSP, DRSMIAS, CLSC, organismes communautaires

DÉFIS SPÉCIFIQUES AU REGARD DE LA PAUVRETÉ, DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET DES COMMUNAUTÉS

Ainsi, l'action de santé publique au regard de la pauvreté, du développement social et des communautés doit poursuivre un objectif de réduction des inégalités de santé et de bien-être en ayant pour cible l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. La réalisation de cette action passe par le renforcement du pouvoir des citoyens de changer leur propre mode de vie et de prendre une part active au développement de comportements et d'environnements favorisant la santé et le bien-être.

Le développement des communautés permet de favoriser le lien entre les divers programmes et projets destinés à la collectivité. Il peut concilier le planning social avec la participation sociale, l'*empowerment* avec un projet provenant du milieu. Ces façons peuvent et doivent être complémentaires et l'efficacité devrait surgir de leur association.



SYSTÈME DE SOINS ET DE SERVICES ET ÉVALUATION

4.5 SYSTÈME DE SOINS ET DE SERVICES ET ÉVALUATION

L'organisation des services sociaux et de santé ainsi que l'accès aux soins et services sont reconnus comme un déterminant important de la santé. Les modalités d'organisation favorisant l'accessibilité, la continuité, la coordination et la qualité des soins et des services de même que l'application des pratiques cliniques préventives ont une influence sur l'état de santé¹²⁷. L'action sur ce déterminant est appelée à s'accroître en raison du vieillissement de la population et de l'accroissement des services pour les personnes qui sont de plus en plus nombreuses à souffrir de maladies chroniques, de problèmes de santé mentale et de cancers. De plus, l'introduction de nouvelles technologies (télémédecine, informatisation des dossiers cliniques, etc.) oblige un ajustement de l'offre de service, des modèles d'organisation de services et des pratiques actuelles.

Sauf pour les services de prévention et de protection sous sa responsabilité, la Direction régionale de santé publique n'est pas maître d'œuvre en ce qui a trait à l'organisation des services. C'est pourquoi la santé publique contribue à appuyer les efforts d'amélioration du système :

- en introduisant dans les débats et les processus décisionnels la perspective de santé publique qui s'intéresse à l'ensemble de la population (utilisateurs et non-utilisateurs des services) ainsi qu'à la réduction des inégalités reliées aux variations systématiques dans les processus de soins;
- en privilégiant le recours aux évidences de meilleure qualité dans le domaine, soit pour la promotion de modèles d'organisation de services reconnus plus favorables à la santé (intégration des services), soit pour la promotion de pratiques cliniques préventives reconnues efficaces, particulièrement dans les services de première ligne;
- en portant un regard critique sur l'organisation des services sous l'angle de la réponse adéquate aux besoins de la population ou de sous-groupes de la population, ces besoins étant définis par les variations systématiques observées;

- en accordant une attention particulière aux clientèles vulnérables dans le système, en raison de la complexité des problèmes de santé qui les touchent et des multiples interfaces avec un ensemble de services que requiert leur condition (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de maladies chroniques, de cancer ou de troubles mentaux, personnes marginales, toxicomanes ou itinérantes);
- en appréciant les résultats et les effets sur la santé de la population de certains modèles d'organisation de services ou des pratiques cliniques;
- en contribuant à la réflexion, à la production et à l'évolution des connaissances dans ce domaine.

Le système de santé est en constante évolution pour offrir ses services. C'est donc dans un contexte d'ajustements, de changements que la santé publique contribue à l'amélioration de la réponse du système de soins et services aux besoins de la population. Certains groupes de la population retiennent l'attention : les personnes âgées en perte d'autonomie, celles aux prises avec des problèmes de santé mentale ou encore celles atteintes de cancers. D'autres clientèles, représentant des défis pour l'organisation des services, sont aussi abordées comme celles touchées par la toxicomanie ou les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

En s'appuyant sur les meilleures évidences, un **soutien** est apporté à **l'introduction des changements dans les organisations et dans les pratiques professionnelles** pour une meilleure réponse aux besoins de ces clientèles. L'expérimentation assortie d'une **évaluation** de même que la recherche évaluative et l'innovation sont les stratégies privilégiées. Différents types d'évaluation sont utilisés. Ainsi, l'évaluation de pertinence ou stratégique peut aider à la planification et à l'élaboration d'une intervention. Lorsqu'elle permet d'améliorer une intervention en cours d'implantation, l'évaluation devient formative. Dans d'autres cas, l'évaluation visera à déterminer les résultats ou les effets d'une intervention pour permettre aux responsables de prendre une décision quant à son devenir. Afin qu'elle soit utile, toute évaluation est réalisée avec la participation active des acteurs et des décideurs; cette approche permet aux personnes les plus concernées de repenser leurs actions, de susciter

les débats et de prendre de nouvelles décisions à la lumière des résultats de l'évaluation.

FINALITÉ POURSUIVIE

Améliorer la réponse du système de soins et de services aux besoins de la population et réduire les inégalités de santé reliées à l'offre de service.

PORTRAIT DE LA SITUATION

Au Canada, les **soins de santé primaires** sont au cœur d'une réforme importante^{*,128}. Ce niveau de soins procure aux individus : la porte d'entrée dans le système de santé pour tous leurs besoins et problèmes; des soins axés sur la personne; la continuité des soins; la coordination ou l'intégration des soins donnés à d'autres niveaux du système ou par d'autres professionnels. Ainsi, les soins de santé primaires se définissent par une série de fonctions qui, en combinaison, sont uniques à ce niveau¹²⁹. La littérature démontre que les pays bénéficiant d'un système de santé dont le niveau de soins de santé primaires est fort sont des pays affichant des indicateurs de santé enviables et des coûts réduits¹³⁰. Au Québec, cette réforme s'est traduite par la mise sur pied de groupes de médecine de famille (GMF); ils constituent des groupes de pratique réunissant des médecins de famille, des infirmières et d'autres professionnels de la santé qui s'engagent à prendre la responsabilité d'une population définie de patients, selon une approche interdisciplinaire. En septembre 2003, la région de la Capitale nationale comptait sept GMF accrédités par le Ministère. À cette orientation ministérielle s'ajoute une démarche régionale de production de plans d'action territoriaux pour l'organisation des services courants et médicaux généraux (y compris la promotion et la prévention), sous la responsabilité du Département régional de médecine générale; ces plans d'action doivent prendre en compte l'ensemble de la population du territoire de CLSC considéré.

Dans son rapport, la commission Clair¹³¹ recommande une meilleure **intégration des services** afin de répondre plus adéquatement aux besoins des personnes. Les orientations ministérielles sur les services aux personnes âgées en perte d'autonomie¹³² vont en ce sens. Les besoins sans cesse croissants des aînés ont motivé de nouvelles façons

de faire et l'intégration des services constitue une stratégie appropriée pour assurer la continuité des soins et services à l'intérieur d'un large continuum de services disponibles sur un territoire donné. Une meilleure intégration des services est également souhaitée pour plusieurs autres clientèles (jeunesse, santé mentale, cancer, dépistage de certaines maladies, etc.). L'intégration des services constitue donc un élément critique de la réorganisation en cours. Sa réalisation nécessite des changements importants à l'intérieur des organisations, dans les relations entre les organisations ainsi que dans les pratiques des cliniciens et des intervenants. La concrétisation de ces changements doit elle-même être précédée de multiples ajustements qui exigent un soutien. La santé publique appuie cette réorganisation des services par diverses activités d'évaluation et d'expérimentation.

Une enquête récente de Statistique Canada montre que 87,7 % des personnes ont un médecin de famille^{**}. L'*Enquête nationale de santé des populations* effectuée en 1996-1997 révèle que 81 % des Canadiens ont eu au moins une rencontre avec un médecin de première ligne dans l'année précédant l'enquête^{***}. Conséquemment, la rencontre clinique entre un individu et un médecin de famille représente un moment pertinent pour une intervention en santé des populations. Les cliniciens sont encouragés à promouvoir des comportements sains, à offrir du counselling, à déceler certains facteurs de risque et des problèmes encore asymptomatiques ou les premiers signes de problèmes de santé et de problèmes psychosociaux. Le soutien à **l'application des pratiques cliniques préventives** est une stratégie importante du *Programme national de santé publique 2003-2012*. Des activités faisant appel à cette stratégie ont été précisées pour chacun des domaines d'intervention du PNSP et du Plan d'action régional. Il est reconnu que les médecins ont une influence déterminante sur leurs patients pour qu'ils adoptent des comportements favorables à la santé. Bien que plusieurs cliniciens aient déjà adopté certaines pratiques préventives,

* Tiré de : C.R.J. ROMANOV, *Préparer l'Avenir des soins de santé : Rapport d'étape*, Ottawa, Commission sur l'Avenir des soins de santé au Canada, 2002.

** Tiré de : C. SANMARTIN, C. HOULE, J.M. BERTHELOT et K. WHITE. *Accès aux services de soins de santé au Canada*, Ottawa, Statistique Canada, 2002.

*** Tiré de : SANTÉ CANADA. *Statistical Report on the Health of Canadians*, Ottawa, Santé Canada, 1999.

la diffusion de ces dernières auprès des professionnels et leur application dans leur pratique courante connaissent des difficultés; la littérature met en évidence nombre de facteurs qui expliquent ces difficultés^{*,133}. Les visites éducatives ou l'enseignement individuel par un délégué médical de prévention, les rappels, les ateliers éducatifs interactifs et la combinaison d'interventions sont considérés comme étant d'efficacité constante. La vérification et la rétroaction, les leaders d'opinion, les consensus locaux et les interventions réalisées par le patient sont d'efficacité variable, alors que la distribution de matériel éducatif et les réunions éducatives didactiques (conférences) seraient non efficaces^{**}. Les changements organisationnels, tels que les cliniques de prévention, la planification de visites de prévention ou la réalisation d'activités préventives par du personnel non médical, augmentent la fréquence des pratiques préventives¹³⁴. Assurer la diffusion et l'application des meilleures pratiques cliniques est un problème complexe qui exige une approche multidisciplinaire s'intégrant concrètement au milieu dans lequel évoluent les cliniciens; le succès de la mise en œuvre de cette stratégie repose sur des modèles théoriques, des moyens pratiques et les nouvelles technologies.

La mise en place des groupes de médecine de famille, la réorganisation des services de première ligne, le développement du Plan d'action régional et des plans locaux de santé publique par territoire de CLSC demandent une concertation et une coordination des actions en ce qui a trait aux pratiques cliniques préventives. La région de la Capitale nationale doit se doter d'un plan d'action au regard de cette stratégie, qui devrait cibler prioritairement les médecins de famille sans négliger d'autres professionnels tels que les infirmières, les pharmaciens et les dentistes visés par un thème. Le groupe provincial de santé publique associé aux travaux sur la mise en place des GMF a déjà déterminé quelques thèmes qui pourraient être abordés dans un premier temps, soit le tabac et l'hypertension artérielle, le dépistage du cancer du sein, la vaccination antigrippale et les ITSS.

* Tiré de : P. BERGERON et N. KISHCHUK. *Étude du processus d'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 1995.

** Tiré de : A.T. KOUTSAVLIS. *Dissémination des guides de pratiques chez les médecins*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001.

CIBLES DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL

Légende :

■ Concordance avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*

● Activité à maintenir

◐ Activité à consolider

○ Activité à développer

Parmi les partenaires, le **caractère gras** désigne le ou les responsables.

Cible 1 :

Soutenir la transformation de l'organisation des services de première ligne pour favoriser la prise en compte des besoins de la population des territoires.

Activités	Partenaires
◐ 147- Poursuite de la contribution au plan d'action sur les services courants et médicaux généraux du territoire Orléans par l'élaboration de stratégies pour identifier et repérer les clientèles non rejointes actuellement par l'offre de service.	Table territoriale Orléans , DSP, Centre de santé Orléans, cliniques médicales, GMF
● 148- Poursuite de la contribution au Réseau d'appui à la transformation des services de première ligne (RATSPL).	DSP, U.L.
● 149- Étude sur la réorganisation des services de première ligne (GMF) comme outil de changement des pratiques.	RATSPL , DSP, MSSS, DRAMUSP, CLSC, GMF des Bois-Francs, GMF de Québec
● 150- Introduction de la perspective de santé publique dans la réorganisation des services de première ligne et les GMF : actions aux niveaux provincial et régional.	MSSS , DSP, DRAMUSP, INSPQ
● 151- Évaluation du projet d'expérimentation d'un modèle d'organisation de services primaires sur un territoire de CLSC (CLSC du Futur).	U.L. , DSP, Centre de santé Orléans, cliniques médicales
● 152- Évaluation de l'implantation d'un modèle de réponse aux services de crise psychosociale et liés à l'application de la Loi sur la protection des personnes dont la santé mentale présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui.	DSP , DRSMIAS, CLSC, organismes communautaires, policiers
● 153- Étude sur la réponse aux besoins en santé mentale de la population anglophone dans la région de la Capitale nationale.	DSP , DRSMIAS, Corporation de développement de ressources Holland
○ 154- Évaluation des services offerts aux enfants ayant un retard de langage.	DSP , CLSC

Cible 2 :

Soutenir l'implantation de réseaux de services intégrés pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé complexes et faisant appel à plusieurs niveaux de services et d'intervenants.

Activités	Partenaires
● 155- Développement, expérimentation et évaluation de mesures reliées à l'amélioration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie : réseau de services intégrés, qualité des services (dimensions et outils), suivi systématique.	DSP, Groupe de recherche GRASP, Groupe de recherche PRISMA, U.L., DRSMIAS, CLSC, CHSLD, équipe de recherche en gériatrie du CHA, organismes communautaires, entreprises d'économie sociale
● 156- Expérimentation et évaluation du recours aux technologies de l'information et des communications pour améliorer la prise en charge des personnes ayant des problèmes de santé complexes.	U.L., DSP, MSSS, établissements, CLSC, organismes dédiés à l'information du réseau de la santé
● 157- Évaluation d'implantation du rôle d'intervenant-pivot dans les services aux personnes cancéreuses.	U.L., CHUQ, DSP
● 158- Évaluation de l'implantation d'un modèle de services intégrés en pédopsychiatrie dans Québec-Métro.	DSP, DRSMIAS, CHUQ, CLSC, CJO, commissions scolaires, écoles
● 159- Évaluation de soutien à l'implantation de services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec.	DSP, INSPQ, MSSS, CLSC, organismes communautaires

Cible 3 :

Promouvoir et soutenir les pratiques cliniques préventives démontrées efficaces.

Activités	Partenaires
■ ● 160- Développement d'une approche intégrée en matière de pratiques cliniques préventives à la DSP.	DSP
■ ● 161- Portrait de la situation sur les liens entre santé publique et première ligne médicale dans la région.	DSP, cliniques médicales, GMF, CLSC
■ ● 162- Maintien et développement de liens de collaboration avec les instances régionales représentant les services médicaux de première ligne (DRMG, AMOQ, CLSC, GMF).	DSP, DRAMUSP, DRMG, AMOQ, CLSC, GMF, RATSPL
■ ○ 163- Élaboration d'outils à l'intention des médecins et des intervenants des CLSC pour favoriser l'application des mesures d'éducation à la santé, de protection et de dépistage.	DSP, CLSC, médecins-conseils, U.L.

DÉFIS SPÉCIFIQUES AU REGARD DU DOMAINE SYSTÈME DE SOINS ET DE SERVICES ET ÉVALUATION

Dans l'intervention sur le déterminant « système de soins et de services », le soutien au changement auprès des professionnels et des planificateurs pour une meilleure adéquation des services avec les besoins des populations demeure un défi important qui nécessite une collaboration avec tous les acteurs visés par ces changements. Un second défi concerne la mise en œuvre de la stratégie du PNSP pour l'application des pratiques cliniques préventives par les cliniciens. À cet égard, la Direction régionale de santé publique doit établir une planification d'ensemble et une concertation avec les cliniciens pour préciser l'offre de service et les moyens susceptibles d'augmenter l'application de la prévention dans les pratiques.

MALADIES INFECTIEUSES



4.6 MALADIES INFECTIEUSES

Le domaine des maladies infectieuses regroupe trois axes d'intervention, soit la prévention des maladies évitables par la vaccination, le contrôle et la surveillance des maladies infectieuses à déclaration obligatoire ou pouvant représenter un risque pour la santé de la population, et la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang.

4.6.1 Maladies évitables par la vaccination

FINALITÉ POURSUIVIE

Contrôler, voire éliminer, les maladies évitables par la vaccination par l'application du *Programme d'immunisation du Québec* et des objets qui y sont rattachés, soit l'accessibilité à des services de vaccination, la disponibilité de produits immunisants de qualité et la surveillance des effets indésirables de la vaccination.

PORTRAIT DE LA SITUATION

De nombreuses maladies infectieuses ont été contrôlées par l'immunisation et certaines ont même été éliminées. Cela constitue un grand succès de nos programmes de santé publique. Le contrôle efficace de ces maladies évitables par la vaccination nécessite que l'on atteigne et que l'on maintienne un haut niveau de couverture vaccinale.

Au fil des ans, de nouveaux vaccins s'ajoutent à l'arsenal de la lutte aux maladies infectieuses et l'on doit pouvoir s'appuyer sur un niveau de compétence élevé des vaccinateurs dans ce domaine par la formation et un encadrement soutenu des pratiques. Avec la disparition de nombreuses maladies visées par la vaccination, les effets indésirables sont devenus une préoccupation importante dans la population et des efforts de promotion sont nécessaires afin de rassurer le public sur l'efficacité et la sécurité des vaccins pour ainsi maintenir une couverture vaccinale optimale.

Dans la région de la Capitale nationale, à l'exception de la vaccination en milieu scolaire, 80 % des vaccins sont administrés par les médecins en cabinet privé ou en centre hospitalier et 20 % par les CLSC. Ce système de distribution mixte permet assurément une bonne accessibilité aux services pour la population en général; cependant, des clientèles plus vulnérables doivent être rejointes dans leurs milieux de vie respectifs, notamment les utilisateurs de drogues par injection mais aussi d'autres groupes vulnérables.

En ce qui a trait à l'influenza, de nouvelles stratégies doivent être élaborées pour rejoindre efficacement les personnes âgées et celles atteintes d'une maladie chronique et ainsi réduire la morbidité et la mortalité associées à cette infection. Des mesures de contrôle efficaces doivent également être mises en pratique dans les milieux de soins afin de limiter la transmission de l'infection dans ces milieux.

CIBLES DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL

Légende :

■ Concordance avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*

● Activité à maintenir

◐ Activité à consolider

○ Activité à développer

Parmi les partenaires, le **caractère gras** désigne le ou les responsables.

Cible 1 :

Assurer à tous les enfants, en particulier ceux à risque, une protection optimale contre l'ensemble des maladies évitables par la vaccination en conformité avec le Programme d'immunisation du Québec (PIQ) ou en fonction de la situation épidémiologique.

Activités	Partenaires
■ ◐ 164- Application pour les jeunes enfants de 0-5 ans du programme d'immunisation de base : diphtérie, coqueluche, tétanos, poliomyélite, <i>haemophilus influenza</i> de type B, rougeole, rubéole, oreillons et infections à méningocoques de sérogroupe C.	DSP, CLSC, cliniques médicales
■ ◐ 165- Vaccination en milieu scolaire des élèves de 3 ^e secondaire (diphtérie, coqueluche, tétanos et mise à jour).	DSP, CLSC, commissions scolaires, écoles
■ ○ 166- Vaccination des clientèles à risque en concordance avec le PIQ (ex. : varicelle).	DSP, CLSC, cliniques médicales
■ ● 167- Activités de formation et de mise à jour des connaissances des vaccinateurs afin de maintenir la qualité de l'acte vaccinal.	DSP, CLSC, CH, cliniques médicales
■ ◐ 168- Maintien et amélioration de l'accessibilité aux services de vaccination.	DSP, cliniques médicales, CLSC, CH, pharmacies
■ ◐ 169- Mise en place d'un plan de promotion, pour la vaccination de base et les vaccinations touchant les clientèles à risque, auprès des vaccinateurs et des populations ciblées en mettant l'accent, entre autres, sur l'efficacité et la sécurité vaccinales.	MSSS, DSP, CLSC, cliniques médicales, pharmacies, organismes communautaires

Cible 2 :

Assurer aux clientèles visées une protection optimale contre les hépatites A et B.

Activités	Partenaires
■ ● 170- Vaccination contre l'hépatite B, à l'école, des élèves de 4 ^e année.	DSP, CLSC, commissions scolaires, écoles
■ ● 171- Vaccination contre les hépatites A et B des usagers de drogues par injection, des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, des jeunes de la rue, des parents en instance d'adoption internationale, des voyageurs allant dans les pays de forte endémicité d'hépatites A et B.	CLSC, EDQ, CRUV, CLSC-CHSLD SFSL, DSP, cliniques médicales, organismes communautaires
■ ● 172- Vaccination des travailleurs exposés à des agents biologiques évitables par la vaccination, notamment les hépatites A et B.	CLSC, DSP
■ ● 173- Vaccination contre l'hépatite B des bébés nés de mères porteuses du virus de l'hépatite B ou de parents originaires de zones endémiques.	CH accoucheurs, DSP, CLSC, cliniques médicales

Cible 3 :

Réduire la mortalité et les hospitalisations dues à l'influenza et au pneumocoque.

Activités	Partenaires
■ ○ 174- Vaccination contre l'influenza et le pneumocoque des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le PIQ.	DSP, CLSC, CH, CHSLD, cliniques médicales, pharmacies
■ ○ 175- Mise en œuvre du programme de contrôle de l'influenza en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).	DSP, CHSLD
■ ○ 176- Mise en place d'un plan d'urgence en cas de pandémie d'influenza.	DRAMUSP, DSP, MSSS, CLSC, CH, CHSLD, cliniques médicales, pharmacies

Cible 4 :

Assurer une surveillance et une vigie sanitaire des maladies évitables par la vaccination.

Activités	Partenaires
■ ● 177- Collecte et analyse des données sur les maladies à déclaration obligatoire évitables par la vaccination et surveillance des facteurs de risque.	DSP, cliniques médicales, CLSC, LSPQ et autres laboratoires
■ ○ 178- Surveillance de la couverture vaccinale des enfants à l'âge de 2 ans ou en maternelle et en 3 ^e secondaire. Surveillance de la couverture vaccinale de l'hépatite B en 4 ^e année.	DSP, CLSC, cliniques médicales

Activités	Partenaires
■ 179- Surveillance de l'activité grippale et de la couverture vaccinale contre l'influenza et le pneumocoque pour les populations ciblées.	MSSS, DSP, CLSC , cliniques médicales, CHSLD, Info-santé CLSC, médecins-sentinelles
■ 180- Surveillance des manifestations cliniques post-immunisation.	DSP, CLSC, cliniques médicales
■ 181- Collaboration à l'implantation d'un système d'information vaccinale.	MSSS, INSPQ, DSP, CLSC, CH , cliniques médicales, SOGIQUE
■ 182- Maintien de la qualité des produits immunisants par la mise en place des mesures de surveillance de la chaîne thermique.	DSP, pharmacie du CHUQ (CHUL), CLSC, cliniques médicales

Cible 5 :

Soutenir les mesures préventives dans les pratiques médicales et professionnelles.

Activités	Partenaires
■ 183- Promotion du dépistage de la colonisation par le streptocoque du groupe B chez les femmes enceintes.	CH, DSP
■ 184- Dépistage des anticorps anti-rubéoleux et de l'HbsAg chez les femmes enceintes.	Cliniques de périnatalité, cliniques de grossesse à risque élevé, médecins faisant le suivi prénatal, sages-femmes, DSP
■ 185- Offre systématique du test de dépistage du VIH aux femmes enceintes en s'assurant d'obtenir un consentement libre et éclairé.	Cliniques de périnatalité, cliniques de grossesse à risque élevé, médecins faisant le suivi prénatal, sages-femmes, CLSC, DSP
■ 186- Offre du test de dépistage tuberculinique aux personnes séropositives au VIH et traitement des personnes infectées.	Cliniques médicales, CLSC, UHRESS, DSP

DÉFIS SPÉCIFIQUES AU REGARD DES MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

Dans le contexte du vieillissement de la population, du faible taux de couverture vaccinale des personnes atteintes de maladie chronique et d'une pandémie appréhendée d'influenza, l'augmentation de notre couverture vaccinale influenza sera un défi prioritaire. L'augmentation de la couverture vaccinale chez les enfants de 2 ans, en particulier ceux de milieux socio-économiques défavorisés (objectif

de 95 %), ainsi que celle des clientèles ayant un risque de contracter les hépatites A et B constitue un autre défi d'importance. Ces évaluations de la couverture seront facilitées par l'implantation d'un système d'information vaccinale, laquelle représente un défi de taille en soi en raison, notamment, de la diversité du réseau de vaccination actuel et à venir.

4.6.2 Surveillance et contrôle des maladies infectieuses (à déclaration obligatoire ou signalées en vertu d'un risque potentiel pour la population)

FINALITÉ POURSUIVIE

Réduire au minimum, voire éliminer, le risque de transmission d'une maladie infectieuse lorsqu'un cas se manifeste et s'assurer que ce risque demeure à son plus bas niveau s'il s'agit d'une maladie endémique qu'on ne peut éradiquer.

PORTRAIT DE LA SITUATION

L'activité de surveillance et de contrôle des maladies infectieuses vise la protection de la santé de la population par l'interruption de la chaîne de transmission d'une maladie. Elle a pour objet les maladies à déclaration obligatoire (MADO) et les signalements provenant des professionnels de la santé qui observent des situations inhabituelles susceptibles d'avoir un effet sur la santé publique. Les données qui suivent dressent un portrait sommaire* des MADO pour la région de la Capitale nationale, en rapport, s'il y a lieu, avec la situation provinciale.

Le nombre de cas d'**hépatite B** est stable depuis 2000, tant en ce qui concerne les cas aigus que les cas chroniques. L'incidence est également stable au niveau de la province. En 2001 et en 2002, aucun cas de moins de 20 ans n'a été déclaré. Pour ce qui est de l'**hépatite A**, seulement quatre cas ont été déclarés dans la région en 2002.

Huit cas d'infection invasive à **streptocoques du groupe A** ont été déclarés dans la région en 2002, ce qui représente une diminution de 50 % par rapport à 2001. L'incidence régionale est moins élevée que l'incidence provinciale. En ce qui concerne les **infections à *Streptocoques pneumoniae***, 53 cas (incidence de 8,1 pour 100 000 personnes-année) ont été déclarés en 2002 contre 82 en 2001. L'incidence provinciale de cette infection est de 11 pour 100 000 personnes-année. La maladie touche tous les groupes d'âge. Les enfants de moins de 1 an présentent l'incidence la plus élevée (110,1 pour 100 000 personnes-année), suivis des enfants de 1 à 4 ans (53 pour 100 000 personnes-année).

En 2002, l'incidence des cas de ***E. coli* 0157:H7** a augmenté dans la région mais a diminué au niveau provincial par rapport à 2001. La période estivale

est propice à la survenue de cas. Cependant, depuis quelques années, des cas se manifestent tout au long de l'année.

La **campylobactériose** représente la deuxième maladie la plus déclarée après la chlamydie. L'incidence de la campylobactériose avait légèrement augmenté entre 1995 et 1998, avec un pic d'activité plus marqué en 1998. L'augmentation de l'incidence était moins marquée au niveau provincial.

L'incidence de la **salmonellose** est relativement stable au Québec depuis 1993 et sensiblement à la baisse depuis 1998. En 2002, 119 cas ont été déclarés dans notre région, soit un de plus que l'année dernière. Les taux d'incidence de la région de la Capitale nationale, relativement stables depuis plusieurs années, ont toujours été légèrement supérieurs à ceux de la province.

En 2002, 111 cas de **giardiase** ont été déclarés, ce qui représente une augmentation par rapport à 2001, augmentation qui s'explique par une éclosion dans une garderie. Les taux d'incidence sont relativement stables depuis 1992. L'incidence au niveau de la province est supérieure à celle de la région.

En 2002, 11 déclarations d'**infections à méningocoques** ont été enregistrées. Cela représente une baisse par rapport à l'année précédente où une épidémie s'était déclarée. En effet, 28 cas avaient été signalés et l'incidence était plus importante pour le sérogroupe C. D'autres régions du Québec ont également connu une augmentation de l'incidence de cette infection en 2001.

En 2002, la région de la Capitale nationale a enregistré 17 déclarations de **tuberculose**, dont 11 hommes et 6 femmes. Douze de ces personnes avaient plus de 60 ans.

Après une augmentation en 2000-2001, les cas de **malaria** ont connu une baisse en 2002, passant de 39 en 2001 à 6 en 2002. La forte variation pour ces

* Pour plus de détails, se référer au *Rapport sur les maladies à déclaration obligatoire*, Direction régionale de santé publique, 2001, et aux versions subséquentes lorsque disponibles.

années s'explique par l'arrivée d'immigrants directement de camps de réfugiés africains (la maladie est fortement endémique en Afrique). De façon générale, l'incidence des cas régionaux est inférieure à celle de la province. Toutes ces infections sont acquises à l'étranger.

Enfin, en 2001, trois souches d'**entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)** et de **staphylocoques résistants à la méthicilline (SARM)** provenant d'un hôpital de la région ont été acheminées aux fins d'analyse. Ce chiffre représente une dimi-

nution par rapport à l'année précédente, alors que 27 souches avaient été envoyées au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Nous n'avons pas l'information pour 2002.

Outre le contrôle épidémiologique des maladies infectieuses, ce domaine d'activités comporte également plusieurs autres dossiers à caractère régional et provincial; par exemple l'hémovigilance, qui contribue à assurer la sécurité du système du sang; le bioterrorisme, qui constitue une menace pour la santé de la population; les infections résistantes aux antibiotiques, dont il importe d'empêcher la transmission.

CIBLES DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL

Légende :

■ Concordance avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*

● Activité à maintenir

◐ Activité à consolider

○ Activité à développer

Parmi les partenaires, le **caractère gras** désigne le ou les responsables.

Cible 6 :

Protéger la santé de la population par l'application, pour toutes les maladies infectieuses, des Lignes directrices pour l'investigation des cas, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions.

Activités	Partenaires
■ ◐ 187- Réalisation d'enquêtes épidémiologiques, de dépistages, de prescription de traitements prophylactiques et mise en place de mesures de contrôle, s'il y a lieu.	DSP, CLSC , médecins, microbiologistes-infectiologues, LSPQ, MSSS, MAPAQ, ACIA
■ ● 188- Disponibilité d'un système de garde médicale en maladies infectieuses.	DSP , Info-santé CLSC, CLSC
■ ◐ 189- Formation des partenaires concernés et mise à jour régulière des protocoles et des lignes directrices relatives aux maladies infectieuses et diffusion de la documentation pertinente.	DSP, CLSC , Info-santé CLSC, médecins, microbiologistes-infectiologues, MAPAQ, ACIA, organismes communautaires
■ ◐ 190- Contribution aux activités d'hémovigilance visant à assurer la sécurité du système de sang.	MSSS, DSP, CH, LSPQ, Héma-Québec
◐ 191- Consolidation d'une offre de service en protection de la population au cours d'événements internationaux.	DSP, DRAMUSP , responsables d'événements

Cible 7 :

Prévenir la tuberculose et sa transmission par l'application du *Protocole provincial d'intervention*.

Activités	Partenaires
■ 192- Évaluation initiale, traitement et suivi des immigrants nouvellement admis.	DSP, CH (pneumologie), CLSC
■ 193- Prise en charge des contacts étroits des personnes ayant une tuberculose.	DSP, CLSC

Cible 8 :

Prévenir et surveiller l'encéphalite du virus du Nil occidental par l'application des recommandations québécoises adaptées aux modes de transmission de cette maladie.

Activités	Partenaires
■ 194- Diffusion des lignes directrices pour la surveillance (humaine) du virus du Nil occidental aux professionnels concernés.	MSSS, DSP, cliniques médicales, CH, CLSC, Info-santé CLSC, INSPQ
■ 195- Diffusion d'information à la population sur les mesures de protection personnelle et les mesures d'assainissement de l'environnement afin de limiter la reproduction des moustiques.	MSSS, DSP, CLSC, Info-santé CLSC
■ 196- Contribution au système d'information par la saisie des cas, s'il y a lieu.	DSP, INSPQ

Cible 9 :

Prévenir, dans la population, les zoonoses telles que la rage.

Activités	Partenaires
■ 197- Application du protocole se rapportant à un contact avec une chauve-souris ou à un événement de morsure animale, lequel comprend l'investigation (évaluation du risque), la prophylaxie, la vaccination et l'information de la population.	DSP, CLSC, CH, Info-santé CLSC, ACIA
■ 198- Application des recommandations se rapportant à l'épizootie de la rage chez le raton-laveur adaptées aux modes de transmission de cette maladie à l'humain.	DSP, MAPAQ, ACIA
■ 199- Diffusion aux populations ciblées des recommandations établies à partir de l'investigation des zoonoses autres que la rage humaine et adaptées aux différents modes de transmission de ces maladies.	DSP, cliniques médicales, CLSC, CH, Info-santé CLSC

Cible 10 :

Réduire l'incidence des infections nosocomiales par une connaissance épidémiologique régionale et un soutien à l'application des protocoles qui s'y rapportent.

Activités	Partenaires
■ ○ 200- Connaissance de l'épidémiologie régionale concernant les infections nosocomiales, diffusion des recommandations et des guides de prévention concernant les infections et définition des moyens pour faciliter l'application de ces recommandations.	DSP, INSPQ
■ ● 201- Diffusion et mise à jour régulière des protocoles de contrôle des maladies infectieuses auprès des responsables des comités de prévention et des intervenants responsables de ces dossiers lorsque surviennent des cas ou des éclosions dans un établissement.	DSP, CH, CHSLD, CLSC

Cible 11 :

Promouvoir les comportements préventifs en matière de santé-voyage par la chimioprophylaxie et la transmission de conseils aux voyageurs.

Activités	Partenaires
■ ● 202- Offre de service médicaux et de services-conseils en prévention à la clinique santé-voyage régionale.	DSP, CLSC-CHSLD SFSL
■ ● 203- Élaboration et mise à jour des connaissances du personnel infirmier de la clinique santé-voyage régionale.	DSP, CLSC-CHSLD SFSL, cliniques privées
■ ○ 204- Transmission d'information sur la mise à jour des connaissances des professionnels du Regroupement des établissements de santé et de services sociaux de Charlevoix.	DSP, cliniques médicales, Regroupement des établissements de santé et de services sociaux de Charlevoix

DÉFIS SPÉCIFIQUES AU REGARD DE LA SURVEILLANCE ET DU CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES

Les interventions et activités découlant de l'élément Application des Lignes directrices pour l'investigation des cas, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions du *Programme national de santé publique 2003-2012* ne sont pas toutes clairement définies; cela vaut autant pour la nature des enquêtes à réaliser que pour les activités de contrôle à mettre en place. De plus, le nouveau règlement ministériel d'application de la *Loi sur la santé publique*, en vigueur depuis le 20 novembre 2003,

augmentera le nombre d'infections à déclaration obligatoire et posera un défi tangible, soit cerner les activités prioritaires dans un contexte de ressources limitées. Les situations de crises réelles ou appréhendées, telle l'éclosion du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), posent le défi d'une réponse rapide et concertée dans un contexte de ressources limitées et multisectorielles, et ce, tout en maintenant les activités courantes requises pour la protection de la population. Enfin, l'hémovigilance nous amènera à réintroduire des enquêtes antérieurement jugées non pertinentes, à en ajouter de nouvelles et à modifier nos outils de travail.

4.6.3 Infections transmissibles sexuellement et par le sang

FINALITÉ POURSUIVIE

Prévenir les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), soit l'hépatite B (VHB), l'hépatite C (VHC), le VIH-sida et les autres infections transmissibles sexuellement (ITS) auprès des groupes vulnérables parmi les adolescents et les adultes.

PORTRAIT DE LA SITUATION

Dans notre région, tout comme dans l'ensemble du Québec, le VIH touche majoritairement des personnes appartenant aux deux groupes suivants : les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH) et les utilisateurs de drogues par injection (UDI). Au 30 juin 2003, 285 cas de sida étaient cumulativement recensés à Québec.

La chlamydie, la gonorrhée, l'herpès génital et les condylomes demeurent très fréquents et sont en hausse depuis les dernières années¹³⁵. Ces ITS constituent des menaces importantes à la santé d'une personne et décuplent ses risques de contracter le VIH si elle a des relations sexuelles non protégées avec une personne qui en est porteuse. Dans notre région, la chlamydie génitale est l'ITS la plus fréquente; entre 2000 et 2002, une moyenne de 948 cas par année ont été déclarés, et l'incidence moyenne pour cette période est plus élevée dans la région que dans l'ensemble du Québec (146,2 pour 100 000 contre 135,1 pour 100 000). Cette infection est deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes et les 15-24 ans représentent 67,7 % des 1 002 cas déclarés en 2002. Le taux moyen d'incidence de l'infection gonococcique entre 2000 et 2002 était de 5,7 pour 100 000 et la majorité des cas déclarés se retrouvent chez les hommes de 20 à 39 ans*. En 2002, l'incidence de l'infection gonococcique était la plus élevée chez les 20-24 ans et trois fois plus fréquentes chez les hommes, dans notre région comme dans la province.

La syphilis en phase contagieuse est une ITS devenue beaucoup plus rare que les précédentes, mais la province enregistre néanmoins une hausse importante du nombre de cas déclarés, principalement chez les HRSH de la région de Montréal-

Centre, clients des saunas. Dans la province, l'incidence pour 2002 représente le triple de celle enregistrée en 2000. L'augmentation rapide des cas de syphilis dans ce groupe mérite notre attention et permet de croire à un relâchement des pratiques sexuelles sécuritaires dans cette population; l'incidence du VIH, stabilisée chez les HRSH au cours des dernières années, pourrait remonter très rapidement compte tenu de sa forte prévalence (15 % à Montréal¹³⁶). Le taux de comportements sexuels à risque, stabilisé depuis 1996 dans cette population, enregistre une légère hausse depuis 2001 et les facteurs qui lui sont significativement associés sont : un âge inférieur à 30 ans, un sentiment d'invulnérabilité plus élevé, la fausse perception selon laquelle les multithérapies atténuent les risques de transmission du VIH et la gravité de la maladie. Ainsi, l'arrivée des multithérapies et l'effet générationnel sont des facteurs qui auraient entraîné une banalisation de l'infection au VIH dans cette population. De plus, dans le cas des hommes bisexuels, les risques de leurs relations homosexuelles sont bien connus, mais ceux de leurs relations hétérosexuelles sont occultés¹³⁷.

Chez les UDI de la région de la Capitale nationale, la prévalence du VIH ne dépasse pas 10 % pour l'ensemble des utilisateurs du programme d'échange de seringues¹³⁸, mais des prévalences de l'ordre de 20 à 28 % sont constatées lorsque les UDI fréquentent les piqueries¹³⁹. Toutefois, entre 1995 et 2002, une diminution des comportements à risque est constatée chez les utilisateurs des programmes d'échange de seringues de la région de Québec¹⁴⁰.

La proportion de femmes séropositives au VIH augmente chaque année. En 2002, 24 % des personnes séropositives étaient de sexe féminin, comparativement à 14,1 % en 1985. La vulnérabilité des femmes au VIH est associée à la pauvreté, à la violence, à la maladie mentale et à l'incarcération. Ces femmes vulnérables se retrouvent fréquemment dans des milieux qualifiés de marginaux, qui peuvent être caractérisés par la violence. Dans un contexte de violence conjugale, caractérisé par une inégalité de pouvoir, soit les femmes vulnérables n'ont pas de

* Tiré de : *Rapports sur les maladies à déclaration obligatoire de 1998 à 2001*, Direction régionale de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

pratiques sexuelles sécuritaires dès le début de la relation, soit elles ne les maintiennent pas¹⁴¹.

Au regard des ITS, les jeunes sont aussi considérés comme vulnérables. Les jeunes de 15 à 24 ans, et plus particulièrement les filles, sont les plus à risque. Les ITS sont évitables par l'adoption de comportements sexuels sécuritaires, et l'adolescence constitue une période cruciale pour l'acquisition ou le maintien de ces comportements. Au regard du VIH et du VHC, les jeunes en difficulté d'adaptation sont les plus exposés aux contextes à risque (criminalité, prostitution, toxicomanie).

Au cours des dernières années, les interventions de santé publique auprès de ces populations ont visé

principalement l'adoption et le maintien des comportements sécuritaires. D'abord, par la mise en circulation de condoms à prix réduit et de matériel d'injection stérile gratuit; ensuite, par des interventions de réduction des méfaits et de promotion de la santé visant à rendre les environnements sociaux de ces groupes moins pathogènes d'un point de vue psychosocial. De plus, la vaccination contre les hépatites et le dépistage des ITSS ont été offerts dans les milieux de vie de ces groupes marginalisés.

Ainsi, le travail de prévention des ITSS a mobilisé plusieurs partenaires institutionnels et communautaires, dont plusieurs ont tissé au fil des années des liens de collaboration pour des interventions mieux intégrées.

CIBLES DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL

Légende :

■ Concordance avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*

● Activité à maintenir

◐ Activité à consolider

○ Activité à développer

Parmi les partenaires, le **caractère gras** désigne le ou les responsables.

Cible 12 :

Favoriser l'adoption et le maintien de comportements sexuels à risque réduit au sein des groupes plus vulnérables parmi les adolescents et les adultes.

■ ●	205- Promotion d'environnements plus favorables à l'adoption de comportements sexuels sécuritaires.	DSP, CLSC, organismes communautaires , commissions scolaires, écoles
■ ●	206- Activités de prévention des ITSS et promotion de la santé dans les lieux de drague et les groupes communautaires fréquentés par des HRSH.	Miels-Québec et autres organismes communautaires , DSP, SIDEPE
■ ●	207- Soutien et promotion des services de dépistage et de counselling relatifs aux ITSS.	Organismes communautaires , DSP, SIDEPE
■ ●	208- Activités de prévention des ITSS et promotion de la santé à l'intention de jeunes en difficulté.	CJQ, organismes communautaires , DSP, CLSC
■ ●	209- Activités de prévention des ITSS et promotion de la santé à l'intention de femmes en contexte de vulnérabilité (violence conjugale, détention, prostitution, réinsertion).	EDQ, organismes communautaires , DSP

Activités	Partenaires
■ ● 210- Soutien au développement de programmes et activités de prévention des ITSS et promotion de la santé à l'intention des personnes déjà infectées par une ITSS.	DSP, UHRESS , organismes communautaires
■ ○ 211- Élaboration et mise en œuvre d'interventions préventives auprès des partenaires sexuels d'une personne atteinte d'une ITSS (notification des partenaires).	DSP, CLSC , cliniques médicales, SIDEPE

Cible 13 :

Favoriser l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires d'injection chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI).

Activités	Partenaires
■ ● 212- Soutien au réseau actuel et extension du réseau d'accès au matériel d'injection stérile.	DSP, CLSC , cliniques médicales, pharmacies, municipalités, organismes communautaires
■ ● 213- Systématisation de la récupération du matériel d'injection souillé.	DSP, CLSC , pharmacies, organismes communautaires, municipalités
○ 214- Évaluation des statistiques relatives aux centres d'accès aux seringues de la région 03 (distribution et récupération du matériel d'injection, services offerts à la clientèle UDI).	DSP, INSPQ, MSSS
■ ● 215- Surveillance de la mise à la disposition du matériel d'injection stérile aux UDI.	DSP, CLSC , pharmacies, organismes communautaires

Cible 14 :

Contribuer à la création et au maintien d'environnements sociaux favorables à la santé d'individus appartenant à des groupes plus vulnérables.

Activités	Partenaires
■ ● 216- Réalisation du plan d'action stratégique de l'Établissement de détention de Québec (EDQ) pour la prévention des ITSS.	EDQ, organismes communautaires, DSP
■ ● 217- Élaboration d'une programmation de services à bas seuil.	DRSMIAS, DSP, CRUV, CHUQ (HSFA) , pharmaciens, CLSC, organismes communautaires, municipalités
■ ○ 218- Étude de faisabilité de projets-pilotes de sites d'insertion sociale et d'injection supervisée pour les UDI et mise sur pied s'il y a lieu.	DRSMIAS, DSP, CRUV, CHUQ (HSFA) , pharmaciens, CLSC, organismes communautaires, municipalités
■ ● 219- Soutien aux programmes d'intervention de proximité des groupes vulnérables (travailleurs et infirmiers de rue).	CLSC, organismes communautaires, DSP

Cible 15 :

Favoriser le développement des pratiques professionnelles en prévention des ITSS.

Activités	Partenaires
■ ① 220- Offre d'activités de formation continue adaptées aux besoins des médecins omnipraticiens.	DSP, FMOQ, médecins
■ ① 221- Activités de formation et autres activités permettant aux intervenants de mettre en commun leurs expériences et de réfléchir sur des enjeux inhérents à l'intervention auprès de groupes marginalisés.	DSP, CLSC, organismes communautaires
○ 222- Diffusion régulière aux collaborateurs et mise à jour de leurs connaissances sur les ITSS.	DSP, MSSS, CLSC, cliniques médicales

Cible 16 :

Assurer la gratuité des traitements pour traiter les ITS et rendre disponible la prophylaxie post-exposition au VIH en cas d'exposition professionnelle.

Activités	Partenaires
■ ① 223- Disponibilité d'une prophylaxie post-exposition VIH en fonction du protocole régional.	DSP, cliniques médicales, CLSC, milieux de travail
■ ① 224- Promotion du programme de gratuité des médicaments pour les personnes atteintes d'une ITS bactérienne ou leurs partenaires.	RAMQ, DSP, CLSC, médecins
■ ① 225- Mise sur pied d'un service régional de prophylaxie post-exposition contre le VIH.	DSP, CLSC, milieux de travail

DÉFIS SPÉCIFIQUES AU REGARD DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

Notre plus grand défi réside dans le maintien de la concertation entre les différents intervenants engagés dans la prévention des ITSS, ce qui constitue un préalable à la création de conditions favorables à l'émergence d'une programmation d'intervention intégrée auprès d'une même clientèle. De plus, le maintien des comportements sexuels à risque réduit chez les HRSH, dans un contexte de banalisation de l'infection au VIH dans cette population, est aussi un enjeu important.



SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

4.7 SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Le domaine d'intervention de la santé environnementale vise les problèmes de santé causés ou aggravés par la contamination biologique, chimique ou physique de l'air, de l'eau et du sol. L'aggravation des maladies cardiorespiratoires occasionnées par la pollution de l'air et la chaleur accablante, les problèmes de santé liés à la qualité de l'air intérieur, l'asthme allergique, la rhinite allergique, les maladies liées à l'eau potable, les cancers d'origine environnementale (peau, poumon, mésothéliome) ainsi que les intoxications (monoxyde de carbone, hydrocarbures, pesticides) constituent les principaux problèmes de santé ciblés. Les professionnels de la santé environnementale doivent intervenir dans les situations ou au cours des événements environnementaux pouvant porter atteinte à la santé publique. L'enquête épidémiologique, la détermination, l'analyse, la gestion, la communication du risque face à une contamination donnée ainsi que l'émission de rapports et d'avis font partie du quotidien des intervenants en santé environnementale.

Les populations le plus souvent vulnérables aux contaminants environnementaux sont les nourrissons, les jeunes enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées, les personnes atteintes de maladies respiratoires ou d'asthme, et plus particulièrement celles vivant dans des milieux socio-économiques défavorisés.

FINALITÉ POURSUIVIE

Maintenir et améliorer la qualité de vie liée à l'environnement qui prévaut dans la région, notamment en renforçant la concertation intersectorielle avec les partenaires.

PORTRAIT DE LA SITUATION

De façon générale, la région de la Capitale nationale offre à sa population un milieu de vie sain et de bonne qualité. Durant la dernière décennie, grâce aux efforts concertés de tous les partenaires, plusieurs situations entraînant l'exposition à des polluants environnementaux se sont améliorées.

D'une part, les nouvelles entreprises sont maintenant soumises à des normes environnementales strictes. Plusieurs grands pollueurs atmosphériques (usine de papier, incinérateur) ont ainsi adhéré aux normes et d'autres entreprises ont disparu. D'autre part, les secteurs agricoles (île d'Orléans, Portneuf et Charlevoix) n'ont pas eu à subir l'implantation de mégaprojets agricoles (industrie porcine) ou l'utilisation extensive de pesticides et herbicides. L'**air extérieur** dans l'ensemble du territoire régional est considéré de bonne qualité, selon les paramètres enregistrés par les stations d'observation situées sur notre territoire.

Malgré cela, la région de la Capitale nationale subit au moins deux alertes au smog chaque été, couplées à des épisodes de chaleur accablante pouvant entraîner des décès prématurés chez les personnes âgées ou chez les personnes atteintes de maladies chroniques. Les émissions atmosphériques qui causent le smog proviennent maintenant des véhicules de transport. Leur nombre s'est accru de plus de 30 000 au cours de la dernière décennie en raison d'infrastructures routières prévues pour le double de la population actuelle et de l'étalement urbain*. Au Québec, la rhinite allergique occasionnée par les pollens, toutes saisons confondues, affecte 8,4 % de la population et couvre 50 à 90 % de tous les cas¹⁴².

En matière de qualité de l'**air intérieur**, le nombre de plaintes venant des citoyens ou d'organismes s'est accru de façon significative au cours de la dernière décennie pour atteindre quelques centaines par année. Ces plaintes sont dues en grande partie à la présence de moisissures et à diverses conditions d'insalubrité dans les logements, conditions qui entraînent des affections respiratoires récurrentes ou chroniques chez les occupants. Dans les pays occidentaux, près de 50 % des habitations auraient déjà fait les frais d'un dégât d'eau ou d'un problème de moisissures, et il y a lieu de croire que notre région n'échappe pas à cette règle. Malheureusement, cette situation touche plus particulièrement les classes sociales économiquement

* Information prise lors du colloque réalisé dans le cadre de la 12^e semaine des transports collectifs et alternatifs, « Le transport, ça vous concerne! », Québec, 16 septembre 2003.

les plus défavorisées. De plus, le monoxyde de carbone est souvent en cause dans les intoxications reliées à la qualité de l'air intérieur, et ce problème semble s'être accentué depuis que la population a commencé à se munir de systèmes de chauffage d'appoint à combustion lente.

La qualité de l'**eau potable** est une préoccupation majeure en ce qui concerne les sources d'approvisionnement de masse. Ces dernières années, le ministère de l'Environnement (MENV) a entrepris plusieurs actions pour assainir les eaux de rejet et sécuriser les sources d'approvisionnement, avec un certain succès. Avant l'entrée en vigueur du nouveau règlement sur l'eau potable en juin 2001, la région de la Capitale nationale avait connu 15 épisodes de maladies d'origine hydrique touchant 316 personnes. De juillet 2000 à juillet 2001, 113 dépassements des paramètres microbiologiques ont été enregistrés, dont 4 pour *E. coli*. fécaux. De juillet 2002 à juillet 2003, 694 dépassements ont été enregistrés, dont 49 pour *E. coli*. fécaux, et à la mi-septembre 2003, 29 réseaux d'alimentation en eau potable étaient en avis d'ébullition ou de non-consommation actifs, la plupart étant de petits réseaux. C'est donc dire qu'avec la nouvelle réglementation la surveillance des réseaux est beaucoup plus étroite.

Cette nouvelle réglementation a permis de mieux connaître l'état des petits réseaux et de repérer ceux à problème. De concert avec le MENV, le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ) et les municipalités, la DSP s'est dotée de procédures de gestion et d'enquêtes épidémiologiques pour mieux suivre chaque dossier et ainsi mieux soutenir les exploitants. De plus, les sécheresses des derniers étés ont sensibilisé les grands exploitants à la vulnérabilité de la ressource et aux répercussions sur les populations desservies. Une attention particulière est également apportée aux eaux récréatives des plans d'eau pouvant être touchés par des problèmes environnementaux.

La réponse aux urgences liées aux sinistres naturels ou technologiques, au terrorisme et aux grands rassemblements est assurée par l'équipe des mesures d'urgence appelée à agir, bon an mal an, dans plusieurs situations. Cette équipe réalise 25 à 30 interventions sur le terrain par année et a été sollicitée pour une vingtaine d'alertes au colis suspect depuis 2001. Les événements du 11 septembre 2001, le verglas en Montérégie en 1998, les inondations au Saguenay en 1996, le Sommet des Amériques au printemps 2001, le Jam des Neiges en décembre 1999, le tremblement de terre survenu dans Charlevoix en 1987, en plus des alertes au smog et à la chaleur accablante : tous ces événements ont amené l'équipe des mesures d'urgence à revoir ses procédures de préparation et d'intervention applicables aux événements réels ou appréhendés, et ce, tant à l'interne qu'en ce qui concerne ses partenaires (municipalités, Sûreté du Québec, sécurité civile, MENV, MAPAQ, etc.), de même qu'à mettre sur pied une politique de mobilisation des ressources afin de parer à toutes éventualités. La mise en œuvre de cette politique passe par une meilleure formation des partenaires concernés, par une meilleure concertation et une meilleure collaboration entre eux; à cet égard, la fusion des grandes municipalités de la région constitue un moment propice à la mise sur pied d'une table de concertation des intervenants.

Enfin, la prévention du **cancer de la peau** demeure une préoccupation importante étant donné la hausse régulière de l'incidence de cette maladie. Selon diverses estimations, plus de 60 000 Canadiens auraient développé un cancer de la peau en 2003. L'incidence des cancers cutanés augmente proportionnellement avec l'âge*.

* Tiré de : INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2003*, Toronto, INCC, 2003.

CIBLES DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL

Légende :

- Concordance avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*
 ● Activité à maintenir ◐ Activité à consolider ○ Activité à développer

Parmi les partenaires, le **caractère gras** désigne le ou les responsables.

Cible 1 :

Réduire les intoxications d'origine environnementale et leurs conséquences sur la santé.

Activités	Partenaires
■ ● 226- Réponse aux demandes (population, organismes, établissements), réponse 24/7 aux urgences environnementales et suivi : information téléphonique ou intervention.	DSP , Info-santé CLSC, municipalités, établissements de santé, commissions scolaires, ministères, groupes de citoyens, milieux de garde
■ ● 227- Réponse aux urgences, formation des partenaires : comptes rendus conjoints, ateliers de formation, mise sur pied de la Table de concertation des intervenants en santé visés par la réponse aux sinistres naturels et technologiques, plans d'urgence et de surveillance au cours de grands rassemblements et d'événements d'envergure.	DSP , CLSC, Info-santé CLSC, CHA, DSP de Chaudière-Appalaches, INSPQ, municipalités, premiers répondants, SQ, sécurité civile, MENV, MAPAQ, MRNFP
■ ○ 228- Mise sur pied du plan des mesures d'urgence et du plan de mobilisation des ressources internes et externes.	DSP , CLSC, Info-santé CLSC, CHA, DSP de Chaudière-Appalaches, INSPQ, municipalités, premiers répondants, SQ, sécurité civile, MENV, MAPAQ, MRNFP
■ ◐ 229- Sensibilisation des établissements scolaires, des milieux de garde et des municipalités au récent <i>Code de gestion des pesticides</i> .	DSP , CLSC, établissements de santé, commissions scolaires, milieux de garde, municipalités, MENV, INSPQ, Amis de la Terre, Union québécoise pour la conservation de la nature
■ ● 230- Participation à l'évaluation des impacts environnementaux sur la santé et la sécurité des populations lors de grands projets et participation à la révision des schémas d'aménagement des MRC.	DSP , CLSC, MRC, Ville de Québec, MENV, MAMSL, municipalités, groupes environnementaux, groupes de citoyens
■ ◐ 231- Production des avis de santé en rapport avec les risques associés aux activités agricoles, notamment les porcheries, pour les populations voisines.	DSP , CLSC Charlevoix, Centre de santé de Portneuf, MRC, MENV, MAPAQ, UPA, groupes de citoyens
■ ● 232- Suivi des effets sur la santé dus à la contamination des lacs Nairn et Saint-Augustin et collaboration au programme <i>Enviro-Plage</i> (dermatite, cyanobactéries).	DSP , CLSC Charlevoix, CLSC-CHSLD SFSL, Ville de Québec et Comité Bassin versant Lac Saint-Augustin, municipalité Saint-Aimé-des-Lacs et comité des riverains, MENV, MAPAQ

Activités	Partenaires
■ 233- Mise en place d'un plan de gestion des champs électromagnétiques dans les établissements scolaires relativement aux planchers électriques chauffants.	DSP, commissions scolaires, écoles, CLSC
■ 234- Gestion des matières résiduelles sur le territoire de la Ville de Québec.	Ville de Québec, MRC, MENV, municipalités de l'île d'Orléans, industries de recyclage, DSP
■ 235- Sensibilisation des propriétaires et gestionnaires de piscines extérieures ou intérieures aux divers risques pour la santé et la sécurité.	DSP, Ville de Québec, municipalités
● 236- Collaboration ou obtention d'un inventaire des principales installations ou activités pouvant entraîner la production de contaminants et pouvant constituer un risque pour la santé des populations exposées.	DSP

Cible 2 :

Réduire la morbidité et la mortalité reliées à la mauvaise qualité de l'air intérieur ainsi qu'à l'insalubrité dans les résidences et les édifices publics.

Activités	Partenaires
■ 237- Poursuite de l'implantation du <i>Guide d'intervention intersectorielle sur la qualité de l'air et la salubrité dans l'habitation québécoise</i> et sensibilisation aux impacts sur la santé en lien avec les moisissures en milieu résidentiel.	DSP, CLSC, Info-santé CLSC, inspecteurs municipaux, associations de propriétaires et de locataires, Régie du logement, firmes de consultants
■ 238- Participation à la révision du règlement sur l'habitabilité et la salubrité de la Ville de Québec et participation à l'élaboration d'un protocole d'intervention lors de situations impliquant des états d'insalubrité morbide (syndrome de Diogène).	Ville de Québec, DSP, CLSC, DRSMIAS
■ 239- Intervention dans les écoles et garderies à l'occasion de demandes d'évaluation sur la qualité de l'air intérieur.	DSP, commissions scolaires, CPE, écoles
■ 240- Sensibilisation de la population aux risques d'intoxication au monoxyde de carbone par la diffusion aux deux ans des dépliants sur le CO aux propriétaires des terrains de camping, des pourvoiries, des commerces de chasse et pêche, etc.	DSP, INSPQ, Association des pourvoyeurs commerçants, propriétaires de camping

Cible 3 :

Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies d'origine hydrique.

Activités	Partenaires
■ ● 241- Gestion et suivi des dépassements des normes de l'eau potable.	DSP , CLSC, MENV, MAMSL, comités de citoyens, exploitants privés ou municipaux, MRC, base militaire de Valcartier
■ ● 242- Production d'un avis de santé publique sur la fluoration préventive de l'eau potable pour l'ensemble des arrondissements de la Ville de Québec.	DSP , Ville de Québec
■ ○ 243- Participation à l'élaboration de solutions à long terme visant à assurer une eau potable de bonne qualité à l'île d'Orléans et à l'île aux Coudres.	MRC , MENV, MAPAQ, municipalités, usagers, DSP

Cible 4 :

Réduire les maladies cardiorespiratoires associées à la pollution atmosphérique.

Activités	Partenaires
■ ● 244- Sensibilisation des responsables d'immeubles climatisés à la prévention de la maladie du légionnaire.	DSP , Régie du bâtiment, propriétaires d'immeubles
■ ● 245- Maintien et amélioration de la qualité de l'air dans la région en participant aux travaux du Regroupement de la Capitale nationale.	MENV , Environnement Canada, Ville de Québec, Conseil régional de l'environnement de Québec, organismes communautaires, DSP
■ ● 246- Participation au programme provincial/fédéral <i>Info-Smog</i> et sensibilisation de la population aux impacts des changements climatiques sur la santé.	MENV , Environnement Canada , DSP
■ ● 247- Réalisation d'activités visant à réduire l'exposition à l'herbe à poux : diffusion de bulletins, de rapports, d'outils existants et sensibilisation des établissements du réseau de santé, des municipalités et des organismes communautaires au contrôle de la plante.	DSP , CLSC, Info-santé CLSC, municipalités, MRC, Association de lutte contre l'ambrosia, Ville de Québec, établissements de santé, Table québécoise sur l'herbe à poux

Cible 5 :

Diminuer l'incidence de certains cancers (peau, poumons et mésothéliome).

Activités	Partenaires
■ ● 248-Sensibilisation des adolescents, des jeunes du primaire et du secondaire, des parents, des vacanciers et des usagers de salons de bronzage aux moyens de se protéger contre les rayons ultraviolets pour diminuer l'incidence des cancers de la peau.	DSP, CLSC, milieux de garde, commissions scolaires, écoles, Association canadienne de dermatologie, Regroupement des propriétaires de salons de bronzage
■ ● 249-Inventaire des matériaux contenant de l'amiante (MCA) retrouvés dans les édifices municipaux, communautaires et les établissements de santé et mise en place des activités correctrices visant à cesser l'exposition aux particules libérées par les MCA.	DSP, municipalités, CH, MSSS

DÉFIS SPÉCIFIQUES AU REGARD DE LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Un des défis majeurs en santé environnementale consistera à profiter de la restructuration consécutive aux fusions municipales dans la région pour créer des liens et redéfinir la concertation avec les différents partenaires, particulièrement avec la Ville de Québec et ses arrondissements. La gestion de l'eau potable, la qualité de l'air intérieur ainsi que la mise en place de mesures d'urgence en cas de crise constituent les sujets importants que cette concertation entre les partenaires devra prendre en compte.



SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL

4.8 SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL

Ce domaine d'intervention renvoie aux activités de prévention des expositions professionnelles susceptibles d'entraîner des atteintes à la santé des travailleurs. Dans le domaine de la santé au travail, les activités préventives relatives aux facteurs de risque professionnels sont mises en œuvre dans le cadre d'un contrat entre la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale et dans le cadre de l'application de la *Loi sur la santé publique*. Le contrat précise les responsabilités de l'équipe en santé au travail de la Direction régionale de santé publique et des équipes d'intervention mises en place dans trois CLSC du territoire. Il détermine par ailleurs les groupes d'entreprises qui sont susceptibles de recevoir des services des équipes de santé au travail. Le Plan d'action régional invite également à considérer le milieu de travail comme un lieu d'intervention pour des facteurs de risque non professionnels. Ces derniers ne sont cependant pas abordés dans la présente section, mais dans celle portant sur les habitudes de vie.

FINALITÉ POURSUIVIE

Soutenir les milieux de travail pour qu'ils puissent prendre en charge, au mieux de leur capacité, la santé et la sécurité de leurs travailleurs.

PORTRAIT DE LA SITUATION

La région de la Capitale nationale comptait, en 2002, 322 700 emplois répartis dans environ 19 500 établissements. Ces emplois se retrouvent principalement dans les secteurs des services (27,4 %), de l'enseignement, de la santé et des services sociaux (21,2 %), du commerce (15,6 %), de l'administration publique (10,9 %) et de l'industrie manufacturière (9,9 %). Comparativement à la répartition de l'emploi au niveau provincial, sont sur-représentés dans la région les secteurs des services (27,4 % contre 24 %), de l'enseignement, de la santé et des services sociaux (21,2 % contre 17,8 %) et de l'administration provinciale (10,9 % contre 5,8 %); le secteur manufacturier est par contre sous-représenté (9,9 % contre 18,2 %)*.

En ce qui concerne les indicateurs de la santé des travailleurs, les différentes régions du Québec détiennent des informations limitées. En outre, les données présentées dans cette section, qui proviennent du fichier des lésions professionnelles de la CSST, constituent une estimation conservatrice de la réalité, voire une sous-estimation, car les travailleurs ne sont pas tous couverts par le régime. De plus, certaines entreprises ou organisations peuvent avoir adopté des pratiques administratives ayant pour effet de limiter la déclaration de la maladie et d'en nier l'origine professionnelle. Entre 1997 et 2000, ont néanmoins été recensées, annuellement dans la région de la Capitale nationale, environ 13 000 lésions professionnelles qui ont occasionné une interruption moyenne de travail de 40 jours. La région a eu à déplorer durant la même période, 34 décès d'origine professionnelle**.

Toujours durant la période 1997-2000, les lésions causées par des traumatismes représentent 54 % de l'ensemble des lésions. Sur le chapitre de l'incidence, il importe cependant de noter la fréquence élevée des **lésions au dos** (plus de 3 700 par année ou 29 %), principalement catégorisées dans les entorses, les foulures ou les déchirures, de même que celles des **troubles musculosquelettiques des membres supérieurs et inférieurs** (communément appelées « lésions en ite ») qui représentent plus de 7 % de l'ensemble des lésions signalées entre 1997 et 2000. Dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* (ESS), plus de 10 % des résidents de la région âgés de 15 ans et plus, ayant un emploi, disaient avoir éprouvé des douleurs aux membres supérieurs et inférieurs, reliées en tout ou en partie au travail, au cours des sept jours précédant l'enquête.

Les lésions professionnelles laissent parfois des séquelles reconnues par la CSST sous forme d'un pourcentage d'atteinte permanente. La **surdité professionnelle** et les acouphènes ont touché, au cours de cette période de quatre ans, 270 travailleurs de la région et ce sont ces problèmes qui ont

* Tiré d'une présentation du directeur régional de la CSST au comité 3,46 du conseil d'administration de la CSST, 19 juin 2002.

** Tiré du fichier des lésions professionnelles de la CSST pour la région.

causé le plus d'atteintes permanentes (plus de 13,5 %) après les traumatismes. L'ESS révèle également que 21,7 % des résidents de Québec de 15 ans et plus qui travaillent sont exposés à du bruit intense*.

Entre dix et vingt **intoxications chimiques** d'origine professionnelle sont entre autre déclarées chaque année dans la région; ce sont principalement des intoxications au plomb, mais également des imprégnations au chrome, des intoxications au monoxyde de carbone, etc. Par ailleurs, l'ESS révélait qu'une proportion de 19 % des résidents de Québec de 15 ans et plus, ayant un emploi étaient exposés (assez souvent ou de temps en temps) aux solvants organiques, alors que 4,3 % étaient exposés aux pesticides. De plus, selon cette même enquête, 5,1 % des travailleurs étaient exposés assez souvent ou de temps en temps aux poussières de farine et 12,3 % à des agresseurs associés à l'**asthme professionnel**.

Dans la région, entre 1999 et 2001, 2 981 femmes enceintes en moyenne ont chaque année bénéficié du programme **Pour une maternité sans danger**, soit environ 24 femmes pour 1 000 femmes actives au travail. On estime que le tiers des femmes qui se prévalent du programme seront réaffectées à des tâches qui ne comportent pas de risque pour le fœtus et que les deux tiers seront retirées du travail. Les contraintes ergonomiques reliées au poste de travail sont le principal problème invoqué par ces femmes qui occupent surtout un emploi d'infirmière (13,3 % des demandes), de serveuse (9,1 %), de vendeuse (8,7 %), de caissière (6,8 %), d'éducatrice en garderie (5,8 %) et d'enseignante (5,6 %)**.

Par ailleurs, certains problèmes pour lesquels les données régionales sont limitées ou inexistantes présentent néanmoins des tendances provinciales qui sont certainement indicatrices de tendances régionales. Il en est ainsi des **risques biologiques professionnels**, notamment ceux associés aux virus transmis par voie hématogène (VIH, VHC, VHB) qui sont devenus, au cours des dernières années, un objet de préoccupation important en matière de prévention et de gestion des risques biologiques dans les milieux de travail. En outre, l'émergence de problèmes de **santé mentale** dans le milieu de travail ne fait plus de doute; ils représentent actuellement l'une des plus importantes causes d'absence au travail. Au Québec, la proportion des travailleurs qui se sont absentés à la suite d'un problème de santé mentale a presque doublé entre 1987 et 1998, passant de 7,2 % à 13,2 %¹⁴³. Au chapitre des absences de longue durée du milieu de travail (plus de six mois) en raison de troubles psychiatriques, les compagnies d'assurance-salaire rapportent des augmentations variant de 30 à 50 % au cours de la dernière décennie***. L'ESS révélait également que 45,1 % des résidents de Québec de 15 ans et plus, ayant un emploi, disaient éprouver une tension psychologique forte ou modérée/forte.

L'intervention des CLSC en santé au travail, soutenue par l'équipe de santé au travail de la DSP, se fait annuellement dans environ 550 établissements de la région de la Capitale nationale. Le rôle de suivi de l'implantation de programmes de santé dans les entreprises, assumé par l'équipe de santé au travail de la DSP, contribue à toutes les cibles présentées ci-dessous.

* Tiré d'une présentation du directeur régional de la CSST au comité 3,46 du conseil d'administration de la CSST, 19 juin 2002.

** Tiré des inscriptions du système médico-environnemental de la santé des travailleurs (SMEST).

*** Tiré de : Chronique actuarielle de la revue *Assurances*, vol. 69, no 3, 2001, p. 486.

CIBLES DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL

Légende :

■ Concordance avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*

● Activité à maintenir

◐ Activité à consolider

○ Activité à développer

Parmi les partenaires, le **caractère gras** désigne le ou les responsables.

Cible 1 :

Réduire la fréquence, la gravité et les conséquences de maladies professionnelles avec un fort taux d'incidence (lésions musculosquelettiques) ou un ratio élevé d'atteintes permanentes significatives (surdité professionnelle).

Activités	Partenaires
■ ◐ 250- Promotion des bonnes pratiques en prévention des troubles musculosquelettiques (TMS) et implantation du programme provincial d'intervention sur les TMS.	DSP , CLSC, CSST, ASP
■ ● 251- Offre de service-conseil en ergonomie pour les inspecteurs de la CSST.	DSP , CLSC, CSST
■ ● 252- Soutien au <i>Programme de réadaptation intégré pour les lésions musculosquelettiques (PRI-MS)</i> .	CLSC , DSP
■ ◐ 253- Promotion de nouvelles approches pour sensibiliser les travailleurs et les milieux de travail aux effets nocifs du bruit et aux manières de le contrôler ou de s'en protéger.	CLSC , MSSS, DSP
■ ● 254- Accessibilité des travailleurs sourds à un programme de préadaptation et aux consultants pertinents.	CLSC , DSP, IRDPQ
○ 255- Sensibilisation des médecins du territoire à l'importance d'une consultation précoce auprès d'audioprothésistes.	DSP , CLSC

Cible 2 :

Réduire l'incidence des maladies pulmonaires professionnelles et leur aggravation, par la diminution des expositions aux facteurs de risque de béryllose, de silicose, d'amiantose et d'asthme professionnel et par la détection précoce des travailleurs atteints.

Activités	Partenaires
■ ● 256- Poursuite du programme d'intervention provincial sur l'amiante.	CLSC , DSP
■ ● 257- Poursuite du programme provincial sur les isocyanates.	CLSC , DSP
■ ● 258- Poursuite du programme provincial sur la béryllose.	CLSC , DSP

Activités	Partenaires
■ ○ 259- Sensibilisation des médecins à l'importance de la reconnaissance précoce de l'asthme professionnel.	DSP, CLSC
■ ○ 260- Maintien de milieux exempts d'abrasifs siliceux au cours des activités de décapage au jet de sable.	DSP, CLSC
■ ● 261- Systématisation des actions préventives relativement aux expositions susceptibles de provoquer l'asthme professionnel (farine, notamment).	CLSC, DSP, CSST

Cible 3 :

Réduire l'incidence des intoxications professionnelles et des cancers professionnels.

Activités	Partenaires
■ ● 262- Réduction des expositions aux gaz asphyxiants H ₂ S, notamment dans les fosses recouvertes, en agriculture.	CLSC, DSP
■ ● 263- Développement d'une approche régionale pour réduire l'exposition au monoxyde de carbone dans le secteur de la construction.	DSP, CLSC, CSST, ASP
■ ● 264- Élaboration et mise en application d'un programme régional sur les risques en espaces clos, notamment dans le secteur municipal.	DSP, CLSC
■ ○ 265- Élaboration d'un programme régional de réduction des expositions aux solvants.	DSP, CLSC
■ ● 266- Élaboration et mise en application d'un programme de lutte contre les cancérogènes professionnels.	DSP, CLSC
■ ○ 267- Implantation d'une approche de lutte contre le cancer par exposition au tabagisme passif dans les milieux de travail.	DSP, CLSC
■ ○ 268- Surveillance du mésothéliome malin.	DSP

Cible 4 :

Réduire les effets des expositions professionnelles aux agents biologiques.

Activités	Partenaires
■ ● 269- Promotion d'une bonne gestion des risques biologiques dans les milieux de travail.	DSP, CLSC
■ ● 270- Implantation du programme provincial pour les risques biologiques touchant notamment les travailleurs des services publics et les travailleurs exposés aux eaux usées.	CLSC, DSP, CSST, ASP

Cible 5 :

Réduire l'exposition des travailleuses enceintes à des risques professionnels pouvant avoir des effets sur la grossesse.

Activités	Partenaires
■ ● 271- Poursuite de recherches sur les conditions de travail des femmes enceintes de la région 03 et les issues de grossesses et diffusion des résultats d'études.	DSP, INSPQ
■ ● 272- Élaboration d'un cadre de référence pour l'intervention en maternité sans danger.	DSP, CLSC
■ ● 273- Traitement des demandes d'analyse de poste de travail ou d'environnement de travail dans le cadre du programme <i>Pour une maternité sans danger</i> .	CLSC, DSP

Cible 6 :

Documenter les approches préventives efficaces et leurs effets relativement à certains problèmes émergents, notamment la santé mentale et la violence en milieu de travail.

Activités	Partenaires
■ ○ 274- Détermination des meilleures stratégies d'approche pour les interventions en santé mentale au travail.	DSP, CLSC
■ ○ 275- Promotion d'approches préventives efficaces et de facteurs favorables de l'organisation du travail pour réduire les problèmes de santé mentale au travail.	CLSC, DSP
■ ○ 276- Détection de groupes de travailleurs vulnérables à des problèmes de détresse psychologique.	DSP, CLSC
■ ○ 277- Diffusion des guides de prévention de la violence au travail en milieu scolaire (formation et programme de prévention).	DSP, CLSC, commissions scolaires, écoles
■ ● 278- Évaluation du projet-pilote d'intervention sur la violence au travail dans le milieu scolaire.	DSP, commissions scolaires, écoles
■ ● 279- Soutien au collectif d'intervenants en santé au travail engagés dans la problématique de la santé mentale.	DSP
■ ● 280- Intervention ponctuelle, diligente dans les cas de maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine professionnelle et pour les demandes provenant du milieu de travail.	DSP, CLSC, CSST
■ ○ 281- Élaboration de stratégies pour favoriser la déclaration des MADO chimiques par les médecins et les laboratoires.	DSP, établissements, médecins

DÉFIS SPÉCIFIQUES AU REGARD DE LA SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL

Plusieurs activités préventives dans le milieu de travail sont déjà mises en œuvre par les équipes des CLSC appuyées par l'équipe de la Direction régionale de santé publique. Plusieurs défis se dessinent dans le cadre du PAR. Le premier défi consistera à systématiser ce fort niveau d'activités vers des enjeux régionaux désormais plus clairs et explicites dans la poursuite de cibles précises. Un second défi consistera à déployer des efforts pour contrer la hausse importante des problèmes de santé mentale au travail; les avenues pertinentes devront être déterminées. Un troisième défi consistera à préciser, dans le respect du contrat qui lie la CSST et l'Agence, la contribution des équipes de santé au travail dans la poursuite de cibles préventives qui touchent les facteurs de risque liés aux habitudes de vie et à l'adaptation ou l'intégration sociale.

4.9 PLAN DE MOBILISATION DES RESSOURCES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DANS LE CADRE D'UNE MENACE À LA SANTÉ

MISE EN CONTEXTE

La présente section traite de l'élaboration du *Plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de la région de la Capitale nationale*. Outre le cadre légal qui explique la nécessité qu'a le directeur régional de santé publique de se doter d'un tel plan, les définitions et les conditions nécessaires à sa mise en œuvre sont également abordées.

Le mécanisme d'activation est ensuite décrit étape par étape, et ce, seulement dans leurs grandes lignes. Les situations susceptibles de survenir étant nombreuses et comportant chacune un bon nombre de caractéristiques qui lui sont propres, il serait trop ardu de les détailler toutes. De plus, il serait utopique de croire que l'on puisse prévoir d'avance toutes les menaces possibles en santé publique. La crise du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en constitue un bon exemple.

Comme le plan de mobilisation s'adresse aux ressources des établissements de santé, les partenaires externes (Sûreté du Québec, Croix-Rouge, pompiers, premiers répondants, etc.) n'y sont pas mentionnés. Dans l'éventualité où l'activation du plan de mobilisation des ressources ne suffirait pas à répondre entièrement à une crise, d'autres plans, tel celui des mesures d'urgence de l'Agence, pourront être activés.

4.9.1 Cadre légal

Mandat légal

Le plan de mobilisation des ressources s'inscrit dans le cadre de la nouvelle Loi sur la santé publique (L.R.Q., c. S-2.2) en vertu de laquelle, comme le stipule son article 12, le directeur régional de santé publique doit se doter d'un plan pour faire face à une menace : « *Le plan d'action régional doit comporter un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire, lorsque le directeur de santé publique en a besoin pour effectuer une enquête épidémiologique ou pour prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour protéger la santé de la population lorsqu'elle est menacée.* »

Définition de menace à la santé

Comme le plan s'applique lorsque « *la santé de la population [...] est menacée* » (article 12), il est important de définir cette notion de menace à la santé.

L'article 2 de la loi donne cette définition : « [...] *dans la présente loi on entend par menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée* ». Ainsi, les agents mécaniques (ex. : accidents de la route) et les phénomènes sociaux (ex. : suicide) ne sont pas inclus.

Les autorités de santé publique peuvent également intervenir même si la menace n'est qu'appréhendée, comme le précise l'article 96 de la loi : « *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 [...].* »

La menace à la santé survient lorsqu'il y a risque d'épidémie causée par un agent biologique, chimique ou physique. Une épidémie consiste en une situation où le nombre de cas observés dépasse le nombre de cas habituellement attendus. Pour constituer une menace à la santé, le nombre minimal de cas nécessaire à la définition dépend de la menace. Par exemple, un seul cas de SRAS serait suffisant pour constituer une menace d'épidémie.

4.9.2 Conditions de mise en œuvre du plan de mobilisation

L'article 97 de la loi décrit les conditions nécessaires à la mise en œuvre du plan : « *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.* »

Deux types de menace peuvent amener le déclenchement du plan :

- 1) une menace dont l'ampleur dépasse d'emblée les capacités de la DSP d'intervenir efficacement;
- 2) une menace d'une ampleur moindre, mais nécessitant une réponse intensive et concentrée, la DSP ne pouvant, à même ses ressources, intervenir dans les délais requis.

4.9.3 Mécanisme de mise en œuvre du plan de mobilisation

ÉTAPE 1 :

Détection d'une menace à la santé dont la gestion dépasse les capacités de réponse du service visé de la DSP

Une équipe de crise s'occupe d'évaluer la menace, de déterminer si l'équipe habituelle de surveillance et de contrôle est suffisante pour faire face à la situation et d'élaborer un plan de communication. Cette équipe est composée des personnes suivantes :

- le directeur régional de santé publique;
- le coordonnateur de l'équipe visée;
- l'adjointe au directeur régional de santé publique;
- un médecin ou un professionnel-conseil de l'équipe visée, ou les deux;

- le répondant de la DSP dans le cadre du Plan des mesures d'urgence de l'Agence*;
- une secrétaire;
- la personne responsable des communications à la DSP.

La première rencontre de l'équipe de crise est convoquée conjointement par le directeur régional de santé publique et le coordonnateur de l'équipe visée et doit se tenir dans les 24 heures suivant la détection de la menace. Par la suite, un portrait quotidien de la situation est présenté par l'équipe au directeur régional de santé publique.

En dehors des heures ouvrables (soirs, fins de semaine, jours fériés), ou en cas de crise majeure inattendue, le médecin de garde avise son coordonnateur d'équipe, puis le directeur régional de santé publique.

ÉTAPE 2 :

Évaluation de la possibilité de réponse avec l'aide des autres équipes de la DSP

Les autres employés de la DSP sont mis à contribution en fonction de leurs compétences respectives. Les tâches exigeant une compétence médicale doivent revenir aux médecins et aux infirmières. Les autres tâches peuvent être accomplies par l'ensemble du personnel, avec une formation appropriée au besoin.

ÉTAPE 3 :

Activation du plan de mobilisation des ressources et mobilisation des ressources nécessaires dans les établissements de santé de la région

Lorsque l'équipe de crise confirme qu'il ne sera pas possible de réagir adéquatement à la menace, malgré l'action combinée de l'équipe habituelle et des autres intervenants de la DSP, des ressources sont mobilisées dans les établissements de santé de la région.

* Le répondant s'assure de la liaison avec le responsable des mesures d'urgence de l'Agence.

Les directeurs généraux des établissements concernés sont avisés de la situation par le directeur régional de santé publique. Les premiers établissements touchés sont ceux du secteur atteint dont, en premier lieu, ceux ayant une mission CLSC, puisqu'ils effectuent déjà des activités de première ligne en santé publique. Les ressources disponibles sont déterminées et désignées en collaboration avec les responsables de l'établissement. Selon l'ampleur et la nature de la menace, tous les autres établissements de la région peuvent au besoin être appelés en renfort, si les ressources disponibles ne suffisent pas.

Le type de ressources (humaines ou matérielles), la quantité nécessaire et la durée de leur disponibilité sont à déterminer par l'équipe de crise, au moment de l'activation du plan, en fonction de la situation. Peuvent ainsi être mis à contribution du personnel infirmier pour une enquête épidémiologique, des travailleurs sociaux pour de l'aide ou de l'approvisionnement à domicile en cas de quarantaine, des psychologues pour une rencontre post-événement traumatique ou encore une mise en quarantaine nécessitant des lits et des locaux. Cette liste n'est pas exhaustive, mais montre que les établissements peuvent être sollicités pour un ensemble de besoins.

ÉTAPE 4

Formation intensive du personnel mobilisé sous l'autorité du directeur régional de santé publique

La Direction régionale de santé publique a la responsabilité d'organiser et de donner, dans un délai adéquat, la formation nécessaire pour que le personnel réquisitionné soit apte à remplir les tâches requises. La modalité de la formation dépend du type et de la complexité des tâches à effectuer.

L'équipe administrative de la DSP sera alors mobilisée afin de veiller à tous les aspects logistiques de la formation.

ÉTAPE 5 :

Réalisation de l'intervention de santé publique

Toutes les interventions seront effectuées sous la supervision de la DSP et de son directeur. Selon la nature et la quantité des tâches à effectuer, le personnel mobilisé pourra travailler dans son établissement habituel ou être déplacé vers d'autres endroits plus appropriés.

ÉTAPE 6 :

Désactivation du plan de mobilisation et évaluation de l'intervention

Un suivi serré des interventions sera fait, afin de déterminer à quel moment le plan de mobilisation pourra être désactivé. Le personnel mobilisé pourra alors retourner à ses tâches habituelles dans son établissement.

Une évaluation de l'intervention sera faite subséquemment pour en déterminer l'efficacité, repérer les problèmes et erreurs survenus et apporter les corrections nécessaires pour les situations futures.

A large, weathered wooden window frame is centered on the page. The frame is open, with the shutters swung outwards. Through the opening, a black and white photograph of a dense crowd of people is visible. The crowd appears to be outdoors, possibly at a public event or protest. The people are dressed in casual clothing, and the overall scene is somewhat blurred, suggesting movement or a candid shot. The window frame itself has a rustic, aged appearance with visible wood grain and some wear.

FONCTION
CONNAISSANCE ET
SURVEILLANCE LIÉE
À L'ÉTAT DE SANTÉ
DE LA POPULATION



5. FONCTION CONNAISSANCE ET SURVEILLANCE LIÉE À L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

La surveillance est l'appréciation continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants. Il s'agit d'une fonction essentielle de santé publique qui renvoie à un ensemble d'activités permettant de connaître, de décrire et d'analyser l'état de santé et de bien-être de la population, avec une attention particulière portée sur les problèmes, les facteurs de risque, les déterminants, les écarts et les tendances, en vue d'informer la population sur son état de santé. La *Loi sur la santé publique* attribue cette fonction de manière exclusive au ministre de la Santé et des Services sociaux et aux directeurs de santé publique. Elle prévoit la tenue régulière d'enquêtes sociosanitaires auprès de la population et la mise en place de systèmes de collecte de renseignements.

La fonction de surveillance s'exerce en étroite relation avec les autres fonctions essentielles de santé publique que sont la promotion, la prévention et la protection, à travers chacun des domaines d'intervention du *Programme national de santé publique 2003-2012*. En ce sens, elle concerne tous les intervenants de santé publique qui effectuent, à un moment ou à un autre, des activités de surveillance. De plus, la fonction de surveillance est alimentée par la vigie sanitaire, la recherche et l'évaluation et les alimente à son tour. Elle doit également soutenir la prise de décision et le processus de planification sociosanitaire, et dans ce contexte la fonction de surveillance sollicite et rejoint, à différents niveaux, tous les partenaires régionaux visés par la santé et le bien-être de la population de la région.

FINALITÉS POURSUIVIES

Pour assurer une surveillance continue de l'état de santé de la population, la *Loi sur la santé publique* prévoit que le ministre et les directeurs de santé publique doivent, à leurs propres fins, élaborer des plans de surveillance de l'état de santé de la population qui spécifient les finalités recherchées, les objets de surveillance, les renseignements (personnels ou non) qu'il est nécessaire d'obtenir, les sources d'information envisagées et le plan d'analyse de ces renseignements (art. 35). Les plans de surveillance national et régionaux sont soumis à l'examen du Comité d'éthique de santé publique. Par ailleurs, ils doivent respecter les règles de la Commission d'accès à l'information du Québec lorsque celles-ci s'appliquent (art. 36).

Les finalités opérationnelles de la fonction de surveillance sont :

- dresser un portrait global de l'état de santé de la population;
- observer les tendances et les variations temporelles et spatiales;
- détecter les problèmes en émergence;
- déterminer les problèmes prioritaires;
- élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population;
- suivre l'évolution au sein de la population de certains problèmes de santé particuliers et leurs déterminants.

Quant aux objets de surveillance, aux renseignements nécessaires, aux sources d'information et au plan d'analyse de ces renseignements, les grandes orientations de surveillance envisagées pour la région sont en processus de définition et d'intégration dans un plan régional de surveillance de l'état de santé de la population; ce plan tiendra compte à la fois d'objets de surveillance communs permettant de nous comparer aux autres régions et d'objets de surveillance propres à notre région.

PORTRAIT DE LA SITUATION

Pour connaître et faire connaître l'état de santé et de bien-être de la population de notre région, à travers l'actualisation d'un plan régional de surveillance, les activités de surveillance s'ordonnent essentiellement selon trois axes principaux : l'alimentation en données, la production de l'information et la diffusion de celle-ci.

Les activités relatives à l'alimentation en données

Afin d'obtenir les données essentielles à la surveillance de l'état de santé de la population, la Direction régionale de santé publique doit suivre un certain nombre d'étapes : la détermination des données nécessaires et de leurs sources; l'établissement d'ententes avec les détenteurs de données qui en précise l'acquisition et la validation; les conditions requises pour assurer la confidentialité et la sécurité; l'instauration et la mise à jour de systèmes d'information; la réalisation d'enquêtes et de sondages; et, enfin, la transformation des banques de données constituées en fichiers exploitables. L'ajout de nouveaux fichiers et la conception d'indicateurs et de systèmes d'information pourraient également s'avérer nécessaires.

Si la Direction régionale de santé publique dispose déjà d'un certain nombre de fichiers clinico-administratifs lui permettant d'exercer une surveillance continue de l'état de santé de la population, la collaboration de la population par le moyen de la tenue d'enquêtes sociosanitaires, de même que la collaboration d'autres partenaires régionaux détenteurs des renseignements recherchés et prévus dans le plan régional de surveillance, sont requises. L'établissement d'ententes formelles avec ces nouveaux partenaires, qu'ils soient issus du réseau sociosanitaire ou de tout autre milieu, qu'ils soient rattachés aux secteurs public, privé ou communautaire, représente un bon moyen de faciliter l'accès aux données et de permettre l'exercice adéquat de la fonction de surveillance. Par ailleurs, tous les partenaires doivent être informés des sources de données existantes, qui se rapportent à la santé et au bien-être de la population de la région, de même que de leur potentiel d'utilisation (par groupe clientèle, par thématique, selon différentes échelles géographiques, etc.).

Les activités relatives à la production de l'information

Les données brutes doivent être traitées, analysées et interprétées afin de produire une information utile et compréhensible pour les différentes instances concernées. En outre, un travail d'intégration s'impose, qu'il s'agisse des dimensions temporelle (passé, présent, futur) ou spatiale (échelles nationale, régionale, locale) des données. Sur une base récurrente, la Direction régionale de santé publique produit nombre d'informations relatives à l'état de santé et à ses déterminants pour la population de notre région. La production quinquennale d'un portrait de santé de la population de la région (la première publication a été réalisée en 2002) en est un bon exemple. Le bulletin bimensuel de santé publique, le rapport annuel sur les maladies à déclaration obligatoire, de même que plusieurs rapports thématiques ponctuels produits par la Direction régionale de santé publique sont d'autres exemples à mentionner.

La production d'une information utile et compréhensible pour les différentes instances concernées, qui dépasse le stade de la simple description, implique que le traitement, l'analyse et l'interprétation des données se rapportent aux interventions et aux programmes mis en place, ou soient effectués avec la perspective de répondre à des interrogations ou de soutenir des décisions spécifiées. Ces activités de production d'une information plus étoffée, collée aux besoins des divers utilisateurs et d'une interprétation qui se veut dynamique pour le milieu, ne sont possibles qu'avec l'étroite collaboration des partenaires régionaux visés par les sujets traités et détenteurs de l'expertise correspondante.

Les activités relatives à la diffusion de l'information

L'information générée par la surveillance est destinée à renseigner la population de la région ainsi que les professionnels, les partenaires et les décideurs régionaux visés par l'état de santé de la population, qu'ils fassent partie ou non du réseau de la santé et des services sociaux. La diffusion peut prendre diverses formes qui se doivent d'être adaptées aux différents publics : rapport, article scientifique, feuillet d'information, bulletin de santé publique, présentation audiovisuelle à l'occasion de congrès et de colloques, conférence de presse, etc.

Les activités relatives à la diffusion de l'information doivent être soutenues par des plans de communication appropriés. Les diffuseurs peuvent obtenir un soutien professionnel en communication, voire une formation orientée sur la communication de l'information scientifique, tandis que les utilisateurs peuvent bénéficier de services de soutien technique et méthodologique qui complètent leur propre expertise du sujet. Enfin, les activités relatives à la diffusion devraient aussi comprendre des

mécanismes d'échange et de rétroaction entre les producteurs, les diffuseurs et les utilisateurs de cette information, en vue d'une diffusion qui soit plus dynamique et interactive. La collaboration et la participation de toutes les personnes concernées dans la région, à l'une ou l'autre de ces étapes, sont requises.

CIBLE DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL

Légende :

■ Concordance avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*

● Activité à maintenir

◐ Activité à consolider

○ Activité à développer

Parmi les partenaires, le caractère **gras** désigne le ou les responsables.

Cible 1 :

Exercer une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants.

Activités	Partenaires
■ ◐ 282 -Élaboration d'un <i>Plan régional de surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population de la région de la Capitale nationale</i> .	DSP et autres directions de l'Agence, MSSS, autorités régionales de santé publique, INSPQ, CLSC
■ ○ 283 -Rédaction et publication d'un rapport synthèse du plan régional de surveillance qui spécifie les objets de surveillance communs à l'ensemble des régions et ceux propres à la région de la Capitale nationale, de même que les plans d'analyse qui y sont rattachés.	DSP et autres directions de l'Agence
■ ◐ 284 -Réalisation d'activités relatives à l'alimentation en données (enquêtes et sondages, constitution de fichiers exploitables, établissement d'ententes avec les détenteurs de l'information, vérification de la qualité et de la validité des données, etc.).	DSP , détenteurs des données de tous les réseaux, secteurs d'activité et champs d'intérêt en rapport avec l'état de santé et de bien-être de la population, population
■ ◐ 285 -Réalisation d'activités relatives à la production de l'information : traitement, interprétation, analyse et productions continues en cours d'année portant sur l'une ou l'autre des dimensions de la santé de la population; production d'un rapport régional annuel sur l'état de santé et de bien-être de la population, en complémentarité avec le rapport national correspondant.	DSP , détenteurs d'une expertise particulière de tous les réseaux, secteurs d'activité et champs d'intérêt en rapport avec l'état de santé et de bien-être de la population
■ ◐ 286 -Réalisation d'activités relatives à la diffusion de l'information.	DSP , producteurs et utilisateurs de l'information produite dans un contexte de surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population, population

DÉFIS SPÉCIFIQUES AU REGARD DE LA FONCTION CONNAISSANCE ET SURVEILLANCE

Quelques défis se présentent aux acteurs de la surveillance. En ce qui a trait à la cible elle-même, soit l'exercice d'une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants, le plus grand défi réside dans la possibilité de mieux anticiper les scénarios prospectifs pour la région, c'est-à-dire de mieux déceler les problèmes latents ou en émergence et de développer une vision à long terme de l'état de santé de la population qui soit la plus réaliste possible.

Quant aux activités de surveillance, certaines sont assez bien maîtrisées, notamment celles relatives à l'alimentation en données et certaines liées à la production d'information. D'autres doivent en revanche être améliorées.

En ce qui a trait aux activités de production, l'un des grands défis consiste à soutenir l'ensemble du Plan d'action régional par des indicateurs de résultats significatifs, révélateurs des phénomènes mesurés.

Un autre défi consiste à rendre l'information produite davantage utile et compréhensible pour ses utilisateurs éventuels, notamment en s'associant à des partenaires détenteurs de l'expertise correspondante. On doit aussi ajouter aux analyses descriptives et quantitatives des analyses plus qualitatives et prospectives, axées sur des problèmes en émergence, de pointe, ou tout simplement orientées selon les besoins des utilisateurs.

En ce qui a trait aux activités relatives à la diffusion de l'information, les acteurs de la surveillance font face à d'autres défis. Ceux-ci consistent à adapter les contenus des productions pour mieux rejoindre les publics visés, développer des services de soutien pour les diffuseurs et les utilisateurs de l'information produite et, enfin, développer un contexte de travail favorable à des échanges dynamiques et rétroactifs entre tous les acteurs concernés à l'étape de la diffusion (producteurs, diffuseurs, utilisateurs, décideurs).

6.

ÉVALUATION DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

L'entrée en vigueur de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (loi 25) changera la configuration du réseau de la santé et des services sociaux et, plus spécifiquement, du réseau de services de première ligne.

De plus, le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) vient introduire de nouveaux éléments :

- l'accroissement de l'imputabilité à tous les niveaux;
- la systématisation des activités de reddition de comptes (développement d'outils et d'indicateurs);
- l'insistance sur les fonctions essentielles de santé publique;
- la recommandation aux directeurs de santé publique de réaliser des études évaluatives particulières.

À cet égard, le PNSP représente une innovation, car l'encadrement dans la loi d'un tel exercice de planification constitue une première. La nature et l'ampleur de tous les changements que la mise en œuvre du PNSP entraînera dans la région sont encore difficilement mesurables. À l'échelle régionale, le PAR peut également être considéré comme un moyen pour communiquer, discuter et négocier les finalités de santé publique dans la région. En ce sens, il se veut un outil pour soutenir le changement en visant le partage d'une vision commune de la santé publique à l'intérieur du réseau de la santé, mais aussi avec les partenaires de l'intersectoriel. Il s'agit d'un outil en évolution puisqu'il s'étale sur plusieurs années, ce qui commandera des ajustements si on veut se donner les moyens de rétroagir et de s'adapter à la réalité régionale.

L'introduction de ces nouveaux éléments implique aussi la promotion de stratégies de concertation et d'intersectorialité en vue de discuter et négocier les objectifs et les moyens pour les atteindre. D'où la nécessité d'une évaluation qui permet de considérer des préoccupations différentes, mais légitimes.

L'évaluation du PAR doit servir à la prise de décision et permettre de mieux orienter les interventions et la production des services. Il importe que l'évaluation soit continue afin de retourner l'information produite aux décideurs et aux acteurs (réseaux locaux, organismes communautaires, autres établissements) favorisant la rétroaction en vue d'apporter les ajustements nécessaires à la réalité régionale. La réalisation des activités d'évaluation au niveau régional et local vise à répondre non seulement aux impératifs d'imputabilité (reddition de comptes et de suivi de gestion), mais surtout à s'assurer que la mise en place des actions de santé publique et de celles des autres partenaires contribue à l'atteinte des résultats visés pour la population de la région de la Capitale nationale.

Donc, dans ce contexte, l'évaluation de la mise en œuvre du PAR doit adopter différentes stratégies et approches.

La reddition de comptes et le suivi de gestion

Si le PNSP concède un pouvoir accru aux instances responsables de la santé publique, il exige aussi d'elles une plus grande imputabilité. À cette notion d'imputabilité est associée la reddition de comptes qui consiste essentiellement à justifier l'utilisation adéquate des fonds publics. La DSP doit assurer sa propre reddition de comptes, mais peut aussi soutenir cet exercice effectué par les différents partenaires en adaptant, par exemple, les indicateurs et les outils à leur réalité.

Le suivi de gestion, quant à lui, est une des stratégies qui soutient le processus de mise en œuvre du PAR. L'implication des partenaires dans la définition des objectifs, des méthodes et des outils est un élément essentiel. Le suivi de gestion vise à permettre, entre autres, d'observer l'évolution de la mise en œuvre du Plan d'action régional, notamment par la production d'information pertinente qui facilite la prise de décisions quant aux orientations

à privilégier pour atteindre les objectifs visés. Le suivi de gestion porte aussi sur la nature et l'importance relative des efforts consentis, notamment en ce qui concerne les ressources humaines et financières et le soutien des décideurs.

De plus, le suivi de gestion doit permettre de vérifier l'atteinte des résultats et d'assurer un suivi des indicateurs sociosanitaires. À cet égard, le ministère de la Santé et des Services sociaux a déjà prévu des mécanismes et des outils afin de s'assurer de la conformité d'application du PNSP, de la cohérence des interventions de santé publique et de la production des effets de santé souhaités. Plus précisément, le Ministère procédera à la collecte d'information sur la capacité d'exercer les fonctions de santé publique, sur l'état d'implantation du programme dans les régions et sur l'atteinte des objectifs de santé visés.

Par ailleurs, pour répondre à la complexité de la mise en œuvre du PAR, il apparaît nécessaire de faire appel à d'autres types d'évaluation pour soutenir le PAR ainsi que les PAL et considérer les effets des interventions sur la santé de la population.

Les études évaluatives

Les études évaluatives et la recherche sont un atout important dans la réalisation du Plan d'action régional. À cet égard, la Direction régionale de santé publique reconnaît l'importance de maintenir et de développer des activités d'évaluation et de recherche en appui à la programmation régionale et locale. Ces activités doivent conduire à des connaissances nouvelles en rapport avec l'intervention dans le but de soutenir la réalisation des fonctions de base de la santé publique et d'assurer une meilleure pratique autant en santé publique que dans les autres disciplines liées aux problématiques de santé. Les études évaluatives peuvent jeter un regard critique sur différents enjeux : les mécanismes de gestion du changement dans la région, les formes de collaboration, les interfaces avec l'environnement, comme la transformation du réseau, l'évolution des problématiques sociales et de santé ainsi que les considérations éthiques liées à l'évaluation. Concernant ce dernier aspect, il importe de souligner l'importance que l'évaluation doit accor-

der aux valeurs et aux principes éthiques dans le soutien à la prise de décision.

Plus spécifiquement, l'évaluation de la mise en œuvre du PAR se concrétisera dans le soutien des différentes activités régionales de santé publique comme, par exemple, l'expérimentation d'un programme de prévention de la dépression chez les jeunes, l'implantation d'un programme d'activité physique de groupe ou la réalisation d'une étude sur l'environnement alimentaire en milieu municipal.

L'évaluation et la recherche évaluative de type formatif, dont les résultats pourront être utilisés par les professionnels, les partenaires et les instances décisionnelles intéressés par le sujet développé, guideront la prise de décision et contribueront à l'amélioration des programmes et des services pour la population.

Plus précisément, les études évaluatives peuvent produire de façon continue de l'information utile pour fournir une lecture et une compréhension à jour de l'environnement et de la dynamique régionale de santé publique. Elles peuvent aussi mettre à profit cette information pour dégager, avec les acteurs clés, des stratégies ou des mécanismes pour faciliter l'introduction de changements jugés souhaitables pour le développement de collaboration et pour l'adaptation subséquente des pratiques. Enfin, elles permettront d'évaluer l'efficacité de ces stratégies ou de ces mécanismes et de dégager l'information utile pour soutenir et orienter la prise de décision.

Par la production d'information, l'évaluation sera utile pour soutenir les milieux dans l'application du PAR et des PAL et vérifiera l'atteinte des objectifs visés, mais également portera un regard critique sur les enjeux qui y sont liés de près. En ce sens, l'évaluation permettra d'adapter les interventions qui s'adressent aux clientèles cibles ou à certains sous-groupes plus vulnérables dans un souci d'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

CONCLUSION

Le *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007* propose, en conformité avec les domaines d'activité présentés dans le *Programme national de santé publique 2003-2012 de la Capitale nationale*, des actions dont l'objectif ultime est l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Ces actions mettront à contribution un ensemble de partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des acteurs rattachés à d'autres secteurs d'activité. À la suite des travaux du comité consultatif au directeur de santé publique et de la consultation faite auprès des partenaires de la région, ce plan d'action a été bien reçu et validé positivement. À cet égard, la Direction régionale de santé publique a pris en considération les commentaires reçus.

C'est dans cette perspective que l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, par l'entremise de sa Direction régionale de santé publique, invite à la mobilisation et à l'engagement l'ensemble des partenaires régionaux pour la réalisation des activités du PAR. La DSP avec ses partenaires produira une évaluation des besoins au regard des ressources humaines et financières supplémentaires à la réalisation du PAR. La mise en œuvre de ce plan représente donc notre projet commun pour les dix prochaines années. En concertation avec les plans d'action locaux des CLSC, ce plan doit nous aider à atteindre les cibles définies dans la région pour améliorer la santé de sa population. Le PAR doit être un levier important pour améliorer l'efficacité de nos interventions, la concertation qu'il implique signifiant la mise en commun des différentes compétences de la région au service de la population.

La Direction régionale de santé publique avec ses principaux partenaires entend se donner un mécanisme afin d'assurer le suivi de la mise en œuvre de ce Plan d'action régional.

ANNEXE

DÉMARCHE ET PRÉOCCUPATIONS PARTICULIÈRES SE DÉGAGEANT DE LA CONSULTATION SUR *LE PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2004-2007* *DE LA CAPITALE NATIONALE*

1. DÉMARCHE

Puisque le succès de la mise en œuvre du PAR repose d'abord et avant tout sur l'implication et la collaboration des différents acteurs de santé publique de la région, l'Agence de développement de réseau locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale (Agence) tenait à créer des occasions d'échange avec ses partenaires en vue, d'une part, de recevoir des avis lui permettant d'enrichir son offre de service et, d'autre part, de consolider la dynamique régionale des partenaires œuvrant en santé publique. En raison du nombre et de la diversité des collaborateurs impliqués, la stratégie de consultation s'est articulée autour d'un certain nombre de modalités.

PRÉSENTATION DU DOCUMENT DE CONSULTATION

Au cours des mois de janvier et février, le document de consultation PAR a été présenté aux principaux partenaires de santé publique en vue de favoriser la compréhension de l'offre de service en santé publique qui était faite à la région. À titre d'exemple, plus de soixante-dix intervenants et gestionnaires de CLSC ont assisté à une demi-journée de présentation du PAR, activité que la DSP a offerte à deux reprises. Le document de consultation a également été présenté à près de cent soixante-dix personnes du secteur communautaire à la demande du Regroupement des organismes communautaires de la région 03 (ROC-03). Certaines autres présentations ont été effectuées pour répondre aux demandes *ad hoc* reçues de certains partenaires régionaux et locaux tels que la Ville de Québec, le Comité de direction du CHUQ et le Conseil d'administration du Regroupement des établissements de santé de Charlevoix.

CONSULTATION DES INSTANCES OFFICIELLES DE L'AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE

Les instances consultatives de l'Agence, soit le Forum de la population, la Commission médicale régionale, la Commission multidisciplinaire régionale, la Commission infirmière régionale et le Département régional de médecine générale, ont été rencontrées. La DSP a profité de ces rencontres pour présenter le PAR et répondre aux questions qu'il pouvait susciter. Les avis émis par les commissions ont été analysés et pris en considération.

JOURNÉE DE CONSULTATION POUR L'ENSEMBLE DES PARTENAIRES RÉGIONAUX

Cet événement, qui s'est tenu le 11 février 2004, s'adressait à l'ensemble des partenaires régionaux intéressés par le PAR qui souhaitaient partager leurs commentaires au sujet du document de consultation. En avant-midi, les participants ont discuté des défis et des conditions favorables à la mise en œuvre du PAR. En après-midi, des ateliers thématiques portant sur les offres de service spécifiques ont permis de prendre en considération les points de vue et les préoccupations des partenaires, condition essentielle à l'appropriation du PAR et à la mobilisation souhaitée.

Au-delà de deux cent personnes ont participé à cette journée de consultation. Tant le nombre de participants que la qualité et la richesse des échanges ayant eu lieu témoignent de l'intérêt et de l'implication des partenaires pour les activités de santé publique dans la région. Le succès de cette journée a également été confirmé par une évaluation des participants qui démontrait un haut niveau de satisfaction et aussi d'attentes quant au suivi qui sera apporté à cette journée.

Une synthèse de chacun des ateliers a été réalisée par la DSP et les commentaires retenus ont été traduits dans l'offre de service de chacun des domaines d'activités ainsi que dans la section des défis et conditions favorables.

ÉMISSION D'AVIS ET DE COMMENTAIRES ÉCRITS

Outre la journée de consultation régionale, qui a permis aux participants d'exprimer verbalement leurs préoccupations et leurs attentes, la DSP a également invité les gens et les organisations à émettre leur avis. En réponse à cette invitation et outre ceux émis par les commissions, dix-huit documents ont été soumis provenant de certains acteurs du milieu communautaire, du secteur de la santé et des services sociaux ainsi que des partenaires intersectoriels, notamment du secteur de l'éducation et de l'environnement. Tout comme pour la journée du 11 février, les commentaires retenus ont été inscrits dans le document final.

La population était également invitée à se prononcer sur le document de consultation au moyen d'un questionnaire disponible sur le site Internet de la DSP. Cependant, aucun commentaire n'a été transmis par ce mode de consultation.

Signalons enfin qu'une synthèse de l'ensemble des commentaires reçus fera l'objet d'un document complémentaire.

2. PRÉOCCUPATIONS PARTICULIÈRES SE DÉGAGEANT DE LA CONSULTATION

Globalement, la **consultation a permis de valider positivement le plan d'action proposé**. Les commentaires reçus ont été analysés et la majorité d'entre eux ont été traduits dans les sections correspondantes du PAR pour ce qui concerne les activités spécifiques ou dans la section sur les défis et les conditions favorables. Un certain nombre de points soulevés par les partenaires font l'objet de préoccupations particulières. Celles-ci méritent d'être reprises afin de faire ressortir davantage les thèmes sur lesquels la DSP s'engage à effectuer des suivis.

Un des premiers points convergents soulevés par les partenaires concerne **l'importance de renforcer la promotion de la santé et la prévention** dans notre région. La consultation a fait ressortir l'intérêt et l'engagement des partenaires à l'égard de la promotion/prévention ainsi que leur volonté de continuer de s'impliquer dans ce champ d'activités. On convient que beaucoup d'efforts ont été investis au niveau de la consolidation des services curatifs mais que l'amélioration de la santé de la population passe également par le déploiement d'actions en amont des problèmes de santé et psychosociaux. À ce titre, l'élaboration du Plan d'action régional et des plans d'action locaux s'avère une opportunité pour amener la promotion et la prévention au cœur des préoccupations afin de se donner une vision régionale orientée vers la santé. La DSP est fortement invitée à assumer un leadership à cet égard et elle entend relever ce défi, notamment en tentant d'influencer le mieux possible les instances décisionnelles de tous les secteurs concernés en faveur de la prévention/promotion.

Le second élément d'importance qui a été transmis à la DSP lors des différents mécanismes de consultation a trait à **l'approche globale**. Ce point interpelle plus particulièrement les organismes œuvrant dans la communauté qui préconisent une approche centrée davantage sur les besoins exprimés par la communauté, compara-

tivement à une approche par programme ou par problématique, telle que pratiquée plus particulièrement par le réseau de la santé et des services sociaux. Cela soulève l'existence de pratiques différentes. Il est évident que le Plan d'action régional doit répondre principalement aux exigences posées par le Programme national de santé publique, et qu'à cet égard la notion de mesures reconnues efficaces est au centre des programmes proposés. Ces programmes définissent l'offre de service commune que toutes les régions et les CLSC doivent rendre disponible à la population. La DSP convient de la pertinence de l'approche globale pour répondre aux besoins spécifiques des populations et l'importance de la diversité dans les pratiques, et ce, en reconnaissant et respectant l'expertise de chacun des partenaires impliqués. C'est ainsi que, tel que précisé dans les défis relatifs à la réussite du PAR, la DSP convient de l'intérêt d'adapter les services et les programmes afin de tenir compte des pratiques des intervenants et des cultures organisationnelles.

Le **financement** fait aussi partie des préoccupations qui se sont dégagées lors de la consultation et plus particulièrement le 11 février. En effet, plusieurs participants ont souligné le manque de ressources, tant humaines que financières, comme une contrainte majeure pour actualiser des interventions en prévention/promotion. Les organismes communautaires ont fortement exprimé le manque de financement pour soutenir les initiatives issues de la communauté. Ils ont également souligné des problèmes reliés à la non-pérennité des budgets, notamment le manque de continuité dans les projets. Des intervenants de CLSC ont mentionné, pour leur part, la présence de mandats de plus en plus importants avec peu de moyens pour les réaliser. À cet égard, l'arrivée du PAR va nécessiter une révision des modalités de fonctionnement. La DSP s'engage à travailler en étroite collaboration avec les partenaires concernés, et ce, pour répondre le mieux possible aux besoins dans la mesure de ses capacités et de sa marge de manœuvre. Par ailleurs et tel que mentionné dans le chapitre sur les défis et les conditions favorables, un ajout substantiel au financement actuel s'avère essentiel pour permettre la réalisation du PAR tel que défini. En ce sens, l'établissement d'un certain ordre de priorités de développement est requis selon la disponibilité budgétaire. Une attention particulière pourrait alors être portée pour permettre l'implantation de mesures dites novatrices.

Le **cadre de présentation et d'analyse du PAR** retenu par la DSP rejoint celui utilisé dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*, soit par **domaine d'activités**. De plus, les actions et les programmes peuvent être subdivisés, dans certains domaines du Plan d'action régional, par groupe d'âge. Ce choix permet d'assurer, entre autres, une continuité avec le programme cadre du MSSS, ce qui s'avère facilitant en termes de suivi pour la DSP. Toutefois, ce procédé entraîne un **morcellement** au niveau des clientèles et des problématiques, commentaire qui a été soulevé à quelques reprises lors de la consultation. Ce que l'on peut convenir, c'est que, quels que soient les choix effectués, chacun d'eux comporte des limites. À cet égard, dans la perspective de faciliter l'intégration des contenus, la DSP pourrait fournir sur demande des outils permettant de favoriser une lecture du PAR sous un angle différent que celui présenté dans ce document.

Certaines sections du document de consultation ont suscité davantage de commentaires, particulièrement de la part des personnes qui ont participé à la journée du 11 février. C'est ainsi que celle portant sur les **personnes âgées** dans le domaine développement, adaptation et intégration sociales a soulevé des questionnements importants. Il faut mentionner, dans un premier temps, que le vieillissement de la population fait partie des préoccupations d'un bon nombre de personnes, et ce, compte tenu des impacts sur la société de demain. C'est dans cette perspective que cet aspect a été retenu comme un des défis à relever lors de l'actualisation du PAR. Par ailleurs, des commentaires plus spécifiquement liés aux cibles et interventions proposées dans le document ont été émis. Un des principaux points mentionnés se rapporte à l'absence de préoccupations psychosociales, dont les conditions de vie, l'isolement social, l'exclusion sociale, la pauvreté et l'épuisement des aidants naturels. On parle également d'aménagement urbain et d'adaptation des logements pour ces personnes. Un autre élément concerne l'absence de préoccupations pour les personnes âgées handicapées et celles atteintes de

maladies chroniques. Il est vrai que le document de consultation faisait davantage ressortir, dans cette section, des actions entourant la consommation des psychotropes et l'abus, la négligence et la violence faite aux aînés, et ce, en conformité avec le *Programme national de santé publique*. Cependant, une nouvelle cible a été ajoutée afin de tenir compte de ces éléments, ce qui engage la DSP à soutenir un processus de réflexion avec un ensemble de partenaires intra et intersectoriels afin d'en arriver à développer des stratégies de prévention efficaces ou prometteuses en lien avec les conditions de vie des aînés et de leurs aidants. Enfin, on se doit de mentionner que des activités ont été définies dans d'autres domaines à l'intention des personnes âgées.

L'autre problématique qui a créé un bon nombre de questionnements a trait à la **santé mentale**. Les premiers commentaires touchent plus particulièrement les actions proposées dans la section adultes du domaine développement, adaptation et intégration sociales. On relève que les interventions retenues mettent davantage l'accent sur le dépistage et la prévention des récidives que sur la prévention/promotion de la santé mentale. En outre, ces interventions préventives visent plus spécifiquement les médecins. À cet égard, les personnes consultées soulignent l'importance de la contribution d'autres secteurs d'activités (milieu scolaire, affaires municipales, revenu) et de plusieurs partenaires (CLSC, organismes communautaires, psychologues, autres intervenants en pratique privée, etc.). De façon plus globale, deux éléments méritent d'être mentionnés. Soulignons d'abord certaines malaises exprimés au regard de la fragmentation de la problématique, ce qui fait notamment que le suicide et les abus sexuels ou autres sont traités dans d'autres sections du PAR. Puis, on reproche à la DSP de laisser peu d'espace pour la mise en place de nouveaux projets qui permettent de tenir compte des problématiques émergentes et d'expérimenter de nouvelles stratégies ou interventions. On doit préciser, dans un premier temps, que la problématique de la santé mentale est abordée dans différentes sections liées au domaine développement, adaptation et intégration sociales, et ce, conséquemment à la décision prise de présenter ce domaine par clientèle. La DSP reconnaît également l'importance de développer davantage des stratégies en prévention/promotion en santé mentale, et tout particulièrement en ce qui touche la détresse psychologique. Toutefois, cela nécessite une réflexion plus approfondie compte tenu, notamment, de la complexité de cette problématique. C'est en ce sens que la DSP propose de mieux documenter les interventions reconnues efficaces ou prometteuses tout en se donnant un portrait d'ensemble sur les actions réalisées dans ce domaine dans la région, et ce, tant auprès des jeunes adultes (18-30 ans) que des adultes. Cette démarche doit se faire en concertation avec l'ensemble des partenaires intra et intersectoriels qui ont développé des connaissances et des expertises. Ces efforts de concertation devront alors permettre d'orienter le prochain cycle du PAR et des PAL en vue de vraiment réduire la détresse psychologique.

Rappelons enfin que les actions de santé publique sont de nature préventive, et qu'à cet égard elles visent davantage à travailler le plus possible en amont des problèmes. En ce sens, la DSP est consciente que **certains besoins exprimés lors de la consultation n'ont pas été satisfaits**, notamment en ce qui concerne les personnes handicapées, celles atteintes de maladies chroniques ainsi que de certaines problématiques liées aux communautés multiculturelles. Dans ce contexte, la DSP s'engage à transmettre l'information recueillie aux instances concernées, notamment aux autres directions de l'Agence.

Somme toute, le processus de consultation effectué dans la région s'est avéré une démarche très positive. Cette activité régionale a été une occasion de partages et d'échanges avec un grand nombre de partenaires concernant les actions à effectuer en santé publique, ce qui démontre, à notre avis, l'intérêt de ces derniers à travailler ensemble au mieux-être de la population.

RÉFÉRENCES

1. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Projet de loi no. 36 : Loi sur la santé publique*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2002, p. 6.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, MSSS, 2002, p. 1.
3. Mona MERCIER. *Politique de reconnaissance et de soutien des organismes communautaires de la région de Québec, Un monde riche de solidarité*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 1998, p. 2.
4. William NINACS. *Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec, dans La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Institut national de santé publique du Québec, 2002, p. 34.
5. CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC. *Rapport annuel 2002-2003, 2003*, p. 2.
6. C. GAGNON, D. AUBÉ, L. GRÉGOIRE et P. MERCIER. *Profil des hospitalisations en soins de courte durée psychiatriques pour les résidents de la région 03, 1998-1999*, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2001, p. 3.
7. N. BOULIANNE et al. *Hépatites virales et toxicomanie. Projet de développement et d'implantation d'un réseau intégré de prévention, soins et services*, Québec, Direction de santé publique de Québec, 2001, p. 4.
8. G. GUO et K.M. HARRIS. « The mechanisms mediating the effects of poverty on children intellectual development », *Demography*, 2000, 37 (4) : 431-437.
9. R.G. ST-PIERRE, J.L. LAYSER et H.V. BARNES. « Two-Generation Programs : Design, Cost, and Short-Term Effectiveness », *The Future of Children*, 1995, 5 (3) : 76-93.
10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, MSSS, 1997, p. 36.
11. M. PAGEAU et M. FERLAND. *Le portrait de santé, la région de Québec et ses territoires de CLSC*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de santé publique, Québec, édition 2002, p. 45-147.
12. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité*, Québec, MSSS, 1993, p. 21.
13. WILSON R. DOUGLAS. *L'apport en acide folique pour la prévention des anomalies du tube neural et d'autres anomalies congénitales*, SOGC, novembre 2003, p. 3.
14. SANTÉ CANADA. *Nutrition pour une grossesse en santé : lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer*, Ottawa, Santé Canada, 1999, p. 9.
15. M.M. WERLER, S. SHAPIRO et A.A. MITCHELL. « Periconceptional folic acid exposure and risk of occurrent neural tube defects », *JAMA*, 1993, 269 (10) : 1257-1261.
16. G. KOREN, I. NULMAN, A.E. CHUDLEY et C. LOOCKE. « Fetal alcohol spectrum disorder », *Canadian Medical Association Journal*, 2003, 169 (11) : 1181-1185.
17. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. « Breastfeeding and the use of human milk », *Pediatrics*, 1997, 100 (6) : 1035-1039.

18. R.A. LAWRENCE et R.M. LAWRENCE. *Biochemistry of human milk. In Breastfeeding : A guide for the medical profession*, 5th ed., New York, Mosby, 1999, p. 217.
19. ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC (OPDQ). *Position de l'OPDQ pour la création d'un environnement favorable à l'allaitement maternel* », Montréal, juin 2002, p. 5.
20. SUBCOMMITTEE ON NUTRITION DURING LACTATION. Committee on Nutritional Status During Pregnancy and Lactation, Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academy of Sciences, *Nutrition during Lactation*, Washington, D.C., National Academy Press, 1991, p. 179.
21. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Breastfeeding and the Use of Human Milk*, op. cit.
22. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. *Les diététistes du Canada et Santé Canada. Nutrition du nourrisson en santé né à terme*, Ottawa, Santé Canada, 1998, p. 12-14.
23. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'allaitement maternel au Québec – Lignes directrices*, Québec, MSSS, 2001, p.14-15.
24. P.D. SCARIATI, L.M. GRUMMER-STRAWN et S.B. FEIN. « A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States », *Pediatrics*, 1997, 99 (6) : e5.
25. X.O. SHU, M.S. LINER, M.S. TEINBUCH, W.Q. WEN *et al.* « Breast-feeding and risk of childhood acute leukemia », *Journal of the National Cancer Institute*, 1999, 91 (20) : 1765-1772.
26. J.M. HEINIG et K.G. DEWEY. « Health Advantages of Breastfeeding for Infants : A Critical Review », *Nutrition Research Reviews*, 1996, 9 : 89-110.
27. M. BEAUDRY, R. DUFOUR et S. MARCOUX. « Relation between infant feeding and infections during the first six months of life », *Journal of Pediatrics*, 1995, 126 (2) : 191-197.
28. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'allaitement maternel au Québec – Lignes directrices*, Québec, MSSS, 2001, p. 16.
29. A. DERMER. « Breastfeeding and Women's Health – Review », *Journal of Women's Health*, 1998, 7 (4) : 426-433.
30. A. WINKVIST et K.M. RASMUSSEN. « Impact of Lactation on Maternal Body Weight and Body Composition », *Journal of Mammary Gland Biology and Neoplasia*, 1999, 4 (3) : 309-318.
31. J.W. ANDERSON, B.M. JOHNSTONE et D.T. REMLEY. « Breast-feeding and cognitive development : a meta-analysis », *American Journal of Clinical Nutrition*, 1999, 70 : 525-535.
32. L.J. HORWOOD et D.M. FERGUSON. « Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes », *Pediatrics*, 1998, 101 (1) : e9.
33. E.L. MORTENSEN, K.F. MICHAELSEN, S.A. SANDERS et J.M. REINISCH. « The Association Between Duration of Breastfeeding and Adult Intelligence », *JAMA*, 2002, 287 (18) : 2365-2371.
34. M. VESTERGAARD, C. OBEL, T.B. HENRIKSEN *et al.* « Duration of breastfeeding and development milestones during the latter half of infancy », *Acta Paediatrica*, 1999, 88 : 1327-1332.
35. COMITÉ CANADIEN POUR L'ALLAITEMENT. *Économies réalisées grâce à l'allaitement : Bibliographie annotée*, Toronto, 1999, p. 1-4.

36. M.C. LEPAGE, N. DORÉ et G. CARIGNAN. *Étude sur l'alimentation du nourrisson et sur l'utilité des services en périnatalité pour la pratique de l'allaitement – région de Québec*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de santé publique, 2000, p. 17.
37. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'allaitement maternel au Québec – Lignes directrices*, Québec, MSSS, 2001, p. 29.
38. A. GUILLEMETTE et D. BADLISSI. *L'allaitement maternel : pour la santé et le bien-être des enfants et des mères et pour une réduction des coûts de santé*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Regard sur la santé publique lanaudoise, 2001, 8 (1) : 1-7.
39. Marc DIONNE et al. *Rapport sur l'état de santé et de bien-être des enfants de 0-5 ans de la région de Québec*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de santé publique, 2000, p. 46.
40. T. CHANCE et M. SCANNAPIECO. « Ecological correlates of child maltreatment : similarities and differences between child fatality and nonfatality cases », *Child and Adolescent Social Work Journal*, Haward Cambrige Massachusetts, 2002, 19 : 139-161.
41. A. SYLVESTRE, H. PAYETTE et Tribble D. ST-CYR. « Prévalence des problèmes de la communication chez des enfants négligés âgés de moins de trois ans », *Revue canadienne de santé publique*, 2002, 93 (5) : 349-352.
42. C. TRAINER. « Les refuges pour femmes violentées au Canada », *Juristat*, 1999, 19 (6), 1-10.
43. M. SUDERMANN et P. JAFFE. *Les enfants exposés à la violence conjugale et familiale : Guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et en services sociaux*, Ottawa, Santé Canada, 1999, p. 3.
44. E. ALDARANDO et D.B. SUGARMAN. « Risk marker analysis of the cessation and persistence of wife assault », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996, 64 (5) : 1010-1019.
45. P.J. CANTRELL, D.I. MACINTYRE, K.J. SHARKEY et V. THOMPSON. « Violence in the marital dyad as a predictor of violence in the peer relationships of older adolescents/young adults », *Violence and Victims*, 1995, 10 (1) : 35-41.
46. K. RODGERS. « Résultats d'une enquête nationale sur l'agression contre la conjointe », *Juristat*, 1994, 14 (9) : 1-18.
47. M.E. LAMB. « L'influence du père sur le développement de l'enfant », *Enfance*, 1997, 3 : 337-349.
48. H. DUBOWITZ et al. « Fathers and Child Neglect », *Archives of pediatrics and adolescent medecine*, 2000, 154 : 135-141.
49. K.M. HARRIS et J.K. MARMER. « Poverty, Paternal Involment and Adolescent Well-Being », *Journal of Family Issues*, 1996, 17 (5) : 614-640.
50. Marc DIONNE et al. *Rapport sur l'état de santé et de bien-être des enfants de 0-5 ans de la région de Québec*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de santé publique, 2000, p. 30.
51. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, MSSS, 1997, p. 37.
52. L. GRÉGOIRE et M. PARADIS. *Étude descriptive de la situation de l'accès aux services cliniques d'orthophonie dans la région 03-12*, Sainte-Foy, Centre hospitalier de l'Université Laval, Département de santé communautaire, 1986, p. 7.

53. R. CLOUTIER. *Psychologie de l'adolescence*, 2e édition, Montréal, Gaétan Morin éditeur, 1996, avant-propos.
54. S. DRAPEAU, R. MARCOTTE, F. DUPUIS et R. CLOUTIER. *Développement et évaluation du programme de soutien aux parents « Vie de famille, de la discipline à l'amour »*, Sainte-Foy, Université Laval, Centre de recherche sur les services communautaires, p. 7.
55. CENTRE DE PSYCHO-ÉDUCATION DU QUÉBEC. *Vers une meilleure adaptation scolaire des enfants de milieux défavorisés*, Programme de promotion des comportements sociaux au préscolaire, Montréal, 1992, p. 2.
56. R.E. TREMBLAY. « Prédire et prévenir la violence des adolescents : l'étude longitudinale et expérimentale de Montréal », *Prisme*, 1997, 7 (3-4) : 494-507.
57. TABLE DES COORDONNATEURS ENFANCE-JEUNESSE DES CLSC DE LA RÉGION DE QUÉBEC, ET CENTRE DE SANTÉ PUBLIQUE DE QUÉBEC. *Les services à visée préventive des CLSC à offrir en milieu scolaire aux enfants de 5 à 12 ans de la région de Québec*, 1997, p. 19-25.
58. R. SIEFER. « Les enfants nés de parents atteints de troubles mentaux : état de recherche sur leur évolution et leurs troubles éventuels », *Prisme*, 1996, 6 : 9-21.
59. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 - Faits saillants*, collection La santé et le bien-être, 2002, p.10.
60. V. HOULE. Prévention de la dépression chez les adolescents et les adolescentes à risque. Consultation sur la faisabilité de l'implantation d'un programme dans la région de Québec, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction régionale de santé publique, 2003, p. 61.
61. J. ORMEL, M.W.J. KOETER, W. VAN DEN BRINK et G. VAN DE WILLIGE. « Recognition, Management, and Course of Anxiety and Depression in General Practice », *Archives of General Psychiatry*, 1991, 48 : 700-706.
62. W. VAN DEN BRINK, A. LEENSTRA, J. ORMEL et G. VAN DE WILLIGE. « Mental Health Intervention Programs in Primary Care : Their Scientific Basis », *Journal of Affective Disorders*, 1991, 21: 273-284.
63. E.S. PAYKEL et R.G. PRIEST. « Recognition and Management of Depression in General Practice : Consensus Statement », *British Medical Journal*, 1992, 305 : 1198-1202.
64. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. « Practice Guideline for Major Depressive Disorder in Adults », *American Journal of Psychiatry*, suppl., 1992, 150 (4) : 1-26.
65. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Prévenir, dépister et contrer la violence conjugale*, Québec, MSSS, 1995, p. 23.
66. M. SUDERMANN et P. JAFFE. *Les enfants exposés à la violence conjugale et familiale : Guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et en services sociaux*, Ottawa, Santé Canada, 1999, p. 13.
67. T. BABOR et al. *Alcohol : No Ordinary Commodity – Research and Public Policy*, Oxford, Oxford University Press, 2003, p. 3-11.
68. *Ibid.*, p. 57-92.
69. M. PAGEAU et M. FERLAND. *Le portrait de santé. La région de Québec et ses territoires de CLSC*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de santé publique, 2002, p. 135.

70. T. BABOR *et al.* *Alcohol : No Ordinary Commodity – Research and Public Policy*, Oxford, Oxford University Press, 2003, p. 101-139.
71. J.L. HAGGERTY. « Détection précoce de la consommation excessive d'alcool et counseling des buveurs à risque », dans Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, Santé Canada, 1994, p. 556-568.
72. B.R. RUSH, L.Y. POWELL, T.G. CROWE et K. ELLIS. « Early Intervention for Alcohol Use : Family Physicians Motivations and Perceived Barriers », *Canadian Medical Association Journal*, 1995, 152 : 863-869.
73. PROJECT MATCH RESEARCH GROUP. « Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity : Project MATCH Posttreatment Drinking Outcomes », *Journal of Studies on Alcohol*, 1997, 58 : 7-29.
74. SANTÉ CANADA. *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*, Document préparé pour la rencontre des ministres de la Santé, St-John's, Terre-Neuve, septembre 2001, p. 11-14.
75. J.G. DRYFOOS. *Adolescents at Risk, Prevalence and Prevention*, New York, Oxford University Press, 1990, p. 247-248.
76. M. PRÉVILLE, R. HÉBERT, R. BOYER et G. BRAVO. « Correlates of psychotropic drug use in the elderly compared to adults aged 18-64 : results from the Quebec Health Survey », *Aging and Mental Health*, 2001, 5 (3) : 216-224.
77. N. DAMESTOY, J. COLLIN et R. LALANDE. « Prescribing psychotropic medication for elderly patients : some physicians' perspectives », *Canadian Medical Association Journal*, 1999, 161 (2) : 143-145.
78. M. PRÉVILLE, R. HÉBERT, R. BOYER et G. BRAVO. « Correlates of psychotropic drug use in the elderly compared to adults aged 18-64 : results from the Quebec Health Survey », *Aging and Mental Health*, 2001, 5 (3) : 216-224.
79. D. MARTEL. *La violence envers les personnes âgées*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique, 1997, p. 24.
80. D. MARTEL. *La violence envers les personnes âgées*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique, 1997, p. 20.
81. D. MARTEL. *La violence envers les personnes âgées*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique, 1997, p. 23.
82. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie d'action face au suicide. S'entraider pour la vie*, Québec, MSSS, 1998, p. 13-20.
83. D. HAMEL. *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, p. 203-216.
84. M. PAGEAU et M. FERLAND. *Le portrait de santé. La région de Québec et ses territoires de CLSC*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de santé publique, 2002, p. 285.
85. M. SÉGUIN. « Trajectoire de vie et résilience des personnes suicidaires », *Frontières*, Université du Québec à Montréal, 1999, 12 (1) : 11-16.
86. I. KAWACHI. « Social capital and self-rated health : a contextual analysis », *American Journal of Public Health*, août 1999, 89 (8) : 1187-1193.

87. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, MSSS, 2003, p. 41.
88. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Reducing the Health Consequences of Smoking : 25 years of Programs*, A report of the Surgeon General, Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1989, (http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_1989/1989SGRchapter1.htm).
89. SANTÉ CANADA. *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 2002, (http://www.hc_sc.gc.ca/necs-sesc/tabac/recherche/esute/index/html).
90. B. PERRON et J. LOISELLE. *La cigarette. Évolution de l'usage et autres tendances depuis 1998*, Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2002 (résultats sommaires), Québec, Institut de la statistique du Québec, 2003, p. 1.
91. Bertrand NOLIN *et al.* *Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Institut de la statistique du Québec et Kino-Québec, 2002, p. 91.
92. J.M. BRODEUR *et al.* *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, collection Analyses et surveillance, 2001, 18 : 1, 13, 64.
93. S.A. BERESFORD *et al.* « A Dietary Intervention in Primary Care Practice : The Eating Patterns Study », *American Journal of Public Health*, 1997, 87 (4) : 541-543.
94. K.J. CALFAS *et al.* « Mediators of change in physical activity following an intervention in primary care : PACE », *Preventive Medicine*, 1997, 26 : 297-304.
95. L.A. MAIMAN, M.H. BECKER, G.S. LIPTAK, L.F. NAZARIAN et K.A. ROUNDS. « Improving pediatrician's compliance-enhancing practices – A randomized trial », *American Journal of Diseases of Children*, 1988, 142 : 773-779.
96. CENTRE COLLABORATEUR ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC POUR LA PROMOTION DE LA SÉCURITÉ ET LA PRÉVENTION DES TRAUMATISMES, RÉSEAU DE SANTÉ PUBLIQUE et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Who collaborating center on community Safety Promotion, Karolinska Institut, Sweden, and Word Path Organisation. *Sécurité et promotion de la sécurité : Aspects conceptuels et opérationnels*, 1998, p. 8.
97. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Manifesto for Safe Communities. Safety – A Universal Concern and Responsibility for All*, 1st World Conference on Accident and Injury Prevention, Genève, OMS, 1989, p. 2.
98. SIXIÈME CONFÉRENCE MONDIALE SUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES TRAUMATISMES. *Déclaration de Montréal sur le droit des personnes à la sécurité*, Montréal, 2002, p. 21.
99. MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Répartition des infractions au Code criminel, tableau tiré de Statistiques 2001 sur la criminalité au Québec*, Québec, MSP, 2002. [en ligne]
http://www.msp.gouv.qc.ca/stats/crimina/2001/criminal/statistiques_2001.pdf, p. 11.
100. D. HAMEL. *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, p. 294, 352-353.
101. D. HAMEL. *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, p. 255.

102. SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC ET MINISTÈRE DES TRANSPORTS DU QUÉBEC. *Projet de Politique de sécurité dans les transports : volet routier pour la période 2001-2005*, MTQ, Document de consultation, 2000, p. 6.
103. JUSTICE CANADA. *Stratégie nationale pour la prévention du crime*. [en ligne] <http://www.prevention.gc.ca/fr/programs/index.html>, 2003, p. 2.
104. VILLE DE QUÉBEC. *Politique de sécurité urbaine*, Québec, 2001, p. 6.
105. MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Politique ministérielle en prévention de la criminalité. Pour des milieux de vie plus sécuritaires*, Québec, MSP, 2001, p. 37.
106. SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC ET MINISTÈRE DES TRANSPORTS DU QUÉBEC. *Projet de Politique de sécurité dans les transports : volet routier pour la période 2001-2005*, MTQ, Document de consultation, 2000, p. 88-89.
107. D. OLWEUS. « Annotation : Bullying at school : Basic facts and effects of a school based intervention program », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1994, 5 (7) : 1171-1190.
108. M.M. COUSINEAU, S. GAGNON et L.M. BOUCHARD. *Les jeunes et le taxage au Québec*, ministère de la Sécurité publique du Québec, 2002, p. 5.
109. D. HAMEL. *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, p. 294, 352-353.
110. COMMITTEE ON SCHOOL TRANSPORTATION SAFETY. *The relative Risks of School Travel : A National Perspective and Guidance for Local Community Risk Assessment*, Washington D.C., National Academy Press, 2002. [en ligne] <http://www.nap.edu/html/SR269/SR269.pdf>, p. ES-1.
111. D. HAMEL. *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Québec, 2001, p. 294, 352-353.
112. D. KENDRICK *et al.* « Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis », *Archives of Diseases of Childhood*, 2000, 82 : 443-451.
113. M. CLAMP, D. KENDRICK. « A randomised controlled trial of general practitioner safety advice for families with children under 5 years », *British Medical Journal*, 1998, 316 : 1576-1580.
114. M. SZNAJDER, S. LEDUC *et al.* « Home delivery of an injury prevention kit for children in four French cities : a controlled randomized trial », *Injury Prevention*, 2003, 9 : 261-265.
115. SANTÉ CANADA. *Vieillir... passionnément. Vieillesse en santé. Prévention des blessures non intentionnelles chez les aînés*, Ottawa, Santé Canada, Division du vieillissement et des aînés, 2002, p. 2.
116. C. BÉGIN et S. QUIRION. *Projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées*, Joliette, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, 2002, p. 4.
117. D. HAMEL. *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, p. 149, 156.
118. D. HAMEL. *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, p. 114, 120.

119. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE LA CROIX-ROUGE. *Une analyse des noyades et autres décès par traumatisme liés à l'eau au Canada en 1999*, Rapport visuel de surveillance, 2001, p. 70-73.
120. D. HAMEL. *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, p. 180, 186, 312, 399.
121. Y. ROBITAILLE, R. BOURGEOU, C. GOULET et I.B. PLESS. « Blessures, exposition au risque et mesures de protection », dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 1999, chapitre 18, p. 417.
122. BEAULNE et al. *Pour la sécurité des jeunes Canadiens : Des données statistiques aux mesures préventives*, Ottawa, Santé Canada, 1997, p. 213.
123. SCHIRPT. Rapport de blessures. *Blessures associées aux [...] l'équipe de terrain de jeux*, Santé Canada, [en ligne] http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/injury-bles/chirpp/injrep-rapbles/plygrnd_f.html, 2004.
124. Bernard DESCHÊNES. *Plan d'action communautaire sur l'itinérance dans le cadre de l'entente concernant l'Initiative de Partenariats en Action communautaire (IPAC) - Région de Québec*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2001, p. 11.
125. I. ROY (2004). *Portrait du réseau d'aide alimentaire dans la région de la Capitale nationale*, Québec, Direction régionale de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, p. 19.
126. J. LÉVESQUE et al. *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Institut de santé publique, avril 2002, p. 14, 16-17 (en voie de publication).
127. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, MSSS, 2003, p. 16.
128. COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC. *Rapport et recommandations, Les solutions émergentes*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, p. IV.
129. B. STARFIELD. « New Paradigms for Quality in Primary Care », *British Journal of General Practice*, 2001b, 51 : 303-309.
130. B. STARFIELD et L. SHI. « Policy Relevant Determinants of Health : An International Perspective », *Health Policy*, 2002, 60 : 201-218.
131. COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Rapport et recommandations. Les solutions émergentes*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, p. 65-78.
132. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les orientations ministérielles sur les services aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, MSSS, 2001, p. 22-27.
133. M.D. CABANA, C.S. RAND, N.R. POWE, A.W. WU, M.H. WILSON, P.A.C. ABOUD et H.R. RUBIN. « Why don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines ? A Framework for Improvement », *JAMA*, 1999, 282 : 1458-1465.
134. E.G. STONE et al. « Interventions that Increase Use of Adult Immunization and Cancer Screening Services : A Meta-Analysis », *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136 (9) : 641-651.

135. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012, Québec, MSSS, 2003*, p. 53.
136. SANTÉ-CANADA. *Actualités en épidémiologie du VIH/SIDA*, Ottawa, Santé Canada, [en ligne] http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aeipi/hiv-vih/peri_f.html.
137. D. MÉDICO *et al.* « La prévention du VIH-Sida chez les hommes bisexuels : entre pulsion et confiance », dans *Vulnérabilités et prévention VIH-Sida, enjeux contemporains* sous la direction de Gaston Godin, Joseph Josy Levy, Germain Trottier, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 2002, p. 146.
138. R. PARENT *et al.* *Le Réseau SurvUDI. Épidémiologie des infections par le virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2002, p.5.
139. L. NOËL., M. ALARY, R. BRADET et R. PARENT. « Risk behaviours among injecting drug users (IDU) who hang around shooting galleries », *Canadian Journal of Infections Diseases*, 2003, 14 (suppl. A) : 215.
140. M. ALARY, R. PARENT, C. HANKINS, C. MORISSETTE, L. NOËL et SURVIDU WORKING GROUP. « Decrease in needle sharing and HIV transmission among injecting drug users (IDU) in the province of Quebec and Ottawa », *Canadian Journal of Infections Diseases*, 2000, 4 (suppl. A) : 213.
141. D. DAMANT *et al.* « À l'impossible, elles sont tenues! La prévention du VIH-sida chez les femmes habitant un univers social à risque : des histoires de violence », *Vulnérabilités et prévention VIH-Sida, enjeux contemporains*, sous la direction de Gaston Godin, Joseph Levy et Germain Trottier, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 2002, p. 84-97.
142. Daniel PAQUETTE *et al.* *La rhinite allergique et le pollen de l'herbe à poux à Québec de 1994 à 1998*, Québec, Régie régionale de la santé et des service sociaux de Québec, Direction régionale de santé publique, p. 2 dans *Programme national de santé publique 2003-2012*, p. 61.
143. M. VÉZINA et R. BOURBONNAIS. « Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale», dans *Portrait social du Québec*, Institut de la statistique du Québec, 2001.