



2016-2020

PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Mauricie et Centre-du-Québec

Québec 

PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2016-2020

Mauricie et Centre-du-Québec

ÉDITION

La Direction de santé publique et responsabilité populationnelle du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : ciusssmcq.ca

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN : 978-2-550-76979-8 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-76980-4 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2016

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE-ET-DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Créé au 1^{er} avril 2015, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population de son territoire en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité.

Dans le cadre de sa mission de santé publique, un lien significatif unit la mission du CIUSSS MCQ à celle du *Plan d'action régional de santé publique 2016-2020* (PARSP) : l'importance accordée à l'amélioration des conditions de vie des personnes afin qu'elles puissent vivre de nombreuses années avec la meilleure qualité de vie.

Le PARSP constitue un atout important pour la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Des gains de santé appréciables dans la population, et en particulier au sein des groupes les plus vulnérables, sont au cœur des préoccupations de ce plan. En effet, le PARSP permet d'agir en amont sur les problèmes de santé et de s'appuyer sur les meilleures pratiques en santé publique. De façon plus concrète, il vise, par exemple, à adapter nos services et nos environnements pour permettre aux personnes âgées de demeurer dans leur milieu de vie le plus longtemps possible. Et cela, en s'assurant que nos enfants grandissent en santé et bien dans leur peau puisque les premières années d'une vie sont déterminantes.

Pour les acteurs de santé publique et les partenaires du CIUSSS MCQ, le PARSP se décline dans une offre de services en cohérence avec les autres interventions mises en œuvre dans le secteur de la santé et des services sociaux ainsi que dans d'autres milieux. Cette offre de services met l'accent sur des objectifs et des actions prioritaires qui ont le potentiel de générer des effets positifs sur la santé de la population favorisant ainsi l'intégration d'actions préventives offertes par le CIUSSS MCQ.

Je souhaite souligner l'implication, la générosité et la rigueur dont ont fait preuve les directions et les équipes de l'établissement dans le processus de rédaction du PARSP. Cette mobilisation a permis notamment de se doter d'une vision, de principes directeurs et d'une offre de services qui nous guideront collectivement pour maintenir et améliorer la santé des citoyens de la région.

La santé et le bien-être de la population ne concernent pas uniquement le réseau de la santé et des services sociaux, mais tous les acteurs de la région. La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a la chance de compter sur une excellente collaboration avec les partenaires, de même qu'un milieu communautaire fort et responsable, et c'est en poursuivant les efforts de tous que nous atteindrons notre objectif d'améliorer la qualité de vie de la population.

D'ailleurs, notons que les partenaires seront conviés prochainement à l'élaboration du plan de mise en œuvre du PARSP, et ce, en fonction de leurs préoccupations et réalités respectives.



Martin Beaumont

MOT DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE INTÉRIMAIRE ET DE SON ADJOINTE MÉDICALE

« *Agir ensemble pour des individus et des collectivités afin de bâtir une santé durable pour tous* », voilà la vision qui anime les actions régionales de santé publique afin de maintenir et améliorer la santé de la population.

Depuis l'adoption de la Politique de la santé et du bien-être de 1992 et la Loi sur la santé publique en 2001, le premier *Programme national de santé publique* (PNSP) a vu le jour au Québec en 2003, puis a été révisé en 2008. En continuité dans ses actions sur les déterminants de santé, l'année 2015 a marqué l'arrivée d'un second *Programme national de santé publique* couvrant la période 2015-2025.

Ce programme détermine un ensemble d'interventions se rapportant à l'exercice des quatre fonctions essentielles de la santé publique que sont : la surveillance, la promotion, la prévention et la protection de la santé de la population, qui visent l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Bien qu'un bilan plutôt positif se dégage des dernières années en ce qui a trait à la santé de la population québécoise et en regard de la place qu'occupe la prévention au sein du réseau de la santé et des services sociaux, des gains importants peuvent encore être réalisés pour améliorer le bien-être des citoyens et réduire les inégalités sociales et de santé.

S'inscrivant en complémentarité avec les orientations PNSP, le *Plan d'action régional de santé publique 2016-2020* est une adaptation de ces orientations à la réalité de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Il se veut une réponse aux besoins diversifiés de la population tout en tenant compte des défis et des réalités de notre territoire en matière d'inégalités sociales de santé.

Ce document propose des actions qui visent autant les personnes que leurs milieux de vie, en portant une attention particulière aux groupes les plus vulnérables.

Véritable outil de mobilisation pour les acteurs de santé publique, le PARSP est articulé autour des 5 axes d'intervention suivants :

1. La surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants
2. Le développement global des enfants et des jeunes
3. L'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires
4. La prévention des maladies infectieuses
5. La gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires



Horacio Arruda

Anne-Marie Grenier

TABLE DES MATIERES

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE-ET-DU CENTRE-DU-QUÉBEC	5
MOT DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE INTÉRIMAIRE ET DE SON ADJOINTE MÉDICALE.....	6
PRÉAMBULE.....	10
LE PORTRAIT DE SANTÉ	11
LA VISION : AGIR ENSEMBLE POUR DES INDIVIDUS ET DES COLLECTIVITÉS AFIN DE BÂTIR UNE SANTÉ DURABLE POUR TOUS	13
LES PRINCIPES DIRECTEURS.....	14
STRUCTURE DE L’OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE	15
AXE TRANSVERSAL – LA SURVEILLANCE CONTINUE DE L’ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION ET DE SES DÉTERMINANTS	16
Sélection de l’information nécessaire au suivi de l’état de santé de la population	17
Analyse et interprétation de l’information au moment opportun.....	18
Détection de phénomènes émergents.....	20
Diffusion de productions de surveillance adaptée aux besoins des utilisateurs.....	21
Soutien à l’utilisation de l’information contenue dans les productions de surveillance.....	22
Liste des auteurs, directions et milieux de vie visés.....	23
AXE D’INTERVENTION 1 – LE DÉVELOPPEMENT GLOBAL DES ENFANTS ET DES JEUNES	24
Services de soutien aux pratiques parentales dès la grossesse	25
Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l’intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité	28
Services de nutrition prénatals et postnatals pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité	30
Soutien à la mise en œuvre d’interventions favorisant l’allaitement (Initiative des amis des bébés).....	32
Prévention de l’apparition de problèmes de santé buccodentaire.....	34
Interventions de promotion et de prévention en services de garde éducatifs visant le développement global des enfants, particulièrement en contexte de vulnérabilité	38
Déploiement d’initiatives concertées visant la création d’environnements favorables au développement des jeunes enfants (ICIDJE)	40
Collaboration à la planification et à la mise en œuvre de services de type cliniques jeunesse pour les jeunes et leur famille	42
Collaboration dans le cadre d’une entente formelle avec le réseau de l’éducation pour la planification conjointe et la mise en œuvre d’actions de promotion et de prévention (approche École en santé)	44
Collaboration à l’élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables au développement global des enfants et des jeunes	46
Liste des auteurs, directions et milieux de vie visés.....	48
AXE D’INTERVENTION 2 - L’ADOPTION DE MODES DE VIE ET LA CRÉATION D’ENVIRONNEMENTS SAINS ET SÉCURITAIRES	50

Information et sensibilisation de la population, particulièrement les populations vulnérables.....	51
Service de cessation tabagique	53
Interventions préventives en matière de consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives	55
Continuum de services communautaires dédiés à la promotion de la santé et à la prévention des chutes auprès de la population des 50 ans et plus	57
Approche intégrée favorisant la santé et le maintien de l'autonomie des aînés vivant à domicile et en hébergement.....	59
Soutien à la mise en œuvre d'interventions en prévention du suicide.....	62
Programme de dépistage et dépistage opportuniste ciblant les adultes et les aînés.....	64
Soutien à l'intégration de la prévention dans les pratiques des professionnels de la santé	66
Collaboration au développement et à l'adoption d'un service de réponse aux demandes d'information sur les problèmes environnementaux touchant la santé	68
Soutien d'initiatives favorisant le développement et le renforcement des capacités des communautés d'agir sur leurs conditions de vie et leur environnement.....	70
Collaboration à la création d'environnements sains et sécuritaires en milieu municipal.....	74
Collaboration aux politiques publiques favorables à la santé.....	77
Identification, évaluation et documentation des postes de travail pour la travailleuse enceinte ou qui allaite.....	79
Services relatifs à la mise en application des programmes de santé au travail, en fonction des priorités établies par la CNESST	80
Promotion de la santé globale en milieu de travail.....	81
Soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre de mesures de prévention portant sur des problématiques en milieux de travail non ciblés par la réglementation en santé et en sécurité du travail	83
Liste des auteurs, directions et milieux de vie visés.....	85
AXE D'INTERVENTION 3 – LA PRÉVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES	87
Information et sensibilisation à la population et aux partenaires sur les risques infectieux et les phénomènes émergents associés	88
Vaccination	92
Contrôle de la qualité et de la sécurité des vaccins par la gestion de l'approvisionnement	96
Contrôle de la qualité et de la sécurité des vaccins par la vigie des manifestations cliniques inhabituelles après la vaccination	98
Soutien à l'organisation des services de vaccination auprès des vaccinoteurs privés	99
Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEPE) des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès des groupes visés (révision de l'offre de services)	101
Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEPE) des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès des groupes visés (activités de dépistage).....	103
Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEPE) des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès des groupes visés.....	104

Collaboration à la mise en œuvre de mesures de prévention de la transmission de maladies infectieuses (infections nosocomiales et grippe) dans les milieux de soins et d'hébergement	105
Collaboration à la mise en œuvre de mesures de prévention et contrôle de la transmission de maladies infectieuses (infections nosocomiales et grippe) dans les milieux de vie (milieux de garde, milieux scolaires)	106
Liste des auteurs, directions et milieux de vie visés.....	107
AXE D'INTERVENTION 4 – LA GESTION DES RISQUES ET DES MENACES POUR LA SANTÉ ET LA PRÉPARATION AUX URGENCES SANITAIRES.....	109
Information et sensibilisation de la population sur les mesures de prévention et de contrôle des risques pour la santé	110
Information et sensibilisation des partenaires sur les mesures de prévention et de contrôle des risques pour la santé.....	112
Évaluation des risques pour la santé liés aux agents biologiques, chimiques et physiques et établissement des mesures à prendre pour les prévenir et les contrôler.....	114
Vigie et enquêtes épidémiologiques à l'égard des risques pour la santé liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques et des phénomènes émergents associés (milieux de travail)	116
Vigie et enquêtes épidémiologiques à l'égard des risques pour la santé liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques et des phénomènes émergents associés (déclarations MADO et signalements)	118
Vigie et enquêtes épidémiologiques à l'égard des risques pour la santé liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques et des phénomènes émergents associés	120
Vigie et enquêtes épidémiologiques à l'égard des risques pour la santé liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques et des phénomènes émergents associés (système de déclaration et de traitement)	122
Vigie et enquêtes épidémiologiques à l'égard des risques pour la santé liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques et des phénomènes émergents associés (outils harmonisés).....	124
Services de protection à l'occasion de maladies à déclaration ou à traitement obligatoires, de signalements et d'éclosions.....	126
Collaboration à l'élaboration, à la validation et à la révision de valeurs de référence nationales pour divers contaminants dans l'eau, l'air, les sols et les aliments.....	128
Collaboration à la mise en œuvre de services d'alerte et d'initiatives permettant l'adaptation des populations vulnérables aux événements climatiques extrêmes et aux épisodes de mauvaise qualité de l'air extérieur.....	129
Services de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement dans le cas de situations d'urgence sanitaire et de sinistres d'origine environnementale, incluant une dimension psychosociale	131
Collaboration aux activités de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement, dans le cadre de la mission santé de la sécurité civile	133
Liste des auteurs, directions et milieux de vie visés.....	135
CONCLUSION	137
ANNEXE 1 : REMERCIEMENTS ET LISTE DES COLLABORATEURS	138
ANNEXE 2 : LISTE DES ACRONYMES	140
ANNEXE 3 : BIBLIOGRAPHIE.....	142

PRÉAMBULE

Le PARSP constitue un outil structurant permettant l'actualisation du *Programme national de santé de santé publique 2015-2025*. Sa mise en œuvre sera facilitée par un contexte régional favorable.

Structure du CIUSSS MCQ

Le CIUSSS MCQ démontre une volonté de mettre la population au centre des décisions. Toute la structure actuelle met de l'avant une telle préoccupation.

Afin d'y parvenir, le CIUSSS MCQ s'est donné des conditions favorables en créant notamment un comité du conseil d'administration sur la responsabilité populationnelle et un bureau du partenariat. Le comité de direction a confié à la Direction de santé publique et responsabilité populationnelle (DSP-RP) le mandat de soutenir ces derniers et de coordonner l'action communautaire au sein de l'établissement.

De plus, la structure organisationnelle, qui positionne l'action en santé publique en amont de l'action clinique du CIUSSS MCQ, se traduit par des actions préventives intégrées dans plusieurs directions cliniques, ce qui permet à la santé publique d'exercer ses responsabilités de façon transversale et en toute légitimité.

Responsabilité populationnelle

De façon plus spécifique, le volet responsabilité populationnelle de la DSP-RP vise à permettre au CIUSSS MCQ de contribuer à maintenir et à améliorer la santé et le bien-être de la population :

- en rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé répondant de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population;
- en assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis;
- en agissant en amont sur les déterminants de santé.

L'exercice de la responsabilité populationnelle permettra au CIUSSS MCQ de s'assurer que l'état de santé de la population et de ses déterminants, notamment au regard des inégalités sociales de santé et de l'impact du contexte démographique, soit considéré dans toute démarche de planification.

Importance des approches transversales de santé publique

Les approches transversales de santé publique telles que : l'action intersectorielle, le développement des communautés, les pratiques cliniques préventives combinées aux stratégies de mobilisation des partenaires et des communautés, d'information et d'appropriation des meilleures pratiques sont au cœur de l'offre de services de santé publique et appuyées par la structure du CIUSSS MCQ. Ainsi, le PARSP constitue un outil structurant qui favorise la cohérence des pratiques en santé publique qui est d'autant plus nécessaire que celles-ci sont désormais exercées dans toutes les directions cliniques du CIUSSS MCQ.

Intégration des particularités régionales

Tout en permettant l'actualisation du PNSP et de plusieurs priorités de santé publique, le PARSP va au-delà des priorités nationales en ajustant cette offre à la réalité régionale. Ainsi, compte tenu de la structure du CIUSSS MCQ, une offre régionale en prévention clinique, bien que réduite, est maintenue.

De plus, le portrait de santé nous confirme que la région est confrontée à un groupe démographique en forte croissance. En 2030, en Mauricie et au Centre-du-Québec, une personne sur deux sera âgée de 50 ans ou plus. Ce phénomène bien amorcé dans l'ensemble du Québec est plus marqué dans la région. Tout comme pour d'autres particularités régionales, cette situation confirme l'importance d'agir. En ce sens, la région a décidé d'innover et de faire partie des régions qui réfléchiront à une approche intégrée du vieillissement.

LE PORTRAIT DE SANTÉ

Avec 512 300 habitants, la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec est la cinquième la plus peuplée du Québec. Elle est une des régions les plus vieillissantes de la province. De fait, sa croissance naturelle y est peu marquée et la région présente une faible croissance migratoire (2 % de sa population n'est pas née au Canada). Plus de 8 600 habitants déclarent avoir une identité autochtone (soit 1,8 % de la population). Ces derniers sont principalement concentrés dans le nord du territoire.

Comparativement au Québec, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec présente une certaine sous-scolarité malgré la présence d'une université. Le taux d'emploi y est plus faible qu'au Québec et la région dépend davantage de paiements de transfert (aide sociale, supplément de revenu garanti). La défavorisation dans la région est plus concentrée dans les premiers quartiers des villes et l'espérance de vie est moindre pour la population défavorisée. Au Québec, l'écart observé d'espérance de vie entre les quintiles les plus avantagés et les plus défavorisés est de 8 ans chez les hommes et de plus de quatre ans chez les femmes. Notons que les inégalités ont un impact sur toutes les dimensions de la santé et de ses déterminants.

Sur le plan du développement global des enfants et des jeunes

La fécondité des femmes de la région y est plus précoce qu'au Québec et les mères de 20 ans et plus y sont moins scolarisées. Le taux de grossesse¹ des jeunes filles de 14-17 ans de la région est stable (12 pour 1 000) et se compare à la valeur québécoise alors que le taux d'interruption volontaire de grossesse des filles de 14-19 ans y est moindre qu'au Québec (10 c. 14 pour 1 000). Cette dernière tendance s'observe pour toutes les femmes en âge de procréer dans la région. La mortalité infantile s'est améliorée depuis 20 ans, mais on compte encore près de 7 % de naissances prématurées.

Si 59 % des bébés reçoivent exclusivement du lait maternel dans les jours suivants l'accouchement, ils ne sont plus que 19 % à leur quatrième mois.

Les enfants à la maternelle de la région sont plus vulnérables sur le plan cognitif et langagier qu'au Québec et une plus forte proportion des garçons de la région présentent un risque élevé de décrochage scolaire qu'au Québec (28 % c. 24 %). Les jeunes du secondaire connaissent les mêmes problèmes psychosociaux que leurs pairs du Québec, mais avec des prévalences légèrement moindres pour les comportements violents au sein des relations amoureuses, sur le plan de l'agressivité directe ou des conduites délinquantes. Ils sont aussi moins nombreux à être victimes de violence ou d'intimidation à l'école. Toutefois, les jeunes de la région contreviennent en plus grande proportion au Code criminel et aux lois (du fait d'infractions au Code de la route notamment) et sont proportionnellement plus nombreux à être pris en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse.

Comme au Québec, les jeunes du secondaire de la région comptent une forte proportion de consommateurs actuels de drogues (35 % au deuxième cycle). Ils sont aussi plus nombreux à avoir eu une consommation excessive d'alcool durant la dernière année, et ce, comparativement à leurs pairs de la province. De plus, ils présentent aussi une problématique encore plus marquée qu'au Québec sur le plan d'une consommation insuffisante de fruits et de légumes.

Adoption de modes de vie et d'environnements sains et sécuritaires

Comme pour le reste du Québec, des améliorations sont souhaitables au niveau des habitudes de vie (tabagisme, activité physique, consommation de fruits et légumes). Sur le plan des habitudes à risque de dépendance, environ 18 % de la population a pris au moins cinq consommations d'alcool en une même occasion, 12 % sont des consommateurs actuels de drogues (33 % des 18-24 ans). La population de la région participe en plus grande proportion qu'au Québec aux jeux de hasard ou d'argent. La santé buccodentaire dans la région reste préoccupante, on y compte plus d'édentés qu'au Québec (notamment chez les 45-64 ans) et les comportements d'hygiène buccodentaire se font moins à la fréquence désirée.

¹ Le taux de grossesse comprend les naissances vivantes, les mort-nés, les fausses-couches et les interruptions volontaires de grossesse.

Le bilan des comportements préventifs est partagé. La région présente de meilleurs résultats qu'au Québec pour la prise de tension artérielle opportuniste par un professionnel de santé ou pour la mammographie de dépistage. Un retard est observé, cependant, pour le test de Papanicolaou (test PAP). De plus, près de 76 % de la population de 50 ans et plus n'a pas eu un dépistage récent du cancer colorectal.

Sur le plan de l'environnement physique, on compte une moins grande proportion de logements demandant des réparations majeures qu'au Québec et l'exposition à la fumée secondaire au domicile est en diminution dans la région.

38 % des travailleurs de la région sont exposés aux gestes répétitifs des mains et des bras, et un sur cinq rapporte des troubles musculosquelettiques liés au travail ressentis dans la dernière année. Du fait de la structure d'emploi de la région, les travailleurs sont plus exposés à faire des efforts physiques au travail ou à être exposés à certains risques (vibrations du corps, bruits, poussières de bois, etc.).

L'obésité est légèrement plus prévalente dans la région qu'au Québec, 9 % des 20 ans et plus sont diabétiques et 25 % sont hypertendus. Ces problèmes de santé sont des facteurs de risque du syndrome métabolique. Par ailleurs, indépendamment de sa structure par âge, la région présente une prévalence plus importante des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et une incidence plus élevée du cancer du poumon.

On observe une surmortalité par traumatismes non intentionnels dans la région comparativement au Québec attribuable tant aux chutes qu'aux accidents de la route. À cet égard, des écarts défavorables sont notés avec le Québec quant au port du casque à vélo ou aux condamnations pour conduite avec facultés affaiblies.

Près d'une personne sur dix est diagnostiquée chaque année pour un problème de santé mentale dans la région. La problématique n'est pas plus marquée qu'au Québec. Toutefois, le taux de mortalité par suicide de la Mauricie et du Centre-du-Québec, malgré la récente diminution, demeure supérieur à celui de la province. Sur le plan psychosocial, il y a moins de victimisation pour violence conjugale dans la région.

La prévention des maladies infectieuses

La région connaît une recrudescence des ITSS et de plusieurs maladies évitables par la vaccination. Elle se démarque par un excès de chlamydioses génitales comparativement au Québec. Le condom a été utilisé par 70 % des élèves du secondaire lors de leur dernière relation sexuelle vaginale. Pour l'ensemble de la population active sexuellement, seulement 40 % de ceux ayant eu au moins deux partenaires dans la dernière année disent avoir toujours utilisé le condom.

Par ailleurs, trop peu de 65 ans et plus non hébergés se font vacciner contre la grippe saisonnière (62 %). Au Québec, on compte seulement 30 % de 18-59 ans avec maladies chroniques vaccinés annuellement contre la grippe.

On note une diminution sensible du nombre des infections nosocomiales, mais la vigilance reste de mise.

Les défis de la région

La surmortalité par traumatismes non intentionnels (par accident de la route notamment) et par suicide observée dans la région entraîne une mortalité plus élevée chez les jeunes et les adultes de moins de 65 ans, ce qui contribue à l'espérance de vie moindre dans la région comparativement au Québec. La surmortalité par cancer du poumon et par MPOC présente dans la région apparaît aussi préoccupante.

Le vieillissement de sa population constitue un des grands défis de la région. Déjà, il contribue beaucoup à y augmenter l'importance du diabète ou de l'hypertension et le fardeau des maladies chroniques (cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies de l'appareil respiratoire ou digestif, etc.) comparativement au Québec, alors que les indicateurs d'état de santé qui tiennent compte de l'effet d'âge n'indiquent souvent pas de problématiques particulières pour la région. Le vieillissement accroît du même coup l'incapacité et le besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne.

Finalement, la région se démarque moins favorablement du Québec au chapitre de la scolarité, du décrochage scolaire ou de l'activité économique. Ce sont des aspects à considérer sur le plan de la réduction des inégalités sociales de santé.

LA VISION : AGIR ENSEMBLE POUR DES INDIVIDUS ET DES COLLECTIVITÉS AFIN DE BÂTIR UNE SANTÉ DURABLE POUR TOUS

L'importance d'**agir** pour améliorer et maintenir la santé et le bien-être de la population de la région devient incontournable à la lecture du portrait de santé de la région et des priorités de santé mises en évidence. La complexité de l'action sur les déterminants de la santé requiert que soient mobilisées et canalisées les énergies des ressources de santé publique et de tous les partenaires, tant du réseau de la santé et des services sociaux qu'intersectoriels, **ensemble** dans une perspective de synergie. La responsabilité populationnelle confiée au CIUSSS MCQ et soutenue par la Direction de santé publique et responsabilité populationnelle reste un levier incontournable dans le processus de coconstruction avec les autres secteurs d'activité de la société. Le renforcement et la stabilisation des collaborations intersectorielles constituent un chantier important pour atteindre les objectifs visant à maintenir les acquis en santé et prévenir l'apparition de nouveaux problèmes de santé.

Œuvrer dans un continuum de santé par des interventions tout le long du cycle de vie, tant auprès des personnes que sur les environnements dans lesquels elles évoluent, ne peut s'accomplir sans la pleine participation des **individus et des collectivités** qui, par ailleurs, souhaitent avoir une meilleure emprise sur leurs environnements. Un environnement social fort comme c'est le cas dans la région constitue un ancrage à préserver, potentialiser et renforcer afin d'offrir des services intégrés et des soins adaptés aux besoins des individus et des communautés.

Bâtir une santé durable est le fruit d'un travail d'équipe qui requiert la mobilisation de la société afin de construire le capital santé et le maintenir tout au long de la vie. **La santé durable** s'appuie sur une vision à long terme qui, tout en fournissant des soins à tous, s'assure de les garder en santé par la prévention. Malgré les défis auxquels la région doit faire face pour atteindre ses objectifs de santé, il incombe aux autorités régionales et locales, aux entreprises, aux communautés et aux citoyens d'assumer collectivement et solidairement la responsabilité de maintenir et d'améliorer la santé de tous, celle des générations présentes et futures², sur tout le cycle de vie. Les acteurs de santé publique ainsi que les partenaires régionaux et locaux se doivent de préserver ce droit collectif qu'est la **santé durable**.

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, bien que faisant partie des régions les plus peuplées du Québec, ne connaît pas un flux migratoire important. Elle doit cependant faire face aux besoins de plus en plus croissants des populations vulnérables qui la composent : un état de vulnérabilité du fait de l'âge (personnes âgées, jeunes familles), de la défavorisation socio-économique ou de l'origine ethnique et culturelle (autochtones, immigrants et nouveaux arrivants). Adhérant pleinement au principe d'offrir des services à l'ensemble de la population avec des modalités ou une intensité variable en fonction des besoins de certains groupes (universalisme proportionné)³, notre idéal de santé a pour but de répondre favorablement à une santé durable **pour tous** dans une perspective d'équité et d'inclusion qui caractérisent notre société.

² ASPQ, *Bâtir la santé durable au 21^e siècle - Énoncé de position*, 2016.

³ L'universalisme proportionné est un principe en vertu duquel des services sont offerts à l'ensemble d'une population sur un territoire donné, avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins de certains groupes, de manière à réduire les barrières de différentes natures qui pourraient limiter l'accès à ces services. (INSPQ, *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants*, 2014)

LES PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes directeurs qui guideront les actions en santé publique sont en cohérence avec la finalité du PNSP et ils ont été actualisés à la région par la Direction de santé publique et responsabilité populationnelle. Les valeurs et les stratégies viennent alimenter la mobilisation des acteurs de santé publique et des partenaires qui se traduira dans les plans de mise en œuvre découlant du PARSP en complémentarité avec les valeurs du CIUSSS MCQ.

Valeurs	Principes directeurs	Stratégies
Ouverture	Mobiliser l'ensemble des acteurs de santé publique ⁴ et des partenaires autour des priorités de santé et de ses déterminants.	• Interagir de manière ouverte dans un contexte intersectoriel et interdisciplinaire.
Excellence, rigueur et adaptation	Soutenir le choix, l'intégration des meilleures pratiques, le développement des compétences et l'amélioration continue en santé publique.	• S'assurer d'une actualisation des connaissances relatives aux meilleures pratiques et offrir des services de qualité en s'appuyant sur des ressources compétentes et engagées.
	Favoriser l'utilisation des données sociosanitaires de santé. S'appuyer sur la connaissance des besoins de la population dans la planification et l'organisation du continuum de services de santé et des actions intra et intersectorielles.	• Soutenir la prise de décision des acteurs et partenaires de santé publique afin d'assurer une cohérence entre les priorités et le continuum d'intervention. • Viser l'atteinte des objectifs et l'obtention de meilleurs gains de santé pour la population. • Soutenir la participation citoyenne pour une meilleure connaissance des besoins de la population.
Renforcement de la capacité d'agir et la création d'environnements favorables	Viser la synergie et l'équilibre dans les actions entre le renforcement du potentiel des individus et des communautés et le soutien à la création d'environnements favorables à la santé.	• Considérer les individus et les communautés comme des acteurs clés de leur développement, reconnaître leur potentiel et favoriser leur participation aux décisions et actions qui les concernent (ex. : <i>Prendre soin de notre monde</i>). • Miser sur des approches multisectorielles efficaces et sur des pratiques participatives. • Adopter l'universalisme proportionné pour réduire les écarts de santé. • Offrir des services intégrés.
Communication ouverte, cohérente et accessible	Adapter les communications en fonction des publics et des besoins variés (littératie en santé) ⁵ .	• Informer, sensibiliser et influencer afin de soutenir de façon optimale les décisions individuelles et collectives. • Coordonner les stratégies de communication afin de les adapter aux publics interpellés.

⁴ **Acteurs de santé publique** fait référence aux décideurs, gestionnaires, professionnels et intervenants du MSSS et de son réseau dont les activités professionnelles sont principalement vouées à l'offre de services de santé publique. Cela inclut les autorités de santé publique qui sont le ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint ainsi que les directeurs de santé publique des différentes régions. (PNSP 2015-2025, p. 12)

⁵ **Littératie en santé** fait référence aux connaissances, à la motivation et aux compétences nécessaires pour trouver, comprendre, évaluer et utiliser l'information en santé en vue de prendre des décisions dans la vie de tous les jours au regard de l'utilisation des services de santé, des mesures de prévention et de promotion de la santé, cela pour maintenir ou améliorer la santé et la qualité de vie au long du parcours de vie des personnes. (PNSP 2015-2025, p. 58)

STRUCTURE DE L'OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

Déoulant du PNSP, le *Plan d'action régional de santé publique 2016-2020* (PARSP) identifie nos priorités de santé et présente la vision et les principes directeurs qui animeront le choix des objectifs prioritaires pour la région. Considérant que le PARSP est construit à partir des services, actions et cibles que l'on retrouve dans les plans d'action thématiques tripartites du MSSS issus du PNSP, un ajustement régional a été nécessaire en fonction des priorités et des besoins découlant du contexte sociodémographique.

Comme mentionné précédemment, le PARSP est regroupé selon cinq axes (un transversal et quatre d'intervention), tels que préconisés par le PNSP et ses plans d'action thématiques tripartites (PATT). On retrouve les objectifs prioritaires adaptés à notre région, déterminés suite à l'analyse des priorités de santé et du bilan du PARSP 2009-2012, prolongé jusqu'en 2015. Sous forme de fiches/service, celui-ci présente le « quoi » incluant les grandes étapes de réalisation qui permettront d'atteindre, entre autres, les objectifs et cibles du MSSS tout en tenant compte des particularités régionales.

Division par axes : transversal (1) et thématiques (4)

- Les objectifs prioritaires et les étapes de réalisation
- Les défis, cibles et directions impliquées

Vous trouverez dans les pages suivantes les fiches pour chacun des axes :

Axe Surveillance			
La surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants			
Axe 1 Le développement global des enfants et des jeunes	Axe 2 L'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires	Axe 3 La prévention des maladies infectieuses	Axe 4 La gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires

AXE TRANSVERSAL – LA SURVEILLANCE CONTINUE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION ET DE SES DÉTERMINANTS

Il s'agit d'un processus continu d'appréciation de l'état de santé de la population et de ses déterminants qui vise à déterminer les tendances et les variations ainsi que les priorités d'action. Également, la surveillance permet de détecter les problèmes en émergence, d'établir des scénarios prospectifs, de même que de suivre des problèmes précis ainsi que les inégalités sociales de santé. Elle a pour finalité d'éclairer la prise de décisions dans le domaine sociosanitaire et d'informer la population.

Ses activités s'appuient d'abord sur la Loi sur la santé publique (LSP) qui fournit les assises légales pour encadrer et supporter ses actions. Un second levier vient soutenir la fonction surveillance : le *Plan national de surveillance* (PNS). Il précise les objets, les renseignements requis ainsi que les analyses projetées. L'Infocentre national de santé publique produit les indicateurs nécessaires à l'alimentation de ce Plan.

Tel que prévu dans l'offre de services de santé publique, les actions prioritaires consistent en la production et la diffusion d'analyses reposant sur le PNS en vue de fournir une information utile et en temps opportun dans différents contextes populationnels et à différents publics cibles intéressés par l'état de santé de la population et à ses déterminants. Une diffusion adéquate et efficace en temps opportun est visée. Finalement, un soutien aux utilisateurs est également prévu.

En complémentarité avec les objectifs du PNSP, vous trouverez dans les pages suivantes les objectifs prioritaires pour la région.

Objectifs du PNSP

- Produire de l'information pertinente et de qualité sur l'état de santé de la population.
- Diffuser en temps opportun l'information adaptée aux différents utilisateurs.
- Soutenir l'utilisation de l'information dans une perspective populationnelle.

Note pour le lecteur : La numérotation des objectifs prioritaires et des étapes de réalisation correspond à la numérotation des plans d'action thématiques tripartites. Il se peut donc que les chiffres ne se suivent pas.

Sélection de l'information nécessaire au suivi de l'état de santé de la population

1. État de situation :

Conformément à la Loi sur la santé publique, le *Plan national de surveillance* (PNS) convenu entre le MSSS, l'INSPQ et les directions régionales de santé publique permet d'exercer la fonction de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants en suivant les thèmes (objets) s'y rapportant qui ont été choisis conjointement. Plusieurs objets de ce Plan (usage du tabac, mortalité infantile, etc.) ont des indicateurs bien appuyés par des sources. D'autres objets de surveillance (itinérance, maltraitance envers les personnes âgées, etc.) requièrent des indicateurs pour lesquels des sources n'existent pas ou ne sont pas gérées par le MSSS. Elles sont alors à développer ou à acquérir (démarches d'accès). La collaboration des directions régionales de santé publique à l'identification des objets est une activité continue et courante. Elle contribue à la détermination de nouvelles sources nécessaires à la surveillance de l'état de santé de la population. Cette collaboration est aussi très importante puisqu'elle permet de faire valoir les préoccupations et besoins régionaux ou locaux quant à des problématiques de santé (indice Dep-Ado dans EQSJS, etc.). Cette collaboration se fait principalement par la participation à la Table de concertation nationale en surveillance (TCNS), au Comité d'orientation de projet (COP) d'enquêtes et à la révision du *Plan national de surveillance*, etc. La sélection de l'information faite strictement au régional ne se ferait que dans le contexte où la région décidait de la nécessité d'avoir un plan régional qui viendrait compléter le PNS.

2. Défis :

- Maintenir un fonctionnement tripartite (MSSS, régions, INSPQ) dans la mise en œuvre du *Plan national de surveillance*.
- S'assurer que les préoccupations locales des collaborateurs régionaux puissent être transmises et reçues.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
S-1	Maintenir la collaboration à la sélection de l'information nécessaire au suivi de l'état de santé ayant une portée commune (au régional et au national) dans le <i>Plan national de surveillance</i> de l'état de santé et de ses déterminants.	S-1 a	Collaborer à la sélection de l'information nécessaire au suivi de l'état de santé.
		S-1 b	Participer aux travaux nationaux de validation du contenu des enquêtes.
		S-1 c	Rapporter les besoins signalés par le régional et le local.
S-2	Élaborer et mettre en œuvre un <i>Plan régional de surveillance</i> de l'état de santé et de ses déterminants, si les particularités de la population le requièrent.	S-2 a	Valider les objets du <i>Plan national de surveillance</i> (PNS).
		S-2 b	Compléter, si nécessaire, la surveillance régionale avec des objets complémentaires au PNS.

4. Cible :

- D'ici 2020, le MSSS aura réalisé trois démarches de demande d'accès à de nouvelles sources de données auprès des ministères et des organismes.

5. Direction responsable :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

Analyse et interprétation de l'information au moment opportun

1. État de situation régional :

La production de portraits globaux ou thématiques est une activité continue et courante permettant de mesurer l'état de la santé de la population tel que prévu au *Plan national de surveillance* (PNS). La production du portrait de l'état de santé de la population porte en gros sur une période de cinq ans du fait du cycle de renouvellement des données, de la nécessité d'agréger des années et du recul nécessaire pour juger des changements, etc. Les productions qui viennent alimenter le portrait général sont planifiées plusieurs années à l'avance (rapports d'enquêtes, bulletins, portraits thématiques, etc.), mais la planification de ces productions reste tributaire du déploiement de la mise à jour des indicateurs à l'Infocentre national et de leur cycle de suivi, ce qui peut affecter le respect de planifications trop formelles. De ce fait, il en découle des planifications annuelles d'équipe plus opérationnelles qui permettent de couvrir en général ce cycle de cinq ans.

En ce qui a trait au volet santé au travail de la DSP-RP, les portraits sont réalisés à partir des données saisies dans le Système d'Information en Santé Au Travail (SISAT) par les intervenants terrain concernant, entre autres, les niveaux d'exposition et les examens médicaux des travailleurs. Des portraits plus exhaustifs et précis sur la santé et l'exposition des travailleurs aux risques sont maintenant réalisables par la venue du nouveau module hygiène du SISAT. Ainsi un plan d'analyse peut être élaboré afin de suivre annuellement certaines variables plus décisives sur l'état de santé des travailleurs de la Mauricie et du Centre-du-Québec. L'analyse et l'interprétation de ces données visent notamment à orienter les décisions du réseau et à informer les employeurs et travailleurs sur les risques rencontrés. L'objectif étant de travailler avec eux dans le but de se donner les moyens de réduire les niveaux d'exposition. Enfin, d'autres données sont également disponibles via l'Infocentre de santé publique. Le *Plan national de surveillance* permet de répondre au mandat du directeur de santé publique (DSP) et de suivre l'évolution des certains indicateurs qui ne se retrouvent pas dans le SISAT (ex. : les maladies et lésions en milieu de travail).

2. Défis :

- Une planification proactive
- Un accès à l'information en temps opportun
- Une priorisation soutenue avec des partenaires internes/externes

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
S-3	Maintenir la planification des productions.	S-3 a	Élaborer une planification des productions de surveillance sur une base annuelle pour couvrir le cycle de cinq ans.
		S-3 b	Créer un comité adviseur pour soutenir la planification.
S-4	Analyser et interpréter en continu les données aux échelles régionale et locale de l'Infocentre national de santé publique pour en dégager les principaux constats.	S-4 a	Bonifier les angles d'analyse et l'interprétation stratégique de l'information en collaboration avec les partenaires et avec les portraits thématiques associés aux axes d'intervention du PNSP, le cas échéant.
S-5	Réaliser des portraits de l'état de santé de la population et de ses déterminants.	S-5 a	Réaliser des portraits régionaux (globaux et thématiques) et inclure des analyses avec des données locales lorsque disponibles à l'Infocentre national de santé publique.

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
S-6	Ajouter des analyses prospectives ⁶ lorsque les données sont disponibles et le permettent.	S-6 a	Produire un portrait de santé incluant des données prospectives <u>quand elles sont disponibles</u> (Infocentre national ou travaux INSPQ).

4. Cible :

- D'ici 2020, le MSSS et les CISSS/CIUSSS auront réalisé des portraits, globaux ou thématiques, de l'état de santé de la population et de ses déterminants.

5. Direction responsable :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

⁶ Les données prospectives consistent à projeter comment un phénomène peut évoluer dans le futur compte tenu de tendances observées, du vieillissement de la population, etc.

Détection de phénomènes émergents

1. État de situation :

La détection des phénomènes en émergence est une des activités de la fonction surveillance prévue dans la Loi sur la santé publique pour laquelle peu de développements ont été faits jusqu'à présent et qui est davantage portée par l'INSPQ au niveau national. Antérieurement, au niveau régional, il avait été demandé aux directeurs locaux de santé publique d'aviser la Direction de santé publique et responsabilité populationnelle (DSP-RP) de nouveaux phénomènes qui les préoccupaient sur leur territoire quant à l'état de santé ou aux habitudes de vie de la population. De façon générale, ce sont des agrégats de cancers qui avaient été rapportés. Actuellement, aucun mécanisme similaire n'a été mis en place pour actualiser ce partage d'information. Ce mécanisme pour identifier les phénomènes nouveaux sur le terrain (régional et local) pourrait être le même que celui qui permet de connaître les préoccupations et besoins régionaux à faire inscrire au *Plan national de surveillance* (PNS) ou pour justifier un *Plan régional de surveillance* (PRS) (voir fiche S-1).

2. Défi :

- S'assurer que l'observation de phénomènes nouveaux constatés sur le terrain soit transmise à la DSP-RP.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
S-7	Développer la détection de changements inattendus et préoccupants aux échelles régionales ou locales.	S-7 a	S'approprier le devis d'implantation du mécanisme de veille élaboré par l'INSPQ.
		S-7 b	Effectuer des analyses complémentaires notamment à l'aide des données disponibles en surveillance.
		S-7 c	Élaborer des mécanismes organisationnels avec le niveau local pour faire état des changements observés ou d'agrégats sur le terrain.

4. Cible :

- D'ici 2020, l'INSPQ aura élaboré un devis pour l'implantation d'un mécanisme de veille sur les phénomènes en émergence.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- En collaboration avec la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique

Diffusion de productions de surveillance adaptée aux besoins des utilisateurs

1. État de situation :

Les productions réalisées par l'équipe surveillance de la Direction de santé publique et responsabilité populationnelle servent à la planification, à la prise de décision, à la priorisation et permettent l'exercice de la responsabilité populationnelle. Elles servent aussi à informer la population sur son état de santé. De ce fait, leur diffusion bien ciblée est essentielle. Les plans de diffusion sont des activités courantes. Plusieurs activités de diffusion ont été réalisées auprès des partenaires dans le cadre de grandes enquêtes (ex. : EQSJS, EQDEM, etc.). Des améliorations sont encore possibles. Par conséquent, des mécanismes seraient à mettre sur pied pour viser une appropriation optimale chez les utilisateurs des différentes productions. Les productions de surveillance varient selon le public cible (portraits, bulletins, rapports d'enquête, recueils statistiques, synthèses, tableaux de données, etc.) et sont idéalement convenues avec celui-ci.

2. Défi :

- Augmenter le nombre de productions avec des plans de diffusion permettant de rejoindre le maximum d'utilisateurs potentiels (développement de différents créneaux, renouvellement des modes de communication, nouveaux mécanismes de collaboration à convenir).

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
S-8	Intensifier la planification de diffusions qui tiennent compte des besoins des utilisateurs.	S-8 a	Élaborer et mettre en œuvre un plan de diffusion pour chaque production planifiée à l'échelle régionale.
		S-8 b	Déterminer les publics cibles.
		S-8 c	Prendre en compte les besoins des publics cibles.
		S-8 d	Adapter le format du produit selon le public cible (vulgarisation, type de document, etc.).
		S-8 e	Identifier les meilleurs canaux de diffusion.
		S-8 f	Identifier les moments de diffusion à privilégier.

4. Cible :

- D'ici 2020, 70 % des productions planifiées et réalisées par le MSSS, l'INSPQ et les CISSS/CIUSSS auront fait l'objet d'un plan de diffusion avant leur publication.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- En collaboration avec la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques

Soutien à l'utilisation de l'information contenue dans les productions de surveillance

1. État de situation :

La diffusion des productions de surveillance s'accompagne parfois d'activités d'appropriation (mode de calcul, analyse, limites, utilisation possible pour la prise de décision) sous différentes formules à dimension variable selon le besoin de l'utilisateur (fiches-indicateurs, glossaires, formations, présentations spéciales, etc.). Ces activités sont soit déterminées par l'équipe, soit demandées par les utilisateurs ou font partie intégrante du plan de diffusion.

2. Défis :

- Besoin de plates-formes de partage et de collaboration avec les autres directions du CIUSSS MCQ.
- Les milieux hors de la santé et du scolaire doivent faire l'objet d'activités plus spécifiques.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
S-9	Soutenir l'appropriation et l'utilisation de l'information disponible sur l'état de santé et de ses déterminants auprès des acteurs ayant un levier d'influence aux échelles régionale et infrarégionale afin de favoriser leur intégration dans la prise de décisions.	S-9 a	Déterminer avec les acteurs les moyens pour favoriser l'appropriation et l'utilisation de l'information.
		S-9 b	Identifier les acteurs les plus concernés.
		S-9 c	Faire connaître l'offre de services de surveillance.
		S-9 d	Identifier les besoins prioritaires de soutien à l'appropriation de l'information sur l'état de santé et ses déterminants.
		S-9 e	Planifier et réaliser des activités et des outils d'appropriation.

4. Cible :

- D'ici 2020, le MSSS, l'INSPQ et les CISSS/CIUSSS auront réalisé, chacun, des activités de soutien à la prise de décision auprès d'au moins cinq partenaires différents des principaux secteurs d'activités (réseau de la santé et des services sociaux, ministères et organismes gouvernementaux, réseau municipal, réseau des services de garde, réseau de l'éducation, réseau communautaire et réseau privé).

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- En collaboration avec la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques

Liste des auteurs, directions et milieux de vie visés

Auteurs

- Sylvie Bernier
- Martin Grégoire
- Yves Pepin
- Fortuné Sossa

Directions et milieux de vie visés

Noms des fiches	Directions responsables et collaboratrices	Milieux de vie visés						
		F	MG	MS	MT	H	CLM	NA
Sélection de l'information nécessaire au suivi de l'état de santé de la population	• DSP-RP							x
Analyse et interprétation de l'information au moment opportun	• DSP-RP				x			
Détection de phénomènes émergents	• DSP-RP • DQEPE							x
Diffusion de productions de surveillance adaptée aux besoins des utilisateurs	• DSP-RP • DRHCAJ							x
Soutien à l'utilisation de l'information contenue dans les productions de surveillance	• DSP-RP							x

DSP-RP : Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

DQEPE : Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique

DRHCAJ : Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques

F : Famille

MG : Milieu de garde

MS : Milieu scolaire

MT : Milieu de travail

H : Hébergement

CLM : Communauté locale et municipale

NA : Ne s'applique pas

AXE D'INTERVENTION 1 – LE DÉVELOPPEMENT GLOBAL DES ENFANTS ET DES JEUNES

« Ce que vit l'enfant durant la petite enfance est déterminant pour sa trajectoire développementale et le cours de sa vie »⁷. Voilà pourquoi il est important d'agir le plus tôt possible auprès des familles et des tout-petits. C'est dans une perspective de continuité que les acteurs de santé publique s'associent à leurs partenaires afin d'agir ensemble dans les milieux de vie de l'enfant et du jeune : la famille prioritairement, les services de garde éducatifs, les écoles, et ce, en complémentarité des services offerts dans la communauté.

Les enfants et les jeunes d'âge scolaire connaissent des changements importants sur les plans physique, émotionnel, cognitif et social. C'est en portant une attention particulière aux différentes périodes transitoires qu'un ensemble d'actions intégrées sont proposées en collaboration avec les milieux scolaires et les partenaires de la communauté afin de mettre en place toutes les ressources possibles pouvant favoriser leur réussite éducative, leur santé et leur bien-être. Ainsi par des approches globales et concertées, les actions inscrites dans le *Plan d'action régional de santé publique 2016-2020* visent à promouvoir le développement global optimal des enfants et des jeunes ainsi qu'à prévenir les problèmes d'adaptation sociale et de santé.

De façon plus spécifique, les interventions de santé publique s'adressant aux enfants, aux jeunes et à leur famille peuvent porter sur les pratiques parentales, les saines habitudes de vie, les compétences personnelles et sociales et les comportements sains et sécuritaires⁸ tout en accompagnant les familles dans l'amélioration de leurs conditions de vie afin de leur permettre de répondre aux besoins de leurs enfants.

En complémentarité avec les objectifs du PNSP, vous trouverez dans les pages suivantes les objectifs prioritaires pour la région.

Objectifs du PNSP :

- Promouvoir, par des approches intégrées, la création de milieux de vie stimulants et bienveillants pour les enfants et les jeunes, y compris en matière de santé mentale et sexuelle.
- Prévenir l'apparition des problèmes d'adaptation sociale et leurs conséquences.
- Prévenir l'apparition de problèmes de santé buccodentaire.

Note pour le lecteur : La numérotation des objectifs prioritaires et des étapes de réalisation correspond à la numérotation des plans d'action thématiques tripartites. Il se peut donc que les chiffres ne se suivent pas.

⁷ OMS, *Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur - Rapport final*, 2007, p. 7.

⁸ Pour l'ensemble de l'axe 1, les interventions en prévention des traumatismes non intentionnels seront considérées dans le cadre des comportements sains et sécuritaires.

1. État de situation :

Selon le *Portrait de santé de la Mauricie et du Centre-du-Québec 2015*, on observe en moyenne près de 4 900 naissances par année. De plus, 17 % de la population de la région a moins de 18 ans. On remarque que les femmes de 30 ans et plus présentent des taux de fécondité inférieurs à la province, alors que celles de moins de 30 ans affichent des taux supérieurs. La fécondité précoce amène une plus grande proportion de jeunes femmes de moins de 20 ans à devenir mères comparativement au Québec. Parmi celles de 20 ans et plus, une plus grande proportion détient moins de 12 ans de scolarité. Enfin, 27 % des familles comptant au moins un enfant de moins de 18 ans sont en situation de monoparentalité. Une valeur légèrement supérieure à celle du Québec.

Les problèmes liés au développement et à l'adaptation sociale des enfants et des adolescents sont souvent le résultat du cumul et de l'interaction d'un ensemble de déterminants et de facteurs de risque (caractéristiques des parents, pauvreté, isolement social, violence conjugale, etc.). Le manque d'habiletés parentales fait partie de cette liste qui menace le développement de l'enfant. Les pratiques parentales sont reconnues comme étant l'un des facteurs d'influence les plus puissants du développement de l'enfant. Les programmes de formation de groupes en soutien aux habiletés parentales sont inscrits pour la première fois, de façon spécifique, dans le PNSP. Dans la *Politique de périnatalité 2008-2018*, deux attentes du MSSS sont identifiées, la première étant de « mettre en place des moyens pour renforcer les aptitudes des parents à exercer leur rôle et accompagner ceux-ci à toutes les étapes du développement de leur enfant », et la seconde, d'« adapter les pratiques, les interventions et les services offerts dans le réseau... de façon à accueillir et à favoriser l'engagement des pères envers leur jeune enfant ».

Un état de situation du continuum des services de santé publique en périnatalité, dont les rencontres prénatales, a été réalisé au cours des dernières années. Parmi les principaux constats concernant les rencontres prénatales, il y a la différence de contenu livré selon les milieux et les barrières d'accès (heures, coût, lieu, etc.). L'INSPQ a mis en ligne, en 2011, un *Portail d'information périnatale* destiné aux intervenants et aux professionnels œuvrant en périnatalité visant à faciliter le travail de préparation de l'information périnatale à transmettre lors des rencontres prénatales et des suivis individuels. Un volet spécifique à l'accouchement a également été ajouté en 2014. En 2015, l'INSPQ a publié *l'Avis scientifique sur les effets des rencontres prénatales de groupe*. Cet avis conduit à des recommandations pour maintenir et bonifier l'offre de services actuelle afin d'augmenter les effets positifs qui sont observés (accroissement du niveau de connaissance, renforcement du sentiment de confiance, augmentation du niveau de conformité au suivi de grossesse et le maintien de l'allaitement à trois mois, etc.)

Le CIUSSS MCQ offre plusieurs services et activités visant l'accompagnement et le soutien aux parents. Le programme de l'Avis de grossesse, implanté dans l'ensemble de la région, est l'amorce du continuum de services. Il propose un appel systématique en début de grossesse pour identifier les facteurs de risque, informer, soutenir et offrir les services adaptés aux besoins de la femme enceinte, du bébé à naître ainsi qu'aux autres membres de la famille. Les visites postnatales à domicile dans les 24-48 heures suivant le retour à la maison sont aussi offertes dans la région. Il y a également d'autres services et activités qui sont en soutien aux habiletés parentales via d'autres programmes (SIPPE, Y'APP, rencontres prénatales, etc.) et via des partenaires concernés (organismes communautaires, etc.), mais ils ne sont pas tous répertoriés au niveau régional.

2. Défis :

- Développer et mettre en œuvre de nouveaux services de soutien aux pratiques parentales.
- Harmoniser l'ensemble de ces services (existants et nouveaux).
- Adapter ces derniers aux besoins des différentes clientèles et réalités territoriales.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
1-1	Maintenir la diffusion du guide <i>Mieux vivre avec notre enfant</i> à tous les futurs parents ainsi qu'aux professionnels de la santé et aux autres partenaires concernés.	1-1 a	Assurer la gestion de la distribution du guide <i>Mieux vivre avec notre enfant</i> .
1-2	Développer et réaliser des activités de soutien aux habiletés parentales, en cohérence avec les lignes directrices basées sur les meilleures pratiques et en fonction des besoins des clientèles et de la réalité territoriale.	1-2 a	S'approprier les lignes directrices développées par le MSSS en collaboration avec l'INSPQ.
		1-2 b	Réaliser un « mapping » des activités de formation de groupes en soutien aux habiletés parentales dans la région MCQ.
		1-2 c	Développer des stratégies relatives aux activités de formation de groupes en soutien aux habiletés parentales auprès des clientèles ciblées.
		1-2 d	Soutenir la mise en œuvre de ces activités.
1-3	Contribuer, en collaboration avec la Direction adjointe - Périnatalité, à la planification de rencontres prénatales optimisées s'appuyant sur les meilleures pratiques recommandées dans l'avis scientifique de l'INSPQ (2015), adaptées aux besoins des différentes clientèles et de la réalité régionale.	1-3 a	Évaluer le contenu de l'information transmise lors des rencontres prénatales et leur accessibilité pour l'ensemble de la région.
		1-3 b	Élaborer les stratégies nécessaires à l'optimisation des rencontres prénatales en s'appuyant sur les meilleures pratiques recommandées et en soutenir la mise en œuvre.
1-4	Contribuer, en collaboration avec la Direction adjointe - Périnatalité, à la planification de rencontres de suivi postnatal à domicile s'appuyant sur les meilleures pratiques recommandées permettant d'assurer le développement global de l'enfant jusqu'à l'âge de 5 ans.	1-4 a	S'approprier les meilleures pratiques en matière de suivi postnatal élaborées par l'INSPQ.
		1-4 b	Évaluer le contenu et les procédés des visites postnatales à domicile dans les 24-48 heures suivant le retour à la maison et mesurer l'écart avec les meilleures pratiques.
		1-4 c	Assurer l'optimisation de ces visites selon les meilleures pratiques.
		1-4 d	Développer et implanter des rencontres de suivi postnatal à domicile selon les besoins des familles et les orientations ministérielles, s'il y a lieu.
1-5	Intensifier l'harmonisation des pratiques dans le cadre du programme de l'Avis de grossesse.	1-5 a	Poursuivre la mise à jour des outils nécessaires et des pratiques liées au programme.
		1-5 b	Assurer l'appropriation des nouvelles procédures et pratiques prévues.
		1-5 c	Soutenir l'utilisation optimale du programme et de ses différents outils.
		1-5 d	Évaluer l'implantation du programme et les effets.

4. Cibles :

- D'ici 2020, le guide *Mieux vivre avec notre enfant* aura été transmis à 100 % des futurs parents.
- D'ici 2020, le CIUSSS MCQ aura offert des rencontres prénatales de groupe optimisées selon les recommandations de l'avis scientifique de l'INSPQ.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- Direction du programme jeunesse - famille
- Direction adjointe Périnatalité

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité

1. État de situation :

Les interventions préventives en périnatalité et en petite enfance ont pour but de prévenir les problèmes entourant la grossesse et la naissance et de favoriser le développement sain des enfants. Certains programmes s'adressent à toutes les clientèles, ce sont les programmes universels tels que la vaccination, les rencontres prénatales de groupe, les visites postnatales à domicile. Les services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE) s'adressent davantage aux parents en situation de vulnérabilité et à leurs enfants grâce à une aide et à un accompagnement continu et intensifs par des intervenants en collaboration avec une équipe interdisciplinaire. L'objectif est de soutenir les parents et de réduire les conséquences de la pauvreté (économique, sociale, etc.) sur le développement des enfants, et éventuellement, de donner aux familles les moyens de s'en sortir en les accompagnant dans la réalisation de leur projet de vie tout en intégrant des actions portant sur le lien d'attachement et la stimulation précoce. Au-delà du statut socio-économique, une attention particulière est portée aux mères sous-scolarisées ainsi qu'aux mères immigrantes.

Le programme comporte deux volets :

- 1) l'accompagnement des familles, principalement par des visites à domicile en période prénatale jusqu'à ce que l'enfant ait 5 ans;
- 2) la création d'environnements favorables, soit le soutien aux actions intersectorielles visant l'amélioration des conditions de vie des familles et l'accès des enfants aux interventions éducatives précoces.

D'ailleurs, il est reconnu qu'un accompagnement intensif et la création d'environnements favorables aux familles peuvent prévenir des problèmes de santé, de développement et d'adaptation chez les enfants vivant dans un contexte de vulnérabilité.

En 2015-2016, 1 934 femmes ont participé au programme SIPPE pour un total de 11 298 interventions. De ce nombre, 1 821 femmes vivaient sous le seuil de faible revenu et 1 523 n'avaient pas un diplôme d'études secondaires. Considérant l'importance de l'accompagnement intensif requis pour atteindre les objectifs du programme, force est de constater qu'il demeure difficile d'offrir l'intensité de service requise auprès de ces familles. L'écart est considérable et se maintient depuis plusieurs années surtout en période postnatale, plus particulièrement lorsque le bébé est âgé de 7 à 52 semaines (dix visites sont offertes en moyenne pendant cette période au lieu des quinze à vingt recommandées).

2. Défis :

- Rejoindre davantage les clientèles ciblées et favoriser une offre de services en promotion-prévention intense et continue.
- Harmoniser les pratiques en ce qui concerne l'accompagnement des familles.
- Renforcer la cohésion locale et régionale entre les initiatives qui soutiennent la création d'environnements favorables telles que les projets d'intervention communautaires d'aide aux jeunes parents et à leurs enfants.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
1-6	Poursuivre les travaux permettant d'offrir le bon programme à la bonne clientèle sans bris de service.	1-6 a	Élaborer un état de situation suite à la mise en place des nouvelles équipes SIPPE (incluant l'identification des besoins des gestionnaires et des intervenants pour favoriser la mise en œuvre du programme).
		1-6 b	Appliquer les différentes mesures et modalités issues des travaux d'arrimage des Services intégrés en périnatalité et en petite enfance - Programme d'intervention en négligence (SIPPE-PIN).

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
1-7	Intensifier l'offre de services des SIPPE en lien avec l'accompagnement des familles.	1-7 a	Offrir des visites à domicile selon l'intensité prévue et recommandée comme principale modalité d'intervention jusqu'aux deux ans de vie de l'enfant, en complément à d'autres types d'interventions.
		1-7 b	Développer et déployer des activités de soutien et de counseling auprès des parents. (voir 1-1)
		1-7 c	Offrir des interventions directes auprès des enfants âgés de 2 à 5 ans, notamment via des protocoles d'entente d'accès aux services de garde éducatifs pour les enfants de familles suivies dans les SIPPE. (voir 1-8.3)
		1-7 d	Déployer le programme de développement continu des compétences et soutenir le travail en interdisciplinarité chez les intervenants.
1-8	Intensifier l'offre de services des SIPPE en lien avec la création d'environnements favorables.	1-8 a	Soutenir l'élaboration et la réalisation de projets de la communauté axés sur les besoins des familles vivant en contexte de vulnérabilité, en partenariat avec les organismes communautaires et les autres partenaires.
		1-8 b	Soutenir l'action intersectorielle portant sur l'amélioration des conditions de vie des familles ainsi que sur la réduction des inégalités sociales de santé ⁹ , en lien avec le développement des communautés, les politiques publiques et la création d'environnements favorables au développement des enfants. (voir 1-9 et 1-12)

4. Cibles :

- D'ici 2020, 80 % des femmes admissibles auront été suivies dans le cadre des SIPPE.
- D'ici 2020, 100 % des familles suivies dans les SIPPE auront reçu des visites à domicile selon l'intensité prévue dans le cadre de référence.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- En collaboration avec la Direction du programme jeunesse - famille

⁹ En couvrant, entre autres, la qualification, la scolarisation, l'emploi, la sécurité du revenu, la sécurité alimentaire, le logement, le transport, le loisir, le répit-gardiennage, l'accès aux services de santé et aux services sociaux, l'accès aux services de garde éducatifs à l'enfance, le soutien social et la sécurité des quartiers ou des aires de jeux.

Services de nutrition prénatals et postnatals pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité

1. État de situation :

Les familles en situation de faible revenu rencontrent de multiples obstacles à la saine alimentation. De plus, celles ayant de jeunes enfants sont plus à risque de vivre de l'insécurité alimentaire.¹⁰

Le déploiement du *Programme OLO* depuis plusieurs années, permet d'offrir des services de nutrition prénatals et postnatals aux familles en situation de faible revenu. Combinés à une intervention nutritionnelle permettant d'améliorer les habitudes alimentaires des femmes enceintes, les suppléments alimentaires distribués dans le cadre du *Programme OLO* aident les femmes enceintes à répondre à leurs besoins nutritionnels et peuvent ainsi réduire les risques d'insuffisance pondérale du nouveau-né reliés à la malnutrition. Le *Programme OLO* permet de soutenir 1636 familles en moyenne par année dans l'ensemble de la région. Toutefois, il y a plusieurs disparités dans le déploiement des services de nutrition prénatals et postnatals entre les RLS de la région : disparité des pratiques dans le déploiement du *Programme OLO* et disparité dans les services complémentaires offerts en période prénatale et en période postnatale.

Le déploiement du projet *1000 jours pour savourer la vie* de la Fondation OLO permettra, au cours des prochaines années, d'aller plus loin dans l'accompagnement des familles vivant en contexte de vulnérabilité, s'attardant davantage aux comportements alimentaires, à la période postnatale et aux pères. L'objectif poursuivi par ce projet est d'arrimer les efforts des professionnels de la santé et des communautés afin d'aider les familles, spécialement celles vivant en contexte de vulnérabilité, à adopter de saines habitudes alimentaires au cours de la grossesse jusqu'à la deuxième année de vie de l'enfant, dans le but de favoriser le développement de ces derniers, tout en diminuant l'impact de l'insécurité alimentaire.

2. Défis :

- Harmoniser l'offre de services de nutrition prénatals et postnatals, selon les meilleures pratiques.
- Soutenir un changement de pratique vers une action élargie qui s'attarde davantage aux comportements alimentaires, à la période postnatale, aux pères et à la communauté, en cohérence avec le projet *1000 jours pour savourer la vie*.
- Ajuster le financement des services de nutrition prénatals et postnatals en fonction de l'offre de services harmonisés et des réalités territoriales.
- Assurer la distribution de suppléments de vitamines et minéraux avec acide folique selon les recommandations de la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada (SOGC).

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
1-9	Maintenir les services de nutrition prénatals et postnatals auprès des familles en situation de faible revenu.	1-9 a	Assurer le démarchage et la référence de la clientèle admissible vers les services offerts. (voir 1-1.5)
		1-9 b	Assurer l'évaluation et le suivi nutritionnel de la femme enceinte.
		1-9 c	Assurer la distribution de coupons OLO.
		1-9 d	Assurer la distribution des suppléments de vitamines et minéraux avec acide folique selon les recommandations de la SOGC.

¹⁰ Un ménage est considéré en situation d'insécurité alimentaire lorsque la qualité ou la quantité d'aliments consommés par les adultes ou les enfants du ménage est compromise à cause du manque d'argent.

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
		1-9 e	Assurer l'accompagnement des familles dans l'adoption de saines habitudes alimentaires durant la grossesse et jusqu'à la deuxième année de vie de l'enfant (incluant la promotion et le soutien de l'allaitement. (voir 1-2 et 1-4)
1-10	Développer une offre de services prénatals et postnatals harmonisés et intégrant les meilleures pratiques, en cohérence avec : • <i>L'approche d'intervention nutritionnelle auprès des femmes enceintes en situation de faible revenu.</i> • Les recommandations du comité scientifique de la Fondation OLO. • <i>1000 jours pour savourer la vie.</i>	1-10 a	Compléter l'état de situation de l'offre de services actuelle.
		1-10 b	Identifier et mettre en œuvre des stratégies pour favoriser l'appropriation de <i>l'Approche d'intervention nutritionnelle auprès des femmes enceintes en situation de faible revenu.</i>
		1-10 c	Identifier et mettre en œuvre des stratégies pour favoriser l'appropriation de <i>1000 jours pour savourer la vie.</i> (voir 1-9)
		1-10 d	Définir une offre de services en nutrition prénatals et postnatals harmonisés, adaptés aux besoins de la clientèle et des réalités territoriales.
		1-10 e	Déployer l'offre de services harmonisés.

4. Cible :

- D'ici 2020, 80 % des femmes vivant sous le seuil de faible revenu auront bénéficié de services de nutrition prénatals et postnatals.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- Direction adjointe Périnatalité de la Direction du programme jeunesse - famille

1. État de situation :

L'allaitement maternel est le meilleur mode d'alimentation pour les nourrissons. C'est pourquoi le lait maternel est le premier choix recommandé pour nourrir les bébés. Il fournit tous les éléments nutritifs ainsi qu'une variété de substances qui les protègent contre les infections et diverses maladies en plus de favoriser l'attachement. Selon la *Politique de périnatalité 2008-2018*, l'allaitement est également associé à un meilleur développement cognitif, particulièrement chez les bébés prématurés et de faible poids à la naissance. L'allaitement maternel atténue les conséquences de la pauvreté économique chez les bébés de mères vivant en contexte de vulnérabilité. En général, il est constaté qu'elles sont moins nombreuses à choisir ce mode d'alimentation. Par ailleurs, le mode d'alimentation demeure le choix de la mère, après l'avoir informée adéquatement sur les différents modes.

Selon les statistiques en allaitement recueillies pour l'année 2014-2015, le taux d'allaitement exclusif est de 60 % à la naissance en Mauricie et au Centre-du-Québec comparativement à 63 % au Québec. Toutefois, on remarque certaines disparités par RLS qui peuvent s'expliquer en partie par les caractéristiques de leur population (l'âge de la mère à la maternité, le niveau de scolarité de la mère, le type de ménage, etc.). À titre d'exemple, les RLS de la région ayant les meilleurs taux d'allaitement (parfois au-dessus de la moyenne provinciale) s'avèrent être également ceux où la moyenne d'âge de la mère à la maternité est plus élevée et où le nombre de ménages monoparentaux est le plus bas. Plusieurs autres facteurs influencent le taux d'allaitement, en particulier l'allaitement exclusif. Les pratiques et les protocoles hospitaliers tels que le temps accordé au contact peau à peau entre la mère et le nouveau-né dès la naissance, et le moment d'application de l'érythromycine dans les yeux, influencent la prise du sein autonome par le nouveau-né. Dans la très grande majorité des cas, la prise du sein est adéquate et augmente les chances d'un allaitement sans complications. De plus, un continuum de services disponibles et accessibles dans la communauté, incluant l'accès à un médecin pour une complication ou un problème au sein, favorise aussi la poursuite de l'allaitement maternel exclusif. Les pratiques professionnelles (savoir-être, savoir-faire et savoir) influencent également la prise du sein et la confiance de la mère dans sa capacité à allaiter. D'ailleurs, dans les centres accoucheurs certifiés IAB, ces facteurs ne sont pratiquement plus des obstacles à la bonne prise du sein et aux taux d'allaitement exclusif à la sortie du centre. Cela favorise également les taux d'allaitement exclusif à 3 et 6 mois. L'Initiative des amis des bébés recommande l'allaitement maternel, mais le choix libre et entièrement éclairé est respecté sans jugement, car IAB est l'ami de tous les bébés.

Le CIUSSS MCQ offre un continuum de services pour favoriser l'allaitement dans ses installations de même que dans la communauté. Ainsi, de nombreux partenariats sont réalisés avec des organismes communautaires et permettent d'offrir un support en allaitement 24/7 (maisons des familles, Centre Ressources Naissance, Allaitement-Soleil, etc.). Le CIUSSS MCQ compte également des consultantes en lactation certifiées (IBCLC). Ces dernières sont parfois présentes directement dans les lieux de naissance, conseillent les parents et offrent un support particulier dans les cas d'allaitement plus compliqués. Au cours des prochaines années, certains RLS auront à être accompagnés dans le processus de certification IAB et d'autres cohortes de conseillères en lactation seront formées.

2. Défis :

- Poursuivre le changement des pratiques professionnelles (savoir-être, savoir-faire, savoir).
- Promouvoir et adapter les pratiques hospitalières déterminantes pour l'allaitement exclusif.
- Poursuivre la mise en place du continuum de services en allaitement tant au niveau du réseau de la santé que dans la communauté (incluant la disponibilité et l'accès à un médecin, la collaboration infirmières-sages-femmes-médecins).
- Offrir des services adaptés aux différentes clientèles, notamment celles en contexte de vulnérabilité.
- Promouvoir l'allaitement maternel auprès des mères vivant en contexte de vulnérabilité.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires	Étapes de réalisation
1-11 Intensifier la mise en place des interventions favorisant la pratique de l'allaitement, particulièrement l'allaitement exclusif, dans les services offerts en santé communautaire, en obstétrique et en néonatalogie ¹¹ .	1-11 a S'approprier les résultats de l' <i>Étude sur les besoins et les services de première ligne en matière de soutien à l'allaitement au Québec</i> .
	1-11 b Mesurer le niveau d'implantation de l'Initiative des amis des bébés (IAB) dans la région et soutenir les installations dans le maintien de leur certification.
	1-11 c Promouvoir IAB et accompagner les installations souhaitant obtenir la certification.
	1-11 d Élaborer des stratégies d'optimisation des pratiques et des interventions hospitalières permettant de favoriser l'allaitement, en particulier l'allaitement exclusif.
	1-11 e Poursuivre le changement des pratiques professionnelles (savoir-être, savoir-faire, savoir) en développant des méthodes de formation adaptées aux différents aspects de ces pratiques et soutenir et accompagner ces changements.
	1-11 f Promouvoir l'allaitement maternel auprès des mères vivant en contexte de vulnérabilité par une approche adaptée.
	1-11 g Poursuivre la mise en place du continuum de services adaptés aux différentes clientèles, en particulier par l'optimisation de la collaboration entre les infirmières, les médecins et les sages-femmes ainsi que par l'accès à un médecin dans la communauté.
1-12 Intensifier l'offre d'expertise-conseil et la promotion des meilleures pratiques favorisant l'allaitement dans les milieux de vie de la dyade mère-enfant, notamment auprès des milieux municipaux, des services de garde à l'enfance, des pharmacies communautaires et des centres commerciaux.	1-12 a Poursuivre l'offre de formation continue aux consultantes en allaitement (IBCLC) de la région.
	1-12 b Soutenir l'échange d'expertise et d'informations en matière d'allaitement au sein des ressources du CIUSSS MCQ et s'assurer que l'application soit adaptée aux besoins et aux réalités des différentes clientèles, notamment celles en contexte de vulnérabilité.
	1-12 c Favoriser le transfert des connaissances auprès des partenaires afin que les milieux de vie de la dyade mère-enfant soient favorables à l'allaitement. (voir 1-8, 1-9, 1-12)

4. Cible :

- D'ici 2020, le taux d'allaitement exclusif des mères au lieu de naissance aura augmenté de 5 %.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- Direction adjointe Périnatalité de la Direction du programme jeunesse - famille

¹¹ Cette action est réalisée à la fois dans les établissements de santé et de services sociaux qui sont non certifiés et dans ceux qui souhaitent obtenir ou maintenir la certification dans le cadre de l'Initiative des amis des bébés (IAB), et ce, en lien avec l'initiation, la durée et l'exclusivité de l'allaitement.

Prévention de l'apparition de problèmes de santé buccodentaire

1. État de situation :

Portrait de santé

La carie dentaire demeure un problème de santé largement répandu, 96 % des adultes au Canada en étant affectés. Au Québec, l'*Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire* (ÉCSBQ 2012-2013) a révélé que la moitié des élèves de 2^e et 6^e année sont touchés par la carie sous sa forme irréversible. On constate également que, depuis la fin des années 90, la santé des dents temporaires des élèves de 2^e année ne s'est pas améliorée de façon significative. Des interventions en amont, auprès des jeunes enfants et de leur famille, sont donc nécessaires pour arriver à abaisser ce taux de carie. On remarque aussi que des inégalités sociales de santé persistent, particulièrement chez les jeunes issus de milieux défavorisés, le quart des enfants de 2^e année cumulant près du trois quarts des caries irréversibles en dentition temporaire. Ces enfants doivent donc être ciblés en priorité dans les actions préventives.

Un des gains de santé les plus importants au cours des dernières années a été fait au niveau du taux de carie en dentition permanente. Chez les élèves de 6^e année, le taux de carie irréversible en dentition permanente a baissé de près de la moitié depuis les 15 dernières années. Cette amélioration est principalement due à l'application d'agents de scellement dentaire sur les faces de fosses et sillons des dents permanentes, zones particulièrement vulnérables à la carie.

Un autre élément important démontré par l'ÉCSBQ indique que 90 % des élèves québécois présentent des caries sous une forme réversible, c'est-à-dire à un stade où les mesures préventives sont nécessaires pour éviter une aggravation de leur condition. L'accès aux fluorures et aux scellants dentaires est donc primordial à ce moment pour arrêter ou même renverser le processus carieux.

Finalement, l'étude a permis de révéler des lacunes dans la qualité de l'hygiène buccodentaire des jeunes. En effet, la presque totalité des élèves présentent des débris sur leurs dents et seulement 30 % des jeunes de 2^e année et 20 % de ceux de 6^e année ont des gencives saines. Les techniques et la fréquence du brossage, de même que l'utilisation de la soie dentaire, sont donc des aspects à améliorer.

Les actions dentaires préventives en milieu scolaire

Les principales actions préventives en santé dentaire publique sont faites en milieu scolaire. Régionalement, le dépistage en maternelle des enfants à risque de carie et les suivis préventifs individualisés en maternelle, 1^{re} et 2^e année sont largement implantés. Le programme d'application d'agents de scellement sur les 1^{res} molaires permanentes a connu une hausse constante dans l'offre de services depuis son implantation régionale en 2007. Une cible régionale de 80 enfants avec scellants par équivalent temps complet (ETC) d'hygiéniste dentaire avait été convenue en 2012. Lors de l'année 2015, 80 % des hygiénistes dentaires avaient atteint cette cible. Actuellement, le service de scellants dentaires pour les 2^{es} molaires permanentes n'est pas encore offert dans les écoles secondaires de la région.

Quant au brossage des dents avec dentifrice fluoré en milieu scolaire, très peu d'écoles de la région offrent ce service. L'ajout de cette activité dans la routine quotidienne des élèves permettrait d'obtenir des gains de santé tant au niveau de la baisse du taux de carie que pour l'amélioration de la santé des gencives.

D'autres initiatives, comme celles en lien avec une saine alimentation, permettent de sensibiliser les jeunes et les intervenants du milieu scolaire aux impacts de la consommation d'aliments cariogènes sur leur santé. Le projet régional de « Collations saines et bonnes pour les dents » a été diffusé en 2008 et implanté par les hygiénistes dentaires des centres de santé et de services sociaux (CSSS) auprès des écoles intéressées. Ce projet fait la promotion des fruits, légumes et produits laitiers pour les collations prises en milieu scolaire.

Les jeunes familles

Des actions préventives efficaces auprès des jeunes enfants sont nécessaires afin de diminuer la prévalence de la carie en dentition temporaire. Les interventions préventives auprès de familles bénéficiant des SIPPE permettent de rejoindre les enfants les plus à risque de carie et d'agir individuellement auprès des groupes en situation de vulnérabilité. Le projet régional « Grandir en souriant » a été développé il y a quelques années afin de permettre aux hygiénistes dentaires d'intervenir auprès de ces familles par le biais de visites à domicile.

Les services de garde

Le brossage des dents avec un dentifrice fluoré deux fois par jour est un moyen efficace de prévention de la carie et permet d'assurer une bonne santé des gencives. Les milieux de garde sont des lieux de choix pour instaurer la routine quotidienne du brossage des dents auprès des enfants qui les fréquentent.

Un projet régional a d'ailleurs permis d'offrir du soutien pour l'implantation du brossage des dents dans plusieurs services de garde en 2014-2015. De nombreux supports pour brosses à dents, des brosses à dents et des conseils pour assurer la prévention des infections ont été fournis aux milieux participants. Un soutien est à prévoir pour augmenter le déploiement et permettre aux autres milieux intéressés d'avoir accès au projet.

2. Défis :

Le maintien de l'offre de services actuelle de scellants dentaires dans la région pour les enfants de 2^e année du primaire sera influencé par les facteurs suivants :

- les ressources humaines disponibles (départs à la retraite et congés non remplacés);
- l'adaptation de l'horaire de travail au calendrier et à la réalité scolaire (nécessité de la présence de deux hygiénistes dentaires dans le milieu scolaire pendant quelques journées consécutives afin d'augmenter l'efficacité);
- la hausse démographique dans certains secteurs;
- l'éloignement et la dispersion des écoles (impact sur le temps de déplacement des hygiénistes et le transport du matériel);
- la logistique (accès à des locaux adéquats, changements dans l'horaire scolaire ou la disponibilité des enfants...).

L'implantation de l'offre de services de scellants dentaires au secondaire dépendra de ces mêmes facteurs et de la création de nouveaux liens avec le milieu scolaire.

Le brossage des dents en milieu scolaire est peu pratiqué dans la région. L'implantation de projets pilotes nécessitera une nouvelle collaboration avec le milieu scolaire. Certains défis de logistique (accès aux lavabos, environnement adéquat, entreposage du matériel...) seront aussi à considérer lors de l'élaboration des projets.

L'intensité du déploiement du projet de brossage des dents en service de garde dépend de l'intérêt des milieux participants et des éducatrices impliquées. Une collaboration avec les regroupements des services de garde a déjà été établie et permet de faciliter la diffusion de l'information et des outils de soutien.

Le niveau d'implantation du projet « Grandir en souriant » dépend du temps disponible de l'hygiéniste dentaire et de la priorisation des activités en milieu scolaire. Ce projet implique aussi des défis de logistique particuliers (temps de déplacement, annulation de rendez-vous, collaboration des familles...). Le soutien des intervenants privilégiés est également nécessaire afin de référer les familles bénéficiant des SIPPE intéressées et afin d'assurer l'intégration de l'hygiéniste dentaire auprès de celles-ci.

Des lieux et modalités de rencontres alternatifs sont parfois utilisés pour rejoindre un plus grand nombre de familles (rencontres de groupe, ateliers...) et pourraient être un modèle à considérer pour augmenter l'accès au service.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
1-13	Développer des activités universelles de promotion et de prévention de la carie dentaire en milieu scolaire telles que le brossage des dents.	1-13 a	Initier des projets pilotes pour le brossage des dents dans les milieux scolaires démontrant un intérêt.
		1-13 b	Continuer à soutenir le projet régional de collations saines et bonnes pour les dents selon le temps disponible.
1-14	Maintenir le dépistage des enfants de la maternelle à risque de carie dentaire.	1-14 a	Offrir le service de dépistage des enfants à risque de carie en maternelle, en priorisant les milieux les plus à risque.
1-15	Maintenir les suivis dentaires préventifs des enfants dépistés à risque de carie, de la maternelle jusqu'à la 2 ^e année du primaire.	1-15 a	Effectuer des activités de counseling portant sur le brossage des dents, l'utilisation de la soie dentaire et la réduction de la consommation d'aliments cariogènes.
		1-15 b	Procéder à des applications topiques de fluorures deux fois par an, de la maternelle à la 2 ^e année.
		1-15 c	Procéder à l'application d'agents de scellement dentaire au moment opportun, soit dès l'éruption suffisante des molaires permanentes.
1-16	Maintenir le dépistage des enfants de la 2 ^e année du primaire pour un besoin de scellant dentaire ainsi que des enfants des autres niveaux scolaires, lorsque pertinent.	1-16 a	Assurer la formation et le maintien des compétences de l'hygiéniste pour le dépistage du besoin de scellant dentaire.
		1-16 b	Maintenir l'implantation actuelle du service de dépistage du besoin de scellant dentaire pour les secteurs ayant déjà atteint la cible.
		1-16 c	Soutenir les milieux ayant des défis particuliers afin d'augmenter l'offre de services d'agents de scellement dentaire pour les secteurs qui n'ont pas encore atteint la cible.
1-17	Assurer le scellement des puits et fissures nécessaires pour les enfants ciblés.	1-17 a	Maintenir l'implantation actuelle pour les secteurs ayant déjà atteint la cible.
		1-17 b	Soutenir les milieux ayant des défis particuliers afin d'augmenter l'offre de services d'agents de scellement dentaire pour les secteurs qui n'ont pas encore atteint la cible.
1-18	Développer l'activité de dépistage des enfants de la 2 ^e année du secondaire pour un besoin de scellant dentaire.	1-18 a	Initier la collaboration avec le milieu scolaire au secondaire pour débiter l'implantation du service.
		1-18 b	Offrir le service d'agents de scellement dentaire dans au moins une école secondaire par équipe d'hygiénistes dentaires.
1-19	Assurer le scellement des puits et fissures nécessaires pour les enfants ciblés en 2 ^e secondaire.	1-19 a	Initier la collaboration avec le milieu scolaire au secondaire pour débiter l'implantation du service.
		1-19 b	Offrir le service d'agents de scellement dentaire dans au moins une école secondaire.
1-20	Ajouter l'offre de l'expertise-conseil, du transfert de connaissances et de l'accompagnement à la mise en œuvre des actions efficaces de promotion et de prévention, notamment en prévention de la carie dentaire.	1-20 a	Soutenir les intervenants des milieux de garde à l'égard de la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie, entre autres pour le projet régional de brossage des dents.
		1-20 b	Fournir les outils de soutien pour l'implantation du brossage de dents en service de garde.

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
1-21	Maintenir et bonifier l'offre de services des SIPPE en lien avec l'accompagnement des familles, en y incluant du counseling et des actions dentaires préventives.	1-21 a	Soutenir l'implantation du projet « Grandir en souriant » auprès des familles bénéficiant des SIPPE intéressées et selon le temps disponible par l'hygiéniste dentaire.

4. Cibles :

- D'ici 2020, que les familles suivies dans les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) reçoivent l'intensité de visites à domicile prévue au cadre de référence. (1-2)
- D'ici 2020, que 90 % des enfants de la maternelle à risque de carie dentaire dépistés bénéficient d'un suivi dentaire préventif en milieu scolaire. (1-7A)
- D'ici 2020, que 85 % des enfants de la 2^e année du primaire auront été dépistés pour un besoin de scellement dentaire et que 80 % des enfants dépistés avec un besoin de scellant reçoivent l'application d'un scellant dentaire sur au moins l'une des premières molaires permanentes. (1-7B)
- D'ici 2020, que 75 % des enfants de la 2^e année du secondaire soient dépistés pour un besoin de scellement dentaire et que 80 % des enfants dépistés avec un besoin de scellant reçoivent l'application d'un scellant dentaire sur au moins l'une des deuxièmes molaires permanentes. (1-7C)
- D'ici 2020, le CIUSSS MCQ aura convenu des modalités de collaboration formelles avec les services de garde éducatifs à l'enfance pour la mise en œuvre d'interventions de promotion et de prévention. (1-8)

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- Direction du programme jeunesse - famille

Interventions de promotion et de prévention en services de garde éducatifs visant le développement global des enfants, particulièrement en contexte de vulnérabilité

1. État de situation :

En Mauricie et au Centre-du-Québec, les 151 services de garde éducatifs (SGÉ) certifiés par le ministère de la Famille représentent des milieux de vie stimulants et bienveillants pour les tout-petits. D'ailleurs, en 2012, les résultats de l'*Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle* (EQDEM) a révélé que les enfants ayant fréquenté un SGÉ avaient généralement plus de chance d'arriver mieux préparés à l'école, surtout en ce qui concerne les enfants vivant en milieux défavorisés. D'où l'importance de favoriser l'accès aux SGÉ, de privilégier des interventions en promotion-prévention basées sur les meilleures pratiques et de s'assurer de la complémentarité des actions entre les différents partenaires.

Présentement, il n'existe aucun mécanisme officiel permettant de convenir de modalités de collaboration entre le CIUSSS MCQ et l'ensemble des SGÉ concernant le développement global des tout-petits pour la région. Outre le fait qu'il y a environ 151 SGÉ reconnus avec lesquels des ententes sont à réaliser, de telles collaborations nécessiteront également des ententes nationales entre les ministères concernés. En attendant les travaux nationaux, il serait souhaitable de se doter d'un état de situation ainsi que d'une offre de services harmonisée de promotion et de prévention basée sur les meilleures pratiques tout en s'assurant de la faisabilité et de la réalité de chacun des partenaires.

2. Défis :

- Convenir de modalités de collaboration entre le CIUSSS MCQ et l'ensemble des SGÉ à l'enfance de la région.
- Définir et mettre en œuvre une offre de services visant le développement global des enfants, particulièrement en contexte de vulnérabilité
- Arrimer les différentes interventions de promotion et de prévention basées sur les meilleures pratiques.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
1-22	Développer des modalités de collaboration formelles avec les partenaires des services de garde éducatifs à l'enfance.	1-22 a	Élaborer un état de situation des collaborations en cours.
		1-22 b	Mettre en place des mécanismes locaux et régionaux de collaboration avec les SGÉ.
		1-22 c	Convenir des modalités de fonctionnement.
		1-22 d	Se doter d'une planification stratégique, tactique et opérationnelle.
1-23	Développer une expertise-conseil, des activités de transfert de connaissances et de l'accompagnement pour la mise en œuvre des actions et des interventions efficaces de promotion-prévention portant sur : • le développement de compétences personnelles et sociales; • la gestion des émotions et le développement de relations saines et harmonieuses;	1-23 a	Documenter les besoins des enfants et des services de garde en matière de promotion et de prévention afin de favoriser le développement global des enfants.
		1-23 b	Identifier les actions et les interventions efficaces ou prometteuses de promotion et de prévention s'adressant à l'ensemble des enfants ainsi qu'à ceux en situation de vulnérabilité.
		1-23 c	Définir une offre de services harmonisée visant le développement global des enfants, particulièrement en contexte de vulnérabilité, incluant un accompagnement aux intervenants des SGÉ. (voir 1-2)

Objectifs prioritaires	Étapes de réalisation
- les transitions harmonieuses entre le milieu familial et le milieu de garde ainsi que vers l'école; - les saines habitudes de vie et les comportements sains et sécuritaires; - la création d'environnements favorables.	1-23 d Mettre en œuvre l'offre de services harmonisée et soutenir les intervenants concernés du CIUSSS MCQ et des SGÉ.

4. Cible :

- D'ici 2020, le CIUSSS MCQ aura convenu des modalités de collaboration formelles avec les services de garde éducatifs à l'enfance pour la mise en œuvre d'interventions de promotion et de prévention.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- En collaboration avec la Direction du programme jeunesse - famille

Déploiement d'initiatives concertées visant la création d'environnements favorables au développement des jeunes enfants (ICIDJE)

1. État de situation :

Un bon départ dans la vie offre en général à chaque enfant des chances égales de développer son plein potentiel et de s'épanouir dans la collectivité sur plusieurs plans. L'Organisation mondiale de la santé explique que plus l'environnement de la petite enfance est stimulant, davantage de connexions positives se forment dans le cerveau et mieux l'enfant se développe dans tous les aspects de sa vie. Cela a une grande influence sur le bien-être, l'obésité ou l'arrêt de croissance, la santé mentale, les maladies du cœur, les compétences en lecture, en écriture et en calcul, la criminalité et la participation économique tout au long de la vie (OMS, 2007). Le développement des enfants et leur réussite éducative constituent des enjeux stratégiques pour le Québec d'aujourd'hui et de demain et interpellent plusieurs ministères du Gouvernement du Québec (ISQ, 2013).

L'Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants (ICIDJE) est un partenariat entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le ministère de la Famille, le ministère de l'Éducation et Enseignement supérieur (MEES), Avenir d'enfants et l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Cette initiative concertée vise à soutenir le développement des enfants québécois de 0 à 5 ans par la mise en œuvre de deux grands volets soit *l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle* (EQDEM) et la mobilisation des partenaires. L'EQDEM, réalisée pour la première fois en 2012, sera reconduite en 2017. La première édition aura permis d'avoir un premier portrait du développement des tout-petits de la région, mais les disparités quant au taux de participation selon les RLS auront limité la précision de certains indicateurs. De façon générale, les résultats permettent de constater qu'un enfant sur deux présente une vulnérabilité dans une des cinq sphères du développement évaluées¹², que 10 % des enfants d'ici ont un retard dans quatre sphères de développement et que 5 % d'entre eux sont vulnérables par rapport aux cinq sphères. Il est à noter que les élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA) et faisant partie d'une classe spéciale composée de plus de 50 % d'EHDA ont été exclus des estimations de l'EQDEM. Le portrait présente donc une situation préoccupante.

La mobilisation des partenaires de la petite enfance s'effectue par l'entremise de diverses instances, et ce, tant au niveau régional que local. La Direction de santé publique et responsabilité populationnelle (DSP-RP) du CIUSSS MCQ s'implique ainsi de plusieurs façons à travers divers mécanismes de concertation. Parmi les principales implications au niveau régional, la DSP-RP assume la présidence de la Table intersectorielle régionale en saines habitudes de vie (TIR-SHV), participe à l'entente MEES-MSSS et coordonne une première entente triennale spécifiquement dédiée à la petite enfance (2016-2019). Issue d'une mobilisation des partenaires de divers secteurs en 2015, cette nouvelle entente a été officialisée grâce à l'obtention d'un soutien financier accordé par Avenir d'enfants. Le regroupement intersectoriel régional pour l'enfance (RIRE) permettra ainsi la mise en œuvre d'actions préventives et éducatives pour améliorer les environnements où les enfants grandissent, vivent et apprennent. À l'aube d'une nouvelle enquête, la situation régionale semble tout indiquée pour mettre à profit les forces de chacun et développer une vision plus intégrée du développement global et optimal des enfants.

2. Défis :

- Assurer la pérennité des concertations régionales et locales dans le contexte de fin de financement provenant de Québec en Forme et d'Avenir d'enfants.
- Favoriser l'arrimage des interventions visant le développement global des enfants ainsi que de leurs parents.

¹² Les domaines de développement évalués par l'EQDEM sont : santé physique et bien-être; compétences sociales; maturité affective; développement cognitif et langagier; et habiletés de communication et connaissances générales.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
1-24	Intensifier la circulation d'information, auprès des partenaires, favorisant une compréhension commune des enjeux du territoire.	1-24 a	Assurer la compilation et l'analyse de données sur les 0-5 ans.
		1-24 b	Diffuser les données recueillies sur les 0-5 ans (EQDEM 2012 et 2017, tableau de bord MCQ, Observatoire des tout-petits)
		1-24 c	Favoriser l'appropriation des données sur les 0-5 ans (EQDEM 2012 et 2017, tableau de bord MCQ, Observatoire des tout-petits)
1-25	Intensifier la collaboration favorisant l'émergence d'actions concertées entre les acteurs de la communauté qui œuvrent en petite enfance.	1-25 a	Coordonner la mise en œuvre de la stratégie de mobilisation régionale intersectorielle pour les tout-petits et leur famille.
		1-25 b	Favoriser l'arrimage des interventions visant le développement global et optimal des enfants 0-5 ans (voir 1-2, 1-3, 1-4, 1-8).
		1-25 c	Collaborer à la mise en œuvre d'actions concertées visant le développement global et optimal des enfants et de leurs parents.
1-26	Intensifier les liens entre les instances de concertation visant le développement global et optimal des enfants 0-5 ans, tels : • Entente de complémentarité MEES-MSSS; • ICIDJE; • Persévérance scolaire (TREM et TRECCQ); • TIR-SHV; • Conférences administratives régionales (Mauricie et Centre-du-Québec); • Autres (regroupements locaux de partenaires, développement social, etc.).	1-26 a	Assurer une représentation stratégique et tactique sur les instances de concertation ciblant la petite enfance.
		1-26 b	Favoriser les liens entre les instances de concertation au niveau régional et local ayant des actions en petite enfance.

4. Cible :

- D'ici 2020, le CIUSSS MCQ aura participé à la majorité des instances de concertation susceptibles de contribuer à la création d'environnements favorables au développement des enfants.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- En collaboration avec la Direction du programme jeunesse - famille

Collaboration à la planification et à la mise en œuvre de services de type cliniques jeunesse pour les jeunes et leur famille

1. État de situation :

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

En 2012, un portrait régional des cliniques jeunesse a été réalisé afin de mesurer les écarts avec les fondements théoriques proposés par l'OMS et convenir, par la suite, des besoins de soutien régional en fonction de priorités retenues. Ce portrait s'inscrivait également dans la poursuite de l'élaboration de l'offre de services de promotion et de prévention en milieu scolaire du niveau secondaire (faisant partie de l'Entente MELS-MSSS), en complémentarité avec d'autres démarches telles que celles réalisées en ITSS (diminution de la chlamydia chez les 15 à 24 ans) et *École en santé*. Au terme des travaux, l'organisation des services a été ajustée et un premier référentiel d'activités dans les cliniques, celui concernant la santé affective et sexuelle, a été élaboré. Deux autres référentiels sont présentement en élaboration afin de tenir compte de la santé globale du jeune, soit la santé physique et des saines habitudes de vie, ainsi que de la santé mentale et psychosociale de l'adolescent.

Faisant suite à un état de situation demandé par le MSSS en juin 2016, il a été recensé 47 cliniques jeunesse en Mauricie et Centre-du-Québec. Bien que le déploiement et l'offre de services soient variables d'un RLS à l'autre, 31 cliniques en milieu scolaire secondaire ont fait l'objet de travaux afin de répondre aux recommandations des experts tant dans l'organisation des services que dans les interventions à offrir afin de tenir compte de la santé globale du jeune. Il est maintenant souhaitable que les 16 autres cliniques amorcent cette démarche afin d'harmoniser l'offre de services aux jeunes en matière de clinique jeunesse.

La démarche d'optimisation des soins et des services de proximité offerts aux adolescents en milieu scolaire dans les écoles secondaires de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été soulignée par de nombreux acteurs des milieux cliniques et des acteurs de santé publique comme un modèle à suivre. De plus, les services sont maintenant plus complets et accessibles pour la très forte majorité des jeunes qui fréquentent les écoles secondaires de la région.

2. Défis :

- Adhérer à la nouvelle vision des cliniques jeunesse telle que proposée par l'OMS et le PNSP, impliquant ainsi les autres directions du CIUSSS MCQ dans leur implantation.
- S'adapter au fait que les cliniques jeunesse n'offrent pas exclusivement des services en santé sexuelle, car il a été démontré que l'offre de services adaptée aux jeunes de 12 à 25 ans doit s'élargir, en tenant compte, entre autres, de la santé mentale et psychosociale de l'adolescent ou du jeune adulte.
- Harmoniser l'organisation et l'offre de services des cliniques jeunesse et mobiliser les gestionnaires et les intervenants concernés autour de ce changement de paradigme.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
1-27	Définir et mettre en œuvre une offre de services de type clinique jeunesse pour les jeunes et leur famille, notamment en matière de : • saines habitudes de vie;	1-27 a	Collaborer aux travaux nationaux concernant le chantier sur les cliniques jeunesse et l'élaboration du cadre de référence du MSSS.
		1-27 b	Poursuivre les travaux selon le modèle retenu dans les écoles secondaires de la région.

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
	- comportements sains et sécuritaires, notamment au regard de la santé sexuelle; - santé mentale et psychosociale.	1-27 c	Intensifier les travaux dans la région selon le modèle retenu dans les écoles postsecondaires et autres milieux de vie rejoignant les jeunes de 17 à 25 ans.
1-28	Développer l'expertise-conseil et le transfert de connaissances.	1-28 a	Soutenir le développement des compétences des professionnels (développement d'outils et autres).
		1-28 b	Faire connaître et diffuser les meilleures pratiques aux intervenants afin de les intégrer dans leurs interventions.
1-29	Intensifier l'accompagnement à la mise en œuvre des cliniques jeunesse selon le cadre de référence, en collaboration avec les partenaires (réseau de l'éducation et organismes communautaires) et ce en tenant compte des besoins des jeunes et des familles.	1-29 a	Mettre en réseau les partenaires concernés.
		1-29 b	Se doter d'un portrait des besoins des jeunes et de l'offre de services actuelle.
		1-29 c	Identifier les conditions favorables permettant une meilleure adaptation des services.
		1-29 d	Apporter les ajustements nécessaires au niveau de l'organisation des services et des interventions proposées en clinique jeunesse selon le nouveau modèle.

4. Cible :

- D'ici 2020, participer au projet pilote du MSSS afin d'adapter les services intégrés aux jeunes en lien avec le cadre de référence à venir.

5. Direction responsable :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

Collaboration dans le cadre d'une entente formelle avec le réseau de l'éducation pour la planification conjointe et la mise en œuvre d'actions de promotion et de prévention (approche École en santé)

1. État de situation :

En 2003, l'*Entente de complémentarité des services MELS-MSSS* a été signée, ayant comme objectif le développement des jeunes, par la promotion de la santé et du bien-être, l'éducation, la prévention ainsi que les services d'aide, d'adaptation et de réadaptation et le soutien aux familles. Pour actualiser l'axe de promotion et de prévention, l'approche École en santé a été choisie. En 2013, l'approche École en santé est toujours priorisée avec le renouvellement de l'entente. À la lumière des transformations organisationnelles des réseaux de la santé et des services sociaux ainsi que de l'éducation et avec le renouvellement de l'entente, une nouvelle structure de concertation est proposée. Ceci représente une opportunité de revoir et d'harmoniser les pratiques entourant le déploiement de l'approche École en santé et l'offre de services en promotion-prévention aux écoles afin de renforcer les collaborations et répondre aux besoins actuels des milieux scolaires.

Présentement en Mauricie et au Centre-du-Québec, le déploiement de l'approche ÉES s'est fait à géométrie variable selon les réalités et les besoins identifiés pour chacune des régions administratives. La région sociosanitaire est composée de 8 réseaux locaux de services (RLS), 5 commissions scolaires, comptant 218 écoles primaires et secondaires dont 85 % inscrivent des actions de promotion et de prévention dans une démarche concertée et planifiée au 31 mars 2016.

Au cours des dernières années, les interventions choisies en fonction des meilleures pratiques ont permis de soutenir les milieux scolaires en accompagnant davantage les jeunes en lien avec des problématiques telles que mentionnées dans l'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes au secondaire 2010-2011* (EQSJS) : la sédentarité, l'obésité, le tabagisme, l'image corporelle, la santé mentale, la violence dans les relations amoureuses. L'école représente un environnement favorable et un facteur de protection important misant sur la santé et le bien-être des jeunes de tous les niveaux. C'est un milieu de vie significatif offrant de nombreuses occasions d'apprentissage et de mobilisation des acteurs permettant aux jeunes de se développer en poursuivant l'objectif de la réussite éducative.

2. Défis :

- Maintenir et intensifier les ententes de collaboration entre le CIUSSS MCQ, les réseaux scolaire et communautaire.
- Se doter d'un cadre de référence harmonisé pour le déploiement des actions de promotion et de prévention en lien avec l'approche École en santé.
- Revoir l'offre de services en promotion et en prévention en milieu scolaire.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
1-30	Intensifier la collaborer à la planification conjointe et la mise en œuvre d'actions de promotion et de prévention en contexte scolaire en : • soutenant les intervenants du CIUSSS MCQ (expertise-conseil, transfert de connaissances, formation, outils) qui accompagnent les écoles ou collaborent à la planification et la mise en œuvre d'actions; • accompagnant les membres des équipes-écoles du réseau de l'éducation dans une démarche de planification concertée.	1-30 a	Faire un état de situation du déploiement de l'approche École en santé au CIUSSS MCQ.
		1-30 b	Réviser l'offre de services en promotion et en prévention pour les milieux scolaires.
		1-30 c	Soutenir les intervenants du milieu scolaire dans la planification des activités de promotion et de prévention au regard des meilleures pratiques touchant : • les compétences personnelles et sociales visant la gestion des émotions; • le développement des relations saines et harmonieuses; • l'adoption de saines habitudes de vie; • les comportements sains et sécuritaires; • la création d'environnements favorables.

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
1-31	Intensifier l'expertise-conseil, en collaboration avec le réseau de l'éducation sur les meilleures pratiques de promotion et de prévention de la santé en contexte scolaire auprès d'organismes externes au milieu scolaire.	1-31 a	Recenser les milieux externes susceptibles d'intervenir auprès de la clientèle des enfants et des jeunes en milieu scolaire.
		1-31 b	Soutenir les intervenants des différents organismes externes dans l'appropriation des meilleures pratiques en promotion et en prévention.
1-32	Maintenir des modalités de collaboration formelles avec les commissions scolaires pour la mise en œuvre d'intervention de promotion et de prévention en milieu scolaire.	1-32 a	Participer aux mécanismes régionaux de collaboration issus de l' <i>Entente de complémentarité MELS-MSSS</i> de 2003.
		1-32 b	Définir conjointement les orientations territoriales en matière de promotion et prévention et les priorités d'action.
		1-32 c	Se doter d'une planification stratégique territoriale.
		1-32 d	Mettre en place par commission scolaire des regroupements de partenaires scolaires et communautaires pour la mise en œuvre des priorités d'action.

4. Cible :

- D'ici 2020, que le CIUSSS MCQ ait convenu de modalités de collaboration formelle pour la mise en œuvre d'actions de promotion et de prévention en contexte scolaire.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- En collaboration avec la Direction du programme jeunesse - famille

1. État de situation :

L'implantation de politiques publiques favorables au développement global des enfants et des jeunes est une des stratégies essentielles permettant d'avoir un impact significatif sur l'état de santé et le bien-être des enfants, des jeunes et de leur famille. Les politiques publiques ont en général une portée plus large, de sorte que les effets sont très importants. Elles permettent d'agir sur les déterminants de la santé qui, parmi les facteurs d'influence, génèrent le plus de santé et de bien-être.

Au cours des dernières années, plusieurs acteurs de la santé publique de tous les paliers ont pu, s'appuyant sur des données probantes et des recommandations d'experts, sensibiliser et influencer différents partenaires en ce qui concerne les conditions de vie des familles et les autres déterminants de la santé. Les recherches, les développements et les innovations majeures ont permis d'apprendre davantage sur la façon dont tous les déterminants de la santé influencent le développement physique, social, mental, émotif et spirituel des enfants et des jeunes. C'est ainsi que le développement d'un jeune est fortement influencé par son logement et son voisinage, son quartier et sa communauté, les revenus de sa famille et le niveau d'instruction de ses parents, les compétences personnelles et sociales de ses parents, les relations d'affection, les valeurs et les normes sociales, l'accès à des aliments nutritifs et à des activités physiques, son patrimoine génétique et l'accès à des soins dentaires et médicaux. La qualité du développement du jeune enfant repose entre autres sur les ressources financières et sociales auxquelles ont accès les parents. D'où l'importance de se doter de mesures permettant de réduire les inégalités sociales. Aussi, il a été démontré l'importance d'augmenter l'accessibilité aux services de garde éducatifs et de favoriser des actions permettant d'agir sur la réussite éducative.

Dans la région, plusieurs partenaires croient à l'importance d'agir tôt « ensemble » auprès des tout-petits et de leur famille ainsi que d'accompagner au mieux tous les enfants et les jeunes dans leurs parcours scolaires. Il est donc essentiel de poursuivre les collaborations au sein des comités intersectoriels tels que le Regroupement intersectoriel régional pour l'enfance (le RIRE), les tables régionales en éducation (TREM et TRECQ), les tables intersectorielles régionales sur les saines habitudes de vie (TIR-SHV) de la Mauricie et du Centre-du-Québec, etc. Des actions concrètes ont déjà permis d'agir sur plusieurs déterminants de la santé afin de favoriser l'accès aux services de garde, l'intégration des parents à la formation ou à l'emploi, l'adoption de saines habitudes de vie, la participation à la vie citoyenne et communautaire tout en bénéficiant de ressources de la communauté selon leurs besoins, etc. Les efforts devront se poursuivre, notamment pour diminuer les écarts entre les plus favorisés et les plus défavorisés qui continuent à augmenter.

2. Défis :

- Adopter une planification à long terme de soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables au développement global des enfants et des jeunes.
- Adapter les politiques publiques et leur mise en œuvre aux besoins des enfants et des jeunes en tenant compte des nouvelles réalités familiales et sociétales.
- Sensibiliser les partenaires, les décideurs et la population en général sur les conséquences qu'ont les déterminants, les groupes qu'ils touchent, les moments où ils surviennent et la manière dont ils affectent davantage certaines populations plutôt que d'autres, etc.
- Développer et consolider les collaborations avec les partenaires sectoriels et intersectoriels.

¹³ La notion de politiques publiques est comprise, dans son sens large, comme étant les décisions d'une autorité quant aux objectifs à poursuivre et aux moyens d'action à prendre à l'égard d'une situation donnée, que ces décisions soient exprimées dans un document officiel (ex. : énoncé de politique) ou non (politique implicite).

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
1-33	Intensifier les collaborations, en fonction des opportunités, avec les partenaires nationaux et territoriaux du secteur de la santé et des autres secteurs d'activité, sur la base des meilleures connaissances disponibles, à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables au développement des enfants et des jeunes.	1-33 a	Assurer une vigilance régionale afin d'identifier les projets ou les politiques ayant des effets importants sur le développement des enfants et des jeunes et collaborer avec les partenaires concernés à diminuer les impacts négatifs.
		1-33 b	Collaborer aux travaux régionaux visant l'amélioration des conditions de vie des familles tels que : la conciliation travail-famille, le revenu minimum pour les familles, l'accès à un emploi de qualité et l'accès à un logement abordable et salubre.
		1-33 c	Collaborer aux travaux régionaux visant à améliorer l'accès aux services de garde éducatifs, en particulier pour les enfants vivant en contexte de vulnérabilité sur le plan socioéconomique ou dont le développement est préoccupant.
		1-33 d	Collaborer aux travaux régionaux visant l'amélioration de la santé et la réussite éducative des enfants et des jeunes par des actions de promotion et de prévention touchant plus particulièrement les déterminants suivants : les compétences personnelles et sociales, les habitudes de vie et les comportements et ainsi que les milieux de vie sains et sécuritaires.
		1-33 e	Fournir une expertise-conseil en soutien à l'élaboration ou à la mise en œuvre de politiques publiques favorables au développement des enfants et des jeunes.

4. Cible :

- D'ici 2020, le MSSS et le CIUSSS MCQ auront collaboré à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables au développement global des enfants et des jeunes.

5. Direction responsable :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

Liste des auteurs, directions et milieux de vie visés

Auteurs

- Martine Croteau
- Julie Doré
- Marie-Claude Drouin
- Élisabeth Giraudo
- Catherine Hamelin
- Yanik Lefebvre
- Marie-Andrée Nadeau
- Serge Nadeau
- Chantal St-Pierre
- Manon Toupin

Directions et milieux de vie visés

Noms des fiches	Directions responsables et collaboratrices	Milieux de vie visés						
		F	MG	MS	MT	H	CLM	NA
Services de soutien aux pratiques parentales dès la grossesse	• DSP-RP • DPFJ • DAP	x						
Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité	• DSP-RP • DPJF	x	x				x	
Services de nutrition prénatals et postnatals pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité	• DSP-RP • DAP	x						
Soutien à la mise en œuvre d'interventions favorisant l'allaitement (Initiative des amis des bébés)	• DSP-RP • DAP	x	x			x	x	
Prévention de l'apparition de problèmes de santé buccodentaire	• DSP-RP • DPJF	x	x	x				
Interventions de promotion et de prévention en services de garde éducatifs visant le développement global des enfants, particulièrement en contexte de vulnérabilité	• DSP-RP • DPJF	x	x	x				
Déploiement d'initiatives concertées visant la création d'environnements favorables au développement des jeunes enfants (ICIDJE)	• DSP-RP • DPJF	x	x	x			x	
Collaboration à la planification et à la mise en œuvre de services de type cliniques jeunesse pour les jeunes et leur famille	• DSP-RP			x			x	
Collaboration dans le cadre d'une entente formelle avec le réseau de l'éducation pour la planification conjointe et la mise en œuvre d'actions de promotion et de prévention (approche École en santé)	• DSP-RP • DPJF		x	x				
Collaboration à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables au développement global des enfants et des jeunes	• DSP-RP	x	x	x	x	x	x	

DSP-RP : Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

DPJF : Direction du programme jeunesse – famille

DAP : Direction adjointe – Périnatalité

F : Famille

MG : Milieu de garde

MS : Milieu scolaire

MT : Milieu de travail

H : Hébergement

CLM : Communauté locale et municipale

NA : Ne s'applique pas

AXE D'INTERVENTION 2 - L'ADOPTION DE MODES DE VIE ET LA CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS SAINS ET SÉCURITAIRES

L'axe 2 touchant l'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires vise à intervenir de façon intégrée en amont de plusieurs problèmes de santé évitables tels les maladies chroniques, les traumatismes non intentionnels, des problèmes associés à l'environnement physique ou au milieu de travail ainsi que certains problèmes de santé mentale et d'adaptation sociale.

En effet, il est maintenant reconnu que les modes de vie des individus ainsi que les environnements dans lesquels ils évoluent influencent leur état de santé. Les environnements sains et sécuritaires présentent des caractéristiques propices à la santé physique, mentale et psychosociale et rendent les choix favorables à la santé plus faciles et plus accessibles. De plus, une combinaison d'approches, à la fois individuelles et environnementales, contribue à renforcer la capacité des personnes à agir sur leur santé.

Comme les milieux de vie¹⁴ sont des environnements sociaux étroitement liés aux modes de vie des individus, les services de santé publique doivent les soutenir pour les rendre plus sains et sécuritaires, d'où l'importance de travailler en collaboration avec des partenaires provenant de différentes instances. Cela implique également de la part des acteurs de santé publique de promouvoir et de soutenir le développement des communautés ainsi que l'adoption de politiques publiques favorables à la santé.

Afin atteindre un plus grand nombre de travailleurs de tous les secteurs d'activité et considérant les multiples dimensions du travail sur lesquelles il est possible d'agir, il est prévu de mener des actions complémentaires à celles déjà en cours par l'entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).

Dans la région, une attention particulière sera également portée au vieillissement en santé en favorisant la participation sociale et l'autonomie des aînés. De plus, la réduction des inégalités sociales de santé demeure une préoccupation constante à travers l'ensemble des objectifs de cet axe.

En complémentarité avec les objectifs du PNSP, vous trouverez dans les pages suivantes les objectifs prioritaires pour la région.

Objectifs du PNSP

- Promouvoir, par des approches intégrées, la création et le maintien de milieux de vie et de communautés sains et sécuritaires.
- Promouvoir et faciliter l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sains et sécuritaires.
- Prévenir l'initiation au tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac dans l'environnement ainsi que soutenir la cessation tabagique.
- Prévenir les problèmes associés à la consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives ainsi qu'à la pratique des jeux de hasard et d'argent.
- Prévenir l'exposition aux risques pour la santé liés à l'environnement physique.
- Prévenir l'exposition aux risques pour la santé liés aux milieux de travail.

Note pour le lecteur : La numérotation des objectifs prioritaires et des étapes de réalisation correspond à la numérotation des plans d'action thématiques tripartites. Il se peut donc que les chiffres ne se suivent pas.

¹⁴ Les principaux milieux de vie ciblés sont les services de garde, les milieux scolaires, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les milieux de travail, les milieux municipaux et les communautés.

1. État de situation :

Depuis plusieurs années, le CIUSSS MCQ informe et sensibilise la population de la région sur diverses préoccupations de santé publique. À ce chapitre, des communications en lien avec la prévention des problèmes reliés au poids, les saines habitudes de vie, la santé environnementale et les risques à la santé en milieu de travail. Les campagnes et activités de communication (ex. : Défi Santé, Plaisirs d'hiver, Famille sans fumée, etc.) sont principalement développées par des organismes nationaux qui interpellent le CIUSSS MCQ pour soutenir leur déploiement régional. Pour joindre les groupes ciblés par ces campagnes, l'établissement collabore avec des partenaires œuvrant dans différents milieux de vie (centres de petite enfance, scolaire, municipal, travail, communautaire). Toutefois, peu de campagnes sociétales portant sur la saine gestion du poids et de l'image corporelle sont soutenues dans la région, bien qu'il s'agisse d'un volet d'intervention complémentaire dans le cadre de la prévention des problèmes reliés au poids.

Dans le cadre des ententes avec la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), le CIUSSS MCQ réalise des activités d'information sur les risques présents en milieu de travail. Ces activités de communication sont menées auprès des employeurs et des travailleurs sur les risques présents en milieu de travail. Fait intéressant, les activités de communication en santé au travail ont été implantées à plus de 95 % dans les milieux visés par le PARSP 2009-2012, prolongé jusqu'en 2015. Toutefois, les secteurs prioritaires qui bénéficient des interventions du réseau de la santé publique en santé au travail (RSPSAT) représentent seulement 25 % de la population de travailleurs.

En lien avec la qualité de l'air dans l'environnement physique, des campagnes sociétales d'information sont menées sur le radon et la qualité de l'air extérieur. Ces thématiques font aussi l'objet de communications menées au niveau régional du fait de la prévalence plus marquée des maladies pulmonaires obstructives chroniques dans la région (8 %).

La population de la région présente des facteurs de défavorisation socio-économique ainsi qu'un vieillissement plus important par rapport à l'ensemble de la province. Ceux-ci sont reconnus comme pouvant contribuer à un faible niveau de littératie en santé¹⁵, d'où l'importance d'adapter les communications à ces groupes plus vulnérables de la population. À ce jour, aucune stratégie n'a été adoptée pour s'assurer d'adapter les messages préventifs et d'évaluer leur intégration auprès de ces groupes particulièrement touchés par les problématiques de santé. Au cours des prochaines années, la Direction de santé publique et responsabilité populationnelle, en collaboration avec la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques du CIUSSS MCQ, souhaite faire un pas de plus dans la planification et l'adaptation des activités de communication aux contextes et aux besoins des publics ciblés.

2. Défis :

- Planifier les activités de communication en fonction des priorités territoriales.
- Réinvestir les campagnes sociétales des partenaires nationaux et régionaux.
- Sensibiliser les acteurs de santé publique et leurs partenaires à l'importance d'adapter les communications pour rejoindre de façon efficace les populations vulnérables.
- Faire une utilisation plus variée des moyens de communication.
- Impliquer les organismes œuvrant auprès des publics visés dans la planification et l'utilisation des campagnes sociétales.

¹⁵ Selon l'Organisation mondiale de la santé, la littératie en santé représente les connaissances cognitives et sociales qui déterminent la motivation et l'aptitude des individus pour repérer, comprendre et utiliser de l'information afin de promouvoir et de maintenir la santé. Il s'agit donc d'une compétence permettant aux personnes d'accéder à de l'information en santé, de la comprendre, de l'évaluer et de l'utiliser dans le but de maintenir ou d'améliorer leur santé et celle de leur famille.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
2-1	Intensifier l'information à la population du territoire, particulièrement les populations vulnérables, afin de la sensibiliser au regard de l'impact sur la santé des modes de vie et des environnements et sur les mesures de prévention efficaces : - les saines habitudes de vie et les comportements sains et sécuritaires¹⁶; - la saine gestion du poids et l'image corporelle; - les risques pour la santé liés à l'environnement physique; - les risques pour la santé liés au milieu de travail.	2-1 a	Identifier les thématiques prioritaires à l'échelle territoriale.
		2-1 b	Identifier les objectifs des activités de communication envisagées.
		2-1 c	Planifier les activités de communication, en collaboration avec la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques, en fournissant les contenus nécessaires à la conception des messages, à l'élaboration des outils d'information et à l'adaptation des communications aux contextes et aux besoins des publics visés.
		2-1 d	Mettre en œuvre les activités de communication adaptées.
		2-1 e	Évaluer l'intégration des messages de santé publique auprès des publics visés.

4. Cibles :

- D'ici 2020, 70 % des communications déployées par le MSSS et les CIUSSS/CIUSSS auront été adaptées (tant sur le plan des moyens de communication que de l'information transmise) afin de rejoindre des populations vulnérables.
- D'ici 2020, 30 % de la population québécoise aura été rejointe par de grandes campagnes sociétales.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques

¹⁶ Les habitudes de vie et les comportements sains et sécuritaires visés par ce service sont principalement l'alimentation, le mode de vie physiquement actif, l'hygiène dentaire, le tabagisme, la consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives, la pratique de jeux de hasard et d'argent, les comportements sexuels et d'autres comportements liés à la sécurité des personnes. (PNSP 2015-2025, p. 46)

Service de cessation tabagique

1. État de situation :

Le tabagisme demeure la principale cause évitable de maladies et de mortalité. Il entraîne plus de 10 000 décès annuellement au Québec, soit 1 décès sur 5. Les décès qu'il provoque sont essentiellement attribuables aux nombreuses maladies chroniques dont les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et les cancers. Il est le principal facteur de risque sur lequel il est possible d'intervenir de manière efficace.

La Mauricie et le Centre-du-Québec ne se démarque pas du Québec quant à la proportion de fumeurs actuels chez les 12 ans et plus, qui est de 23 %. Un pourcentage élevé de fumeurs se retrouve chez les 20-24 ans et l'initiation tabagique se fait davantage chez les moins de 20 ans. L'exposition à la fumée secondaire est un facteur de risque important du cancer du poumon. Dans la région, 16 % y sont exposés quotidiennement. Selon des données des années 2000 à 2009, entre 52 % et 66 % des fumeurs (autant hommes que femmes) avaient l'intention de cesser de fumer dans les 6 prochains mois.

La région compte 86 000 fumeurs. Un plan d'action ministériel prévoit le déploiement d'une offre de services d'aide aux fumeurs dans l'ensemble du Québec. Ce plan est présentement en révision, mais des services tels que la ligne téléphonique, le site web (J'arrête), les réseaux sociaux, les centres d'abandon du tabagisme et l'accessibilité aux aides pharmacologiques sont déjà en place depuis plus de dix ans. Un centre d'abandon du tabagisme (CAT) est présent dans les huit RLS du territoire. Dans la dernière année, ils ont rencontré 970 usagers différents. Depuis 2015, l'ordonnance collective facilite l'accès aux thérapies de remplacement nicotinique (TRN). Il est reconnu par la littérature que les TRN sont complémentaires à l'approche motivationnelle et augmente les chances de réussite. Il est préoccupant d'observer une diminution de références provenant des collaborateurs (pharmaciens, médecins) aux services des CAT. De plus, on constate une diminution d'accès au service, ce qui a pu engendrer une baisse de fréquentation de la part des usagers.

2. Défis :

- Augmenter l'accessibilité du service au CAT à la population générale tout en adaptant les interventions aux clientèles vulnérables.
- Améliorer les références aux centres d'abandon du tabagisme.
- Maintenir le transfert de connaissances selon les meilleures pratiques pour assurer la qualité du service.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
2-2	Intensifier l'offre de services d'aide à l'abandon du tabagisme aux personnes qui désirent cesser de fumer.	2-2 a	Maintenir une offre universelle pour les services individuels.
		2-2 b	Actualiser les recommandations provenant de l'exercice d'optimisation incluant l'accès, l'accessibilité et la qualité.
		2-2 c	Collaborer avec les directions concernées du CIUSSS MCQ dans la mise en place d'un corridor et d'une trajectoire pour la référence aux services de cessation tabagique.
		2-2 d	Réaliser un plan de communication afin de promouvoir les services individuels en cessation tabagique disponibles auprès des milieux de vie, notamment auprès des personnes issues de milieux défavorisés.
		2-2 e	Analyser la faisabilité de rejoindre la clientèle des milieux carcéraux, consommateurs de drogues et de développer l'intervention de groupe.

4. Cible :

- D'ici 2020, le nombre d'utilisateurs des services des centres d'abandon du tabagisme (CAT) aura augmenté de 20 %.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- Direction des soins infirmiers
- En collaboration avec la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques

1. État de situation :

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que l'alcool est le troisième facteur de risque de mortalité et de morbidité en importance après le tabac et l'hypertension artérielle. La consommation d'alcool est associée à des décès, des maladies chroniques, des cancers, des blessures, des traumatismes intentionnels et non intentionnels, de la violence, des problèmes de santé mentale, de la dépendance et des problèmes sociaux. Au Québec, 1,8 % des décès sont attribuables à l'alcool. La consommation est en hausse au Québec et les modes de consommation (hausse des quantités hebdomadaires et consommation excessive) suivent cette tendance¹⁷.

Les drogues et substances psychoactives ont également leurs effets sur la santé tant physique que mentale et touchent particulièrement les clientèles plus vulnérables (milieux carcéraux, itinérance, UDI, etc.) et à risques (jeunes en difficultés, femmes enceintes, autochtones...). La consommation de drogues, les contextes (notamment le contexte politique) dans lesquels se produit cette consommation et leurs conséquences sur la santé évoluent rapidement et de plusieurs façons¹⁸. Un suivi et une compréhension accrue de ces phénomènes seront nécessaires au cours des prochaines années pour mettre en œuvre les meilleures pratiques.

Spécifiquement pour la région, une attention particulière devra être portée aux jeunes de 15-24 ans concernant la consommation excessive d'alcool et la consommation d'amphétamines et de drogues. La région présente un taux de mortalité supérieur à celui de la province pour les maladies du foie (11 p. 100 000 vs 9 p. 100 000) et certains territoires sont particulièrement concernés¹⁹. En ce qui concerne les jeux de hasard et d'argent, on observe plus de joueurs que pour le reste du Québec, mais moins de 1 % de la population a des troubles occasionnés par le jeu.

Les approches de santé publique en matière d'alcool, de drogues et substances psychoactives varient en fonction de la nature du produit, de son contexte de consommation (légal ou illicite), de ses impacts sur la santé et du niveau d'acceptabilité sociale (norme). Dans la région, des programmes préventifs et de dépistage tels qu'Alcochoix, DEP-ADO, etc. sont offerts par les CLSC, les centres de réadaptation en dépendance et les organismes communautaires. Par contre, aucun portrait regroupant l'ensemble des interventions, approches ou initiatives des partenaires n'existe dans la région.

Au-delà des interventions d'éducation à la santé, les politiques publiques contribuent à modifier la norme sociale et influencent les comportements individuels et collectifs. Celles-ci varient et changent en fonction de la nature du produit, du cadre juridique et social et par le fait même, ont des répercussions sur les interventions préventives à privilégier. À titre d'exemple, la révision de la réglementation canadienne en matière de cannabis qui pourrait modifier son statut légal. Suite à cette modification, une attention particulière devait être apportée aux impacts, car ceux-ci pourraient engendrer des changements aux interventions préventives.

2. Défis :

- Intégration des actions préventives (pratiques cliniques et environnementales) dans le continuum de soins.
- Promouvoir les actions communautaires de prévention et de réduction des méfaits, ex. : coupons de taxi.
- Analyser l'impact des changements politiques sur les interventions préventives.

¹⁷ INSPQ, *La consommation d'alcool et la santé publique au Québec : synthèse*, 2010.

¹⁸ INSPQ, *Synthèse des connaissances : actions novatrices en matière de substances psychoactives « illicites »*, 2016.

¹⁹ CIUSSS MCQ, *Portrait de santé de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec 2015-2020*, 2015.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
2-3	Développer le soutien aux partenaires des différents secteurs (ex. : milieu scolaire, municipalités, organismes responsables d'événements festifs) dans le déploiement d'initiatives visant à réduire les méfaits de l'alcool et autres SPA.	2-3 a	S'approprier les meilleures pratiques préventives définies par le MSSS.
		2-3 b	Réaliser un état de situation de l'ensemble des interventions préventives (PCP, éducatives, instrument politique) déployées par le CIUSSS MCQ et destinées aux jeunes et aux adultes.
		2-3 c	Réaliser un état de situation de l'ensemble des interventions préventives (brèves, éducatives et politiques) déployées par différents partenaires et destinées aux jeunes et aux adultes : • milieu scolaire; • municipalité; • organismes communautaires.
		2-3 d	Concevoir un plan d'action permettant d'inscrire les interventions préventives comportementales et environnementales intégrées au continuum de soins destinées aux jeunes et aux adultes.
		2-3 e	Adapter les actions en fonction des changements politiques, ex. : réglementation sur le cannabis.

4. Cible :

- Pour le MSSS : D'ici 2020, le MSSS aura défini des actions visant à réduire les conséquences de l'alcool, des autres substances psychoactives (SPA) ainsi que des jeux de hasard et d'argent.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- En collaboration avec la Direction Programme santé mentale adulte et dépendance
- En collaboration avec la Direction adjointe Continuum jeunes en difficulté et santé mentale

Continuum de services communautaires dédiés à la promotion de la santé et à la prévention des chutes auprès de la population des 50 ans et plus

1. État de situation :

La chute est un événement multifactoriel associé à un ou plusieurs facteurs de risque liés à la condition de l'individu (génétique, maladies, incapacités, etc.), à ses comportements (habitudes de vie) ainsi qu'à son environnement (conditions de vie). Les causes des chutes varient selon l'âge, l'état de santé et le niveau fonctionnel de la personne. L'ampleur et la gravité des chutes chez les personnes de 65 ans et plus constituent un problème de santé publique important. En effet, on sait maintenant que 33 % des aînés vivant à domicile vont faire une chute au cours de l'année. Dans la région, 4 % des personnes âgées mentionnent avoir fait une chute assez grave pour limiter leurs activités normales dans la dernière année. On observe une surmortalité par traumatismes non intentionnels dans la région comparativement au Québec attribuable tant aux chutes qu'aux accidents de la route. Pour plusieurs aînés, la chute constitue l'événement déclencheur d'une perte de mobilité et d'autonomie. Voici ce que l'on retient du bilan du PARSP 2009-2012, prolongé jusqu'en 2015, sur la prévention des facteurs de risque de chute et la promotion des facteurs de protection :

- Intervention multifactorielle personnalisée (IMP) : pour les aînés en perte d'autonomie, implantée à hauteur de 0,9 % de la population des 65 ans et plus (MSSS prévoit 1,6 % à 4,2 % de la population des 65 ans et plus).
- Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) : pour les aînés autonomes ou ayant des facteurs de risque, implanté à hauteur de 1,1 % de la population des 65 ans et plus (cible du MSSS, 5 % des 65 ans et plus).
- Programme Debout! chez les 50 ans et plus (pour agir en amont) est à maintenir et à consolider en partenariat. Environ 2 000 personnes de 50 ans et plus y participent annuellement.
- Groupe Viactive : plus de 4 700 personnes sont rejointes annuellement.

La prévalence des maladies chroniques, tributaires elles-mêmes des habitudes et conditions de vie augmente considérablement à partir de l'âge de 45 ans. La littérature sur les chutes considère aussi les conditions chroniques (incluant l'arthrite, le diabète, les déficits visuels, etc.) comme des facteurs de risque à la probabilité de chuter. D'où l'importance de développer un véritable continuum de services pour assurer une augmentation continue du taux de pénétration d'actions préventives et de promotion de la santé chez les 50 ans et plus.

2. Défis :

- Innover dans le but d'augmenter le nombre de personnes rejointes annuellement par ces services de prévention et de promotion de la santé en facilitant une accessibilité de proximité (quartiers, municipalités) dans les réseaux locaux de services.
- Consolider l'offre de services en prévention et en promotion de la santé sur un continuum de services pour les 50 ans et plus (dans la perspective pour un vieillissement en santé VES et la responsabilité populationnelle) par un travail en partenariat intersectoriel et en misant davantage sur les environnements favorables à la santé (physique, socioculturel, économique et politique).
- Accompagner davantage les intervenants concernés (formation, communauté de pratique) et de mettre à jour en continu les processus et les outils requis, supportant l'approche par les pairs, l'action intersectorielle et les pratiques collaboratives et le patient partenaire.
- Miser sur des approches éducationnelles novatrices à l'aide des nouvelles technologies de la communication en portant une attention particulière à certains groupes cibles.
- Faciliter l'intégration des pratiques cliniques préventives qui s'adressent aux personnes de 50 ans et plus, sur un continuum de services en prévention des chutes et des maladies chroniques en assurant la continuité et la transversalité inter-directions du CIUSSS MCQ.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
2-4	Développer ou consolider le continuum de services communautaires dédiés à la promotion de la santé et à la prévention des chutes auprès de la clientèle de 50 ans ou plus, autonome et/ou ayant des facteurs de risque, conjointement avec les partenaires intrasectoriels et intersectoriels (régionaux et locaux).	2-4 a	Consolider les activités éducatives des programmes PIED et DEBOUT! en développant des alliances avec les partenaires intersectoriels (notamment pour le recrutement et la dispensation du programme).
		2-4 b	Se donner les moyens pour influencer ou participer aux démarches municipales Municipalités amies des aînés (MADA) ou pour établir des alliances avec celles de <i>Prendre soin de notre monde</i> pour soutenir des interventions sur les environnements favorables pour les 50 ans et plus.
		2-4 c	Expérimenter des approches adaptées pour certains sous-groupes de la population cible, peu rejoints actuellement par les programmes PIED/Debout!, en concertation avec les organismes communautaires et les comités MADA (ex. : par un projet pilote dans un réseau local de services).
		2-4 d	Rendre accessible avec les partenaires communautaires un répertoire des technologies d'information et de communication (TIC) pouvant soutenir la diffusion universelle des contenus éducatifs ou des changements des habitudes de vie ou de l'adaptation mineure du domicile chez les 50 ans et plus.
		2-4 e	Outiller et former les équipes cliniques concernées du CIUSSS MCQ (santé publique, santé physique, SAPA et services sociaux) en misant sur les interventions environnementales, la promotion des saines habitudes de vie et l'adaptation du domicile (facteurs de protection communs aux chutes et maladies chroniques).
2-5	Améliorer l'accessibilité populationnelle chez les 50 ans et plus en explorant de nouveaux modes de dispensation de services.	2-5 a	Élaborer avec les partenaires intersectoriels (MADA, FADOQ, etc.) un projet pilote sur un nouveau mode de dispensation de services éducatifs communautaires.
		2-5 b	Expérimenter et évaluer un projet de démonstration en partenariat avec des organismes du milieu communautaire pour offrir les interventions en éducation à la santé (programme Debout!, programme PIED, Viactive, etc.), à l'aide des techniques de communication et d'information (ex. : visioconférence, télévision communautaire), avec le soutien de pairs aînés formés comme agents multiplicateurs.

4. Cible :

- D'ici 2020, augmenter le nombre de sessions du programme PIED dans le territoire du CIUSSS MCQ.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- Les équipes cliniques des directions générales adjointes de santé physique et de services sociaux

1. État de situation :

Approche intégrée

Une société vieillissante est signe de richesse et de prospérité. L'un des plus grands défis de la santé publique du XXI^e siècle est de convaincre les décideurs qu'en plus des efforts pour améliorer la qualité des soins aux aînés, il est bénéfique de miser sur les actions en amont pouvant avoir des impacts significatifs sur la santé et la qualité de vie. Il est maintenant de plus en plus reconnu et prouvé que la promotion de la santé et la prévention auprès des 50 ans et plus sont bénéfiques et rentables. La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec (MCQ) compte 109 043 personnes âgées de 65 ans et plus, représentant 21 % de l'ensemble de sa population, ce qui la classe au 3^e rang provincial. En 2020, cette proportion aura atteint 25 %. Les 50-64 ans représentent actuellement 25 % de la population de la région. En 2030, une personne sur deux sera âgée de 50 ans et plus. Selon les données disponibles, les aînés en MCQ sont aussi un groupe où des gains sont toujours possibles au niveau de leurs conditions et habitudes de vie. Le projet populationnel pour les 50 ans et plus doit s'inscrire dans un continuum de services qui permet à la fois d'agir en amont sur les facteurs de protection individuels et les environnements sains. Une approche à l'exemple du modèle québécois « Perspectives pour un Vieillissement en santé »²⁰ soutient une intégration et un continuum de services pour tous les aînés quel que soient leur état de santé, leur niveau d'autonomie et leurs conditions de vie. Cependant, les efforts en ce sens sont souvent morcelés ou à intensité très variable tant au Québec qu'en MCQ. Les aînés sont moins ciblés que les autres groupes d'âge par des interventions à visée préventive. Les programmes en promotion de la santé développés pour les aînés adoptent généralement des approches de modification des caractéristiques individuelles au détriment des approches innovantes impliquant des actions sur les environnements favorables²¹. Il est important de miser sur les principaux facteurs de protection communs aux maladies chroniques, aux chutes ou problèmes psychosociaux, soit accroître la participation sociale (prévention de l'isolement et de la maltraitance), l'activité physique en favorisant un mode de vie physiquement actif et tendre vers une saine alimentation chez les 50 ans et plus. Pour ce faire, l'intégration des services, le partenariat et l'action intersectorielle sont essentiels.

Intégration des Groupes Viactive en MCQ au continuum de services

Le programme d'activité physique Viactive déployé sur l'ensemble du territoire du CIUSSS MCQ soutient l'autonomisation des aînés envers leur santé physique, psychologique et sociale. Il implique des ressources régionales et locales du CIUSSS MCQ mandatées pour former, outiller et accompagner les 216 groupes ainsi que 427 animatrices et animateurs Viactive qui favorisent la pratique d'activités physiques chez plus de 4 700 personnes âgées de la région. Des ponts existent entre le programme PIED et le programme Viactive pour tenter d'assurer une pérennité de la pratique d'activités physiques aux groupes ayant suivi le programme PIED. Dans le cadre de la démarche *Prendre soin de notre monde* (PSNM), les ressources régionales et les membres des équipes locales en promotion des saines habitudes de vie (kinésiologues, nutritionnistes et organisateurs communautaires) de la Direction de santé publique et responsabilité populationnelle du CIUSSS MCQ agissent comme acteurs de soutien auprès des municipalités afin de stimuler et de soutenir la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie au bénéfice de toutes les générations.

La santé dentaire, un besoin émergent chez les aînés recevant des soins à domicile et en hébergement

L'interrelation entre la santé buccodentaire et la santé générale est particulièrement prononcée chez les aînés. Une mauvaise santé dentaire augmente le risque à la santé générale. La réciproque est aussi vraie, des maladies chroniques (diabète, maladies cardiaques, etc.) et les effets secondaires de plusieurs médicaments ont un impact négatif sur la santé buccodentaire. L'édentation demeure un problème important au Québec. La région présente des taux d'édentation significativement plus élevés par rapport au reste de la province. L'*Enquête québécoise de santé de la population* en 2008 indiquait que 48 % des 65 ans et plus en Mauricie n'avaient aucune dent naturelle. Pour la même période, l'*Enquête canadienne sur les mesures de santé 2007-09* révélait qu'au Canada 22 % des adultes de 60 à 79 ans sont édentés.

²⁰ L. CARDINAL, M.-C. LANGLOIS, D. GAGNÉ ET A. TOURIGNY, *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 2008, 58 pages.

²¹ L. RICHARD et coll., "Integrating the Ecological Approach in Disease Prevention and Health Promotion Programs for Older Adults : An Exercise in Navigating the Headwinds", *Journal of Applied Gerontology*, vol. 31, n° 1, 2012.

Malgré cette prévalence encore très élevée, on note une diminution du taux d'édentation au fil des ans. De plus en plus d'âinés conservent leurs dents naturelles. L'arrivée de ces nouvelles cohortes moins édentées, particulièrement celles d'âinés plus vulnérables, sera un défi de taille pour les organisations (manque d'études, d'expertise et de ressources). Cela nécessitera que les intervenants aux services à domicile ou de longue durée soient capables d'offrir les soins quotidiens d'hygiène buccodentaire. Présentement, la formation des intervenants et leurs pratiques cliniques ne sont pas adaptées à cette nouvelle réalité et demandent un réajustement immédiat.

2. Défis :

Au niveau populationnel, dans le contexte sociodémographique actuel, comment rejoindre de plus en plus d'âinés et adapter le continuum de services? Les défis sont :

- Partager une vision positive du vieillissement, par tous les décideurs, gestionnaires et professionnels intra et intersectoriels.
- Consolider l'offre de services en prévention et en promotion de la santé sur un continuum de services pour les 50 ans et plus par un travail en partenariat intersectoriel et en misant davantage sur les environnements favorables à la santé dans une approche intergénérationnelle.
- Miser sur des approches novatrices à l'aide des nouvelles technologies de la communication en portant une attention particulière à certains groupes cibles, tant au niveau des interventions éducationnelles qu'environnementales.
- Accompagner davantage les intervenants concernés (communauté de pratique, mentorat) supportant l'approche intégrée sur le vieillissement, l'action intersectorielle et les pratiques collaboratives dans les soins et services.
- Faciliter l'intégration des pratiques cliniques préventives (notamment sur les saines habitudes de vie, la santé buccodentaire) qui s'adressent aux personnes de 50 ans et plus, sur un continuum de services en prévention des chutes et des maladies chroniques en assurant la continuité et la transversalité entre les directions du CIUSSS MCQ.

Au niveau organisationnel du CIUSSS MCQ :

- Assurer une meilleure intégration des services de promotion de la santé et de prévention de la DSP-RP sur un continuum de services, au régional et au local, pour les 50 ans et plus.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
2-6	Développer le soutien aux partenaires territoriaux et locaux intersectoriels et les équipes du CIUSSS MCQ dans la planification et la mise en œuvre d'actions selon une approche intégrée pour favoriser la santé et le maintien de l'autonomie des âinés vivant à domicile et en hébergement.	2-6 a	Participer aux instances de concertation des âinés des RLS dans le but de soutenir les actions sur les environnements favorables au bénéfice des 50 ans et plus (par exemple <i>Municipalités amies des âinés</i> (MADA), <i>Prendre soin de notre monde</i> , etc.).
		2-6 b	Maintenir le programme Viactive (l'accompagnement, la formation de base et la formation continue des animatrices et animateurs et le développement d'outils), en soutenant les alliances avec les acteurs locaux municipaux et communautaires pour diversifier et adapter l'offre de services.
		2-6 c	Expérimenter des approches adaptées pour la promotion de saines habitudes de vie auprès de certains sous-groupes (moins favorisés, isolés, etc.) peu rejoints actuellement par les programmes (PIED ou Debout!, Viactive, etc.), en concertation avec les organismes communautaires et les comités MADA, les tables de concertation des âinés.

Objectifs prioritaires	Étapes de réalisation
	2-6 d Soutenir et faciliter la réalisation et l'évaluation de projets ou activités intersectoriels en fonction des opportunités qui se présentent et des contextes locaux dans les RLS pour améliorer la qualité de vie particulièrement des sous-groupes vulnérables des 50 ans et plus, pouvant agir sur : • les environnements bâtis sains, sécuritaires ou adaptés et le transport actif sécuritaire; • la pratique de l'activité physique ou la saine alimentation; • la participation sociale (prévention de l'isolement et de la maltraitance).
	2-6 e Accompagner les décideurs stratégiques et tactiques du CIUSSS MCQ afin de faciliter l'appropriation de la perspective d'une approche intégrée favorisant la santé et le maintien de l'autonomie des aînés.
	2-6 f Collaborer aux avis ou orientations régionales des directions du CIUSSS MCQ pouvant toucher les besoins des aînés, selon les opportunités.
	2-6 g Outiller les équipes du CIUSSS MCQ pour stimuler une pratique réflexive, soit en rapportant des besoins non exprimés ou des solutions potentielles pour améliorer les environnements favorables à la santé pour toutes les générations.
	2-6 h Définir et élaborer conjointement avec la direction SAPA la portée et la nature d'interventions préventives en santé buccodentaire, à réaliser auprès des aînés vivant à domicile et en hébergement en lien avec leurs besoins.
	2-6 i Accompagner les intervenants des services de soins à domicile et des milieux d'hébergement sur la prévention en matière de santé dentaire et les techniques appropriées d'hygiène buccodentaire auprès des aînés, selon les opportunités annuelles.

4. Cible :

- D'ici 2020, le MSSS aura défini les balises d'une approche préventive intégrée favorisant la santé et le maintien de l'autonomie des aînés vivant à domicile et en hébergement.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- Direction du programme de soutien à l'autonomie de la personne âgée
- Les équipes cliniques des directions générales adjointes de santé physique et de services sociaux

Soutien à la mise en œuvre d'interventions en prévention du suicide

1. État de situation :

Le suicide est un important problème de santé publique. Chaque jour, environ 3 personnes s'enlèvent la vie et un nombre encore plus grand font des tentatives de suicide au Québec. Outre les personnes qui posent ces gestes, il y a de nombreuses personnes qui en sont affectées (entourage immédiat, entourage élargi). La région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec se classe malheureusement dans les régions les plus touchées. Pour la période 2007 à 2011, le taux de mortalité par suicide s'élevait à 19 pour 100 000 dans la région alors que le taux pour le Québec se situait à 14 pour 100 000. Bien que la situation se soit améliorée depuis la fin des années 90, la région comme le Québec semblent depuis présenter une stabilité du taux selon les estimations plus récentes.

Il est important de noter que le taux de suicide est 3 fois plus élevé chez les hommes (28 c. 10 pour 100 000 chez les femmes) et que les taux sont les plus élevés entre 30 et 59 ans (27 à 33 pour 100 000). De plus, selon le rapport du directeur de santé publique MCQ produit en 2015, *Les inégalités sociales ne sont pas une fatalité : voyons-y!*, la mortalité par suicide frappe trois fois plus chez les personnes très défavorisées que chez les personnes très favorisées.

Selon une analyse de la mortalité du RLS du Haut-Saint-Maurice pour 2007-2011 de l'équipe régionale surveillance, l'importante surmortalité par suicide de ce RLS est essentiellement attribuable à la population autochtone vivant dans les réserves.

2. Défis :

- Améliorer la connaissance de la situation du suicide en portant une attention particulière à la détresse chez les agriculteurs, à la réalité autochtone et à la défavorisation.
- Encourager la collaboration entre les milieux communautaires et le réseau public.
- Sensibiliser les milieux à risque de l'importance de l'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide.
- Inciter la clientèle à risque à aller chercher de l'aide.
- Conscientiser la population sur la contribution de chacun à prévenir le suicide d'un ami, d'un parent ou d'un collègue.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
2-7	Assurer le déploiement des mesures prévues dans les guides de bonnes pratiques en prévention du suicide, en continuité des ateliers à l'intention des gestionnaires.	2-7 a	Effectuer un bilan de l'état d'avancement du déploiement des mesures prévues dans le guide des bonnes pratiques en prévention du suicide.
		2-7 b	Réaliser un plan d'action concerté avec les partenaires territoriaux pour le rehaussement des services aux personnes suicidaires conformément aux pratiques réputées efficaces en prévention du suicide.
2-8	Poursuivre le déploiement de réseaux de sentinelles sur le territoire.	2-8 a	Élaborer un portrait régional des cas de suicide en MCQ : • Identifier les sources de données pour faire un portrait le plus juste possible de la situation du suicide en MCQ; • Répertorier la situation particulière des autochtones vivant en réserve et celle des agriculteurs.
		2-8 b	Analyser les besoins découlant du portrait régional : • Identifier les milieux à risque non couverts par des réseaux de sentinelles.

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
		2-8 c	Poursuivre l'implantation des réseaux sentinelles dans les milieux ciblés en établissant les collaborations nécessaires.
		2-8 d	Soutenir les partenaires (réseau public et milieu communautaire) dans l'implantation des réseaux de sentinelles.
		2-8 e	Assurer le suivi à l'implantation.
		2-8 f	Assurer l'adoption des meilleures pratiques.
2-9	Assurer le respect des standards ministériels de la ligne nationale téléphonique d'intervention en prévention du suicide 1 866 APPELLE.	2-9 a	Effectuer un bilan d'implantation de la ligne 1 866 dans la région.
		2-9 b	Poursuivre le suivi auprès du mandataire de la ligne.
		2-9 c	Convenir d'un plan d'action avec le mandataire de la ligne afin d'assurer le respect des standards ministériels de la ligne d'intervention.

4. Cible :

- D'ici 2017, 100 % des CISSS/CIUSSS auront élaboré un plan d'action concerté en matière de prévention du suicide avec les partenaires territoriaux concernés.

5. Directions responsables :

- Direction Programme santé mentale adulte et dépendance pour 2-6.4 et 2-6.6
- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle pour 2-6.5

Programme de dépistage et dépistage opportuniste ciblant les adultes et les aînés

1. État de situation :

Les données d'incidence du cancer ne sont plus disponibles depuis le passage du fichier des tumeurs au Registre québécois du cancer (RQC), la disponibilité des données régionales est prévue pour le printemps 2017. Le cancer est la première cause de mortalité au Québec et dans la région. Le dépistage constitue une mesure privilégiée de réduction de la mortalité pour le cancer colorectal, du sein et du col utérin. Le cancer colorectal est le deuxième plus mortel au Québec, après le cancer du poumon. La modalité recommandée pour le dépistage de ce type de cancer chez les personnes âgées de 50 à 74 ans, asymptomatiques et sans autres facteurs de risque est le test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi). Aucune invitation systématique à participer à ce dépistage ne sera lancée avant que ces cibles d'accessibilité et de qualité de la coloscopie n'aient été atteintes et que les outils nécessaires à un programme de dépistage ne soient disponibles. Dans ce contexte, les médecins sont invités à prescrire dès maintenant la RSOSi aux patients qui seraient ciblés par cette mesure, comme moyen de dépistage opportuniste. Le dépistage du cancer du col utérin s'effectue sur une base opportuniste. En 2008, 67 % des femmes de 18 à 69 ans ont passé un test de PAP au cours des trois années précédentes dans la région contre 73 % au Québec. Quant au cancer du sein, les femmes du Québec bénéficient d'un programme systématique de dépistage : le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Dans la région, c'est 64 % des femmes de 50 à 69 ans qui ont passé une mammographie en 2009-2010 contre 58 % pour le Québec.

2. Défis :

Le contexte actuel de réorganisation de la première ligne en fonction de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée adoptée en novembre 2015, l'arrivée de l'accès adapté comme mode d'organisation de la pratique médicale et l'abandon par le Collège des médecins du Québec (CMQ) de l'examen médical périodique de l'adulte (EMP), aussi en 2015, constituent des défis supplémentaires dans l'intégration des pratiques cliniques préventives dans les pratiques des professionnels de la santé et plus spécifiquement des médecins, et les dépistages ne font pas exception. De plus, la promotion des pratiques de dépistage est dorénavant sous l'égide des directions du CIUSSS MCQ responsables de l'organisation des services appuyées par la Direction de santé publique et responsabilité populationnelle.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires	Étapes de réalisation
2-10 Conseiller les directions concernées du CIUSSS MCQ à l'égard des activités de dépistage populationnel ou opportuniste des maladies chroniques incluant les cancers.	2-10 a Offrir une expertise-conseil aux directions concernées en lien avec le dépistage populationnel ou opportuniste des cancers.
	2-10 b Collaborer à l'implantation régionale du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal.
	2-10 c Convenir et mettre en œuvre des ententes avec les directions concernées sur les rôles et responsabilités à l'égard du PQDCS ou autres dépistages populationnels au besoin.
	2-10 d Offrir une expertise-conseil aux directions concernées en lien avec le dépistage de certaines maladies chroniques (ex. : HTA, diabète).

4. Cible :

- D'ici 2020, convenir d'une entente de coresponsabilité (avec la Direction de la cancérologie ou la Direction de l'organisation des services) pour la mise en œuvre de programme de dépistage ou de dépistage opportuniste, selon les orientations nationales.

5. Directions responsables :

- Dans le modèle organisationnel actuel du CIUSSS MCQ, c'est la Direction des soins infirmiers qui est responsable de la lutte contre le cancer ainsi que de la prévention et du contrôle des maladies chroniques.
- La Direction de santé publique et responsabilité populationnelle, la Direction des services multidisciplinaires et la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique sont des collaboratrices.

Soutien à l'intégration de la prévention dans les pratiques des professionnels de la santé

1. État de situation :

Le PNSP 2003-2012 – mise à jour 2008 prévoyait la mise en place d'une offre de services régionale pour la promotion des pratiques cliniques préventives (PCP). Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, cette offre a été réalisée et proposait à la fois des services locaux (conseillers en prévention clinique) et régionaux à la DSP. De plus, elle touchait à la fois l'intra-établissement et les partenaires sectoriels du RLS (pharmacies, cliniques médicales, etc.). L'offre était basée sur les stratégies efficaces reconnues dans la littérature. Suite à plusieurs travaux provinciaux et quelques évaluations régionales, il est apparu que l'implantation de l'offre de services en PCP était plutôt variable d'une région à l'autre.

Le PNSP 2015-2025 repositionne la promotion des PCP autour d'un leadership fort des instances responsables de première ligne au MSSS et dans les CIUSSS appuys par des conditions structurantes et des ressources de santé publique expertes. Ainsi, le rôle du palier régional en matière de soutien à l'intégration de la prévention clinique dans les pratiques professionnelles est laissé à la discrétion de chaque territoire et se traduit par le prolongement du leadership national, via une collaboration étroite du directeur de santé publique auprès des autres directions concernées de son établissement. Il s'agit donc d'un repositionnement complet du dossier et d'un virage majeur des ressources consacrées à cette stratégie vers l'interne du CIUSSS MCQ.

2. Défis :

Les plans d'action thématiques tripartites (PATT) du MSSS ne prévoient pas de cible territoriale spécifique en lien avec les PCP. Toutefois, ils génèrent des besoins d'appui dans l'intégration de la prévention dans les pratiques professionnelles (cessation tabagique, vaccination des personnes atteintes de maladies chroniques, ITSS) auxquels s'ajoutent les nombreuses attentes générées par la volonté clairement exprimée du CIUSSS MCQ de rendre transversales les actions de promotion et prévention. Le défi sera de prioriser les actions qui auront le plus d'impacts sur la santé de la population dans un contexte où le MSSS exprime peu d'attentes envers les acteurs de santé publique territoriaux à cet égard et que les ressources dédiées à cette stratégie ont été considérablement réduites.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
2-11	Implanter la systématisation de l'arrêt tabagique au sein du CIUSSS MCQ.	2-11 a	Réaliser une cartographie des initiatives déjà réalisées au sein du CIUSSS MCQ.
		2-11 b	Identifier les secteurs de déploiement prioritaires au sein du CIUSSS MCQ.
		2-11 c	Soutenir le déploiement graduel de la systématisation de l'arrêt tabagique.
2-12	Intensifier la vaccination contre l'influenza des groupes à risque en particulier les malades chroniques âgés de 18 à 59 ans.	2-12 a	Collaborer à la réalisation d'un portrait des opportunités manquées de vaccination au sein du CIUSSS MCQ.
		2-12 b	Soutenir les professionnels de santé dans l'intégration du counseling sur la vaccination influenza dans leur pratique.
		2-12 c	Collaborer à l'adaptation des services de vaccination pour rejoindre des clientèles ciblées.
2-13	Améliorer l'offre de services de counseling et dépistage des ITSS (3-5.7a).	2-13 a	Collaborer, selon les besoins de l'équipe ITSS, à la diffusion des bonnes pratiques en counseling et dépistage des ITSS.

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
2-14	Soutenir la planification des interventions brèves pour les buveurs à risque moyen et élevé.	2-14 a	Évaluer la stratégie de PCP en lien avec la consommation d'alcool déployée entre 2010-2015.
		2-14 b	Revoir la stratégie de promotion de l'intervention brève auprès des buveurs à risque.
2-15	Offrir une expertise-conseil en lien avec les problématiques psychosociales et la maltraitance aux intervenants qui agissent auprès des aînés.	2-15 a	Collaborer, avec les directions responsables, à l'implantation des interventions de prévention et de repérage de la maltraitance chez les aînés.
2-16	Offrir une expertise-conseil aux directions du CIUSSS MCQ concernées par l'intégration des pratiques cliniques préventives.	2-16 a	Collaborer, avec les directions qui le souhaitent, à implanter des interventions de prévention clinique en lien avec les PCP prioritaires.

4. Cible :

- Aucune cible territoriale n'est proposée par le MSSS. La pertinence d'identifier une cible régionale reste à évaluer.

5. Direction responsable :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

Collaboration au développement et à l'adoption d'un service de réponse aux demandes d'information sur les problèmes environnementaux touchant la santé

1. État de situation :

Les demandes d'information formulées par la population et les partenaires concernent pour une part l'environnement général, tandis que d'autres sont associées à l'environnement de travail. Une réponse par du soutien-conseil est donnée à la population et aux partenaires à raison d'une centaine de demandes de service sur différents sujets de l'environnement général. Parmi celles-ci, les deux tiers concernent trois sujets récurrents, soit la qualité de l'air intérieur (ex. : moisissures), les punaises de lit et l'eau potable. Certains partenaires connaissent l'existence d'un tel service sans toutefois qu'il y ait eu une large diffusion (stratégie de diffusion) pour en promouvoir l'accès.

En santé au travail, le service de demande d'information et de réponse n'est pas structuré en termes d'accès et de mécanisme de réponse. Les principaux interlocuteurs étant les partenaires du réseau de la santé (médecins, infirmiers), des employeurs ou travailleurs des groupes non prioritaires et leurs demandes sont traitées comme des dossiers ad hoc. Dans certaines situations (demandes venant de la population, des médecins ou des employeurs), la Commission des normes de l'équité et de santé et sécurité au travail (CNESST) est sollicitée pour une demande de service faisant partie des ententes de collaboration avec la DSP-RP. Ou à l'inverse, la CNESST sollicite l'expertise des ressources en santé au travail pour intervenir notamment dans le cadre de la Loi sur la santé et sécurité au travail (LSST) et la Loi sur la santé publique (LSP).

Des guides en élaboration ou récemment adoptés viendront soutenir le développement et l'adoption de services de réponse ainsi que la référence aux services appropriés. Notons par exemple, le *Guide d'intervention intersectoriel sur la qualité de l'air intérieur* en révision par l'INSPQ et l'adoption récente d'un *Guide sur les signalements de menace à la santé au travail*. Il s'agit de récents travaux qui viennent outiller davantage les équipes dans leur intervention. Un cadre de référence opérationnel avec des ententes établies avec les partenaires régionaux viendrait définir ou consolider les mécanismes de collaboration ainsi que les rôles et les responsabilités de chacun des acteurs.

Dans les prochaines années, il est prévu d'initier ces travaux de collaboration sur l'insalubrité avec les partenaires du Centre-du-Québec. Une nouvelle occasion de concertation, réalisée par territoire de MRC, qui offrirait un levier mobilisateur également pour d'autres problèmes environnementaux.

Finalement, le Portail gouvernemental et le Portail du réseau de santé publique en santé au travail qui n'offrent actuellement qu'une partie des réponses aux demandes d'information venant de la population et des travailleurs pourraient être enrichis afin de combler les besoins de la population et des partenaires de la santé publique en matière de problèmes environnementaux.

2. Défis :

Un état de situation des mécanismes de réponse ou de référence à la population en santé environnementale et santé au travail peut contribuer à identifier des opportunités de collaboration avec de nombreux partenaires. À partir des besoins et des attentes recueillies, il sera possible de juger la pertinence de mettre en place un guichet d'accès pour assurer une réponse aux demandes d'information.

Le cadre de référence proposé exigera d'initier ou de consolider des partenariats régionaux sur un nombre important de thèmes. La diversité des besoins ainsi que la pluralité des liens à établir représentent assurément le défi le plus important associé à l'atteinte des présents objectifs.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires	Étapes de réalisation
2-17 Maintenir le service de réponse ou de référence à la population relativement aux préoccupations de santé en lien avec l'environnement, en collaboration avec les partenaires nationaux, régionaux et territoriaux du secteur de la santé et d'autres secteurs.	2-17 a Faire un état de situation des mécanismes de réponse ou de référence à la population en santé environnementale et en santé au travail.
	2-17 b S'approprier le cadre de référence opérationnel élaboré par le ministère et l'adapter à celui déjà en place dans la région.
	2-17 c Prendre en charge les demandes d'information impliquant potentiellement des risques à la santé (lien vers l'axe 4).
	2-17 d Assurer la référence aux services appropriés, le cas échéant.
	2-17 e Sensibiliser et outiller les partenaires territoriaux.
	2-17 f Référer au bon guichet d'accès.

4. Cible :

- D'ici 2020, un cadre de référence opérationnel pour une réponse aux problèmes environnementaux touchant la santé aura été développé et adopté en collaboration avec les partenaires concernés.

5. Direction responsable :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

Soutien d'initiatives favorisant le développement et le renforcement des capacités des communautés d'agir sur leurs conditions de vie et leur environnement

1. État de situation :

Selon la typologie de caractérisation et d'appréciation du potentiel de développement des communautés²², la région compte 305 communautés. Environ 99 000 personnes vivent dans des communautés de type « vulnérable » ou « problématique », et ce, essentiellement en milieu urbain. Les inégalités sociales de santé sont particulièrement présentes dans ces communautés, mais elles se distribuent au rythme de la courbe du gradient²³ des inégalités sociales dans l'ensemble des communautés. Pour leur part, les communautés rurales sont le plus souvent situées dans une zone moyenne de cette typologie (ni aisée ou avantagée, ni vulnérable ou problématique), mais elles ont néanmoins besoin, elles aussi, de soutien pour renforcer leurs capacités d'agir sur leur environnement et leurs conditions de vie, facteurs déterminants pour réduire les inégalités sociales de santé.

Constituée de deux régions administratives, la région sociosanitaire compte deux ententes partenariales en développement social, non permanentes, pour travailler à l'amélioration des conditions de vie et de la qualité de vie de la population : le Consortium en développement social de la Mauricie (Consortium) et le Comité régional en développement social du Centre-du-Québec (CRDS). Le CIUSSS MCQ y participe financièrement et professionnellement. Ces instances intersectorielles prennent en compte de multiples facettes du domaine du développement social et du développement des communautés dans leurs travaux : inégalités sociales et de santé, sécurité et insécurité alimentaire, logement, égalité entre les hommes et les femmes, pauvreté, conditions de vie, etc. Elles s'appuient sur des approches intersectorielles, de participation citoyenne et de développement des communautés, en portant une attention particulière aux populations et communautés défavorisées et vulnérables.

Les divers comités locaux de développement social (CLDS) présents dans presque toutes les villes et MRC sont parties prenantes du Consortium et du CRDS, ils développent des initiatives et des projets avec les communautés, en s'appuyant notamment sur l'instrumentation de caractérisation et d'appréciation du potentiel de développement des communautés et sur les recommandations du rapport *Les inégalités sociales de santé ne sont pas une fatalité : voyons-y!*²⁴ L'instrumentation d'appréciation du potentiel de développement des communautés a déjà été utilisée dans diverses communautés et a donné lieu à des projets variés : construction d'un jardin collectif, création d'une ressource famille ou d'un lieu de rassemblement, le Café des 4 ponts, etc. Son utilisation doit être augmentée afin de faire émerger d'autres initiatives et renforcer la capacité d'agir des communautés.

De nombreux changements ayant affecté les organisations régionales et locales, le partenariat est en renégociation dans de nombreux secteurs dont en développement local et régional. Considérant que de nouvelles responsabilités sont confiées au monde municipal, celui-ci a été invité et a accepté de devenir partenaire d'ententes en développement social en y investissant financièrement. Par exemple, le projet « Ensemble et bien logé! », issu des travaux du Consortium, favorise la mise en place de mécanismes de collaboration et la signature de protocoles avec des acteurs du territoire concernés par l'insalubrité des habitations, soit le milieu municipal, le réseau de la santé, les organismes communautaires et ceux de l'habitation. Tout comme au Centre-du-Québec, un portrait du logement a été réalisé afin d'identifier les priorités d'actions.

²² R. BOISVERT, Y. PEPIN et F. LEMAY, *Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec : Une analyse écologique (phase IV)*, rapport de recherche, 2015.

²³ « Le gradient social sert à décrire le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux directement en dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite, jusqu'aux plus bas échelons. » (RÉFIPS, *Bases de connaissance sur les inégalités sociales de santé*, 2012.)

²⁴ « Les inégalités sociales de santé se mesurent à partir des positions opposées entre les communautés les plus favorisées et les plus défavorisées en matière socio-économique et sociosanitaire, en l'occurrence ici les communautés problématiques et les communautés avantagées. Mais les inégalités s'inscrivent également dans un continuum faisant en sorte que, au-delà des extrêmes, il y a les positions intermédiaires, en l'occurrence les communautés vulnérables en comparaison des communautés problématiques et les communautés moyennes en comparaison des communautés vulnérables. » (G.W. GRENIER, *Les inégalités sociales de santé ne sont pas une fatalité : voyons-y! Rapport du directeur de santé publique sur les inégalités sociales de santé en Mauricie et au Centre-du-Québec*, 2012, 96 p.)

Également, au Centre-du-Québec, la MRC de l'Érable a réalisé une tournée des municipalités avec l'appui du comité de développement social qui a permis d'obtenir un portrait du potentiel de développement de chacune des municipalités. À l'aide d'un questionnaire, les acteurs locaux, les citoyens et les intervenants ont dégagé les forces et les défis de leur communauté et réfléchi aux actions à mener pour améliorer la qualité de vie dans leur milieu.

De plus dans le cadre des démarches en développement social, la Mauricie et le Centre-du-Québec travaillent à améliorer la sécurité alimentaire de la population. La Table régionale en aide alimentaire au Centre-du-Québec et le Comité régional en sécurité alimentaire en Mauricie renforcent la collaboration entre les acteurs et favorisent le déploiement des bonnes pratiques dans le domaine. La région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec se distingue notamment par le projet « Se nourrir, agir et se développer » qui améliore la qualité des services de distribution alimentaire.

2. Défis :

- S'ajuster aux dynamiques distinctes des deux régions administratives.
- Composer avec l'absence d'instance régionale de concertation réunissant ministères, organismes communautaires et élus, sauf au sein du partenariat en développement social.
- Assurer le financement de la concertation et du partenariat en développement social et prévoir des sommes pour soutenir des initiatives émergeant des communautés.
- Les MRC et les municipalités sont particulièrement sollicitées par le PNSP et le PARSP; s'arrimer et travailler de façon globale et intégrée.
- Éviter la confusion, les doublons et la compétition entre les priorités et les projets.
- S'appuyer sur les forces et les priorités des citoyens et des communautés.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
2-18	Intensifier le soutien aux initiatives et actions concertées favorisant la santé, le développement social et la réduction des inégalités sociales de santé.	2-18 a	Adopter les orientations du CIUSSS MCQ pour la stratégie de soutien au développement des communautés.
		2-18 b	Définir et organiser l'offre de services du CIUSSS MCQ pour soutenir le développement des communautés, pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être, réduire les inégalités sociales de santé et soutenir la création d'environnements sains et sécuritaires (en lien avec 2-12.6 et autres comme 2-5.1 ou 1-9).
		2-18 c	Élaborer et réaliser un plan de mise en œuvre des orientations régionales pour la stratégie de soutien au développement des communautés du CIUSSS MCQ.
		2-18 d	Maintenir la participation et l'engagement du CIUSSS MCQ et favoriser la participation des partenaires intersectoriels dans les instances locales et régionales agissant sur les déterminants sociaux de la santé, l'aménagement d'environnements favorables à la santé et à la qualité de vie de la population et la réduction des inégalités sociales de santé telles les CAR Mauricie et CAR Centre-du-Québec incluant les comités issus des CAR et les instances de développement social, incluant les comités régionaux et locaux en sécurité alimentaire ou en logement.

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
2-19	Développer et intensifier l'expertise-conseil dispensée aux municipalités, MRC, villes, conférences administratives régionales et autres partenaires dans le cadre de travaux relatifs au soutien au développement des communautés, à la réduction des inégalités sociales de santé, à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et à l'aménagement d'environnements favorables à la santé et à la qualité de vie de la population pour qu'elle adopte des modes de vie sains et sécuritaires.	2-19 a	S'approprier et diffuser les meilleures pratiques pour le soutien au développement des communautés et pour la réduction des inégalités sociales de santé.
		2-19 b	Collaborer au projet d'expérimentation d'indicateurs en développement des communautés avec les autres régions participantes.
		2-19 c	Offrir de l'accompagnement aux acteurs et instances de concertation territoriales et locales, basé sur une expertise de contenu, de processus, sur l'identification des meilleures pratiques et sur l'évaluation des impacts sur la santé ainsi que sur une connaissance des enjeux territoriaux et locaux.
2-20	Intensifier la documentation des enjeux territoriaux reliés aux inégalités sociales de santé, aux conditions de vie, aux forces et problèmes identifiés par les communautés, aux environnements sains et sécuritaires et l'identification des solutions pertinentes en collaboration avec les partenaires des milieux concernés et l'accompagnement pour la mise en œuvre des mesures privilégiées.	2-20 a	Mettre périodiquement à jour le portrait des inégalités sociales de santé dans les communautés de la région (en lien avec l'axe Surveillance).
		2-20 b	Collaborer avec les partenaires intersectoriels à réaliser un portrait des communautés, notamment les plus vulnérables ou problématiques ²⁵ .
		2-20 c	Avec les partenaires, dégager une compréhension commune des besoins, des enjeux territoriaux ²⁶ , identifier des solutions associées et les leviers d'action.
		2-20 d	Soutenir la mise en œuvre des interventions retenues et les évaluer.
2-21	Maintenir la participation aux démarches et instances de concertation à l'échelle locale et régionale.	2-21 a	Identifier les instances les plus pertinentes en lien avec l'action sur les déterminants sociaux de la santé, la réduction des inégalités sociales de santé et le développement des communautés.
		2-21 b	Collaborer avec les municipalités, les municipalités régionales de comté (MRC), la Commission administrative régionale (CAR) et les autres partenaires afin de promouvoir l'aménagement d'environnements favorables à la santé et à la qualité de vie de la population pour qu'elle adopte des modes de vie sains et sécuritaires.
2-22	Intensifier la promotion auprès des partenaires municipaux et communautaires de politiques publiques favorables à la santé et à la qualité de vie de la population et soutenir leur mise en œuvre, le cas échéant.	2-22 a	Voir 2-14.14 collaboration aux politiques publiques favorables à la santé.
		2-22 b	Sensibiliser les partenaires à l'importance des politiques publiques pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population et collaborer à leur élaboration, promotion ou application.
		2-22 c	Intégrer la participation citoyenne.

²⁵ En référence à la typologie développée par Réal BOISVERT et coll., *op. cit.*

²⁶ Le terme territoire peut référer à quelques réalités dans la conjoncture actuelle : région sociosanitaire, région administrative, territoire d'une ville ou d'une MRC. Aussi, selon le MAMOT, le niveau local est défini comme étant une municipalité tandis que selon le MSSS, il réfère habituellement à un réseau local de services (RLS).

4. Cible :

- D'ici 2020, le CIUSSS MCQ aura mis en place des mécanismes de collaboration (évaluation des besoins et des leviers d'action, instances de concertation, accompagnement) avec des acteurs du territoire afin de soutenir le développement des communautés et la création d'environnements sains et sécuritaires.

5. Direction responsable :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

1. État de situation :

La Direction de santé publique et responsabilité populationnelle (DSP-RP) du CIUSSS MCQ collabore avec les municipalités, villes et MRC de la région pour la création d'environnements sains et sécuritaires à plusieurs niveaux et à intensité variable selon les besoins et les expertises disponibles. La DSP-RP participe activement aux tables de concertation régionales et locales en développement social auxquelles les acteurs du milieu municipal collaborent. À titre d'exemple, la DSP-RP travaille en étroite collaboration avec le Consortium en développement social de la Mauricie pour soutenir la démarche *Ensemble et bien logé!* qui vise l'intervention intersectorielle à l'égard de l'insalubrité des logements. Elle a également collaboré à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques municipales favorables à la santé (politiques familiales, Municipalité amie des aînés, politiques de saines habitudes de vie, politiques de développement social, etc.) et a participé à des consultations publiques dans le cadre de démarches de planification territoriales (planification stratégique, plan d'aménagement et d'urbanisme, plan de mobilité durable, plan de développement de la zone agricole, etc.).

Dans le cadre des processus de révision des schémas d'aménagement soumis par les MRC et les villes, la DSP-RP émet, conformément aux dispositions légales, un avis au ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire (MAMOT). Elle propose des recommandations portant principalement sur la contribution à la santé, la sécurité, le bien-être public et la protection de l'environnement. De plus, la DSP-RP collabore au processus d'évaluation d'impacts environnementaux pour chacun des projets de développement soumis par les acteurs municipaux, notamment en participant aux audiences du BAPE et aux consultations publiques sur les projets d'élevage porcin.

Depuis 2015, la démarche *Prendre soin de notre monde* (PSNM) a été adoptée. Elle vise à créer des partenariats durables avec les acteurs municipaux et à outiller les intervenants de santé publique ainsi que leurs collaborateurs pour mieux soutenir les municipalités et leurs partenaires dans la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie. En Mauricie et au Centre-du-Québec, cette démarche est portée par la Table intersectorielle régionale en saines habitudes de vie (TIR-SHV) dans chacune des régions administratives. Il s'agit d'un premier pas vers une approche globale et mieux adaptée au monde municipal pour la création d'environnements sains et sécuritaires.

2. Défis :

- Adopter une approche intégrée de santé publique prenant en compte toutes les dimensions du concept d'environnements sains et sécuritaires auprès du milieu municipal.
- Collaborer avec le milieu municipal et ses partenaires tant sur le plan du soutien aux initiatives que dans les processus légaux d'évaluation de politiques.
- Sensibiliser et mobiliser les municipalités autour des environnements sains et sécuritaires dans leur contexte de nouvelle gouverne et de nouveaux mandats.
- Rejoindre, par les actions de santé publique, les communautés mal desservies ou défavorisées.
- S'assurer que la création d'environnements sains et sécuritaires se fasse au bénéfice de toutes les générations.

²⁷ Environnements sains et sécuritaires : Environnements physiques, économiques, politiques et socioculturels qui présentent des caractéristiques propices à la santé physique, mentale, psychosociale qui rendent les choix favorables à la santé plus faciles et plus accessibles. (PNSP 2015-2025, p. 43)

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
2-23	Consolider les modalités de collaboration avec les acteurs des milieux municipaux et leurs partenaires, en cohérence avec la démarche <i>Prendre soin de notre monde</i> .	2-23 a	Élaborer un état de situation des collaborations avec le milieu municipal et ses partenaires.
		2-23 b	Convenir de mécanismes et de modalités de collaboration concertés avec le milieu municipal et ses partenaires.
2-24	Intensifier le soutien à l'émergence d'initiatives locales et territoriales soutenant la création d'environnements sains et sécuritaires, en cohérence avec la démarche <i>Prendre soin de notre monde</i> , telles que : • Aménagement et infrastructures favorables au mode de vie physiquement actif et à la sécurité; • Accès physique et économique à des aliments de qualité dans les milieux de vie; • Prévention du tabagisme; • Salubrité et qualité de l'air des logements; • Adaptation aux changements climatiques; • Prévention des traumatismes non intentionnels.	2-24 a	Développer une offre de services intégrée de la DSP-RP et en assurer les arrimages avec les autres secteurs de la santé et les organismes partenaires, lorsque requis.
		2-24 b	Diffuser une offre de services intégrée.
		2-24 c	Mettre en œuvre une offre de services intégrée en fonction des besoins des populations et des communautés, particulièrement celles en contexte de vulnérabilité.
2-25	Maintenir l'animation et la participation aux travaux des instances de concertations locales et territoriales contribuant à la création d'environnements sains et sécuritaires.	2-25 a	Analyser la pertinence et les besoins de représentation de la DSP-RP sur les différentes instances de concertation.
		2-25 b	Poursuivre ou rendre disponibles le leadership et l'expertise de la DSP-RP en fonction de la pertinence et des besoins des instances de concertation ainsi qu'en fonction des ressources.
		2-25 c	Analyser, en collaboration avec les partenaires, la possibilité d'intégration des instances de concertation couvrant des sujets communs ou complémentaires.
2-26	Maintenir la participation au processus de révision des schémas d'aménagement, des règlements de contrôle intérimaire et des plans d'aménagement en appliquant les orientations gouvernementales en matière d'aménagement et d'occupation du territoire.	2-26 a	Analyser les demandes de révision des schémas d'aménagement.
		2-26 b	Fournir au MAMOT un avis présentant une réponse harmonisée et représentative des recommandations de santé publique.
		2-26 c	Participer, à la demande, aux consultations, comités de travail et autres dans le cadre de démarches de planification territoriale et d'aménagement des municipalités.
2-27	Maintenir la participation aux processus d'évaluation des impacts sur l'environnement (EIE).	2-27 a	Analyser d'un point de vue de santé publique (santé physique, psychologique et sociale) la recevabilité des études d'impact et l'acceptabilité des projets dans le respect des orientations des autorités de santé publique.

Objectifs prioritaires	Étapes de réalisation	
	2-27 b	Participer aux audiences du BAPE.
	2-27 c	Participer aux séances de consultation publique sur les projets d'élevage porcin, prévues à la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme (LAU).

4. Cibles :

- D'ici 2020, le CIUSSS MCQ aura convenu d'un mécanisme de collaboration concerté avec le milieu municipal pour le déploiement de la démarche *Prendre soin de notre monde*.
- D'ici 2020, le CIUSSS MCQ aura apporté un soutien aux acteurs municipaux dans le cadre des grandes démarches de planification territoriale et de l'élaboration de projets d'aménagement ou d'infrastructures favorables à la santé.

5. Direction responsable :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

Collaboration aux politiques publiques favorables à la santé

1. État de situation :

La création et la mise en place de politiques publiques²⁸ favorables à la santé est une stratégie importante pour améliorer et maintenir la santé, de même que pour réduire les inégalités sociales de santé, puisqu'elle permet d'agir en amont sur les déterminants de la santé. Au cours des dernières années, la Direction de santé publique et responsabilité populationnelle (DSP-RP) a collaboré à l'élaboration de politiques publiques en faveur notamment de l'adoption de saines habitudes de vie, de la prévention des maladies buccodentaires, du vieillissement en santé, de la qualité et de la sécurité de l'environnement physique et des conditions de vie.

Les professionnels de santé publique offrent leur expertise auprès de partenaires de divers secteurs, et ce, tant au niveau local que régional. À titre d'exemple, la DSP-RP accompagne les services de garde éducatifs dans la mise en œuvre du cadre de référence *Gazelle et Potiron* et travaille étroitement avec les écoles primaires et secondaires dans le cadre de la démarche *École en santé* et la mise en œuvre de la politique-cadre *Pour un virage santé à l'école*. Elle collabore également à l'élaboration et la mise en œuvre de politiques favorables à la santé avec les municipalités (politiques familiales, Municipalité amie des aînés, règlements de fluoruration de l'eau potable, protocoles de collaboration intersectorielle pour la salubrité des habitations, etc.) et avec les milieux de travail (politiques alimentaires dans les établissements du RSSS, norme Entreprise en santé, etc.). Les collaborations établies et le soutien offert pour l'adoption et la mise en œuvre de ces politiques sont variables au sein de la région. L'adoption et le niveau de mise en œuvre de ces politiques sont également variables d'un milieu à l'autre.

En fonction des réalités territoriales et locales et des opportunités qui se présentent, le soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques favorables à la santé devra se poursuivre et s'intensifier de la part des acteurs de santé publique au cours des prochaines années, notamment en matière d'amélioration des conditions de vie et du vieillissement en santé.

2. Défis :

- Adopter une planification à long terme de soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé.
- Adapter les politiques publiques aux besoins de la population vieillissante et des populations vulnérables afin de réduire les inégalités sociales de santé.
- Développer et consolider les collaborations avec les partenaires des divers milieux de vie.
- Maintenir la mobilisation des partenaires concernés dans la mise en œuvre des politiques adoptées.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
2-28	Intensifier la collaboration, en fonction des opportunités, avec les partenaires nationaux et territoriaux du secteur de la SSS et des autres secteurs d'activité, sur la base des meilleures	2-28 a	S'approprier les meilleures pratiques et les outils disponibles en matière de soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques publiques favorables à la santé.
		2-28 b	Identifier les besoins prioritaires et les opportunités de collaboration pour l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques.

²⁸ La notion de « politiques publiques » est comprise, dans son sens large, comme étant les décisions d'une autorité quant aux objectifs à poursuivre et aux moyens d'action à prendre à l'égard d'une situation donnée, que ces décisions soient exprimées dans un document officiel (p. ex. : énoncé de politique) ou non (politique implicite). Plusieurs instruments sont couramment utilisés dans le champ des politiques publiques, par exemple les lois et les règlements, un régime public d'assurance collective, des mesures fiscales, un programme d'aide financière ou un programme de services. (PNSP 2015-2025, p. 32) La notion de « favorable à la santé » fait ici référence aux saines habitudes de vie, aux comportements sains et sécuritaires, à la qualité et la sécurité de l'environnement physique, aux conditions de vie et au vieillissement en santé de la population. (PNSP 2015-2025, PATT, p. 40)

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
	connaissances disponibles, à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé, notamment associées : • aux comportements sains et sécuritaires; • à la qualité et à la sécurité de l'environnement physique²⁹; • aux conditions de vie³⁰; • au vieillissement de la population en santé; • à la santé buccodentaire.	2-28 c	Consolider les collaborations avec les partenaires intersectoriels.
		2-28 d	Participer aux travaux des instances de concertation territoriales et locales contribuant à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques.
		2-28 e	Accompagner les partenaires ou fournir une expertise-conseil en soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé.
		2-28 f	Assurer une intégration des politiques et des cadres de référence sur les saines habitudes de vie lors d'intervention visant l'élaboration et la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé dans les collaborations avec les partenaires.
2-29	Maintenir les collaborations à l'adoption, la mise à jour, la mise en œuvre et au suivi des politiques et cadres de référence sur les saines habitudes de vie ³¹ dans les milieux de vie.	2-29 a	S'approprier les meilleures pratiques et les outils disponibles en matière de soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques favorables aux saines habitudes de vie.
		2-29 b	Identifier les besoins prioritaires et les opportunités de collaboration pour l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et cadres de référence.
		2-29 c	Consolider les collaborations avec les partenaires des milieux de vie.
		2-29 d	Participer aux travaux des instances de concertation territoriales et locales contribuant à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et cadres de référence.
		2-29 e	Accompagner les partenaires dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et cadres de référence.
		2-29 f	Assurer une intégration des politiques publiques favorables à la santé lors d'interventions visant l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de cadres de référence sur les saines habitudes de vie dans les collaborations avec les partenaires.

4. Cible :

- D'ici 2020, le CIUSSS MCQ aura collaboré à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques en faveur de l'adoption de modes de vie et de la création d'environnements sains et sécuritaires.

5. Direction responsable :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

²⁹ La qualité et la sécurité de l'environnement physique font notamment référence au bruit environnemental, à la qualité de l'eau potable et récréative, de l'air intérieur et extérieur, à l'usage de pesticides, à la salubrité et à la sécurité des logements et des bâtiments publics, à la cohabitation des usages du territoire et à l'adaptation aux changements climatiques. (PNSP 2015-2025, p. 44)

³⁰ Les conditions de vie sont liées notamment à l'accessibilité au logement, à l'accès à une alimentation de qualité (en référence à la problématique de l'insécurité alimentaire), au revenu, à l'emploi, à la scolarisation et à la solidarité sociale. (PNSP 2015-2025, p. 44)

³¹ Exemples : *Cadre de référence Gazelle et Potiron*, *Pour un virage santé à l'école*, *Pour un virage santé à l'enseignement supérieur*, *Politique de lutte contre le tabagisme dans les établissements d'enseignement collégial et universitaire*, politiques en milieu municipal, *Miser sur une saine alimentation : une question de qualité – Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées*, *Plan d'action national sur les boissons sucrées*.

Identification, évaluation et documentation des postes de travail pour la travailleuse enceinte ou qui allaite

1. État de situation :

Une équipe dédiée pour le programme *Pour une maternité sans danger* (PMSD), comprenant des médecins, du personnel technique en hygiène du travail soutenus par une hygiéniste du travail et une infirmière, a été formée en janvier 2015 pour répondre à toutes les demandes d'études de poste des travailleuses enceintes ou qui allaitent de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Cette équipe évalue les risques au moyen d'une entrevue téléphonique individuelle avec la travailleuse et, au besoin, effectue une visite destinée à échantillonner certains contaminants. Elle émet les recommandations nécessaires en fonction du poste occupé et des tâches exercées. Les recommandations sont basées sur les guides et avis de pratique du comité médical provincial d'harmonisation du programme *Pour une maternité sans danger* (CMPH-PMSD) ou sur des pratiques harmonisées régionalement dans le cas où de tels guides ne sont pas disponibles. Selon l'équipe en place, le délai moyen de traitement des demandes est de 3,5 jours. Le nombre annuel moyen de demandes relatives au PMSD pour les trois dernières années est de 2 553. En 2015, 2 516 demandes ont été transmises par le médecin traitant à l'équipe PMSD. Ces demandes concernent 2370 travailleuses différentes réparties dans 1 296 établissements de la région. Pour la même année, 2 592 réponses comprenant les recommandations ont été transmises en retour au médecin traitant.

2. Défi :

- Maintenir le délai de réponse attendu.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
2-30	Maintenir le délai de réponse de l'évaluation des risques pour la travailleuse enceinte ou qui allaite et émettre des recommandations harmonisées au médecin traitant, en cohérence avec les guides nationaux de pratiques professionnelles.	2-30 a	Évaluer le délai de réponse aux demandes.
		2-30 b	Réaliser toutes les études de poste.
		2-30 c	Utiliser les recommandations harmonisées provincialement.
		2-30 d	Répondre à toutes les demandes.

4. Cible :

- D'ici 2020, les CISSS/CIUSSS auront répondu à 100 % des demandes des travailleuses faites dans le cadre du programme *Pour une maternité sans danger* transmises par le médecin traitant, dont 70 % dans un délai de 3 jours ouvrables.

5. Direction responsable :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

Services relatifs à la mise en application des programmes de santé au travail, en fonction des priorités établies par la CNESST

1. État de situation :

Une planification et un bilan annuel des activités en santé au travail sont produits selon le cahier des charges de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). En ce moment, différents indicateurs permettent d'évaluer les risques pour la santé en milieu de travail et les interventions d'information et de sensibilisation auprès des employeurs et travailleurs : nombre d'établissements différents desservis avec un programme de santé spécifique aux entreprises (PSSE), sans PSSE, mais actuellement desservis avec interventions, avec interventions différées, avec une intervention réalisée (surveillance médicale, premiers secours et premiers soins (PSPS), de soutien à la gestion de la santé et sécurité au travail (GSST), etc. Les changements occasionnés par la fusion des établissements de santé survenue dans la dernière année n'affectent en rien le mandat établi avec la CNESST, mais ont tout de même un impact au niveau du fonctionnement des équipes SAT. Éventuellement, des changements à la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) et une nouvelle réglementation viendront modifier l'état de situation régional.

2. Défis :

- Maintenir la diversité, la qualité et l'optimisation des services malgré les nombreux changements dans le réseau de la santé et des services sociaux au cours de la dernière année (nouvelle structure) et éventuellement adapter l'offre de services en fonction des changements législatifs à venir.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
2-31	Maintenir la planification sanitaire visant le développement d'environnements de travail favorables à la santé et l'identification précoce d'atteintes à la santé.	2-31 a	Réaliser les interventions de surveillance et d'évaluation de la qualité des milieux de travail pour l'élaboration et la mise en application des programmes de santé spécifiques à l'établissement (PSSE).
		2-31 b	Informar les employeurs et les travailleurs sur les risques présents dans le milieu de travail, les effets sur la santé ou les mesures de prévention, de protection ou de contrôle.
		2-31 c	Réaliser les activités de surveillance biologique de l'exposition ou de surveillance médicale en vue de dépister précocement toute atteinte à la santé pouvant être provoquée ou aggravée par le travail.
		2-31 d	Soutenir le milieu de travail pour une organisation adéquate des premiers secours et premiers soins.
		2-31 e	Signaler les déficiences dans les conditions de santé, de sécurité ou de salubrité susceptibles de nécessiter des mesures de prévention.
		2-31 f	Soutenir les milieux de travail dans la mise en œuvre de mesures de prévention afin de protéger la santé des travailleurs ou de prévenir précocement des atteintes à la santé.

4. Cible :

- D'ici 2020, 100 % des CISSS/CIUSSS auront réalisé les activités prévues au cahier des charges établi annuellement avec la CNESST.

5. Direction responsable :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

1. État de situation :

La santé globale en milieu de travail comprend un volet individuel (habitudes de vie du personnel) et un volet organisationnel (équilibre travail/vie personnelle, environnement de travail, pratiques de gestion). Le portrait de santé de la région montre que des améliorations sont souhaitables au niveau des habitudes de vie (tabagisme, activité physique, consommation de fruits et légumes) ainsi qu'au niveau des dépendances (consommation d'alcool, de drogues et jeux). Par ailleurs, les travailleurs de la région sont plus exposés à certains risques tels que les vibrations du corps, le bruit, les poussières de bois, etc. De plus, 36 % des travailleurs ont déclaré être soumis à un stress en milieu de travail.

Depuis 2009, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec réalise des activités de sensibilisation et d'accompagnement auprès des milieux de travail en lien avec les saines habitudes de vie (SHV) dans le cadre du programme régional 0-5-30. De 2010 à 2015, 50 milieux de travail ont adhéré à la démarche structurée du programme 0-5-30. Les ressources des différents territoires, bien que sensibilisées à la problématique de santé mentale en milieu de travail, n'étaient pas outillées pour aborder cet aspect. Par ailleurs, le volet psychosocial en milieu de travail n'était pas une cible des différents programmes en santé publique. Sur le plan du partenariat, en 2011, l'Agence de santé et de services sociaux devenait membre du *Groupe entreprises en santé* à titre de fournisseur de services. C'est en 2013 qu'elle établissait une entente de collaboration avec le *Groupe entreprises en santé* afin de faire la promotion de leur offre de services via le programme 0-5-30. Considérant un niveau d'implantation variable du programme 0-5-30 selon les territoires ainsi que la présence du *Groupe entreprises en santé* qui offre maintenant des services complets de soutien et d'accompagnement en santé globale à tous les types de milieu de travail, l'expertise développée dans le cadre du programme 0-5-30 pourrait être réinvestie pour contribuer à l'atteinte des cibles de promotion de la santé globale en milieu de travail. Avec l'arrivée du CIUSSS MCQ, la collaboration à titre de membre du *Groupe entreprises en santé* serait à redéfinir. Joignant le rang des plus gros employeurs de la région, il serait souhaitable que le CIUSSS MCQ fasse de la promotion de la santé globale au travail l'une de ses priorités au-delà d'être membre du *Groupe entreprises en santé*. Le récent sondage effectué par la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques dans le cadre de la démarche de certification Entreprise en santé traduirait cette une volonté. Un engagement du CIUSSS MCQ à s'inscrire dans cette démarche d'amélioration de la santé et de la qualité de vie de ses employés serait en cohérence avec les cibles ministérielles et la mission première de l'organisation, soit d'améliorer la santé de sa population.

Outre l'approche *Entreprises en santé*, d'autres approches émergentes existent et gagneraient à être connues tel que visé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ainsi, en lien avec les deux cibles du MSSS, la contribution du CIUSSS MCQ dans le présent PARSP, dans un premier temps, viserait à privilégier la promotion des bénéfices de la santé globale en milieu de travail par l'approche du *Groupe entreprises en santé* ainsi que la promotion des outils et des formations développés à cet égard par l'INSPQ. Cette contribution pourrait par la suite s'étendre à d'autres milieux de travail de la région ainsi qu'à explorer la promotion d'autres approches émergentes.

2. Défis :

- Faire la promotion d'une approche plus systématique et globale de promotion de la santé en milieu de travail.
- Identifier des milieux de travail et des organisations représentatives sur une base territoriale.
- Améliorer la compréhension des employeurs face à la promotion de la santé en milieu de travail et le niveau d'acceptabilité d'une démarche incluant la dimension psychosociale au travail, notamment le volet des pratiques organisationnelles qui est parfois perçu comme étant intrusif dans le mode de gestion des entreprises.
- Contribuer à devenir un milieu de travail qui fait la promotion de la santé globale.
- Mettre en place un mécanisme de collaboration visant à faire la promotion des initiatives émergentes favorisant la santé globale en milieu de travail.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
2-32	Développer des partenariats et des modalités de collaboration sur une base territoriale permettant l'émergence d'initiatives visant la santé globale de la population au travail.	2-32 a	S'approprier l'expertise développée par l'INSPQ visant à promouvoir les bénéfices d'une approche de santé globale.
		2-32 b	Identifier et former les ressources.
		2-32 c	Faire le « mapping » des milieux de travail et des organisations représentatives du monde du travail.
		2-32 d	Établir des modalités de collaboration avec les organisations représentatives identifiées.
		2-32 e	Identifier et réaliser des stratégies de communication pour promouvoir les bénéfices de la santé globale auprès des milieux de travail et des organisations représentatives identifiés.
		2-32 f	Recueillir et promouvoir des initiatives émergentes visant la santé globale auprès des partenaires régionaux et locaux.
2-33	Développer des stratégies de communication afin d'informer les milieux de travail engagés ou désirant s'engager dans une démarche d'amélioration de la santé et la qualité de vie des employés visant à faire connaître les outils et les activités de formation développés à cet égard.	2-33 a	S'approprier les outils développés par l'INSPQ (ex. : grille d'identification de risques psychosociaux au travail) et participer aux activités de formation disponibles.
		2-33 b	Établir des modalités de collaboration avec les organisations représentatives identifiées (ex. : renouveler le statut de membre auprès du <i>Groupe Entreprises en santé</i>).
		2-33 c	Soutenir, la démarche <i>Entreprises en santé</i> dans le CIUSSS MCQ et faire connaître les outils développés par l'INSPQ.
		2-33 d	Faire le « mapping » des milieux de travail de la région pouvant être intéressés par les outils et les activités de formation développés.
		2-33 e	Développer des stratégies de communication pour assurer la diffusion des outils et des activités de formation auprès des milieux de travail identifiés.

4. Cibles :

- D'ici 2020, le MSSS aura fait la promotion des initiatives visant la santé globale de la population au travail. (2-18)
- D'ici 2020, le MSSS aura réalisé des activités de promotion en santé auprès d'organisations nationales représentatives du monde du travail. (2-20)

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques

Soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre de mesures de prévention portant sur des problématiques en milieux de travail non ciblés par la réglementation en santé et en sécurité du travail

1. État de situation :

Le mandat établi avec la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) engage le réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT) à intervenir dans les établissements des secteurs prioritaires. Toutefois, les entreprises des secteurs jugés non prioritaires ne sont pas couvertes par le RSPSAT. Puisque la proportion de travailleurs est plus élevée dans les secteurs non prioritaires (environ 75 %), il est permis de considérer qu'un grand nombre de travailleurs sont également exposés à des risques dans leur milieu de travail faisant d'eux une clientèle vulnérable. Les mêmes services ne sont donc pas dispensés à ces derniers par l'équipe de SAT.

L'instrumentation à être développée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Institut national de santé publique du Québec (l'INSPQ) devrait outiller les interventions de soutien et de relais de l'information auprès des milieux de travail volontaires. Bien que les équipes en prévention et promotion de la santé de la Direction de santé publique et responsabilité populationnelle (DSP-RP) aient été identifiées pour le leadership auprès de cette population vulnérable, les ressources en santé au travail (SAT) seront en soutien pour contribuer à identifier et valider les approches à privilégier pour cette clientèle spécifique. Dans la mesure où ces interventions visent dans un premier temps des milieux volontaires et compte tenu de l'aspect novateur, une approche expérimentale auprès des milieux volontaires pourrait être envisagée à la fois pour valider l'instrumentation et favoriser son appropriation graduelle. Un processus qui favoriserait la mise en place de mécanismes de collaboration entre la DSP-RP et les milieux de travail qui auront été identifiés.

Des travaux sont actuellement en cours visant à moderniser la Loi sur la santé et la sécurité du travail. Des changements anticipés pourraient intégrer les autres groupes prioritaires, ce qui viendrait redéfinir les rôles et les mandats des équipes de santé au travail et de promotion et prévention auprès des secteurs identifiés comme non prioritaires à ce jour.

2. Défis :

- Implanter une approche novatrice de prévention des risques en milieu de travail auprès des travailleurs vulnérables avec le leadership des équipes en prévention et promotion de la santé et le soutien des équipes en santé au travail.
- Élaborer une offre de services qui répond aux besoins des milieux de travail avec des populations jugées vulnérables.
- Établir des modalités de collaboration entre les ressources en PP et l'équipe de SAT dans la démarche d'implantation d'outils par le MSSS visant les groupes de travailleurs vulnérables.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
2-34	Développer le support approprié à des milieux de travail volontaires qui souhaitent mettre en place des mesures préventives pour des groupes de travailleurs non ciblés par les mécanismes de prévention prévus dans la législation et la réglementation en santé et en sécurité du travail.	2.34 a	S'approprier l'instrumentation développée par l'INSPQ.
		2-34 b	Identifier des milieux de travail volontaires.
		2-34 c	Diffuser l'instrumentation développée et offrir de l'accompagnement aux milieux de travail volontaires, à leur demande.
		2-34 d	Contribuer à l'évaluation des résultats, le cas échéant, en collaboration avec l'INSPQ.

4. Cible :

- D'ici 2020, le MSSS aura développé une instrumentation visant à soutenir des milieux de travail qui veulent mettre en place des mesures préventives destinées à des groupes de travailleurs vulnérables qui ne sont pas ciblés par les mécanismes de prévention prévus dans la législation et la réglementation en santé et en sécurité du travail.

5. Direction responsable :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

Liste des auteurs, directions et milieux de vie visés

Auteurs

- Jean-Pierre Bergeron
- Lucie Bonin
- Diane Bouillon
- Diane Caron
- Martine Croteau
- Danièle Donaldson
- Julie Doré
- Élisabeth Giraudo
- Marie-Josée Godi
- Anne-Marie Grenier
- Catherine Hamelin
- Sylvie Lacoursière
- Lucie Lafrance
- Yanik Lefebvre
- Karine Martel
- Marie-Andrée Nadeau
- Serge Nadeau
- Martine Pépin
- Fernanda Possa Silva
- Lise St-Cyr
- Chantal St-Pierre
- Maude-Amie Tremblay

Directions et milieux de vie visés

Noms des fiches	Directions responsables et collaboratrices	Milieux de vie visés						
		F	MG	MS	MT	H	CLM	NA
Information et sensibilisation de la population, particulièrement les populations vulnérables	- DSP-RP - DRHCAJ	x	x	x	x	x	x	
Service de cessation tabagique	- DSP-RP - DSI - DRHCAJ			x		x		
Interventions préventives en matière de consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives	- DSP-RP - DPSMAD - DACJDSM			x		x	x	
Continuum de services communautaires dédiés à la promotion de la santé et à la prévention des chutes auprès de la population des 50 ans et plus	- DSP-RP - Équipes cliniques des directions générales adjointes de santé physique et de services sociaux				x	x	x	
Approche intégrée favorisant la santé et le maintien de l'autonomie des aînés vivant à domicile et en hébergement	- DSP-RP - DPSAPA - Équipes cliniques des directions générales adjointes de santé physique et de services sociaux				x	x	x	
Soutien à la mise en œuvre d'interventions en prévention du suicide	- DSP-RP - DPSAPA	x		x	x		x	

Noms des fiches	Directions responsables et collaboratrices	Milieux de vie visés						
		F	MG	MS	MT	H	CLM	NA
Programme de dépistage et dépistage opportuniste ciblant les adultes et les aînés	- DSP-RP - DSI - DSM - DSPPC					x		
Soutien à l'intégration de la prévention dans les pratiques des professionnels de la santé	DSP-RP							
Collaboration au développement et à l'adoption d'un service de réponse aux demandes d'information sur les problèmes environnementaux touchant la santé	DSP-RP	x	x	x	x	x	x	
Soutien d'initiatives favorisant le développement et le renforcement des capacités des communautés d'agir sur leurs conditions de vie et leur environnement	DSP-RP						x	
Collaboration à la création d'environnements sains et sécuritaires en milieu municipal	DSP-RP						x	
Collaboration aux politiques publiques favorables à la santé	DSP-RP						x	
Identification, évaluation et documentation des postes de travail pour la travailleuse enceinte ou qui allaite	DSP-RP				x			
Services relatifs à la mise en application des programmes de santé au travail, en fonction des priorités établies par la CNESST	DSP-RP				x			
Promotion de la santé globale en milieu de travail	- DSP-RP - DRHCAJ				x			
Soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre de mesures de prévention portant sur des problématiques en milieux de travail non ciblés par la réglementation en santé et en sécurité du travail	DSP-RP				x			

DSP-RP : Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
 DRHCAJ : Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques
 DSI : Direction des soins infirmiers
 DPSMAD : Direction du programme santé mentale adulte et dépendance
 DACJDMS : Direction adjointe - Continuum jeunes en difficulté et santé mentale
 DPSAPA : Direction du programme de soutien à l'autonomie de la personne âgée
 DSM : Direction des services multidisciplinaires
 DSPPC : Direction des services professionnels et de la pertinence clinique

F : Famille
 MG : Milieu de garde
 MS : Milieu scolaire
 MT : Milieu de travail
 H : Hébergement
 CLM : Communauté locale et municipale
 NA : Ne s'applique pas

AXE D'INTERVENTION 3 – LA PRÉVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES

La prévention et le contrôle³² des maladies infectieuses sont toujours d'actualité. Il est important de poursuivre la mise en place, de façon soutenue de mesures préventives efficaces comme la vaccination et le dépistage. De plus, une vigilance constante est nécessaire afin de détecter l'émergence de phénomènes qui pourraient avoir un impact sur l'évolution des maladies infectieuses.

L'offre de services de santé publique en matière de prévention des maladies infectieuses vise à éviter leur apparition ou à freiner leur transmission dans divers secteurs et milieux de vie, incluant les milieux de soins. Elle comporte un ensemble d'actions cohérentes pour informer, sensibiliser, soutenir la population, les acteurs des milieux, des organismes et des ministères concernés au regard de divers risques infectieux et phénomènes émergents et sur les mesures efficaces pour les prévenir.

Également, plusieurs services en matière de vaccination sont également offerts tant pour l'acte vaccinal que pour l'organisation des services de vaccination, le but étant d'atteindre des taux de couverture vaccinale efficaces. Enfin, la progression soutenue des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) est préoccupante et exige de renforcer les actions le plus possible en amont et d'assurer une complémentarité des services de lutte aux ITSS.

Les services de prévention des maladies infectieuses sont définis de manière à mieux répondre aux besoins de l'ensemble de la population et avec une intensité plus grande pour certains groupes ciblés plus vulnérables. De fait, des services mieux adaptés, plus près des milieux et contextes de vie, peuvent contribuer grandement à réduire les inégalités sociales de santé.

En complémentarité avec les objectifs du PNSP, vous trouverez dans les pages suivantes les objectifs prioritaires pour la région.

Objectifs du PNSP

- Prévenir l'exposition aux risques infectieux dans les milieux de vie et les milieux de soins.
- Prévenir l'apparition des maladies évitables par la vaccination et contribuer à leur élimination.
- Prévenir les ITSS.

Note pour le lecteur : La numérotation des objectifs prioritaires et des étapes de réalisation correspond à la numérotation des plans d'action thématiques tripartites. Il se peut donc que les chiffres ne se suivent pas.

³² Les services en matière de contrôle des maladies infectieuses, dans une perspective de protection de la santé publique, sont inscrits sous l'axe 4 portant sur la gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires.

1. État de situation régional :

La Direction de santé publique et responsabilité populationnelle transmet déjà l'information juste à l'ensemble des partenaires concernés sur les risques infectieux et les maladies émergentes ainsi que sur les mesures de prévention par l'envoi de capsules d'information ou d'alertes aux médecins et autres partenaires, etc. Toutefois, les sujets d'intérêt populationnels par rapport aux risques infectieux et maladies émergentes passent presque exclusivement par les médias plus traditionnels (ex. radio, télé) lorsqu'on s'adresse à la population générale.

Il est difficile d'obtenir de l'information sur l'impact des messages véhiculés en santé publique et, même, d'évaluer la simple prise de connaissance de l'information acheminée selon les canaux actuels. Cependant, il existe d'autres types de canaux de communication plus modernes qui pourraient aider à diffuser et évaluer la portée des messages.

Vaccination

La région connaît une recrudescence de plusieurs maladies évitables par la vaccination dont l'éclosion régionale de rougeole en 2011 et celle de coqueluche débutée en 2015. L'atteinte des cibles vaccinales permet de réduire la fréquence et l'ampleur de ces éclosions. Malheureusement, ces cibles ne sont pas toujours atteintes. Par exemple, trop peu de personnes de 65 ans et plus non hébergées se font vacciner contre la grippe saisonnière (62 %). Au Québec, on compte seulement 30 % de personnes âgées de 18-59 ans avec des maladies chroniques vaccinées annuellement contre la grippe. Entre 2011-2013, la Direction de santé publique a élaboré des messages d'information et de sensibilisation sur l'importance de la vaccination qui ont été diffusés par différents canaux de communication à la population de la région. C'était également le cas au niveau local où les établissements élaboraient et diffusaient des messages de promotion de la vaccination. Avec la récente réorganisation du réseau de la santé et la création du CIUSSS MCQ, une harmonisation des messages est à envisager. Les études portant sur la vaccination semblent indiquer que certains vaccins peuvent entraîner une plus grande méfiance, dont ceux contre la rougeole-rubéole-oreillons, le VPH et l'influenza (grippe). Le développement de la technologie et l'accès plus facile à diverses informations par l'internet ont favorisé l'amplification de certains mythes envers les vaccins.

Le MSSS en collaboration avec l'INSPQ a produit le *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec*³³ dont la phase I a été implantée en 2012. Les travaux pour l'élaboration de la phase II qui visent à favoriser les attitudes positives par rapport à la vaccination chez les professionnels de la santé et favoriser leur propre vaccination ainsi qu'à favoriser les attitudes positives à l'égard de la vaccination dans la population sont en cours. Cependant, il est possible de devoir explorer davantage comment mieux communiquer avec la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec par rapport aux enjeux de vaccination.

Infections nosocomiales

Il est important de poursuivre la promotion de l'hygiène des mains et de l'étiquette respiratoire auprès de la population. Les personnes les plus à risque de complications d'une infection contractée suite à une hygiène respiratoire ou une hygiène des mains déficiente sont les personnes dont le système immunitaire est affaibli, notamment les nourrissons, les personnes âgées et les personnes avec certaines maladies chroniques (ex. : diabète). Dans ce contexte, il faut réitérer les messages lors des communications médiatiques.

ITSS

Le Portrait de santé PARSP 2015-2020 décrit l'augmentation de l'incidence des ITSS et l'utilisation variable du condom en Mauricie et Centre-du-Québec. Parmi les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), la chlamydie génitale représente l'incidence la plus élevée (279 p. 100 000 en 2012). Ce taux est supérieur à celui du Québec (251 p. 100 000). Cette incidence plus importante s'est même amplifiée ces dernières années. Les territoires des RLS de Trois-Rivières et du Haut-St-Maurice ont les plus hauts taux d'incidence dans la région. Dans la région, une recrudescence de certaines ITSS quasi disparues telles la gonorrhée (qui a

³³ INSPQ, *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec*, 2011.

vu son taux doubler en 2014) ou la syphilis est notée. Dans la région, comme au Québec, seulement 40 % de la population des 15 ans et plus ayant eu au moins deux partenaires dans la dernière année disent avoir toujours utilisé le condom.

Comme plusieurs ITSS sont souvent sans symptôme, il faut constamment sensibiliser les jeunes (principalement les 15-24 ans) et les personnes à risque à l'importance de la prévention et du dépistage précoce. Actuellement, il n'existe pas de moyen pour obtenir le pourcentage de la population qui connaît les différents moyens de prévention. Il y a peu de campagnes provinciales de communication en matière de pratiques sexuelles et consommation de drogues sécuritaires.

Au niveau régional, la campagne et le site internet « Sois pas bête » (qui visent les 18-24 ans) promeuvent l'utilisation et l'accès au condom ainsi que le dépistage des ITSS. Par contre, une grande partie de la clientèle vulnérable (ex. : personnes qui utilisent des drogues, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, travailleuses ou travailleurs du sexe) est peu rejointe par le site web « Sois pas bête ». Pour les personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI), il y a peu de promotion active pour l'accessibilité au matériel d'injection. De plus, l'accès au matériel de protection est variable d'un territoire de RLS à l'autre.

Antibiorésistance

La prévention de l'antibiorésistance est sous la responsabilité de la Direction des services multidisciplinaires, plus précisément du comité d'antibiogouvernance³⁴ du CIUSSS MCQ. Ce comité a pour mandat d'établir la structure d'antibiogouvernance pour le CIUSSS MCQ au cours de la prochaine année. Parmi ses autres mandats prévus en lien avec cette cible, notons : harmoniser et régionaliser les outils d'optimisation de l'usage des antibiotiques, publier les principales données de sensibilité aux antibiotiques des différentes installations et réaliser des activités d'enseignement aux professionnels de la santé sur l'utilisation optimale des antibiotiques.

Dans le passé, le comité pour l'optimisation de l'usage des antibiotiques (COUA) du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières, maintenant fusionné au sein du CIUSSS MCQ, a informé et sensibilisé à plusieurs reprises les cliniciens sur la prescription adéquate des antibiotiques selon les données probantes. Plusieurs travaux ont été faits en ce sens au sein des autres installations du CIUSSS MCQ. Au Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR), les données de résistance bactérienne, des guides cliniques locaux, les lignes directrices et des études locales de revue d'utilisation des antibiotiques sont disponibles pour tous les professionnels de la santé via la bibliothèque clinique. Aucune intervention d'information ou de sensibilisation n'a été réalisée auprès de la population.

La documentation des résistances n'est pas faite de façon systématique actuellement par les établissements et il existe une discordance entre les informations colligées par les divers établissements. La santé publique ne possède pas d'information sur les profils d'antibiorésistance. Des travaux sont en cours afin de rendre disponibles ces données au sein du CIUSSS MCQ.

Zoonoses

Il existe différentes maladies infectieuses pouvant être transmises par des tiques et des moustiques qui sont présentes au Québec ou en émergence ou d'intérêt international.

Pour l'instant, le VNO n'est pas une préoccupation majeure pour la région, étant concentré majoritairement dans la grande région de Montréal et ses environs. Un seul cas de VNO a été recensé en 2015. Par contre, la maladie de Lyme est une maladie nouvellement endémique dans la province et dans la région. L'information auprès de la population et des partenaires et la promotion des moyens de protection contre les tiques et le virus du Nil occidental (VNO) sont récentes. Il serait nécessaire de les intensifier, car la maladie de Lyme semble progresser du sud vers le nord et est déjà bien installée sur le territoire de Drummondville (3 cas déclarés en 2015). La diffusion de l'information devrait cibler en premier lieu les populations les plus à risque que sont les travailleurs forestiers, les agents des municipalités, les travailleurs des parcs et les populations ayant des activités de loisirs proches des boisés ou en forêt (randonneurs, camps de jour, etc.). Cela implique qu'il faille rejoindre les populations ciblées dans leurs milieux de travail ou de loisirs à l'aide de différentes stratégies de communication.

³⁴ Effort systématique pour éduquer et persuader les cliniciens de prescrire les antibiotiques selon les données probantes afin de réduire les utilisations inappropriées et ainsi de minimiser l'émergence de résistance et autres complications de l'utilisation des antimicrobiens.

Finalement, la population et les partenaires sont surtout avisés des éclosions des maladies entériques liées à la consommation d'eau et d'aliments via les médias traditionnels. Toutefois, il n'y a pas de plan de communication établi et récurrent (ex. : campagne sur les puits artésiens au printemps) pour ce type de problématique de santé publique. L'information et la communication se font surtout lorsqu'un incident se produit ou lors d'enquêtes.

2. Défis :

- Systématiser et harmoniser les activités de communication en portant une attention particulière à une information juste et scientifique en mesure de défaire les fausses croyances.
- Explorer d'autres plates-formes ainsi que d'autres stratégies et rechercher de nouvelles approches plus novatrices pour rejoindre les différentes clientèles visées.
- Trouver les moyens les plus efficaces pour que les partenaires et la population prennent connaissance de l'information qui leur est envoyée.
- Mesurer la cible.
- En partenariat avec le comité d'antibiogouvernance du CIUSSS MCQ :
 - o Informer et sensibiliser la population et les partenaires sur l'antibiorésistance et l'utilisation optimale des antimicrobiens.
 - o Établir une procédure pour bien documenter l'antibiorésistance et harmoniser l'information colligée sur le territoire en collaboration étroite avec les microbiologistes-infectiologues.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
3-1	Intensifier la communication à la population sur l'information nécessaire à la prise de décision concernant la prévention de la résistance aux antibiotiques.	3-1 a	Mettre en place une stratégie de communication avec la population.
3-2	Maintenir la promotion de la vaccination et de l'importance du respect du calendrier vaccinal auprès de la population et des partenaires.	3-2 a	Poursuivre les efforts de diffusion et de mise en œuvre du <i>Plan de promotion phase 1</i> auprès des ressources locales en vaccination.
		3-2 b	Poursuivre la mise en œuvre des recommandations de l'étude <i>Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec?</i> ³⁵
		3-2 c	Diffuser l'information provenant du MSSS en lien avec l'influenza auprès des ressources locales en vaccination.
		3-2 d	Créer des outils de promotion pour la vaccination contre l'influenza.
3-3	Intensifier la communication à la population concernant la prévention des maladies transmissibles.	3-3 a	Diffuser l'information sur les services de vaccination disponibles, dont les lieux et les heures des cliniques de vaccination.
		3-3 b	Transmettre les recommandations de santé publique en provenance du MSSS à la population.
		3-3 c	Développer un plan de communication pour faire connaître les mesures de prévention des maladies infectieuses reconnues efficaces.

³⁵ INSPQ, *Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec?*, 2015.

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
		3-3 d	Faire connaître les services de vaccination et les services de dépistage des ITSS disponibles.
		3-3 e	Faire connaître les mesures de prévention des maladies infectieuses reconnues efficaces.
3-4	Intensifier l'Information à la population, aux professionnels de la santé et aux autres partenaires des risques infectieux et des moyens de prévention.	3-4 a	Diffuser périodiquement des capsules sur l'antibiorésistance ou un sujet connexe aux professionnels de la santé du CIUSSS MCQ en partenariat avec le comité régional sur l'antibiogouvernance.
		3-4 b	Rendre accessibles et mettre à jour les liens des plates-formes d'information disponibles (sites de l'INSPQ, MSSS, CIUSSS MCQ) et en explorer d'autres.
		3-4 c	Diffuser des bulletins d'information et autres outils d'information.
3-5	Intensifier la promotion de l'utilisation du matériel de prévention des ITSS par divers outils d'information et le rendre accessible gratuitement pour des groupes ciblés de la population du territoire (ex. : condoms, matériel d'injection et d'inhalation).	3-5 a	Faire le portrait de l'accès aux condoms et au matériel d'injection et d'inhalation et développer un plan d'action pour en améliorer l'accès, notamment auprès des Centres d'Accès au Matériel d'Injection (CAMI).
		3-5 b	Développer de nouvelles stratégies de communication pour mieux rejoindre les clientèles vulnérables.
		3-5 c	Développer de nouveaux messages « Sois pas bête » pour les clientèles vulnérables.

4. Cibles :

- D'ici 2020, 80 % de la population connaîtra les moyens recommandés de prévention des maladies infectieuses, notamment :
 - o les vaccins et le calendrier de vaccination;
 - o l'hygiène des mains;
 - o l'hygiène respiratoire;
 - o les pratiques sexuelles et de consommation de drogues sécuritaires;
 - o le matériel de prévention des ITSS;
 - o le dépistage des ITSS;
 - o l'utilisation judicieuse et appropriée des antibiotiques;
 - o les moyens appropriés de protection contre les tiques et les moustiques.
- D'ici 2020, 95 % des partenaires auront accès à une information scientifique de qualité sur les risques infectieux et phénomènes émergents et les moyens de les prévenir.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- Direction du programme jeunesse - famille
- Direction des services multidisciplinaires
- Direction des soins infirmiers
- Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques
- En collaboration avec la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique

1. État de situation :

Vaccination des nourrissons :

Les résultats de la région Mauricie et Centre-du-Québec (MCQ) dans l'*Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2014*³⁶ démontrent une couverture vaccinale complète à l'intérieur de 2 semaines de l'anniversaire pour les âges suivants :

- 2 mois : 80 %
- 4 mois : 64 %
- 6 mois : 62 %
- 12 mois : 57 %
- 18 mois : 55 %

Il n'existe pas de données récentes sur l'évolution de la couverture vaccinale en 2016. Toutefois, les indicateurs de gestion pour la période 13 pour le dcaT-Polio-Hib à 2 mois en 2014-2015 donnent une atteinte de la couverture vaccinale de 94 % et, pour le méningocoque à un an, une atteinte de 78 %; alors que les objectifs sont de 90 %. L'implantation du *Plan québécois de promotion de la vaccination* et la participation de tous les CSSS au projet Organisation de la vaccination au Québec (OVQ) ont amené des modifications importantes dans l'offre de services qui devraient aussi se manifester par une amélioration des résultats de couverture vaccinale.

L'atteinte des cibles vaccinales calculées pour chacune des maladies permet de réduire autant que possible la circulation de cette maladie dans la population. Les études démontrent que la vaccination réduit le nombre de personnes atteintes de cette maladie. Quand les gens cessent de se faire vacciner, il y a des éclosions et une recirculation de ces maladies. Actuellement, certaines maladies comme la rougeole et la poliomyélite sont considérées éradiquées des Amériques. Toutefois, l'introduction de cas provenant de pays endémiques pour ces maladies pourrait provoquer de petites éclosions localisées qui devraient s'éteindre d'elles-mêmes. Afin de maintenir cette barrière, une couverture vaccinale minimale de 95 % et plus est nécessaire.

Vaccination en 4^e année primaire :

Les taux de couverture vaccinale (TCV) pour divers vaccins sont :

4^e année du primaire, vaccination contre l'hépatite B :

- TCV 2014-2015 de 86 %
- TCV 2013-2014 de 88 %

4^e année du primaire, VPH filles :

- TCV 2014-2015 de 80 %
- TCV 2013-2014 de 83 %

Secondaire 3, vaccination contre le méningocoque :

- TCV 2014-2015 de 86 %
- TCV 2013-2014 de 85 %

³⁶ INSPQ, *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2014, 2015*.

Secondaire 3, vaccination contre la coqueluche :

- TCV 2014-2015 de 86 %
- TCV 2013-2014 de 85 %

Les TCV sont relativement stables dans les dernières années. Cependant, une tendance à la baisse est notée, ce qui pourrait correspondre à des actions de groupes particuliers ou à des articles propagés par internet ou les médias écrits. Cette tendance a un impact au niveau de la circulation des maladies évitables par la vaccination (MEV). Effectivement, en 2015-2016, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été la première à être touchée par une éclosion de coqueluche. Il faudra donc mieux comprendre et documenter ces phénomènes pour ajuster l'intervention.

Vaccination Influenza

Résultats de la région MCQ, vaccination contre l'influenza :

- TCV personnes âgées de 2-59 ans 2014-2015 : 24 %
- TCV personnes âgées de 2-59 ans 2013-2014 : 25 %

Ces chiffres démontrent une cible non atteinte jusqu'à présent, l'objectif étant de 80 % au niveau national. Un objectif très ambitieux dont on pourrait se rapprocher par de nouvelles pratiques. Durant la saison grippale, certains territoires de la région proposent le vaccin contre l'influenza (grippe) aux parents de nourrissons au moment de la visite de vaccination inscrite au calendrier régulier. Étant donné l'efficacité de cette mesure, des actions devraient être mises en place pour sensibiliser les vaccinateurs ainsi que les parents de tous les territoires. Pour la vaccination des adultes, particulièrement les vaccins contre la coqueluche et le tétanos dans les salles d'urgence, l'usage unique du vaccin dcaT serait une solution alternative à l'usage du vaccin d2T5 pour le rappel du tétanos et pour l'administration d'une première dose du vaccin acellulaire contre la coqueluche aux adultes ne l'ayant pas reçu. En effet, la majorité des adultes qui se présentent en urgence pour une blessure n'ont jamais reçu de vaccin incluant la composante coqueluche acellulaire.

2. Défis :

- Harmoniser les activités d'information et de sensibilisation auprès des parents sur le vaccin contre l'influenza au moment de la vaccination des nourrissons.
- Harmoniser les services de vaccination et des plages horaires comme énoncé dans le plan d'action de promotion de la vaccination.
- Mesurer la cible que propose le Ministère.
- Identifier les raisons de non-vaccination contre l'influenza et y trouver des solutions.
- Contrer le phénomène de la désinformation.
- Augmenter significativement le TCV selon les meilleures pratiques telles qu'énoncées par le *Plan québécois de promotion de la vaccination*.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
3-6	Intensifier la mise en place de conditions permettant de réaliser adéquatement les activités de vaccination.	3-6 a	Contribuer au maintien et développement des compétences en fournissant l'expertise-conseil sur l'application des recommandations ainsi que sur les pratiques professionnelles et organisationnelles reconnues efficaces.
		3-6 b	Faire circuler l'information pertinente en : • informant les vaccinateurs et les décideurs sur les résultats atteints par les services de vaccination (couvertures vaccinales et résultats aux indicateurs de performance et de gestion) et sur les améliorations à apporter;

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
			- assurant la disponibilité d'une information de qualité afin de contribuer à réduire le phénomène d'hésitation à la vaccination; - fournissant aux vaccinateurs et au personnel impliqué les informations et outils leur permettant d'améliorer leur compréhension du bien-fondé du respect du calendrier de vaccination et les stratégies permettant d'y arriver.
		3-6 c	S'assurer que les vaccinateurs ont les conditions requises pour répondre à leurs obligations légales au regard du registre de vaccination.
3-7	Développer une offre de services plus adaptée en vaccination.	3-7 a	Offrir des services de vaccination dans ou à proximité des milieux de vie.
		3-7 b	Offrir des services de vaccination en complémentarité des services offerts lors d'une visite auprès d'un professionnel de la santé.
		3-7 c	Offrir les services de vaccination à des moments répondant aux besoins de la population et des familles (ex. : plages horaires variées de vaccination incluant de soir et de fin de semaine).
		3-7 d	Offrir les services de vaccination répondant aux besoins des clientèles vulnérables (ex. : groupes socioéconomiquement défavorisés, immigrants, personnes avec des allergies, etc.).
		3-7 e	S'assurer que les autres interventions qui sont faites lors de la vaccination soient conformes aux données scientifiques à jour et utilisent des outils démontrés efficaces.
		3-7 f	Utiliser le registre de vaccination aux fins des interventions de rappel ³⁷ de la vaccination, de relance ³⁸ ou de promotion de la vaccination.
		3-7 g	Exploiter des systèmes d'information disponibles pour suivre les activités de vaccination dans et hors CLSC (ex. : vaccins distribués).
3-8	Maintenir la vaccination pour la clientèle petite enfance.	3-8 a	Offrir une prise de rendez-vous cohérente en respect du calendrier de vaccination.
		3-8 b	Maintenir la possibilité de rendez-vous de « dernière minute ».
		3-8 c	Effectuer le rappel de la vaccination prévue à 2 mois auprès des parents et en offrant une prise de rendez-vous précoce.
		3-8 d	Effectuer la relance auprès des parents des enfants non vaccinés à 2 mois (pour un rendez-vous de vaccination manqué ou si la date prévue de vaccination est dépassée).
		3-8 e	Effectuer la confirmation de rendez-vous (en considérant ou explorant de nouvelles avenues, ex. : par message texte).

³⁷ « Le rappel, soit le fait de rappeler à un individu dans les jours ou les semaines qui précèdent la date de vaccination prévue de faire vacciner son enfant ou de se faire vacciner par différents moyens (lettre, carte postale, appel téléphonique, etc.). » Tiré de : INSPQ, *Promotion de la vaccination : agir pour maintenir la confiance*, juin 2014.

³⁸ « La relance est l'utilisation d'un moyen (lettre, carte postale, appel téléphonique, etc.) après un rendez-vous de vaccination manqué pour signaler à l'individu l'importance de recevoir le vaccin et, si possible, fixer un autre rendez-vous pour la vaccination. » Tiré de INSPQ, *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec*, 2011.

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
		3-8 f	Suivre les données de performance et les indicateurs de gestion, en effectuant une rétroaction et en les utilisant pour améliorer l'offre de services.
3-9	Maintenir la vaccination pour la clientèle d'âge scolaire.	3-9 a	Effectuer la vaccination à l'école selon le Protocole d'immunisation du Québec, incluant les activités de rappel/relance.
		3-9 b	Mettre à jour les carnets de vaccination selon les orientations du MSSS.
3-10	Intensifier les efforts pour vacciner les adultes et les travailleurs de la santé selon les recommandations du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).	3-10 a	Rappel aux vaccinateurs de donner une dose de dcaT aux adultes.
		3-10 b	Fournir uniquement le vaccin dcaT aux vaccinateurs.
3-11	Intensifier les efforts pour vacciner contre la grippe tous les groupes cibles selon les recommandations du PIQ.	3-11 a	Avoir recours à des pratiques organisationnelles permettant de mieux joindre les groupes ciblés (ex. : vaccination des bébés et de leurs parents lors de la vaccination régulière, vaccination des malades chroniques dans les cliniques de suivi, vaccination à haut débit, vaccination dans les milieux de vie).
3-12	Développer une culture de participation au maintien et à l'alimentation du registre de vaccination du Québec auprès de tous les vaccinateurs en conformité avec les exigences légales.	3-12 a	Procéder à l'enregistrement par les vaccinateurs de tous les vaccins administrés.

4. Cibles :

- D'ici 2020, 95 % des enfants de 0-6 ans auront reçu toutes les doses prévues au calendrier de vaccination du Programme québécois d'immunisation dans les délais prescrits.
- D'ici 2020, 90 % des élèves d'âge scolaire auront reçu les vaccins recommandés au calendrier de vaccination du Programme québécois d'immunisation.
- D'ici 2020, 80 % des malades chroniques âgés de 18 à 59 ans auront reçu la vaccination antigrippale.

5. Directions responsables :

- Direction du programme jeunesse - famille
- Direction des soins infirmiers
- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques

Contrôle de la qualité et de la sécurité des vaccins par la gestion de l'approvisionnement

1. État de situation :

La cible régionale en ce qui concerne la perte de vaccins a déjà été atteinte. Les pourcentages de pertes de vaccins pour les trois dernières années sont les suivants :

- 2012-2013 : 0,06 %
- 2013-2014 : 0,13 %
- 2014-2015 : $\approx 0,01$ % (valeur totale des produits distribués n'est pas disponible, mais au moins égale à l'année 2013-2014)

Pour obtenir des pertes vaccinales égales à 5 % des produits distribués, il faudrait enregistrer un déficit excédant 35 000 \$. Depuis 2012, le déficit maximum de pertes a été de 10 000 \$ pour l'année 2013-2014.

Pour ce qui est du matériel adéquat de maintien de la chaîne de froid, des réfrigérateurs sont exigés pour l'entreposage des vaccins, mais leur qualité varie beaucoup. Lorsque la quantité de vaccins est minimale, un réfrigérateur de type « bar » est toléré. La validation des lectures et de la conformité des réfrigérateurs n'est pas faite présentement et exigerait beaucoup de temps et d'énergie. Tous les vaccinateurs doivent déjà minimalement avoir un thermomètre minima-maxima pour effectuer une lecture deux fois par jour et l'inscrire au carnet d'entretien du réfrigérateur.

2. Défis :

- La visite des vaccinateurs et des distributeurs et dépositaires régionaux (DDR) pour évaluer la conformité des réfrigérateurs, des outils ainsi que leur fonctionnement interne constitue un moyen efficace pour s'assurer d'une gestion optimale des produits immunisants. Les activités à développer exigent toutefois beaucoup d'énergie et de temps.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
3-13	Maintenir la coordination, la gestion et la distribution régionales des vaccins du Programme québécois d'immunisation.	3-13 a	Appliquer la <i>circulaire 2015-2020</i> ³⁹ qui définit la politique de gestion des produits immunisants selon les lois, normes et responsabilités des intervenants concernés.
		3-13 b	S'assurer de l'approvisionnement efficace et sécuritaire des vaccins et de leur gestion adéquate tout au long de la chaîne de distribution.
		3-13 c	Veiller à l'application du « Guide des normes et pratiques de gestion des vaccins » et du respect du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).
		3-13 d	Conclure des ententes avec les vaccinateurs (hors CIUSSS MCQ) et en s'assurant de leur respect.
3-14	Maintenir le monitoring des bris de chaînes de froid, les gérer et émettre les recommandations nécessaires à la conservation/destruction des	3-14 a	Recevoir les déclarations de bris.
		3-14 b	Valider auprès de la compagnie pharmaceutique si le vaccin a conservé ses propriétés.
		3-14 c	Contactar les compagnies pharmaceutiques au besoin.

³⁹ MSSS, *Politique de gestion des produits immunisants. Normes et pratiques de gestion tome II, circulaire*, 2015.

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
	produits immunisants; inscrire les bris de chaîne de froid dans le SI-PMI.	3-14 d	Émettre des recommandations au milieu.
		3-14 e	S'assurer que le bris est saisi dans SI-PMI.
3-15	Maintenir le soutien au développement des compétences des personnes responsables de la gestion des vaccins dans les différents établissements.	3-15 a	Offrir des formations au besoin.
		3-15 b	Diffuser les recommandations en matière de gestion des produits immunisants.
3-16	Développer la mise en place de moyens pour éviter les pertes de vaccins et utiliser les données disponibles pour évaluer et mettre à jour les processus d'entreposage, de distribution et d'utilisation des vaccins.	3-16 a	Faire des recommandations selon les situations.
		3-16 b	S'assurer qu'il y a maintien et soutien dans le développement des compétences des personnes responsables de la gestion des vaccins dans les différents établissements.
		3-16 c	Faire des tournées des dépositaires du dépôt régional (DDR) au besoin.

4. Cibles :

- D'ici 2020, les pertes de vaccins auront été maintenues à moins de 5 %.
- D'ici 2020, 100 % des dépôts et des sites de vaccination auront eu le matériel adéquat pour le maintien de la chaîne de froid, selon le guide des normes et pratiques de gestion des vaccins.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- Direction du programme jeunesse - famille
- Direction des services multidisciplinaires

Contrôle de la qualité et de la sécurité des vaccins par la vigie des manifestations cliniques inhabituelles après la vaccination

1. État de situation :

Les manifestations cliniques inhabituelles (MCI) sont des événements rares qui surviennent parfois après la vaccination. Les MCI peuvent être dues à l'une des composantes du vaccin ou à la technique d'injection; elles peuvent aussi avoir d'autres causes, lesquelles restent parfois inconnues. Les professionnels de la santé et des services sociaux qui doivent déclarer les MCI sont les vaccinateurs, les médecins, le personnel infirmier ainsi que les sages-femmes. Mais le constat est que celles-ci sont faites en majorité par les infirmières, ce qui suppose une sous-déclaration de ces événements par les autres professionnels de la santé.

Idéalement, les enquêtes régulières devraient être réalisées dans un délai d'un mois après la réception de la déclaration. Toutefois, des délais plus importants ont été constatés pour des enquêtes non urgentes pendant les périodes de vaccination intensive (ex. : influenza ou scolaire). Étant donné le nombre de vaccins administrés pendant ces périodes, il est normal d'observer une augmentation des déclarations de MCI. Il faut préciser que toute MCI urgente (ex : anaphylaxie) est enquêtée rapidement par un des membres de l'équipe immunisation de la Direction de santé publique et responsabilité populationnelle.

2. Défis :

- Augmenter l'efficacité du processus pour répondre aux délais prévus.
- Favoriser la déclaration des MCI par les médecins.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires	Étapes de réalisation
3-17 Favoriser la déclaration de manifestations cliniques inhabituelles après la vaccination, les enquêter, faire les recommandations en découlant, en assurer le suivi et inscrire les données requises dans le système d'information prévu à cette fin.	3-17 a Sensibiliser le réseau à l'importance des déclarations des MCI avec le plus d'informations possible.
	3-17 b Mieux informer les vaccinateurs de leurs obligations.
	3-17 c Enquêter les MCI.
	3-17 d Émettre des recommandations selon les situations et faire un suivi.
	3-17 e Relayer l'information au MSSS en inscrivant le tout dans le système.

4. Cible :

- D'ici 2020, diminuer les délais de déclarations de manifestations cliniques inhabituelles (MCI) sérieuses, de traitement de l'enquête et de saisie des manifestations cliniques sévères inhabituelles après la vaccination.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- Direction des soins infirmiers
- Direction du programme jeunesse - famille

Soutien à l'organisation des services de vaccination auprès des vaccinateurs privés

1. État de situation :

Présentement, 100 % des vaccinateurs de la région qui participent aux programmes de vaccination de base du Québec ont signé une entente avec la Direction de santé publique et responsabilité populationnelle. Pour le programme de la vaccination contre l'influenza, quelques vaccinateurs n'ont pas signé d'entente, cependant cela devrait être corrigé avec l'inscription obligatoire de tous les vaccinateurs dans le Système d'information pour la protection en maladies infectieuses (SI-PMI) d'ici la fin de l'année 2018. Par contre, la vérification du respect de l'entente est plus complexe et exigerait une main-d'œuvre supplémentaire pour effectuer les visites pertinentes et rédiger les rapports. La vaccination des nourrissons étant effectuée à 98 % par les CLSC.

La participation des vaccinateurs privés se présente comme suit :

- Vaccination de base pour les nourrissons : 2 réserves autochtones et 2 cliniques médicales
- Vaccination contre le tétanos ou en santé des voyageurs : 87 cliniques médicales ou pharmacies privées
- Vaccination contre l'influenza : 125 vaccinateurs privés

De plus, le respect de l'application du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) est plutôt difficile à évaluer et relève de la qualité de l'acte médical sous la responsabilité du Collège des médecins du Québec (CMQ).

2. Défis :

- Valider l'application des recommandations du Programme québécois d'immunisation (PQI) auprès des vaccinateurs. Une implantation graduelle des activités retenues étant visée.
- Intégrer dans le SI-PMI la vaccination contre l'influenza par les vaccinateurs privés. En effet, la mise en service des fonctions allégées du SI-PMI favoriserait l'inscription de tous les vaccinateurs du programme influenza.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
3-18	Maintenir, à la lumière des besoins régionaux et seulement pour les vaccins du PIQ, la conclusion des ententes avec les sites privés de vaccination et en assurer le suivi.	3-18 a	Respecter l'approvisionnement en vaccins et le maintien de leur qualité en conformité avec le guide des normes et pratiques de gestion des vaccins.
		3-18 b	Respecter l'application du Programme québécois d'immunisation (PQI) en conformité au PIQ et aux normes de pratiques qui y sont énoncées.
		3-18 c	Respecter les consignes, règles et obligations ministérielles et légales d'utilisation du registre de vaccination.
3-19	Transmettre et fournir l'expertise-conseil afin de soutenir auprès des vaccinateurs, l'application des recommandations, des avis	3-19 a	Fournir l'expertise-conseil au regard de l'application des recommandations et des pratiques professionnelles et organisationnelles reconnues efficaces.
		3-19 b	Informar les vaccinateurs et les décideurs sur les résultats atteints par les services de vaccination (couvertures vaccinales et résultats aux indicateurs de performance et de gestion) et sur les améliorations à apporter.

Objectifs prioritaires	Étapes de réalisation	
scientifiques et la mise à jour des activités d'immunisation (pratiques professionnelles optimales en immunisation).	3-19 c	Assurer la disponibilité d'une information de qualité afin de contribuer à réduire le phénomène d'hésitation à la vaccination.
	3-19 d	Soutenir le développement des compétences des vaccinateurs.

4. Cibles :

- D'ici 2017, 100 % des sites privés de vaccination auront une entente de vaccination avec la direction de santé publique du CISSS/CIUSSS.
- D'ici 2020, 100 % des vaccins administrés dans le réseau privé auront été saisis dans le registre de vaccination, tel que prévu par la Loi sur la santé publique et le Règlement ministériel d'application.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- Direction des services multidisciplinaires

Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès des groupes visés (révision de l'offre de services)

1. État de situation :

Dans la région, tout comme au Québec, certaines populations sont particulièrement vulnérables aux ITSS et peuvent être plus difficiles à rejoindre. Par exemple, la plupart des cas de VIH, de gonorrhée, de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) se retrouvent chez des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Les cas d'hépatite C, quant à eux, sont chez les utilisateurs de drogues, particulièrement les utilisateurs de drogues intraveineuses.

Les groupes prioritaires visés sont définis ainsi dans le PNSP : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, utilisateurs de drogues par injection ou inhalation, personnes incarcérées, jeunes (particulièrement ceux en difficulté), travailleuses et travailleurs du sexe, autochtones, personnes provenant de pays où l'infection par le VIH est endémique. Il faut aussi identifier des réseaux sociaux et sexuels, notamment lors des enquêtes épidémiologiques des personnes infectées par les ITSS (infection à c. trachomatis, gonorrhée, syphilis, hépatite C).

Selon le *Cadre de référence pour l'optimisation des SIDEP* du MSSS, le but premier des SIDEP est d'intervenir auprès des populations vulnérables aux ITSS, là où elles se trouvent. Les SIDEP sont une mesure complémentaire à l'offre de services de première ligne, qui vise à combler les besoins particuliers des populations vulnérables en offrant des services adaptés.

Plusieurs SIDEP rapportent des difficultés à identifier les milieux où rejoindre la clientèle vulnérable. Ces populations consultent peu dans le réseau et une collaboration étroite avec diverses ressources du réseau et les partenaires (ex. : organismes communautaires) est donc nécessaire pour intervenir auprès d'elles.

Actuellement, l'offre de services des SIDEP dans la région s'adresse autant à la population générale qu'à la population vulnérable, car les SIDEP sont intégrés dans des cliniques de santé sexuelle (contraception, ITSS...). La majorité des personnes désirant un dépistage devrait être orientée vers les services de première ligne (ex. : GMF), favorisant ainsi la disponibilité des SIDEP pour la clientèle vulnérable. Cependant, cette dernière devrait, en grande proportion, être rejointe directement dans ses milieux de vie. Or, les données I-CLSC démontrent que les SIDEP font peu de dépistages dans les milieux de vie de ces personnes : 4 SIDEP sur 8 ont enregistré 5 dépistages et moins dans les milieux de vie en 2015-2016.

2. Défis :

- Améliorer l'offre de services des SIDEP dans un contexte de réorganisation des services de première ligne et de contraintes budgétaires.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
3-20	Intensifier l'identification des groupes visés à considérer de façon prioritaire, en fonction de l'épidémiologie du territoire et du fardeau de morbidité.	3-20 a	Développer des projets pour rejoindre les clientèles vulnérables avec le soutien de l'équipe « intégration des interventions en ITSS » du CIUSSS de l'Estrie.
		3-20 b	Développer un projet-pilote local pour dépister les ITSS chez les utilisateurs de drogues et orienter la clientèle atteinte d'hépatite C vers la clinique d'hépatite C du RLS de Trois-Rivières.

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
3-21	Développer une planification pour une organisation efficace des services et rendre accessibles aux groupes visés les interventions nécessaires pour réduire ou contrôler les ITSS.	3-21 a	Développer un plan d'action pour optimiser et harmoniser les services SIDEp sur tous les territoires de RLS en tenant compte des orientations nationales et des recommandations du <i>Cadre de référence pour l'optimisation des SIDEp</i> .

4. Cible :

- D'ici 2020, 90 % des populations qui auront été rejointes par les SIDEp appartiendront aux groupes visés.

5. Direction responsable :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès des groupes visés (activités de dépistage)

1. État de situation :

Depuis dix ans, le nombre de cas déclarés d'ITSS est en augmentation dans la région tout comme au Québec. Une partie de cette augmentation serait due à une augmentation du nombre de dépistages ITSS. Mais le nombre de cas déclarés sous-estime la réalité, plusieurs ITSS peuvent être asymptomatiques car la personne porteuse ne présente aucun signe d'infection, elles ne sont donc ni diagnostiquées ni déclarées. Les groupes les plus susceptibles d'être infectés par les ITSS fréquentent peu les services de santé en général et, lorsqu'ils le font, c'est rarement pour des problèmes d'ITSS. Parmi les jeunes de 15-24 ans de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, on note une incidence très élevée de l'infection à *chlamydia trachomatis*, infection souvent asymptomatique. Ces ITSS entraînent des conséquences importantes (infertilité, douleurs chroniques, cirrhose du foie, cancer) même chez les personnes sans symptômes. Il faut donc favoriser le dépistage précoce afin de limiter la transmission et les conséquences des ITSS.

La cible de l'Entente de gestion MSSS-CIUSSS MCQ 1.01.24 « Augmenter de 3 % par année le dépistage des 15-24 ans » a été atteinte pour l'année 2015-2016. Mais les 15-24 ans ne représentent qu'une partie des clientèles ciblées. De plus, le nombre de personnes dépistées est très variable d'un territoire à l'autre et n'est pas proportionnel à la population. Une fois de plus, les clientèles vulnérables sont peu rejointes. L'offre de services des SIDEP devrait être optimisée et mieux adaptée aux besoins des clientèles visées.

2. Défi :

- Développer une coordination et une collaboration avec les différents partenaires qui œuvrent auprès des groupes visés.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
3-22	Développer une planification pour une organisation efficace des services et rendre accessibles aux groupes visés les interventions nécessaires pour réduire ou contrôler les ITSS.	3-22 a	Développer un plan d'action pour optimiser et harmoniser les services SIDEP sur tous les territoires de RLS de la région en tenant compte des orientations nationales et des recommandations du <i>Cadre de référence pour l'optimisation des SIDEP</i> .
		3-22 b	Poursuivre les travaux pour une offre de services de type cliniques Jeunesse dans les écoles secondaires (13-17 ans), postsecondaires et autres milieux de vie des 17-25 ans.
		3-22 c	Implanter le projet « Je passe le test » dans les milieux scolaires postsecondaires.

4. Cible :

- D'ici 2020, le nombre d'activités de dépistage des ITSS aura augmenté de 15 %.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- Direction du programme jeunesse - famille

Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès des groupes visés

1. État de situation :

L'intervention préventive auprès d'une personne atteinte d'une ITSS et auprès de ses partenaires (counseling, traitement de la personne et de ses partenaires, vaccination) est une intervention reconnue efficace pour diminuer la transmission des ITSS. Historiquement, depuis 2005, les SIDEP de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec offrent à toutes les personnes atteintes d'une ITSS-MADO une intervention préventive ainsi qu'à leurs partenaires (IPPAP). Toutefois, l'efficacité de cette offre universelle n'est pas démontrée. Une réorganisation de ces services est donc nécessaire pour en améliorer l'efficacité et la faisabilité, notamment pour cibler des personnes atteintes d'ITSS prioritaires.

Déjà en fonction dans d'autres régions, l'utilisation des nouvelles technologies (cellulaires, courriels, réseaux sociaux) pour rejoindre les personnes visées est une priorité.

Malgré la disponibilité d'une clinique d'hépatite C (à visée régionale) au Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR), peu de personnes porteuses d'hépatite C utilisent ce service. L'accès au traitement pour une personne vulnérable (ex. : UDI, santé mentale...) atteinte d'hépatite C demeure un enjeu important dans la région. De plus, l'accès restreint aux nouveaux traitements par la RAMQ fait en sorte que de nombreuses personnes n'y ont pas droit et continuent à transmettre l'hépatite C.

2. Défis :

- Soutenir un changement de pratique majeur de l'IPPAP tant au niveau des SIDEP que dans les services de première ligne.
- Offrir le traitement de l'hépatite C à toutes les personnes infectées.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
3-23	Intensifier l'offre des services pertinents aux groupes visés.	3-23 a	Adapter l'offre de services régionale IPPAP selon le <i>Guide d'intervention ITS à déclaration obligatoire</i> du MSSS et l'offre de services de base chlamydia.
		3-23 b	Développer une offre de services de prophylaxie pré-exposition au VIH pour les personnes à risque selon les recommandations du MSSS et consolider l'offre de services quant à la prophylaxie post-exposition.
		3-23 c	Implanter l'utilisation des nouvelles technologies pour les enquêtes épidémiologiques et l'IPPAP des ITSS.
		3-23 d	Développer un projet-pilote local pour dépister les ITSS chez les utilisateurs de drogues et orienter la clientèle atteinte d'hépatite C vers la clinique d'hépatite C du RLS de Trois-Rivières pour la traiter.

4. Cible :

- D'ici 2020, au moins 90 % des personnes ayant reçu un diagnostic d'ITSS-MADO et de VIH ont accès à l'intervention préventive auprès des personnes atteintes et auprès de leurs partenaires (IPPAP), aux soins et au traitement, selon les recommandations en vigueur.

5. Direction responsable :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

Collaboration à la mise en œuvre de mesures de prévention de la transmission de maladies infectieuses (infections nosocomiales et grippe) dans les milieux de soins et d'hébergement

1. État de situation :

Les établissements de soins de la région appliquent les mesures en prévention et contrôle des infections nosocomiales recommandées (ex. lavage de mains, port du masque, dépistage systématique des patients) par les experts provinciaux, notamment le Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ). Effectivement, au cours des dernières années, il y a eu un renforcement des mesures et les infections telles que les diarrhées au *C. Difficile* (DACD) ont chuté significativement. Pour l'Hôpital Sainte-Croix, le taux d'incidence des DACD est passé de 11 par 10 000 jours-présence en 2011-2012 à 4,2 par 10 000 jours-présence l'année suivante. Au Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAU), le taux d'incidence de DACD qui était à 16,6 en 2012-2013 a diminué graduellement au cours des années suivantes pour atteindre 7,3 en 2015-2016. Comparativement au Québec, la région se démarque positivement pour la plupart des infections nosocomiales, dont les bactériémies, les taux d'incidence étant bien en dessous des moyennes provinciales. Cependant, les taux de conformité à l'hygiène des mains dans les installations du CIUSSS MCQ sont encore inférieurs à la cible du MSSS pour 2020 qui est de 80 % de conformité. La création du CIUSSS MCQ pourra avoir un impact positif sur la transmission des infections nosocomiales étant donné la fusion des différentes équipes de PCI sous un même service adoptant des procédures et politiques harmonisées (ex. : lignes directrices, protocoles et ordonnances collectives communes).

2. Défis :

- Harmoniser les pratiques de prévention et de contrôle des infections
- Améliorer le taux de conformité à l'hygiène des mains au sein des installations du CIUSSS MCQ.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation
3-24	Maintenir la collaboration avec les autres directions du CIUSSS et des établissements à la mise en place du <i>Plan d'action ministériel en prévention et contrôle des infections 2015-2020</i> .	3-24 a Participer à une instance de concertation en prévention des infections.
		3-24 b Effectuer la vigie des infections nosocomiales.
3-25	Maintenir la collaboration avec le MSSS et les autres directions des établissements et partenaires territoriaux à la mise en place du plan d'action ministériel sur la lutte à l'antibiorésistance.	3-25 a Collaborer avec la Direction des services multidisciplinaires, lorsque nécessaire.
3-26	Maintenir la collaboration avec les autres ministères ou leurs instances régionales à la mise en place des mesures de prévention des maladies entériques et des zoonoses.	3-26 a Mettre en place les nouvelles recommandations du MSSS.

4. Cible :

- D'ici 2020, 100 % des CISSS/CIUSSS auront mis en place des mesures de prévention et contrôle des infections dans toutes les installations de soins de courte et longue durée ainsi que dans les centres de réadaptation.

5. Direction responsable :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

Collaboration à la mise en œuvre de mesures de prévention et contrôle de la transmission de maladies infectieuses (infections nosocomiales et grippe) dans les milieux de vie (milieux de garde, milieux scolaires)

1. État de situation :

Plusieurs des éclosons dans les milieux de vie ne sont pas des maladies à déclaration obligatoire. Ainsi, il est impossible pour la Direction de santé publique et responsabilité populationnelle (DSP-RP) de connaître la réelle ampleur et fréquence de ces éclosons. De plus, la DSP-RP n'a aucune connaissance du niveau d'implantation des mesures en prévention et contrôle des infections dans les milieux de garde et les milieux scolaires. Par contre, les écoles ont une infirmière scolaire à qui elles peuvent se référer, mais la DSP-RP ne détient pas d'information en lien avec les demandes de collaboration qui sont faites à ce niveau. Les milieux de garde chez les nourrissons et enfants d'âge préscolaires sont plus à risque.

2. Défis :

- Instaurer un mécanisme de surveillance des éclosons dans ces milieux (ampleur, fréquence, prise en charge) avec l'aide des professionnels de première ligne.
- Diffuser les meilleures méthodes et uniformiser les pratiques.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
3-27	Maintenir la collaboration avec les autres directions du CIUSSS et des établissements à la mise en place du <i>Plan d'action ministériel en prévention et contrôle des infections 2015-2020</i> .	3-27 a	Participer à une instance de concertation en prévention des infections.
		3-27 b	Effectuer la vigie des infections nosocomiales.
3-28	Maintenir la collaboration avec les milieux de vie à mettre en place les mesures recommandées de prévention et contrôle des infections (ex. : écoles, services de garde à l'enfance, établissements de détention, etc.).	3-28 a	Faire connaître aux autres directions du CIUSSS impliquées le guide : <i>Prévention et contrôle des infections dans les services de garde et écoles du Québec - Guide d'intervention, édition 2015</i> .
		3-28 b	Faire connaître aux partenaires le document : <i>Guide de prévention des infections dans les résidences privées pour personnes âgées, édition 2012</i> .
3-29	Maintenir la collaboration avec les autres ministères ou leurs instances régionales à la mise en place des mesures de prévention des maladies entériques et des zoonoses.	3-29 a	Faire connaître aux autres directions du CIUSSS impliquées le guide : <i>Prévention et contrôle des infections dans les services de garde et écoles du Québec - Guide d'intervention, édition 2015</i> .
		3-29 b	Faire connaître aux partenaires le document : <i>Guide de prévention des infections dans les résidences privées pour personnes âgées, édition 2012</i> .

4. Cible :

- D'ici 2020, 100 % des CISSS/CIUSSS auront collaboré à la mise en place des mesures de prévention et contrôle des infections dans les milieux de vie (tels que les milieux de garde et les milieux scolaires) de leur territoire.

5. Direction responsable :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

Liste des auteurs, directions et milieux de vie visés

Auteurs

- Andrée Côté
- Fernand Guillemette
- Mélissa Marcoux
- Caroline Marcoux-Huard
- Linda Milette
- Danièle Samson
- Lynda Swift

Directions et milieux de vie visés

Noms des fiches	Directions responsables et collaboratrices	Milieux de vie visés						
		F	MG	MS	MT	H	CLM	NA
Information et sensibilisation à la population et aux partenaires sur les risques infectieux et les phénomènes émergents associés (antibiorésistance)	• DSP-RP • DSM • DSI • DSPPC	x			x		x	
Information et sensibilisation à la population et aux partenaires sur les risques infectieux et les phénomènes émergents associés (ITSS)	• DSP-RP • DRHCAJ	x			x		x	
Information et sensibilisation à la population et aux partenaires sur les risques infectieux et les phénomènes émergents associés (infections nosocomiales)	• DSP-RP	x		x	x	x	x	
Information et sensibilisation à la population et aux partenaires sur les risques infectieux et les phénomènes émergents associés (information vaccination)	• DSP-RP • DPJF • DSI • DRHCAJ	x		x	x	x	x	
Information et sensibilisation à la population et aux partenaires sur les risques infectieux et les phénomènes émergents associés (information infections nosocomiales)	• DSP-RP	x		x	x	x	x	
Information et sensibilisation à la population et aux partenaires sur les risques infectieux et les phénomènes émergents associés (zoonoses)	• DSP-RP • DRHCAJ	x		x	x	x	x	
Information et sensibilisation à la population et aux partenaires sur les risques infectieux et les phénomènes émergents associés	• DSP-RP	x		x	x	x	x	
Vaccination	• DSP-RP • DPJF • DSI • DRHCAJ	x		x	x	x		
Contrôle de la qualité et de la sécurité des vaccins par la gestion de l'approvisionnement	• DSP-RP • DPJF • DSM							x

Noms des fiches	Directions responsables et collaboratrices	Milieux de vie visés						
		F	MG	MS	MT	H	CLM	NA
Contrôle de la qualité et de la sécurité des vaccins par la vigie des manifestations cliniques inhabituelles après la vaccination	- DSP-RP - DSI - DPJF					X		
Soutien à l'organisation des services de vaccination auprès des vaccinateurs privés	- DSP-RP - DSM - DSP-RP							X
Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEp) des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès des groupes visés (révision de l'offre de services)	DSP-RP			X	X	X	X	
Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEp) des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès des groupes visés (activités de dépistage)	- DSP-RP - DPJF			X	X	X	X	
Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEp) des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès des groupes visés	DSP-RP			X	X		X	
Collaboration à la mise en œuvre de mesures de prévention de la transmission de maladies infectieuses (infections nosocomiales et grippe) dans les milieux de soins et d'hébergement	DSP-RP					X		
Collaboration à la mise en œuvre de mesures de prévention et contrôle de la transmission de maladies infectieuses (infections nosocomiales et grippe) dans les milieux de vie (milieux de garde, milieux scolaires)	DSP-RP		X					

DSP-RP : Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

DSM : Direction des services multidisciplinaires

DSI : Direction des soins infirmiers

DSPPC : Direction des services professionnels et de la pertinence clinique

DRHCAJ : Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques

DPJF : Direction du programme jeunesse - famille

F : Famille

MG : Milieu de garde

MS : Milieu scolaire

MT : Milieu de travail

H : Hébergement

CLM : Communauté locale et municipale

NA : Ne s'applique pas

AXE D'INTERVENTION 4 – LA GESTION DES RISQUES ET DES MENACES POUR LA SANTÉ ET LA PRÉPARATION AUX URGENCES SANITAIRES

Les objectifs de cet axe réfèrent aux responsabilités et pouvoirs conférés en vertu de la Loi sur la santé publique pour protéger la santé des individus, des groupes ou de l'ensemble de la population dans une perspective de gestion des risques (biologiques, chimiques ou physiques) pouvant représenter une menace pour la santé qu'elle soit réelle ou appréhendée.

Les équipes de santé publique déploient un ensemble de services afin d'évaluer les risques et lorsqu'ils représentent une menace, mettent en œuvre des solutions adaptées et efficaces, et en assurent le suivi. Par un processus continu d'identification des menaces à la santé de la population, une vigie sanitaire est assurée. Certains cas de menaces peuvent faire l'objet d'enquêtes épidémiologiques dans lesquelles des recommandations sur des mesures de protection de la santé de la population sont émises. Dans les situations d'urgence infectieuse ou de sinistres d'origine environnementale ou d'autre nature, les intervenants de santé publique exercent également un rôle dans l'ensemble du cycle de sécurité civile en collaboration avec des partenaires provenant de divers secteurs d'activités (ministères, municipalités, etc.)

Selon le contexte, notons également que des efforts sont déployés pour que les services de protection de la santé soient adaptés aux populations vulnérables.

En complémentarité avec les objectifs du PNSP, vous trouverez dans les pages suivantes les objectifs prioritaires pour la région.

Objectifs du PNSP

- Prévenir les conséquences des urgences sanitaires par la détermination des risques et une préparation adéquate.
- Protéger la population par la détection précoce des risques pour la santé et des phénomènes émergents pouvant représenter une menace.
- Protéger la population par la mise en place des mesures de contrôle des risques et des menaces pour la santé, selon le contexte.

Note pour le lecteur : La numérotation des objectifs prioritaires et des étapes de réalisation correspond à la numérotation des plans d'action thématiques tripartites. Il se peut donc que les chiffres ne se suivent pas.

Information et sensibilisation de la population sur les mesures de prévention et de contrôle des risques pour la santé

1. État de situation :

En santé publique, plusieurs situations requièrent d'informer la population, par exemple, lors d'événements liés à la santé environnementale (ex. : chaleur accablante, épisodes de mauvaise qualité de l'air), lors d'éclosions (ex. : légionellose, coqueluche) ou encore pour informer la population de mesures de prévention à mettre en place (ex. : herbe à poux, monoxyde de carbone, virus du Nil occidental, intoxications alimentaires). L'âge, le sexe, le style de vie ou l'état de santé des personnes peuvent avoir un impact sur le risque d'être affecté par un problème de santé spécifique, les messages doivent être adaptés afin de cibler ces populations.

En santé environnementale, des messages d'information et de sensibilisation de la population sont émis en moyenne cinq à dix fois par an et plusieurs sont adaptés pour les populations vulnérables, lorsque la situation le requiert. Par exemple, les campagnes de communication sur la chaleur accablante ciblent particulièrement les jeunes enfants, les personnes âgées et les personnes ayant un problème de santé mentale ou un problème de dépendance, les campagnes relatives à l'herbe à poux ciblent davantage les personnes allergiques, alors que les campagnes relatives à la qualité de l'air ciblent les personnes souffrant de maladies cardiaques ou respiratoires.

En maladies infectieuses, des efforts restent à faire pour rejoindre les populations vulnérables. Certains moyens novateurs sont parfois utilisés, notamment via la campagne « Sois pas bête » qui vise les jeunes 18-24 ans en utilisant les médias sociaux et la géolocalisation.

De façon générale, dans les équipes de santé publique, les populations vulnérables doivent davantage être visées lors des communications. Voici des exemples de ces populations vulnérables : jeunes en difficultés, travailleuses et travailleurs du sexe, personnes à faible revenu, etc. Des moyens novateurs doivent être mis en place afin de rejoindre adéquatement ces populations.

2. Défis :

- Rejoindre les populations vulnérables plus adéquatement nécessite une révision des messages en termes de moyens et de littératie. L'utilisation de moyens novateurs pour rejoindre les populations ciblées demande une appropriation de ces moyens de communication par le personnel. Les outils de communication doivent être repris par les partenaires pour qu'ils les diffusent auprès des groupes visés.
- Utiliser le web pour transmettre des messages percutants pour atteindre les groupes visés.
- Augmenter l'intensité, la cohérence et l'efficacité des messages.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
4-1	Maintenir les activités d'information de la population du territoire, en collaboration avec la Direction des communications, sur les risques et les mesures de prévention et de contrôle, en tenant compte notamment du cadre de référence <i>La gestion des risques en santé publique au Québec</i> et des autres cadres ou guides spécifiques.	4-1 a	Réaliser une veille médiatique territoriale, adaptée au contexte.
		4-1 b	Contribuer à la planification des activités de communication.
		4-1 c	Fournir les contenus nécessaires à la conception des messages, à l'élaboration des outils d'information et à l'adaptation des communications aux contextes et aux besoins des publics visés, notamment les populations vulnérables (ex. : communiqués de presse, conférences de presse, site web).
		4-1 d	Élaborer et diffuser des alertes et des avis publics, en ciblant, lorsque pertinent les populations vulnérables.

4. Cible :

- D'ici 2020, 70 % des communications du risque déployées par le MSSS et le CIUSSS MCQ auront été révisées afin de rejoindre les populations vulnérables.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle pour le contenu des messages et l'identification des populations vulnérables
- Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques pour la diffusion des messages
- Direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation pour la veille médiatique

Information et sensibilisation des partenaires sur les mesures de prévention et de contrôle des risques pour la santé

1. État de situation :

L'élaboration et la diffusion des documents de communication visant les partenaires se font selon les risques et les besoins. Actuellement, la mise en place des CISSS/CIUSSS a modifié les mécanismes de communication et une mise à jour de ces mécanismes est en cours. Par ailleurs, plusieurs outils de communication en santé publique (appel à la vigilance, alertes, avis, etc.) sont disponibles et parfois une confusion existe quant au moyen à utiliser pour une situation donnée.

Pour les communications avec les partenaires, une meilleure connaissance de leurs besoins pourrait permettre une communication plus efficace. En maladies infectieuses, les partenaires (ex. : médecins, milieu scolaire, garderies...) concernés sont avisés rapidement (par courriel) lorsque la vigie ou les enquêtes mettent en évidence un risque à la santé (ex. : éclosion, maladie à surveillance extrême). Entre 10 et 20 envois sont faits annuellement aux médecins dès qu'une éclosion ou une maladie en émergence sont détectées.

En santé environnementale, les liens avec les partenaires sont déjà bien établis pour les problématiques saisonnières (ex. : chaleur accablante, herbe à poux). Ceux-ci sont avisés annuellement du début des périodes de vigie et lorsqu'une mobilisation est requise. Par exemple, en préparation aux périodes de chaleur accablante, une sensibilisation est faite auprès des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, des centres de la petite enfance, des résidences pour personnes âgées et des municipalités de la région. En cas de déclenchement des plans d'urgence, d'autres communications pour la mobilisation et la mise en place des mesures d'urgence sont prévues.

Des communications avec les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ont aussi lieu régulièrement pour les risques ponctuels, afin de les informer des mesures de prévention et de contrôle à mettre en place, par exemple : avis Info-Santé concernant les avis d'ébullition en cours (plus de 30 par an en moyenne), capsule d'information sur les intoxications au monoxyde de carbone, etc. Ces communications sont effectuées en fonction de la survenue ou de l'observation d'une augmentation d'événements.

2. Défis :

- Mettre à jour les liens et les moyens de communication avec l'ensemble des collaborateurs du CIUSSS MCQ.
- Connaître les partenaires externes (ex. : organismes communautaires, milieux scolaires...) pour arriver à une communication optimale.
- Faire connaître les outils (ex. : appel à la vigilance, alertes, avis de santé publique) aux partenaires concernés et le contexte d'utilisation de chacun.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
4-2	Maintenir les activités d'information des partenaires du secteur de la santé et des services sociaux et des autres secteurs d'activités sur les risques et les mesures de prévention et de contrôle.	4-2 a	Contribuer à la planification des activités de communications.
		4-2 b	Élaborer et diffuser des appels à la vigilance, des alertes de santé publique, des recommandations, des directives, des ordonnances, des avis Info-Santé, des capsules aux médecins, des bulletins de vigie, des rapports de situation et des avis de santé publique, selon ce que la situation requiert.

4. Cible :

- D'ici 2020, 90 % des partenaires nationaux et territoriaux impliqués lors des communications du risque auront été rejoints.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle pour l'identification des partenaires et l'élaboration des contenus
- Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques pour la diffusion

Évaluation des risques pour la santé liés aux agents biologiques, chimiques et physiques et établissement des mesures à prendre pour les prévenir et les contrôler

1. État de situation :

Le chapitre 10 de la Loi sur la santé publique concernant le signalement aux autorités de santé publique prévoit que les ministères, les organismes gouvernementaux, les municipalités locales et les médecins doivent signaler au directeur de santé publique les menaces à la santé de la population. D'autres partenaires externes peuvent également faire un tel signalement selon la Loi.

Dans l'équipe de santé environnementale, tous les signalements reçus sont enquêtés et compilés. Des recommandations sont ensuite transmises à la personne ou à l'organisme à l'origine du signalement. Chaque année, entre 15 et 20 signalements sont reçus, enquêtés, répondus et compilés. Le professionnel mandaté pour l'enquête peut avoir accès à de l'information privilégiée de la part d'un médecin ou d'un autre ministère. Une visite terrain peut également être nécessaire. Voici quelques exemples d'enquêtes réalisées depuis les dernières années : agrégat de cancers dans une municipalité, moisissures dans une école, suspicion d'un contaminant dans un lieu public, pollution d'une industrie dans un secteur urbain, etc.

Pour l'équipe des maladies infectieuses (MI), de nombreux signalements sont reçus et évalués. Ils sont très variés, par exemple : deux cas d'intoxication alimentaire liés épidémiologiquement, éclosion de gale en CHSLD, maladie respiratoire sévère infectieuse acquise à l'étranger (MRSI). Plusieurs outils sont disponibles pour évaluer les signalements, par exemple un algorithme de prise en charge des cas suspects de MRSI est utilisé dans toutes les salles d'urgence.

Pour réaliser les enquêtes de santé publique suite à un signalement, la DSP-RP dispose du cadre de référence en gestion des risques de l'INSPQ, mis à jour en 2016. Cette nouvelle version a été peu utilisée par les équipes. L'intégration des étapes de ce guide à la démarche d'enquête permettra d'améliorer le processus d'enquête, par exemple en prenant en compte des éléments tels que l'acceptabilité sociale et la participation citoyenne qui se fait peu actuellement, notamment en MI. Toutefois en MI, cette démarche s'applique seulement à certains signalements.

2. Défis :

- L'appropriation du cadre de référence en gestion des risques en santé publique est un élément déterminant pour son utilisation par les équipes.
- L'acceptabilité sociale et la participation citoyenne sont des éléments importants du cadre de référence et l'expertise des intervenants dans ce domaine est à développer.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
4-3	Développer l'évaluation et la caractérisation du risque à la santé selon le cadre de référence en gestion des risques en santé publique lors de menaces à portée régionale, avec le soutien de l'INSPQ.	4-3 a	Former l'équipe MI et l'équipe SE à utiliser le guide de gestion des risques (outils de l'INSPQ).
		4-3 b	Appliquer le cadre de référence en gestion des risques.
		4-3 c	Évaluer l'application du cadre de référence en gestion des risques.

4. Cible :

- D'ici 2020, 90 % des signalements de menaces à la santé, de portée nationale ou territoriale, auront été évalués par l'utilisation d'outils compatibles au cadre de référence de la gestion des risques en santé publique.

5. Direction responsable :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

Vigie et enquêtes épidémiologiques à l'égard des risques pour la santé liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques et des phénomènes émergents associés (milieux de travail)

1. État de situation :

Pour toutes les situations urgentes ou nécessitant une expertise efficace et rapide, le système de réception et de traitement des maladies à déclaration obligatoire (MADO) ainsi que des signalements en vertu de la Loi sur la santé publique (LSP) est un mécanisme qui implique plusieurs équipes de santé publique (santé environnementale, maladies infectieuses et santé au travail). Ce système est régulièrement mis à jour par le MSSS et a permis d'améliorer le temps nécessaire pour la saisie des résultats et la production des rapports. En ce qui a trait aux MADO en milieux de travail, le nombre de déclarations est très variables d'une année à l'autre. En 2013, 14 MADO avaient été comptabilisées comparativement à 34 en 2014. Pour l'année 2015, il y a eu 6 déclarations qui ont nécessité au moins une intervention dans 5 établissements. Il s'agit, entre autres, d'interventions de surveillance environnementale pour l'hydrogène sulfuré et la résine ainsi que des sessions d'information pour l'amiante et le monoxyde de carbone. Il est à noter toutefois que ce nombre est souvent sous-estimé puisque les médecins qui formulent les déclarations ne font pas toujours le lien entre l'intoxication (ou la maladie) et le milieu de travail de la personne.

2. Défis :

- Maintenir la participation au service d'investigation et d'enquête à l'aide des outils harmonisés qui favoriseront une vigie efficace des menaces identifiées.
- Rejoindre et informer la presque totalité des partenaires territoriaux concernant la déclaration des MADO et le signalement des menaces à la santé.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
4-4	Maintenir une vigie sanitaire régionale en continu.	4-4 a	Analyser les demandes et questionnements des partenaires et de la population en lien avec les problématiques environnementales et professionnelles.
		4-4 b	Colliger et analyser les données sanitaires régionales par des outils informatiques, en temps opportun (MADO, manifestations cliniques inhabituelles (MCI), signalements, éclosions et autres données sociosanitaires (ex. : infections nosocomiales et vigie syndromique).
		4-4 c	Utiliser les outils communs permettant de détecter les excès de cas.
4-5	Maintenir la participation à des comités d'utilisateurs pour la conception, l'évolution et le maintien des systèmes d'information.	4-5 a	Contribuer à l'élaboration d'une stratégie afin de rejoindre les partenaires territoriaux pour le signalement des menaces et la déclaration des MADO.
4-6	Maintenir un service d'enquête des déclarations de MADO d'origine infectieuse, chimique ou physique, des MCI et des éclosions.	4-6 a	Recevoir, saisir et valider les déclarations.
		4-6 b	Colliger l'information pertinente obtenue auprès des cas et des professionnels de la santé.
		4-6 c	Évaluer le risque de contamination.
		4-6 d	Recommander les mesures de prévention et de contrôle.

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
4-7	Maintenir un service d'investigation des signalements de menace à la santé (signalements LSP).	4-7 a	Colliger l'information de base auprès des intervenants signalant une menace.
		4-7 b	Faire une évaluation préliminaire du signalement.
		4-7 c	Enquêter dans les situations de menace à la santé.
		4-7 d	Élaborer des recommandations.
		4-7 e	Assurer l'arrimage avec les intervenants impliqués dans le signalement.
4-8	Maintenir la participation à l'investigation environnementale et en hygiène du travail dans le cadre d'enquête de signalement, de cas sentinelle, d'agrégat, en collaboration avec les partenaires concernés.	4-8 a	Participer à l'identification des contaminants et de leurs sources d'émission.
		4-8 b	Apprécier le niveau ou le potentiel d'exposition des personnes aux contaminants identifiés.
		4-8 c	Déterminer les moyens de contrôle nécessaires.
		4-8 d	Assurer l'arrimage avec les partenaires impliqués dans l'investigation.

4. Cibles :

- D'ici 2020, 90 % des partenaires nationaux et territoriaux auront été informés des modalités et de leurs devoirs concernant la déclaration des MADO et le signalement des menaces à la santé de la population.
- D'ici 2020, la capacité nationale et territoriale à obtenir des données aura été augmentée pour effectuer une vigie efficace des menaces identifiées.
- D'ici 2018, un système national performant aura été implanté afin de permettre la saisie, l'analyse et la production de rapports (MADO, MCI).
- D'ici 2020, 80 % des enquêtes ou investigations des menaces de portée nationale ou régionale auront été réalisées à l'aide des outils harmonisés disponibles ou de moyens novateurs.

5. Direction responsable :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

Vigie et enquêtes épidémiologiques à l'égard des risques pour la santé liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques et des phénomènes émergents associés (déclarations MADO et signalements)

1. État de situation :

Une maladie à déclaration obligatoire (MADO) est une déclaration par les médecins et les laboratoires à la suite d'une maladie ou d'une intoxication à un ou des contaminants figurant sur une liste déterminée par règlement. Les signalements de menaces à la santé peuvent quant à eux provenir de partenaires externes et internes. Les déclarations MADO et les signalements peuvent toucher des individus ou des groupes de personnes.

En santé environnementale, près d'une cinquantaine de déclarations MADO et 15 à 20 signalements de menaces à la santé sont enquêtés chaque année, en plus d'une cinquantaine d'enquêtes et interventions en lien avec la qualité de l'eau potable. Les MADO peuvent concerner des intoxications au monoxyde de carbone dans une résidence privée ou un lieu public, des niveaux de métaux lourds dans le sang qui dépassent le seuil de déclaration, etc. Les signalements peuvent entre autres concerner un agrégat de cancers dans une municipalité, des moisissures dans une école, la suspicion d'un contaminant dans un lieu public ou la pollution d'une industrie dans un secteur urbain.

En maladies infectieuses, plus de 60 maladies infectieuses sont à déclaration obligatoire. Plus de 3 000 MADO sont déclarées chaque année. Pour la majorité une intervention est réalisée : enquête ou envoi d'une lettre. De plus, une vigie est faite sur l'ensemble des déclarations afin d'identifier les éclosions ou les excès.

La responsabilité du signalement par les médecins et les laboratoires est bien connue, mais la méconnaissance de l'ensemble des maladies ou intoxications requérant une déclaration et des mécanismes de déclaration laisse croire à une sous-déclaration des cas. À cet égard en 2016, une communication a été faite aux médecins du territoire pour rappeler l'importance et les modalités de la déclaration des intoxications au monoxyde de carbone et une augmentation du taux de signalement a été constatée dans les mois suivants. Des outils électroniques tels que des fenêtres contextuelles automatiques dans les systèmes informatiques du réseau pourraient être développés.

Il est difficile d'évaluer le niveau de connaissance de la loi au niveau des partenaires autres que les médecins et le laboratoire. La diversité des partenaires qui peuvent effectuer des signalements au directeur de santé publique complexifie la communication qui doit être faite auprès d'eux par la Direction de santé publique.

2. Défis :

- La diversité des partenaires impliqués représente un défi. Une meilleure connaissance de leurs besoins permettrait une communication plus efficace sur les obligations de déclaration et de signalement.
- Le rappel de déclaration demande l'intervention d'autres directions du CIUSSS MCQ et le développement d'outils.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
4-9	Intensifier la vigie sanitaire régionale en continu.	4-9 a	Développer de nouveaux moyens pour informer les partenaires territoriaux de leurs devoirs de déclaration des MADO et de signalement des menaces à la santé ainsi que des modalités pour le faire.

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
4-10	Développer la participation à des comités des utilisateurs pour la conception, l'évolution et le maintien des systèmes d'information.	4-10 a	Contribuer à l'élaboration d'une stratégie nationale afin de rejoindre les partenaires territoriaux pour le signalement des menaces et la déclaration des MADO.

4. Cible :

- D'ici 2020, 90 % des partenaires nationaux et territoriaux auront été informés des modalités et de leurs devoirs concernant la déclaration des MADO et le signalement des menaces à la santé de la population.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- Direction des ressources informationnelles (pour un outil informatique de rappel)

Vigie et enquêtes épidémiologiques à l'égard des risques pour la santé liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques et des phénomènes émergents associés

1. État de situation :

La vigie sanitaire permet de recueillir de l'information et d'effectuer le suivi, le plus possible en temps réel (heures, jours, semaines), sur les menaces à la santé de la population dans le but d'alerter les autorités de santé publique et autres autorités concernées, de communiquer le risque à la population et de soutenir la mise en place de mesures de protection, lorsqu'elles sont requises.

En santé environnementale (SE), les sources de données utilisées pour la vigie sanitaire sont : le système MADO-Chimique, les tableaux statistiques à l'Infocentre (métaux lourds, gaz et asphyxiants, expositions entraînant une intoxication de courte latence, émergence de phénomènes), la vigie syndromique (appels à Info-Santé), les appels à la centrale préhospitalière d'urgence (ambulances), les relevés de situation à l'urgence et au centre hospitalier, les données issues des signalements et des enquêtes spécifiques et les outils de production d'information (Géoportail, Infocentre, SUPREME). La vigie en santé environnementale est effectuée de façon régulière pour certains dossiers récurrents tels que la chaleur accablante et les éclosions d'origine hydrique. L'utilisation de ces outils n'est toutefois pas systématisée pour tous les dossiers et la vigie est alors effectuée selon les besoins.

En maladies infectieuses (MI), les données de vigie sont regroupées sur l'Infocentre de santé publique. Par exemple, toutes les MADO sont comptabilisées, les appels à Info-Santé, les éclosions... Des données régionales sont aussi disponibles via I-CLSC, Médilab et les ententes de gestion. Ces dernières sont surtout utiles pour le calcul des couvertures vaccinales, les infections nosocomiales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Malheureusement, la saisie des données de I-CLSC est inconstante d'un professionnel à l'autre et d'un RLS à l'autre, ce qui rend l'interprétation difficile. D'autres sources d'information pourraient être complémentaires telles que : les outils d'agrégation spatio-temporelle (afin de localiser sur une carte les cas et les causes soupçonnées, ex. : tour de refroidissement en légionellose) et les recherches internet du public sur certains sujets (vigie syndromique). En obtenant les informations concernant les recherches Internet en lien avec les éruptions cutanées et fièvre, et en croisant cette information avec les MADO et/ou signalements reçus, la probabilité de détecter des éclosions est augmentée.

2. Défis :

- En santé environnementale et en santé au travail, systématiser une démarche de vigie à intervalles réguliers et couvrant l'ensemble des sources d'information disponibles.
- En santé environnementale et en maladies infectieuses, la disponibilité des ressources en informatique est nécessaire pour soutenir le développement d'outils et l'analyse des données.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
4-11	Intensifier la vigie sanitaire régionale en continu.	4-11 a	Obtenir et analyser les données sanitaires régionales par des outils informatiques, en temps opportun (MADO, MCI, signalements, éclosions et autres données sociosanitaires (ex. : infections nosocomiales et vigie syndromique)).
		4-11 b	Intégrer à la démarche de vigie les nouvelles sources d'information rendues disponibles par le MSSS.

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
		4-11 c	Continuer à recevoir, évaluer et répondre aux demandes et questionnements des partenaires et de la population en lien avec les problématiques environnementales et professionnelles.
4-12	Développer la participation à des comités d'utilisateurs pour la conception, l'évolution et le maintien des systèmes d'information.	4-12 a	Participer au comité mis en place par le MSSS.
		4-12 b	S'approprier et contribuer à l'amélioration des outils de vigie à venir du MSSS.

4. Cible :

- D'ici 2020, la capacité nationale et territoriale à obtenir des données aura été augmentée pour effectuer une vigie efficace des menaces identifiées.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- Direction des ressources informationnelles

Vigie et enquêtes épidémiologiques à l'égard des risques pour la santé liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques et des phénomènes émergents associés (système de déclaration et de traitement)

1. État de situation :

La déclaration des MADO aux autorités de santé publique existe afin d'exercer une vigie sanitaire pour protéger la santé de la population lorsqu'elle est menacée et permettre d'intervenir dans le but de contrôler la menace ainsi que d'assurer la surveillance de l'état de santé de la population, laquelle permet d'orienter la planification de l'offre de services, notamment en matière de prévention. Un système de saisie et d'extraction de données est donc nécessaire afin de remplir ces fonctions.

En santé environnementale et santé au travail, le système informatique MADO-Chimique permet la réception des déclarations MADO en provenance du laboratoire du Centre de toxicologie du Québec, la saisie des informations et la production de rapports d'enquête. Ce système est régulièrement mis à jour par le MSSS et a permis d'améliorer le temps nécessaire pour la saisie des résultats et la production des rapports. Près d'une cinquantaine de déclarations MADO sont reçues en SE chaque année, et chacune d'elle fait l'objet d'une enquête.

En maladies infectieuses, au niveau provincial, le système SI-PMI permet la saisie, l'analyse et la production de rapports en lien avec la vaccination, et l'Infocentre de l'Institut National de santé publique le fait pour l'ensemble des MADO. Toutefois, il y a un délai d'une semaine pour y avoir accès aux données. De plus, les données ne sont pas disponibles pour une analyse au niveau municipal. À partir des données de l'Infocentre national de santé publique, la Direction de santé publique et responsabilité populationnelle procède à l'analyse et à la production de rapports de façon hebdomadaire. D'autres analyses plus fines et en temps réel sont nécessaires en temps d'éclosion régionale.

En ITSS, un tableau de bord permet l'analyse rapide des données régionales. Le MSSS doit mettre à jour un nouveau système pour la déclaration et le suivi des MADO d'origine infectieuse d'ici 2020.

2. Défi :

- Appropriation et utilisation des nouveaux systèmes ou des mises à jour par les intervenants.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
4-13	Développer la participation à des comités des utilisateurs pour la conception, l'évolution et le maintien des systèmes d'information.	4-13 a	Participer aux comités.
		4-13 b	S'approprier et contribuer à l'amélioration des outils permettant la saisie, l'analyse et la production de rapports (MADO, MCI).
4-14	Maintenir le service d'enquête des déclarations de MADO d'origine infectieuse, chimique ou physique, des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) après une vaccination et des éclosions.	4-14 a	S'approprier et implanter regionalement des systèmes nationaux ou des mises à jour permettant la saisie, l'analyse et la production de rapports (MADO, MCI).

4. Cible :

- D'ici 2018, un système national performant aura été implanté afin de permettre la saisie, l'analyse et la production de rapports (MADO, MCI).

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- Direction des ressources informationnelles

Vigie et enquêtes épidémiologiques à l'égard des risques pour la santé liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques et des phénomènes émergents associés (outils harmonisés)

1. État de situation :

La Direction de santé publique et responsabilité populationnelle réalise toutes les enquêtes ou investigations à la suite de signalements reçus conformément à la Loi sur la santé publique.

Actuellement, tant pour la santé environnementale que pour la santé au travail, il existe peu d'outils d'investigation ou d'enquête harmonisés. Chaque région développe ses propres outils. Afin d'améliorer ces outils et de diminuer le temps de mise à jour ou de développement requis, une mise en commun et une harmonisation sont souhaitables. Des plates-formes d'échanges et de mise en commun des outils d'enquêtes sont en cours et devraient permettre ces améliorations. Ainsi, la communauté de pratique en santé environnementale a comme objectif de mettre sur pied une trousse de réponses aux urgences harmonisée et disponible sur le web. Une communauté de pratique sur les signalements et les MADO en santé environnementale (SE) et en santé au travail (SAT) a également été mise en branle en 2015, et se veut un lieu d'échange d'outils d'enquête. Un comité provincial d'harmonisation des outils d'enquête des MADO en SE et SAT avait également débuté des travaux en ce sens.

En maladies infectieuses, il n'existe pas d'outils harmonisés pour toutes les maladies. Cependant, des questionnaires provinciaux sont utilisés. Des moyens novateurs commencent à être utilisés, notamment les sondages électroniques pour les questionnaires alimentaires ou le recours à des analyses de génotypage pour associer des souches lors d'éclosion.

2. Défis :

- En santé environnementale, mettre en commun les outils existants dans chaque région afin d'harmoniser les outils d'enquête et d'investigation, sans perdre les particularités propres à chaque région.
- En maladies infectieuses, développer des outils novateurs pour les enquêtes (principalement des questionnaires électroniques) et permettre l'accès au Dossier Santé Québec (DSQ) et au Dossier Patient Électronique (DPE) pour optimiser le travail des médecins et infirmières.
- En santé au travail, maintenir la participation au service d'investigation et d'enquête à l'aide des outils harmonisés.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
4-15	Maintenir le service d'enquête des déclarations de MADO d'origine infectieuse, chimique ou physique, des manifestations cliniques reliées à l'immunisation (MCI) et des éclosions.	4-15 a	Continuer de recevoir et enregistrer les déclarations, colliger les informations pertinentes à l'enquête, évaluer le risque et élaborer des recommandations.
		4-15 b	Continuer de privilégier les questionnaires/outils provinciaux harmonisés et participer aux comités provinciaux qui réalisent ces guides et outils.
		4-15 c	Utiliser davantage de moyens novateurs pour la collecte et l'analyse des données, par exemple : outils informatiques, médias sociaux.
4-16	Maintenir le service d'investigation des signalements de menace à la santé.	4-16 a	Continuer de recevoir et enregistrer les signalements, colliger les informations pertinentes à l'enquête, évaluer le risque et élaborer des recommandations.
		4-16 b	Effectuer les arrimages avec les acteurs impliqués dans le signalement.

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
		4-16 c	Privilégier l'utilisation d'outils d'investigation harmonisés lorsque disponibles.
4-17	Maintenir la participation à l'investigation environnementale et en hygiène du travail dans le cadre d'enquête de signalement, de cas sentinelle, d'agrégat, en collaboration avec les partenaires concernés.	4-17 a	Participer à l'identification des contaminants, de leurs sources d'émission et des moyens de contrôle nécessaires et apprécier le niveau ou le potentiel d'exposition des personnes aux contaminants identifiés.
		4-17 b	Effectuer les arrimages avec les partenaires impliqués dans l'investigation.
		4-17 c	Privilégier l'utilisation d'outils d'investigation harmonisés lorsque disponibles.
4-18	Maintenir le service de prise en charge des menaces (24/7) (ex. : maladies infectieuses, eau potable, monoxyde de carbone, etc.).	4-18 a	Répondre aux appels reçus sur le service de garde des équipes MI et SE.
		4-18 b	Privilégier l'utilisation d'outils d'investigation harmonisés lorsque disponibles.

4. Cible :

- D'ici 2020, 80 % des enquêtes ou investigations des menaces de portée nationale ou régionale auront été réalisées à l'aide des outils harmonisés disponibles ou de moyens novateurs.

5. Direction responsable :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

1. État de situation :

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que le directeur de santé publique est responsable 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. Les services de protection en santé publique visent ainsi à protéger la population de la propagation d'infections et d'éventuelles éclosions (maladies infectieuses), des menaces environnementales ou des menaces provenant de produits de consommation, médicaments et drogues, et des répercussions sociales engendrées par certaines problématiques. L'utilisation du cadre de référence en gestion des risques en santé publique mis à jour en 2016 pourrait permettre d'améliorer les interventions lors de la gestion de ces situations.

En santé environnementale, tous les signalements reçus sont enquêtés et des mesures de protection sont recommandées lorsque nécessaires. Ces recommandations s'adressent parfois à la population, aux partenaires internes du réseau de la santé et des services sociaux ou aux partenaires externes, notamment les autres ministères ou les municipalités. Par exemple, lors de la réception de résultats hors normes pour l'eau potable, des mesures sont prises pour s'assurer qu'un avis d'ébullition ou de non-consommation est émis par l'exploitant du réseau. De même, lorsqu'il y a un signalement d'une exposition potentielle de la population à des contaminants de l'air, de l'eau ou du sol, des recommandations pour la protection de la santé sont émises et un suivi est effectué auprès des partenaires pour s'assurer que ceux-ci les appliquent.

En maladies infectieuses, des centaines d'enquêtes sont réalisées chaque année, soit pour les MADO ou pour les signalements. Le temps pour réaliser chaque enquête pourrait être grandement amélioré par les moyens suivants : accès électronique aux dossiers des patients (Dossier Patient Électronique (DPE) et Dossier Santé Québec (DSQ)) et l'accès à des questionnaires en ligne (logiciels) qui permettent d'afficher les résultats sous forme de graphique en temps réel. Ainsi, lors d'une enquête impliquant plusieurs personnes (ex. : intoxication alimentaire) au lieu de procéder à l'enquête par téléphone, le lien internet est acheminé à ces personnes afin qu'elles remplissent le questionnaire.

De plus, lorsqu'un client doit être vu par une infirmière (idéalement) ou un médecin après une évaluation de santé publique (ex. : recevoir des immunoglobulines contre la rage ou le tétanos), des corridors de services doivent être précisés. Actuellement, de nombreux appels sont parfois nécessaires pour référer le client en traitement préventif.

En santé environnementale et en maladies infectieuses, la performance et la qualité des services offerts sont améliorées en continu, entre autres par des discussions en équipe sur les cas survenus lors de rencontres cliniques hebdomadaires. Des échanges sur les cas ont également lieu au niveau national au moyen de tables de concertation et de communautés de pratique. Les outils sont mis à jour dès que de nouvelles recommandations provinciales ou fédérales sont disponibles et des formations entre les pairs sont développées au besoin.

2. Défis :

- L'appropriation du cadre de référence en gestion des risques en santé publique afin d'améliorer la prise en charge des interventions de protection.
- L'accès aux outils électroniques ci-haut mentionnés (DPE, DSQ, logiciel de questionnaires), ce qui améliorerait l'efficacité, la performance et la qualité des services, en plus de rendre le travail plus fluide.
- Connaître les corridors de services pour chaque RLS lors d'interventions de protection afin d'optimiser le travail en évitant les pertes de temps.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
4-19	Maintenir la participation à la mise en place des mesures de protection et de prévention suite à l'évaluation des risques, aux enquêtes et aux investigations en lien avec les menaces, en collaboration avec les partenaires concernés.	4-19 a	Identifier une approche de gestion de risque conforme au cadre de référence en gestion des risques en santé publique.
		4-19 b	Choisir les meilleures options de gestion de risque (ex. : traitement, prophylaxie, dépistage, mesures environnementales, etc.).
		4-19 c	Diffuser les avis, les recommandations, les directives ou les ordonnances de santé publique et assurer le suivi de leur mise en place.
4-20	Intensifier la contribution à la mise en place des corridors de service avec les établissements de santé et de services sociaux pour l'évaluation clinique ou la prise en charge lors d'interventions de protection.	4-20 a	Identifier une approche de gestion de risque conforme au cadre de référence en gestion des risques en santé publique.
		4-20 b	Connaître les trajectoires de services sur le territoire MCQ et optimiser les corridors de services entre les différentes directions du CIUSSS.
4-21	Maintenir la gestion des cas de personnes atteintes d'une maladie à traitement obligatoire ⁴⁰ .	4-21 a	Identifier une approche de gestion de risque conforme au cadre de référence en gestion des risques en santé publique;
		4-21 b	Prendre en charge et effectuer le suivi des cas actifs et des contacts étroits, des traitements et des mesures d'isolement.
4-22	Maintenir l'expertise-conseil pour la mise en place de mesures de prévention et de contrôle lors d'éclosions en établissements de soins.	4-22 a	Identifier une approche de gestion de risque conforme au cadre de référence en gestion des risques en santé publique.
		4-22 b	Recommander les mesures de prévention et de contrôle appropriées.
4-23	Maintenir le soutien à la gestion des éclosions en milieu communautaire lorsque l'ampleur de la problématique ou sa gravité en font un risque significatif pour la santé.	4-23 a	Identifier une approche de gestion de risque conforme au cadre de référence en gestion des risques en santé publique.
		4-23 b	Définir, rechercher, décrire les cas et confirmer l'existence d'une éclosion et identifier les mesures de prévention et de contrôle à mettre en place.

4. Cible :

- D'ici 2020, les services liés à la prise en charge des interventions de protection à l'échelle régionale auront été améliorés.

5. Direction responsable :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

⁴⁰ En 2016, seule la tuberculose est à traitement obligatoire - Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2, r. 2, article 9).

Collaboration à l'élaboration, à la validation et à la révision de valeurs de référence nationales pour divers contaminants dans l'eau, l'air, les sols et les aliments

1. État de situation :

En santé environnementale, l'utilisation de valeurs de référence est courante afin de comparer la quantité de contaminants présents dans l'environnement et les risques liés à l'exposition de la population. Avec l'avancement des données scientifiques, ces valeurs doivent être mises à jour de façon régulière. Toutefois, la protection de la santé n'est pas le seul facteur à prendre en compte. Les paramètres techniques et économiques sont aussi considérés pour établir une valeur qu'il est raisonnablement possible d'atteindre, tout en minimisant l'impact sur la santé. Les valeurs de référence utilisées pour les contaminants de l'eau, l'air, les sols et les aliments doivent donc faire l'objet de revues de littérature, d'évaluation, d'analyse et de discussion avec les partenaires.

L'apport des directions de santé publique régionales aux comités pour l'élaboration ou la modification de normes est important afin de bien refléter les préoccupations régionales et les liens avec les partenaires régionaux, ainsi que pour apporter l'expertise sur l'analyse des risques pour la santé liée aux contaminants. La Direction de santé publique et responsabilité populationnelle a déjà participé à des travaux en ce sens. Toutefois, ceux-ci sont ponctuels et relativement peu fréquents : révision de la norme pour le tritium dans l'eau potable, application de la mise à jour du règlement sur l'eau potable (modification, entre autres, dans les normes de plomb et d'arsenic), élaboration d'un guide d'interprétation des résultats d'analyses des moisissures en milieu intérieur, révision des seuils de déclaration MADO chimiques, etc.

2. Défis :

- Maintenir une expertise dans l'équipe de santé environnementale afin de soutenir ces travaux, et ce, vu la faible fréquence des travaux et la variabilité des milieux concernés.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
4-24	Contribuer, en collaboration avec le MSSS et l'INSPQ, à la révision ou à l'élaboration des normes, des valeurs de référence et des seuils des contaminants dans divers milieux.	4-24 a	Répondre aux demandes de l'INSPQ et MSSS lorsque la contribution régionale est sollicitée.

4. Cible :

- D'ici 2020, le MSSS, avec le soutien de l'INSPQ et la collaboration des CISSS/CIUSSS, aura répondu à 100 % des demandes des ministères et organismes réglementaires reliés aux normes, aux valeurs de référence et au seuil des contaminants concernant la santé.

5. Direction responsable :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

Collaboration à la mise en œuvre de services d'alerte et d'initiatives permettant l'adaptation des populations vulnérables aux événements climatiques extrêmes et aux épisodes de mauvaise qualité de l'air extérieur

1. État de situation :

Selon le *Plan d'action sur les changements climatiques (PACC) 2013-2020* du Gouvernement du Québec : « La hausse des températures moyennes ainsi que l'augmentation de la fréquence et de la sévérité des vagues de chaleur et des événements météorologiques extrêmes peuvent avoir des impacts significatifs sur la santé physique et mentale de la population du Québec. Les impacts des changements climatiques sur la santé risquent d'affecter particulièrement les jeunes enfants, les aînés et certaines personnes sensibles ou vulnérables de par leur condition physique, économique ou leur situation géographique. »

Les changements climatiques sont susceptibles d'influencer les niveaux de smog et de particules fines dans l'air ambiant. Certaines campagnes d'information et dossiers ponctuels ont permis des actions de sensibilisation et de réduction des impacts sur la santé par la Direction de santé publique et responsabilité populationnelle (DSP-RP). Toutefois, aucune information n'est diffusée systématiquement lors des épisodes de mauvaise qualité de l'air par le CIUSSS MCQ, notamment parce que les réseaux d'information actuels (ex. : chaînes d'information météo, médias) relaient déjà l'information. Aucune évaluation régionale de l'efficacité de ces messages d'alerte sur le changement de comportement dans la population n'a été réalisée.

Concernant les vagues de chaleur accablante, selon l'INSPQ (www.monclimatmasanté.qc.ca), l'une des grandes conséquences des changements climatiques sera la hausse très probable de la fréquence et de la durée de ce phénomène. En effet, le nombre de journées de plus de 30 °C par année pourrait tripler à l'horizon 2080 dans plusieurs villes canadiennes. En 2010, pour le sud du Québec, lors d'une vague de chaleur de 5 jours, les excès de décès se sont élevés à 280, avec 3 400 hospitalisations supplémentaires. Un plan d'urgence est en place à la DSP-RP qui permet d'alerter le réseau de la santé et des services sociaux (ex. : résidences pour personnes âgées, centres hospitaliers) ainsi que les partenaires externes (ex. : centres de la petite enfance, municipalités) pour mettre en place des mesures selon le niveau d'alerte atteint. Toutefois, plusieurs municipalités n'ont toujours pas de plan d'action ou de moyens définis pour protéger la santé de la population en cas de chaleur accablante.

2. Défis :

- Influencer les municipalités à se doter d'un plan d'action ou de moyens définis pour protéger la santé de la population en cas de chaleur accablante.
- Il y a banalisation des effets de la chaleur accablante et de la qualité de l'air par les partenaires et le public, surtout lorsque les mesures recommandées sont individuelles (réduire l'utilisation de l'automobile ou le chauffage au bois, plantation d'arbres, etc.).
- Améliorer les moyens de communication pour la transmission de messages à la population et aux partenaires en lien avec le risque à la santé concernant la chaleur accablante et la qualité de l'air.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
4-25	Intensifier, avec la collaboration de partenaires territoriaux (ex. : municipalités, organismes communautaires) les travaux d'identification des mesures préventives pour atténuer ou minimiser les impacts sur la santé associés à des événements météorologiques extrêmes (EME).	4-25 a	Identifier les mesures préventives à mettre en place.
		4-25 b	Sensibiliser les partenaires aux impacts potentiels sur la santé des EME.
		4-25 c	Soutenir les partenaires dans la mise en place des mesures préventives.

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
4-26	Évaluer la pertinence de diffuser des messages santé liés aux différents systèmes d'alerte (ex. : Info-smog, indice ultraviolet, chaleur accablante, verglas, froid extrême).	4-26 a	Identifier les systèmes d'alerte et les mécanismes de diffusion disponibles.
		4-26 b	Évaluer l'impact comportemental des messages en lien avec les EME et la qualité de l'air.

4. Cible :

- D'ici 2020, le MSSS et 100 % des CISSS/CIUSSS auront mis en place des activités nationales ou régionales visant à réduire les impacts à la santé occasionnés par les événements météorologiques extrêmes et les épisodes de mauvaise qualité de l'air extérieur.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques
- Direction des services techniques

Services de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement dans le cas de situations d'urgence sanitaire et de sinistres d'origine environnementale, incluant une dimension psychosociale

1. État de situation :

Le service de garde en santé publique vise les situations où une intervention urgente est requise pour les situations cliniques impliquant une maladie infectieuse ou un problème environnemental. Les intervenants du service de garde peuvent recevoir par exemple une déclaration d'une maladie à déclaration obligatoire (MADO) pour laquelle une intervention rapide est requise, un signalement d'une manifestation clinique inhabituelle ou un événement pour lequel un risque à la santé publique est suspecté. La garde en santé publique est en soutien au directeur de santé publique et au directeur national de santé publique (DNSP) dans le cadre de leurs responsabilités (Loi sur la santé publique et Loi sur les services de santé et les services sociaux). Une garde de première ligne pour chaque région est requise pour répondre aux exigences de la Loi. Les appels nécessitent rarement des déplacements pour effectuer les actes de santé publique, mais peuvent engendrer beaucoup de temps de travail à domicile ou au bureau selon la situation.

En santé environnementale, les appels sur la garde sont peu fréquents, mais peuvent demander plusieurs heures à plusieurs jours d'intervention jusqu'à ce que la situation soit rétablie. 10 à 12 cas nécessitant une intervention importante de santé publique sont reçus en moyenne chaque année dans la région.

En maladies infectieuses (MI), entre 40 et 80 appels ont lieu le soir et les fins de semaine. Ces appels sont d'une durée de quelques minutes à quelques heures. Ils proviennent des salles d'urgence, des GMF, des laboratoires et d'Info-Santé principalement. Par contre, ils sont rarement de nature à déclencher un état d'urgence sanitaire. Au cours des dernières années, l'influenza pandémique (H1N1), les maladies respiratoires sévères infectieuses, l'Ebola et le bioterrorisme sont les principaux sujets pour lesquels les plans d'urgence ont été nécessaires.

Les exercices d'urgence permettent de maintenir l'expertise à jour, notamment pour certains types d'incidents peu fréquents (incendies, nuages toxiques, déversements, colis suspects, etc.). La planification d'exercices impliquant les partenaires demande toutefois une grande collaboration et une grande préparation. Les équipes de garde en santé publique prennent part une fois l'an à des exercices organisés par l'Organisation régionale de sécurité civile avec les partenaires internes et externes. Des rencontres de travail avec les équipes en santé environnementale des autres régions sont aussi organisées annuellement afin de partager les outils et l'expertise lors d'exercices de table. D'autres exercices de table sont également réalisés au besoin lors des rencontres mensuelles de l'équipe de garde régionale. L'équipe en maladies infectieuses du CIUSSS MCQ participe à la formation continue organisée par l'équipe elle-même à raison de 2 thèmes par mois.

2. Défi :

- Obtenir la collaboration des partenaires internes et externes lors de la planification des exercices d'urgence.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
4-27	Intensifier et consolider, avec le soutien de l'INSPQ, la capacité de réponse des acteurs de santé publique en cas d'urgence, de sinistres et de crises.	4-27 a	Poursuivre l'élaboration et la mise à jour des plans d'urgence de santé publique (ex. : bioterrorisme, influenza...).
		4-27 b	Élaborer ou mettre à jour un plan de mobilisation des ressources, tel que prévu dans la Loi sur la santé publique.
		4-27 c	Former les intervenants de santé publique sur l'intervention en cas de sinistre.

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
		4-27 d	Participer à des exercices (ou des simulations) territoriaux ou nationaux.
		4-27 e	Évaluer la capacité de l'organisation à répondre en cas d'urgence, de sinistre et de crise en terme de procédures, outils, préparation, information et interactions entre partenaires et apporter les correctifs nécessaires.
4-28	Intensifier et consolider la capacité de gestion des risques en mesure d'urgence à l'échelle régionale, notamment en tenant compte des impacts psychosociaux et en effectuant les arrimages nécessaires avec les responsables territoriaux des mesures d'urgence et du volet psychosocial.	4-28 a	Redéfinir les liens au niveau du CIUSSS MCQ afin d'obtenir un soutien psychosocial à la population au moment opportun.
4-29	Maintenir l'identification de la menace et émettre des recommandations, directives, avis ou ordonnances de santé publique nécessaires pour protéger la santé de la population.	4-29 a	Appliquer le cadre de référence en gestion des risques en situation d'urgence.
4-30	Maintenir l'offre d'un système de garde territorial (24/7) en santé publique.	4-30 a	Maintenir la formation continue des intervenants et la mise à jour des outils appropriés (ex. : applications ou logiciels, cellulaires avec message texte) pour optimiser des communications plus rapides.
		4-30 b	Réaliser des exercices réguliers impliquant différents niveaux décisionnels (Organisation régionale de sécurité civile, établissements de santé et de services sociaux, municipalités, entreprises, etc.).

4. Cible :

- D'ici 2020, le MSSS et les CISSS/CIUSSS, en collaboration avec l'INSPQ, auront réalisé au moins un exercice de simulation ou de rétroaction lié à la réponse aux urgences sanitaires et aux sinistres.

5. Directions responsables :

- Direction de santé publique et responsabilité populationnelle
- Direction des services techniques

Collaboration aux activités de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement, dans le cadre de la mission santé de la sécurité civile

1. État de situation :

Le MSSS est responsable de la mission santé du *Plan national de sécurité civile du Québec*. Chaque CISSS/CIUSSS est ainsi impliqué dans la planification des mesures d'urgence en cas d'événement majeur impliquant le réseau de la santé et des services sociaux ou la santé de la population. La Direction des services techniques du CIUSSS MCQ est responsable de la planification des interventions en sécurité civile et établit la concertation et la coordination des actions en sécurité civile avec les partenaires de l'Organisation régionale de la sécurité civile. Ce service s'assure de donner les orientations en matière de sécurité civile au réseau sociosanitaire et maintient un processus continu de planification et de préparation.

Le CIUSSS MCQ possède un Comité de planification des interventions d'urgence (COPIN) qui coordonne la préparation aux urgences. Ce comité est en pleine redéfinition des rôles et responsabilités suite à la création du CIUSSS MCQ et les mécanismes d'alerte, de mobilisation et de communication sont mis à jour. La Direction de santé publique et responsabilité populationnelle (DSP-RP) a un représentant au sein du COPIN qui peut faire appel, en intervention, à un intervenant des équipes en maladies infectieuses, santé environnementale ou santé au travail au besoin. Le rôle de la DSP-RP au COPIN est de représenter le volet santé publique lors de la planification et de l'intervention pour toute urgence sanitaire (ex. : incendie majeur, pandémie, bioterrorisme...).

2. Défis :

- Comprendre les nouveaux mécanismes d'alerte, de communication et de mobilisation du COPIN ainsi que ses responsabilités au sein du CIUSSS MCQ.

3. Objectifs prioritaires pour la région :

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
4-31	Intensifier la participation aux tables, groupes de travail et comités de sécurité civile du CIUSSS MCQ ou de l'Organisation régionale de sécurité civile faisant appel au volet santé publique.	4-31 a	Poursuivre l'élaboration et la mise à jour des plans d'urgence de santé publique.
		4-31 b	Assurer l'appropriation des plans par tous les professionnels susceptibles d'être interpellés.
		4-31 c	Mettre à jour le plan de mobilisation des ressources et le faire connaître.
		4-31 d	Participer aux exercices de sécurité civile.
4-32	Maintenir la collaboration aux activités du ministère de la Sécurité publique (MSP) et des instances municipales pour la gestion des risques industriels majeurs pouvant avoir un impact important sur la santé de la population.	4-32 a	Maintenir la participation aux comités municipaux.
4-33	Maintenir la participation à l'élaboration des plans pour les urgences ou les sinistres à l'intérieur ou à l'extérieur des établissements de santé et de services sociaux en intégrant les éléments reliés aux menaces à la santé de la population au sens de la Loi sur la santé publique.	4-33 a	Soutenir le CIUSSS MCQ dans l'intégration du volet santé publique dans ses plans d'urgence.

Objectifs prioritaires		Étapes de réalisation	
4-34	Poursuivre l'application de façon concertée des mesures et activités de santé publique pertinentes lors d'opérations de sécurité civile, et ce, tant en situation d'intervention que de rétablissement.	4-34 a	Maintenir la participation de la santé publique lors d'opérations de sécurité civile, et ce, tant en situation d'intervention que de rétablissement.

4. Cible :

- D'ici 2020, le MSSS et 100 % des CISSS/CIUSSS auront collaboré à l'élaboration de plans de sécurité civile afin d'y inclure un volet santé publique.

5. Directions responsables :

- Direction des services techniques
- En collaboration avec la Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

Liste des auteurs, directions et milieux de vie visés

Auteurs

- Diane Caron
- Karine Martel
- Danièle Donaldson
- Linda Milette
- Martin Grégoire
- Ann St-Jacques

Directions et milieux de vie visés

Noms des fiches	Directions responsables et collaboratrices	Milieux de vie visés						
		F	MG	MS	MT	H	CLM	NA
Information et sensibilisation de la population sur les mesures de prévention et de contrôle des risques pour la santé	• DSP-RP • DRHCAJ • DEURI	x	x	x	x	x	x	
Information et sensibilisation des partenaires sur les mesures de prévention et de contrôle des risques pour la santé	• DSP-RP • DRHCAJ	x	x	x	x	x	x	
Évaluation des risques pour la santé liés aux agents biologiques, chimiques et physiques et établissement des mesures à prendre pour les prévenir et les contrôler	• DSP-RP	x	x	x	x	x	x	
Vigie et enquêtes épidémiologiques à l'égard des risques pour la santé liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques et des phénomènes émergents associés (milieux de travail)	• DSP-RP				x			
Vigie et enquêtes épidémiologiques à l'égard des risques pour la santé liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques et des phénomènes émergents associés (déclarations MADO et signalements)	• DSP-RP • DRI							x
Vigie et enquêtes épidémiologiques à l'égard des risques pour la santé liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques et des phénomènes émergents associés	• DSP-RP • DRI							x
Vigie et enquêtes épidémiologiques à l'égard des risques pour la santé liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques et des phénomènes émergents associés (système de déclaration et de traitement)	• DSP-RP • DRI							x
Vigie et enquêtes épidémiologiques à l'égard des risques pour la santé liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques et des phénomènes émergents associés (outils harmonisés)	• DSP-RP	x	x	x	x	x	x	
Services de protection à l'occasion de maladies à déclaration ou à traitement obligatoires, de signalements et d'éclosions	• DSP-RP	x	x	x	x	x	x	
Collaboration à l'élaboration, à la validation et à la révision de valeurs de référence nationales pour divers contaminants dans l'eau, l'air, les sols et les aliments	• DSP-RP							x

Noms des fiches	Directions responsables et collaboratrices	Milieux de vie visés						
		F	MG	MS	MT	H	CLM	NA
Collaboration à la mise en œuvre de services d'alerte et d'initiatives permettant l'adaptation des populations vulnérables aux événements climatiques extrêmes et aux épisodes de mauvaise qualité de l'air extérieur	- DSP-RP - DRHCAJ - DEURI - DST	x	x	x	x	x	x	
Services de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement dans le cas de situations d'urgence sanitaire et de sinistres d'origine environnementale, incluant une dimension psychosociale	- DSP-RP - DST	x	x	x	x	x	x	
Collaboration aux activités de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement, dans le cadre de la mission santé de la sécurité civile	- DST - DSP-RP	x	x	x	x	x	x	

DSP-RP : Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

DRHCAJ : Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques

DEURI : Direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation

DRI : Direction des ressources informationnelles

DST : Direction des services techniques

F : Famille

MG : Milieu de garde

MS : Milieu scolaire

MT : Milieu de travail

H : Hébergement

CLM : Communauté locale et municipale

NA : Ne s'applique pas

CONCLUSION

Élaboré dans un contexte de nouvelle gouvernance, ce troisième plan d'action régional de santé publique (PARSP) permet l'actualisation et l'adaptation pour l'ensemble des acteurs du CIUSSS MCQ du *Programme national de santé publique 2015-2025* (PNSP) produit par le MSSS, et ce, pour la période 2016-2020.

Le *Plan d'action régional de santé publique 2016-2020* (PARSP) identifie les priorités de santé et présente la vision et les principes directeurs qui animent le choix des objectifs prioritaires pour la région. Construit à partir des services, actions et cibles que l'on retrouve dans les plans d'action thématiques tripartites du MSSS issus du PNSP, le PARSP a été réalisé en fonction des priorités et des besoins découlant du contexte sociodémographique et sanitaire régional. Par exemple, compte tenu du contexte démographique de la région, une réflexion autour d'une approche préventive intégrée favorisant la santé et le maintien de l'autonomie des aînés apparaît incontournable.

Rappelons que le PARSP 2016-2020 présente le « quoi » incluant les grandes étapes de réalisation qui permettront d'atteindre, entre autres, les objectifs et cibles du MSSS tout en tenant compte des particularités régionales.

Afin de susciter l'adhésion et l'implication des différentes directions du CIUSSS MCQ concernées par les cibles du programme, une consultation portant sur « le quoi » a permis :

- d'informer sur la vision et les principes directeurs du PARSP 2016-2020;
- de s'assurer que les données de santé reflètent les particularités locales et régionales de la Mauricie et du Centre-du-Québec;
- que les objectifs prioritaires permettent d'atteindre la ou les cibles du MSSS;
- que les étapes de réalisation sont réalistes;
- que les défis sont partagés et projettent vers la mise en œuvre.

Dans un premier temps, cette consultation a permis de rejoindre 8 directions de programmes et 6 de soutien concernées par près de 30 fiches sur un total de 60. Lors de cette consultation, des enjeux d'ordre de mise en œuvre (ex. : meilleures pratiques, ressources, développement des compétences) et de mécanismes de collaboration tactiques et opérationnels (ex. : arrimage, soutien, etc.) ont été mentionnés par plusieurs directions. Ces préoccupations seront considérées dans la réalisation des plans de mise en œuvre, ce qui permettra de préciser les moyens, échéanciers, indicateurs et rôles de chacun.

Il est démontré que l'ensemble des services offerts, bien que contributifs, n'est pas le principal déterminant de l'amélioration de la santé d'une population. En effet, « l'offre de services du réseau de la santé a un effet de 25 % sur l'état de santé de la population contrairement à 65 % attribuable aux facteurs social et économique ainsi qu'à l'environnement physique »⁴¹. L'importance du partenariat intersectoriel est indiscutable. Depuis plusieurs années, des actions intersectorielles mobilisant différents partenaires et contribuant à l'amélioration des déterminants de la santé sont réalisées dans la région.

La consultation auprès des partenaires intersectoriels suivra l'adoption du PARSP par le conseil d'administration et portera principalement sur les objectifs permettant d'agir sur différents déterminants débordant le champ des services de santé. Cet exercice de mobilisation réalisé à partir des priorités de santé et actions en cours dans la région permettra de regrouper les objectifs prioritaires selon les différents milieux de vie tels que : municipalité, communauté, milieu scolaire, services de garde, famille, hébergement. Il visera l'intégration des différentes actions préventives prévues au sein de la Politique gouvernementale de prévention qui devrait être adoptée sous peu.

En terminant, il est souhaité que le PARSP, accompagné de ses plans de mise en œuvre, devienne un outil de planification partagé par tous ceux qui peuvent y contribuer, et ce, chacun en respect de sa mission.

⁴¹ THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY, *The health of Canadians – The Federal Role*, 2001, vol. 1 p. 81.

ANNEXE 1 : REMERCIEMENTS ET LISTE DES COLLABORATEURS

La Direction de santé publique et responsabilité populationnelle (DSP-RP) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) tient à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration du *Plan d'action régional de santé publique 2016-2020*, plus particulièrement l'équipe de projet, les auteurs ainsi que les directions ayant participé à la consultation.

Équipe de projet

Sylvie Bernier, DSP-RP
Diane Bourassa, DSP-RP
Maude Bourgeois, Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques
Nathalie Cauchon, DSP-RP
Marie-Josée Godi, DSP-RP
Caroline Marcoux-Huard, DSP-RP
Lyne Otis, Direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation
Lise St-Cyr, DSP-RP

Comité de coordination de la DSP-RP

Diane Bertrand
Diane Caron
Nathalie Cauchon
Anne-Marie Grenier
Pierre Pelletier
Chantal Raymond
Éric Tremblay

Auteurs de la DSP-RP

Jean-Pierre Bergeron
Sylvie Bernier
Lucie Bonin
Diane Bouillon
Diane Caron
Andrée Côté
Martine Croteau
Danièle Donaldson
Julie Doré

Marie-Claude Drouin
Élisabeth Giraudo
Marie-Josée Godi
Martin Grégoire
Anne-Marie Grenier
Fernand Guillemette
Catherine Hamelin
Sylvie Lacoursière
Lucie Lafrance

Yanik Lefebvre
Mélicsa Marcoux
Caroline Marcoux-Huard
Karine Martel
Linda Milette
Marie-Andrée Nadeau
Serge Nadeau
Martine Pépin
Yves Pepin

Fernanda Possa Silva
Lise St-Cyr
Ann St-Jacques
Chantal St-Pierre
Danièle Samson
Fortuné Sossa
Lynda Swift
Manon Toupin
Maude-Amie Tremblay

Directions ayant participé à la consultation

Direction adjointe Périnatalité
Direction adjointe Continuum jeunes en difficulté et santé mentale
Direction de la protection de la jeunesse - Direction provinciale
Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique
Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques
Direction des ressources informationnelles
Direction des services multidisciplinaires
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique
Direction des services techniques
Direction des soins infirmiers
Direction du programme de soutien à l'autonomie de la personne âgée
Direction du programme jeunesse - famille
Direction du programme santé mentale adulte et dépendance

ANNEXE 2 : LISTE DES ACRONYMES

BAPE	Bureau d'audiences publiques sur l'environnement	ÉES	École en santé
CAMI	Centres d'accès au matériel d'injection	EHDDA	Élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage
CAR	Centre d'accueil et de réadaptation	EIE	Évaluation des impacts sur l'environnement
CAT	Centre d'abandon du tabagisme	EME	Événements météorologiques extrêmes
CHAUR	Centre hospitalier affilié universitaire régional	EMP	Examen médical périodique
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	EQDEM	Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle
CINQ	Comité des infections nosocomiales du Québec	EQSJS	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux	FADOQ	Fédération de l'Âge d'Or du Québec
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	GMF	Groupe de médecine de famille
CLD	Centre local de développement	GSST	Gestion de la santé et sécurité au travail
CLDS	Comité local de développement social	HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
CMPH- PMSD	Comité médical provincial d'harmonisation du programme pour une maternité sans danger	HTA	Hypertension artérielle
CMQ	Collège des médecins du Québec	IAB	Initiative <i>Amis des bébés</i>
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail	IBCLC	International Board Certified Lactation Consultant
COP	Comité d'orientation de projet	ICIDJE	Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants
COPIN	Comité de planification des interventions d'urgence	IMP	Intervention multifactorielle personnalisée
COUA	Comité pour l'optimisation de l'usage des antibiotiques	INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
CRDS	Comité régional en développement social	IPPAP	Intervention préventive auprès d'une personne atteinte et auprès de ses partenaires sexuels
CSSS	Centre de santé et de services sociaux	ISQ	Institut de la statistique du Québec
DACD	Diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i>	ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang
DDR	Distributeurs et dépositaires régionaux	LAU	Loi sur l'aménagement et l'urbanisme
DEP-ADO	DEPistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les ADOlescents	LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
DNSP	Directeur (ou direction) national de santé publique	LSP	Loi sur la santé publique
DPE	Dossier Patient Électronique	LSST	Loi sur la santé et sécurité au travail
DSP-RP	Direction de santé publique et responsabilité populationnelle	MADA	Municipalité amie des aînés
DSQ	Dossier Santé Québec	MADO	Maladie à déclaration obligatoire
ÉCSBQ	Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire	MAMOT	Ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire
		MCI	Manifestations cliniques inhabituelles

MCQ	Mauricie et Centre-du-Québec	RQC	Registre québécois du cancer
MEES	Ministère de l'Éducation et Enseignement supérieur	RSOSi	Test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport	RSPSAT	Réseau de santé publique en santé au travail
MEV	Maladies évitables par la vaccination	RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
MI	Maladies infectieuses	SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
MRC	Municipalité régionale de comté	SAT	Santé au travail
MRSI	Maladie respiratoire sévère infectieuse	SE	Santé environnementale
MSP	Ministère de la Sécurité publique	SGÉ	Service de garde éducatif
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux	SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
OLO	Œuf-lait-orange	SI-PMI	Système d'information pour la protection en maladies infectieuses
OMS	Organisation mondiale de la santé	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
OVQ	Organisation de la vaccination au Québec	SISAT	Système d'information en santé au travail
PACC	Plan d'action sur les changements climatiques	SOGC	Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada
PARSP	Plan d'action régional de santé publique	SPA	Substances psychoactives
PATT	Plans d'action thématiques tripartites	SUPREME	Surveillance et prévention des événements météorologiques extrêmes
PCP	Pratique clinique préventive	Test PAP	Test de Papanicolaou
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique	TCNS	Table de concertation nationale en surveillance
PIN	Programme Intervention en négligence	TCV	Taux de couverture vaccinale
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec	TIC	Technologies de l'information et de la communication
PMSD	Programme pour une maternité sans danger	TIR-SHV	Table intersectorielle en saines habitudes de vie
PNS	Plan national de surveillance	TRECQ	Table régionale en éducation Centre-du-Québec
PNSP	Programme national de santé publique	TREM	Table régionale en éducation Mauricie
PP	Prévention et promotion	TRN	Thérapie de remplacement nicotinique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein	UDI	Utilisateurs/utilisatrices de drogues injectables
PQI	Programme québécois d'immunisation	VES	Vieillesse en santé
PSNM	Prendre soin de notre monde	VIH	Virus d'immunodéficience humaine
PSPS	Premiers secours et premiers soins	VNO	Virus du Nil occidental
PSSE	Programme de santé spécifique aux entreprises	VPH	Virus du papillome humain
RIRE	Regroupement intersectoriel régional pour l'enfance	Y'APP	Y'a personne de parfait
RLS	Réseau local de services		

ANNEXE 3 : BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (AS PQ). *Bâtir la santé durable au 21^e siècle – Énoncé de position*, 2016.

BOISVERT, R., Y. PEPIN, et F. LEMAY, *Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec : Une analyse écologique (phase IV)*, rapport de recherche, Direction de santé publique et responsabilité populationnelle, CIUSSS MCQ, 2015.

CARDINAL, L., M.-C. LANGLOIS, D. GAGNÉ, et A. TOURIGNY, Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 2008, 58 pages.

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC (CIUSSS MCQ). *Portrait de santé de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et tendances par RLS dans le cadre du Plan d'action régional de santé publique 2015-2020*, 2015.

GRENIER, G.W., *Les inégalités sociales de santé ne sont pas une fatalité : voyons-y! Rapport du directeur de santé publique sur les inégalités sociales de santé en Mauricie et au Centre-du-Québec*, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2012, 96 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *La consommation d'alcool et la santé publique au Québec : synthèse*, 2010.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec*, 2011.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants – État des connaissances*, 2014.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Promotion de la vaccination : agir pour maintenir la confiance*, juin 2014.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2014*, 2015.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec?*, 2015.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Synthèse des connaissances : actions novatrices en matière de substances psychoactives « illicites »*, 2016.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Cadre de référence pour l'optimisation des services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang*, 2016.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Politique de gestion des produits immunisants. Normes et pratiques de gestion tome II*, circulaire, 2015.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Programme national de santé publique 2015-2025*, 2015.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Programme national de santé publique 2015-2025 - Plans d'action thématiques tripartites*, 2015.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur - Rapport final*, 2007, p. 7.

QUÉBEC. *Loi sur la santé publique*, L.R.Q., chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} juillet 2015, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.

RÉSEAU FRANCOPHONE INTERNATIONAL POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ. *Bases de connaissance sur les inégalités sociales de santé*, 2012.

RICHARD, L., et coll. "Integrating the Ecological Approach in Disease Prevention and Health Promotion Programs for Older Adults: An Exercise in Navigating the Headwinds", *Journal of Applied Gerontology*, vol. 31, n° 1, 2012.

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY. *The Health of Canadians – The Federal Role*, 2001, vol. 1 p. 81.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec**

Québec

