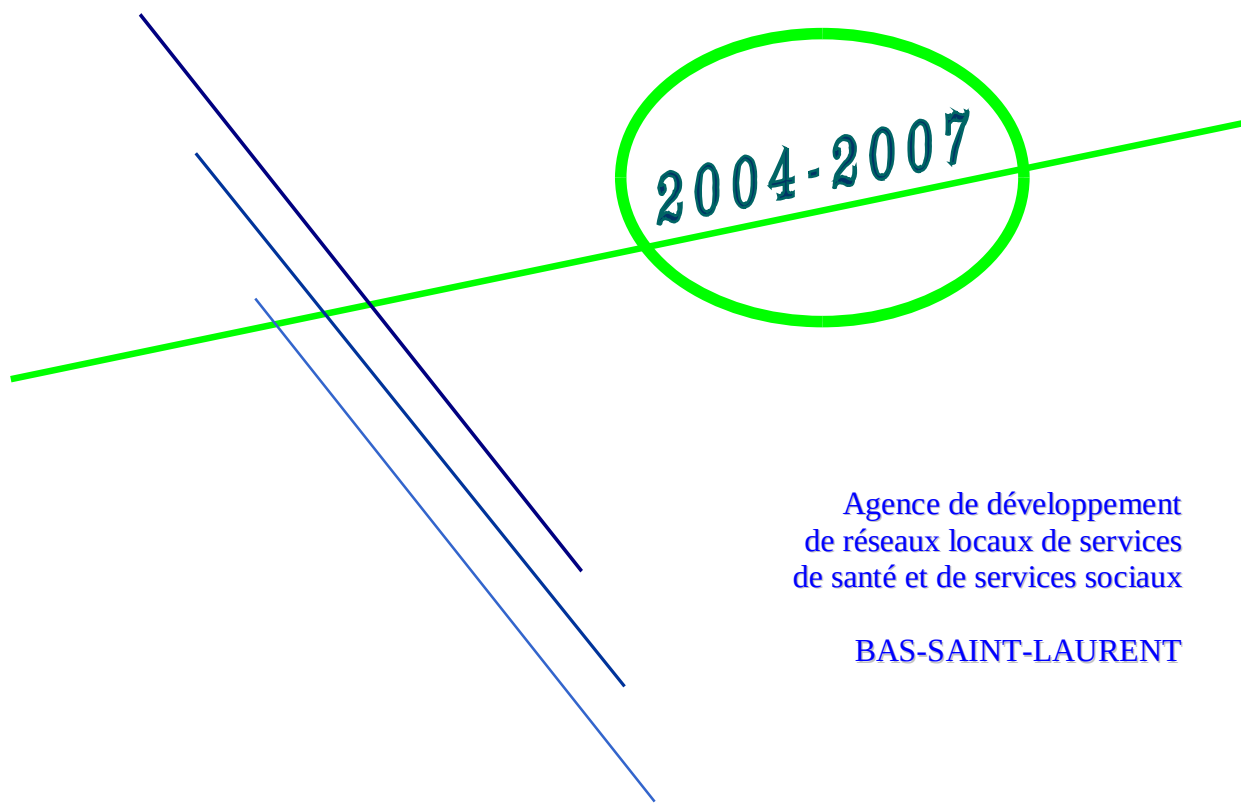


Plan d'action régional de santé publique



2004-2007

Agence de développement
de réseaux locaux de services
de santé et de services sociaux

BAS-SAINT-LAURENT

Québec 

Plan d'action régional de santé publique 2004-2007

*Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux*

Québec 
Bas-Saint-Laurent

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ,
DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION
DU BAS-SAINT-LAURENT

Agence de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent
288, rue Pierre-Saïndon
Rimouski (Québec) G5L 9A8
Téléphone : (418) 724-5231
Télécopieur : (418) 723-1597

Adopté par le conseil d'administration
Le 29 septembre 2004
A.-06-04-32R

COMITÉ DE RÉDACTION

Robert Maguire, directeur
Marc St-Laurent, agent de planification et de programmation sociosanitaire
Nicole Bernier, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Lucie Chénard, adjointe à la planification et à la recherche
Claude P. Gauthier, médecin-conseil, coordonnateur en maladies infectieuses
Gervais Tremblay, coordonnateur en santé au travail

COORDINATION DES TRAVAUX

Marc St-Laurent, agent de planification et de programmation sociosanitaire

COLLABORATRICES ET COLLABORATEURS

Jocelyn Bérubé, médecin-conseil
Daniel Bolduc, agent de recherche sociosanitaire
Nelson Charrette, agent de planification et de programmation sociosanitaire
Gilles Côté, médecin-conseil
Martine Gilbert, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Nicole Hémond, technicienne en recherche psychosociale
Michel Laferrière, agent de planification et de programmation sociosanitaire
Jean-Roch Lamarre, dentiste-conseil
Édith Lamontagne, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Alma Leblanc, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Sylvain Leduc, médecin-conseil
Hugues Marquis, agent de promotion de la santé
Jocelyne Michaud, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Isabelle Ouellet, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Marie-Josée Papillon, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Jocelyne Pelletier, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Marie-Josée Pineault, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Renée Roussel, médecin-conseil
Jean-Pierre St-Cyr, agent de planification et de programmation sociosanitaire

LECTURE

Diane Morin
Diane Meunier

RÉVISION ET MISE EN PAGES

Diane Morin

ÉDITION

Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation

ISBN : 2-921799-89-8
Dépôt légal : 4^e trimestre 2003
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX	ii
LISTE DES FIGURES	v
INTRODUCTION.....	1
1. FONDEMENTS DU PNSP ET DU PLAN D’ACTION RÉGIONAL	3
2. ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE ET PORTRAIT DE SANTÉ DE LA POPULATION DU BAS-SAINT-LAURENT	7
2.1 Une population vieillissante et en décroissance	7
2.2 Un bilan de santé favorable mais reflétant l’évolution démographique	8
3. DÉVELOPPEMENT, ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE ...	11
3.1 Problèmes et facteurs de risque.....	11
3.2 Objectifs et stratégies d’intervention	12
4. HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES	23
4.1 Problèmes et facteurs de risque	23
4.2 Objectifs et stratégies d’intervention	24
5. TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS	33
5.1 Problèmes et facteurs de risque.....	33
5.1.1 Décès	33
5.1.2 Hospitalisations.....	34
5.2 Objectifs et stratégies d’intervention	34
6. MALADIES INFECTIEUSES.....	41
6.1 Problèmes et facteurs de risque.....	41
6.2 Objectifs et stratégies d’intervention	42
7. SANTÉ ENVIRONNEMENTALE	49
7.1 Problèmes et facteurs de risque.....	49
7.2 Objectifs et stratégies d’intervention	50
8. SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL	57
8.1 Problèmes et facteurs de risque.....	57
8.2 Activités prévues au mandat CSST	58
9. MISE EN ŒUVRE DU PLAN D’ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE.....	69
9.1 Soutien à la préparation des PAL	69
10. SURVEILLANCE DE L’ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION	75
10.1 Les activités en surveillance	76
11. ÉVALUATION DU PLAN D’ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (SUIVI DE GESTION).....	79

12. PLAN DE MOBILISATION DES RESSOURCES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT	81
CONCLUSION	83
ANNEXE 1 – SOMMAIRE DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS SELON LES DOMAINES D’INTERVENTION DE SANTÉ PUBLIQUE	85
ANNEXE 2 – PLAN DE MOBILISATION DES RESSOURCES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT.....	87

Liste des tableaux

TABLEAU 1	Les activités de développement des communautés
TABLEAU 1.1	Objectifs du PNSP sur le développement, l'adaptation et l'intégration sociale
TABLEAU 1.2	Services préventifs de développement, d'adaptation et d'intégration sociale chez les enfants et les adolescents – Activités de soutien à la clientèle vulnérable (COSMOSS)
TABLEAU 1.3	Services préventifs de développement, d'adaptation et d'intégration sociale chez les enfants – Activité de soutien à l'allaitement maternel
TABLEAU 1.4	Services préventifs de développement, d'adaptation et d'intégration sociale – Cliniques jeunesse, planning des naissances et périnatalité
TABLEAU 1.5	Services préventifs en adaptation et en intégration sociale auprès de la population en général - Santé mentale, suicide, violence et consommation abusive de substances
TABLEAU 2.1	Objectifs du PNSP sur les maladies chroniques
TABLEAU 2.2	Services préventifs des maladies chroniques chez les enfants et les adolescents
TABLEAU 2.3	Soutien régional à la création de milieux de vie sains et sécuritaires – Communautés en santé - Adultes et population en général
TABLEAU 2.4	Services préventifs en maladies chroniques : activités de soutien et d'enseignement – Adultes et population en général
TABLEAU 2.5	Services de dépistage systématique de certaines maladies chroniques – Femmes de 50-69 ans – Dépistage du cancer du sein
TABLEAU 3.1	Activités de prévention des blessures chez les enfants et les adolescents
TABLEAU 3.2	Services de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile

TABLEAU 3.3	Soutien régional de milieux de vie sécuritaires – Population en général
TABLEAU 4.1	Services de vaccination auprès des enfants et des clientèles ciblées
TABLEAU 4.2	Services de prévention pour le VIH-VHC et les ITS
TABLEAU 4.3	Services de protection en lien avec l'ensemble des maladies infectieuses
TABLEAU 5.1	Objectifs du PNSP en santé environnementale
TABLEAU 5.2	Soutien régional à la prévention et au contrôle de problèmes de santé associés à l'exposition à des contaminants environnementaux – Population en général
TABLEAU 5.3	Services de protection de la santé de la population associés à l'exposition à des contaminants environnementaux – Population en général
TABLEAU 6.1	Objectifs du PNSP de santé en milieu de travail
TABLEAU 6.2	Convaincre et soutenir (services préventifs) les employeurs et les travailleurs sur l'élimination des facteurs de risque présents dans les milieux de travail
TABLEAU 6.3	Service de protection visant le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite
TABLEAU 6.4	Support aux services de réparation (indemnisation) de la CSST
TABLEAU 7.1	État d'avancement des activités du plan d'action régional selon le domaine d'intervention et le niveau de responsabilité
TABLEAU 7.2	Activités régionales en surveillance
TABLEAU 7.3	Activités à réaliser pour assurer l'évaluation du plan d'action régional de santé publique

Liste des figures

FIGURE 1	La structure du <i>Programme national de santé publique</i>
FIGURE 2	Composantes et répartition locale et régionale des activités en développement, adaptation et intégration sociale
FIGURE 3	Composantes et répartition locale et régionale des activités en maladies chroniques
FIGURE 4.1	La prévention des chutes dans le continuum de services
FIGURE 4.2	Composantes et répartition locale et régionale des activités en traumatismes non intentionnels
FIGURE 5	Composantes et répartition locale et régionale des activités en maladies infectieuses
FIGURE 6	Composantes et répartition locale et régionale des activités en santé environnementale
FIGURE 7	Réalisation du mandat de prévention et de promotion de la santé en milieu de travail conformément au contrat (article 113) LSST avec la CSST

INTRODUCTION

Conformément aux dispositions prévues par la Loi sur la santé publique, le ministère de la Santé et des Services sociaux a adopté en novembre 2002 le *Programme national de santé publique* (PNSP).

Le PNSP est la principale mesure prévue par la Loi sur la santé publique pour orienter les activités de santé publique. Il respecte les buts fixés dans *La politique de la santé et du bien-être* en plus d'assurer la continuité des *Priorités nationales de santé publique* (PNSP 2003-2012 p. 1). Le PNSP précise les activités à mettre en œuvre au cours des dix prochaines années afin d'agir sur les déterminants qui influencent la santé dans ses dimensions physique et psychosociale.

Par ailleurs, la Loi sur la santé publique précise les interrelations entre les paliers d'intervention régionaux et locaux pour coordonner la planification et la mise en œuvre des activités. Dans ce contexte, les paliers d'intervention régionaux et locaux ont un double intérêt à unir leurs efforts (L.R.Q. 36, art.11, 14, 16).

Les dispositions prévues dans la Loi sur la santé publique sur ces aspects se traduisent comme suit :

« La Régie régionale doit, de concert avec les CLSC du territoire, planifier et mettre en œuvre un plan d'action régional (PAR) de santé publique. Celui-ci doit être conforme aux prescriptions du *Programme national de santé publique* et il doit tenir compte des spécificités de la population du territoire. Ce plan doit comporter un mécanisme de reddition de compte et un cadre d'évaluation des résultats (loi 36, art. 11, 16).

Les établissements de santé et de services sociaux exploitant un centre local de services communautaires doivent élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action local de santé publique. L'élaboration du plan d'action doit être faite en concertation, notamment, avec les organismes communautaires concernés. Ce plan doit être conforme aux prescriptions du PNSP et définir, au plan local, les mesures à prendre pour atteindre les objectifs inscrits au plan d'action régional, compte tenu de la spécificité de la population desservie par l'établissement. Ce plan doit comporter un mécanisme de reddition de compte et un cadre d'évaluation des résultats (loi 36, art. 14, 16). »

Plusieurs motifs sont à l'origine de ce vaste effort de planification des services de santé publique, il s'agit notamment de :

- améliorer la cohérence dans toutes les régions du Québec;
- faire une offre de service adaptée et équitable;
- utiliser optimalement les ressources au plan de la recherche, du développement et de l'expérimentation;
- coordonner plus efficacement les activités de prévention, de promotion et de protection au palier provincial, régional et local;
- soutenir le financement d'activités préventives reconnues efficaces et pertinentes dans les réseaux locaux.

Plusieurs défis se posent face à la mise en œuvre du plan d'action régional. Un de ceux-ci consiste à traduire d'une façon simple et cohérente notre vision des services qui seront développés dans la région pour réaliser le PNSP.

À cet effet, compte tenu que le PNSP renferme un total de 87 objectifs de santé à atteindre d'ici 2012, donnant lieu à 76 cibles d'action prioritaires à réaliser au cours de la période 2004-2007, auxquels s'ajoutent 6 autres cibles identifiées régionalement, il apparaît important de proposer dans le plan d'action régional certains regroupements d'activités ainsi qu'une hiérarchisation du niveau d'intervention (palier local ou régional). Un travail de synthèse a donc permis de traduire nos engagements régionaux à l'intérieur d'un nombre restreint d'objectifs opérationnels. Au nombre de 19, ceux-ci regroupent l'ensemble des activités et des services à déployer pour implanter le PNSP (Annexe 1). La répartition des activités et des services entre les paliers locaux et régionaux se traduit de la façon suivante :

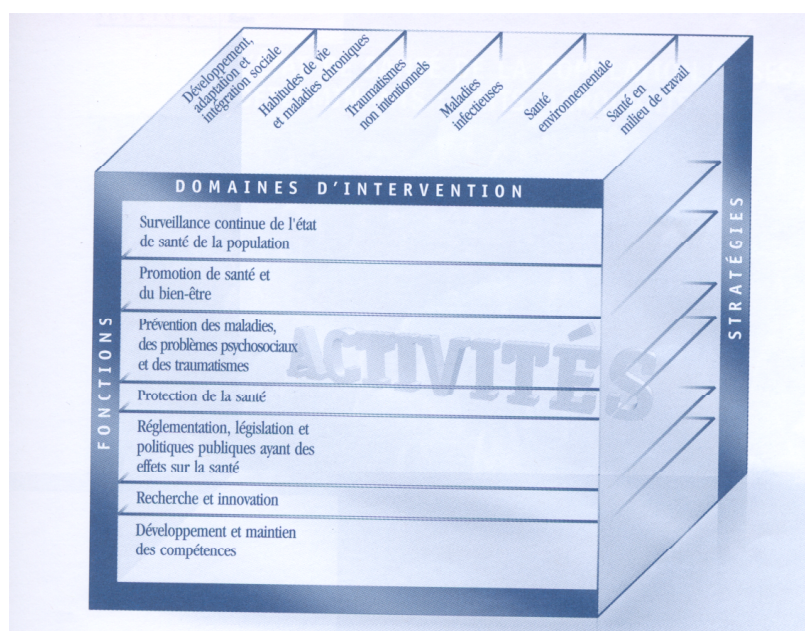
- 63 activités ou services locaux;
- 59 activités ou services régionaux.

Ce document fait un bref rappel des fondements du PNSP sur lequel s'appuie le plan d'action régional. Par la suite, il présente, pour chaque domaine d'intervention du PNSP, une synthèse de la problématique régionale ainsi que des fiches techniques qui décrivent les objectifs opérationnels et les moyens d'action à mettre en œuvre selon les niveaux de responsabilité régionale ou locale. Enfin, une dernière section traite des responsabilités de la Direction de santé publique et de ses engagements en matière de gestion de la santé publique, soit la surveillance de l'état de santé de la population (L.R.Q. 36, art. 33), l'évaluation du plan d'action régional (suivi de gestion) et, enfin, le plan de mobilisation des ressources en cas d'urgence de santé publique (L.R.Q. 36, art.12 et 97).

1. Fondements du PNSP et du plan d'action régional

Le *Programme national de santé publique* constitue la pierre angulaire du processus de planification des activités de santé publique. Les principales composantes du PNSP sont décrites dans la structure de la figure 1.

Figure 1 La structure du *Programme national de santé publique*



Les grandes fonctions de santé publique, les domaines d'intervention et les stratégies sont les trois piliers de cette structure. Les fonctions de santé publique délimitent le champ d'action de la santé publique, soit les activités traditionnelles reliées à *la surveillance continue de l'état de santé de la population, la promotion de la santé et du bien-être, la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes et la protection de la santé*. Des fonctions de soutien se greffent aux fonctions traditionnelles : *la réglementation, la législation et les politiques publiques ayant des effets sur la santé, la recherche et l'innovation, puis le développement et le maintien des compétences*.

Les domaines d'intervention sont au nombre de six, soit *le développement, l'adaptation et l'intégration sociale, les habitudes de vie et les maladies chroniques, les traumatismes non intentionnels, les maladies infectieuses, la santé environnementale et la santé en milieu de travail.*

Les stratégies d'intervention retenues dans le PNSP visent à *renforcer le potentiel des personnes, soutenir le développement des communautés, participer aux activités intersectorielles favorisant la santé et le bien-être, soutenir les groupes vulnérables et, enfin, encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces.*

Par ailleurs, en complément à cette structure tridimensionnelle, le PNSP propose des valeurs et des principes éthiques auxquels les différents acteurs responsables de l'application des plans d'action régionaux et locaux sont conviés à adhérer. Il s'agit *du bien commun, de la bienfaisance, de la non-malfaisance, de l'autonomie, du respect de la confidentialité et de la vie privée, de la responsabilité, de la solidarité, de la protection des individus, des groupes et des communautés vulnérables et, enfin, de la justice.*

Les actions de santé publique décrites dans cette structure visent à s'attaquer aux principaux déterminants de la santé qui interagissent entre eux et affectent de bien des façons la santé de la population. Ce sont les prédispositions biologiques et génétiques, les habitudes de vie et les autres comportements reliés à la santé, les conditions de vie et les milieux de vie, l'environnement physique et, enfin, l'organisation des services sociaux et de santé ainsi que l'accès aux ressources.

À l'exception des prédispositions biologiques et génétiques, tous les déterminants sont traités directement dans les différents domaines d'intervention. Certains font l'objet d'une attention particulière, tels les habitudes de vie qui agissent sur les maladies chroniques, les conditions de vie et les milieux de vie qui sont pris en compte spécifiquement dans le domaine développement, adaptation et intégration sociale ou encore l'environnement physique relativement aux traumatismes non intentionnels et à la santé environnementale. À ces interventions intégrées dans les différents domaines, le PNSP réitère le bien-fondé de poursuivre des activités de développement des communautés. Le déploiement d'intervention basé sur cette stratégie est possible lorsque

les problèmes et les facteurs de risque sont bien documentés et qu'il est reconnu que le contexte social et l'environnement exercent une influence certaine sur ces problèmes. Ces activités sont donc davantage à portée transversale. Elles visent une concertation intersectorielle et une participation de la communauté afin de permettre une amélioration des conditions et de la qualité de vie, notamment pour les personnes vulnérables et défavorisées.

Les différents éléments de cette stratégie sont tirés du cadre de référence sur le développement social et le développement des communautés produits par l'INSPQ.

TABLEAU 1 Les activités de développement des communautés		
TYPES D'ACTIVITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE	BUTS POURSUIVIS	CONTRIBUTIONS DES PALIERS NATIONAL, RÉGIONAL ET LOCAL
1) Des activités pour être à l'écoute de la population et pour lui rendre accessible l'information sur son état de santé et de bien-être	• Comprendre les préoccupations des communautés quant à leur santé et aux moyens qu'elles veulent emprunter pour la maintenir ou l'améliorer. • Rendre accessible aux communautés l'information sur leur état de santé et sur les déterminants • Consultation à l'occasion du Forum de la population	• Production de portraits de santé nationaux et régionaux accessibles à la population
2) Des activités fondées sur l'engagement des communautés	• Créer un contexte favorisant la santé et le bien-être	• Planification nationale et régionale qui tient compte des conditions nécessaires à la mise en place de mécanismes de concertation régionaux et locaux • Mise en œuvre des activités qui mettent à contribution les acteurs intéressés de la communauté • Soutien national, régional (planification, financement, évaluation) et local (planification et réalisation) des projets proposés par des communautés, notamment en ce qui concerne le soutien des familles, le soutien social des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées, le développement des jeunes enfants, socialisation des enfants et adolescents, la sécurité alimentaire ainsi que la sécurité des quartiers, des villages ou des municipalités
3) Des activités fondées sur la collaboration intersectorielle	• Susciter l'engagement des acteurs des autres secteurs pour la mise en œuvre d'activités axées sur la santé des communautés	• Soutien des alliances intersectorielles pour mettre en place des activités afin d'agir sur les déterminants de la santé et du bien-être
4) Des activités qui réduisent les inégalités de santé et de bien-être et privilégient les communautés les plus défavorisées	• Améliorer l'accès à des milieux de vie qui favorisent la santé ainsi qu'aux ressources et services de santé visant les groupes vulnérables et, plus particulièrement, les communautés et les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique	• Mise en place et soutien des interventions qui contribuent à la réduction des inégalités de santé et de bien-être, et de celles qui s'adressent aux communautés les plus défavorisées

Enfin, un effort particulier est consacré au déterminant sur l'organisation des services sociaux et de santé afin d'inscrire d'une façon plus tangible une relation continue de service entre la promotion, la prévention et le traitement lorsque requis. Cela se traduit par des trajectoires de services plus claires et une interface mieux définie entre les différents prestataires de service, notamment dans le cas des maladies chroniques, des traumatismes chez les personnes âgées ainsi que pour les problèmes de développement, d'adaptation et d'intégration sociale.

2. Évolution démographique et portrait de santé de la population du Bas-Saint-Laurent

2.1 Une population vieillissante et en décroissance

L'évolution démographique de la population du Bas-Saint-Laurent, selon les principaux groupes d'âge, suit les mêmes tendances que celles observées au Québec à cette différence que celles-ci sont plus marquées. La proportion de personnes âgées s'accroît plus rapidement alors que celle des jeunes diminue plus vite. Cette évolution est attribuable principalement à deux facteurs : la mortalité est plus faible avant l'âge de 75 ans dans la région qu'au Québec et l'exode de jeunes adultes vers d'autres régions est plus important en raison, notamment, du contexte économique.

Ainsi, en 2001, les personnes de 65 ans et plus représentent 15,3 % de la population de la région comparativement à 13 % à l'échelle du Québec. La proportion actuelle de personnes de 65 ans et plus au Bas-Saint-Laurent se rapproche des prévisions faites pour le Québec à long terme (15,9 %). On estime à plus de 18 % cette proportion en 2011 dans le Bas-Saint-Laurent. De plus, au sein du groupe de personnes de 65 ans et plus, la proportion de personnes de 75 à 84 ans et celle de 85 ans et plus sont supérieures à celles du Québec.

Par ailleurs, la diminution des naissances et de la fécondité est plus marquée dans la région qu'au Québec. Entre 1982 et 1998, le nombre de naissances a chuté de 45 % dans la région comparativement à 16 % au Québec. L'indice synthétique régional de fécondité est également l'un des plus faibles au Québec. Conséquemment, on observe une baisse significative des familles avec enfants de moins de 18 ans de l'ordre de 9 % entre 1991 et 1996, soit une diminution de plus de 2 700 familles dans la région.

Entre 1996 et 2001, la population de la majorité des municipalités de la région a enregistré une baisse, aussi bien dans les centres de services que dans les municipalités rurales (quoique plus marquée dans ces dernières), accusant une diminution totale de 2,7 %. En 2001, pour la première fois, tous les centres de services de la région ont connu une diminution de leur population.

2.2 Un bilan de santé favorable mais **reflétant l'évolution démographique**

Le bilan de santé de la population régionale est globalement aussi favorable que celui du Québec pour les hommes comme pour les femmes si l'on en juge par une espérance de vie à la naissance comparable et un taux plus faible de mortalité entre 45 et 74 ans. Toutefois, les principaux problèmes de santé qui requièrent des services sont tout aussi présents, sinon davantage, compte tenu du nombre d'années d'espérance de vie avec des incapacités plus élevées qu'au Québec, et ce, plus particulièrement chez les femmes. On peut donc faire l'hypothèse, à la lumière de ces données, que les problèmes se présentent à des âges moins avancés et que la durée de la maladie est plus longue avant d'entraîner le décès.

La région se distingue du Québec pour certains problèmes de santé qui requièrent davantage de services ou d'interventions spécifiques. Parmi ceux-ci, les accidents de la route sont ceux qui démarquent le plus la région de l'ensemble du Québec, puisqu'ils entraînent davantage de décès et de blessés graves. En outre, les hommes du Bas-Saint-Laurent présentent des taux de suicide et de limitation d'activités à long terme plus élevés. Quant aux femmes du Bas-Saint-Laurent, elles présentent un plus haut taux d'incidence de cancer du sein. Le cancer de l'estomac est davantage prévalent dans la région, et ce, autant chez les femmes que chez les hommes. Chez les personnes de 65 ans et plus, on observe un taux de mortalité supérieur par accident vasculaire cérébral, par insuffisance cardiaque et par maladie pulmonaire obstructive chronique.

Parmi les autres déterminants de l'état de santé qui présentent un portrait moins favorable pour les résidents du Bas-Saint-Laurent figure un profil de consommation de médicaments plus élevé que l'ensemble du Québec, particulièrement chez les personnes de 65 ans et plus. Ces dernières consomment en moyenne près de 9 ordonnances de plus par année que la population québécoise du même groupe d'âge, ce qui représente un écart de 17 %, et les placent au deuxième rang parmi les régions du Québec¹. Par ailleurs, selon une étude récente, elles figurent aussi au second rang quant à la proportion ayant au moins cinq médicaments prescrits sur une base quotidienne².

¹ RAMQ. Statistiques – programmes administrés par la RAMQ.

² RAMQ. Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées. 2001.

3. Développement, adaptation et intégration sociale

3.1 Problèmes et facteurs de risque

Le domaine *développement, adaptation et intégration sociale* comprend, d'une part, certains problèmes en lien avec la santé physique des jeunes enfants et, d'autre part, il regroupe un ensemble de problèmes sociaux pouvant affecter autant les enfants et les adolescents que les adultes ou les personnes âgées.

Chez les enfants, les problèmes de santé physique qui retiennent l'attention dans le *Programme national de santé publique* (PNSP) concernent la prématurité, l'insuffisance de poids à la naissance, les anomalies congénitales graves ou autres problèmes graves de santé, notamment, la rubéole congénitale, les malformations du tube neural, le syndrome de l'alcoolisation fœtale, la phénylcétonurie et l'hypothyroïdie congénitale. Le rôle de l'allaitement maternel dans la prévention de problèmes de santé physique (telles les infections gastro-intestinales, les infections respiratoires et l'anémie ferriprive), cognitifs et affectifs est également priorisé. D'autres problèmes pouvant être prévenus par l'allaitement maternel sont également considérés. Enfin, les problèmes de développement moteur, cognitif, langagier ou social, qui peuvent se manifester très tôt chez les enfants, sont ciblés compte tenu des problèmes d'adaptation et d'apprentissage qu'ils peuvent générer à la période préscolaire et scolaire.

Par ailleurs, les problèmes sociaux considérés comme prioritaires, soit à cause de l'ampleur ou de la gravité de leurs conséquences sociales ou sanitaires, sont les troubles des conduites chez les enfants et les adolescents, la délinquance et la grossesse à l'adolescence ainsi que la violence envers les femmes incluant les enfants exposés à la violence conjugale. D'autres sont susceptibles de survenir à plusieurs étapes de la vie. Il s'agit, notamment, de problèmes d'abus, d'agression sexuelle, de négligence (autant envers les enfants, les adolescents que les personnes âgées), de toxicomanie, de troubles mentaux et de suicide.

Dans le Bas-Saint-Laurent, les données disponibles pour ces différents problèmes ne montrent pas de différence significative en ce qui a trait aux deux indicateurs de santé physique que sont les naissances prématurées et de faible poids de même que pour la consommation élevée d'alcool. Toutefois, le taux de grossesses à l'adolescence est

nettement moins élevé au Bas-Saint-Laurent qu'au Québec, même s'il passe du simple au double dans le groupe des 14-17 ans. De plus en plus de femmes allaitent (une augmentation de 10,2 % depuis 1997 dans notre région), mais le taux de persévérance est encore loin des recommandations internationales qui visent un allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois. Le taux de victimisation pour violence conjugale de même que le taux de jeunes qui contreviennent au Code criminel et aux lois s'avèrent également plus faibles dans la région. Quant au taux de mortalité par suicide, il a tendance à être plus élevé au Bas-Saint-Laurent qu'au Québec.

LES PROBLÈMES DE DÉVELOPPEMENT, D'ADAPTATION ET D'INTÉGRATION SOCIALE	BAS-SAINT-LAURENT	QUÉBEC
Allaitement maternel mixte	<u>2002-2003</u> pop. générale : 73,6 % -11 ans scol. : 49,7 % <u>1998</u> durée à 6 mois : 13 %	<u>1998-2002</u> pop. générale : 72 % -11 ans scol. : ND durée à 6 mois : 29 %
Santé physique (1994-1998)		
Naissances prématurées	7,3 %	7,2 %
Naissances de faible poids (<2500 g)	6,0 %	6,0 %
Adaptation et intégration sociale		
Taux de grossesse à l'adolescence (2001)	7,8/1 000 adolescentes	18,6/1 000 adolescentes
Taux de victimisation pour violence conjugale	314/100 000 femmes	430,8/100 000 femmes
Taux ajusté de mortalité par suicide (1994-1998) :		
• hommes	35,3/100 000 habitants	30,5/100 000 habitants
• femmes	9,5/100 000 habitants	8,1/100 000 habitants
• hommes et femmes	22,3/100 000 habitants	19,1/100 000 habitants

3.2 Objectifs et stratégies d'intervention

On retrouve dans le PNSP un total de 16 objectifs de santé à atteindre d'ici 2012 pour ce domaine d'intervention (tableau 1). De ce nombre, 6 d'entre eux sont liés spécifiquement à la santé physique des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans et 3 autres sont liés aux problèmes d'adaptation et d'intégration sociale chez les enfants et les adolescents. Les autres objectifs concernent les problèmes d'adaptation et d'intégration sociale chez les adultes (1 objectif), les personnes âgées (3 objectifs) ou la population dans son ensemble (3 objectifs).

Toutefois, aux fins d'implantation régionale, 17 objectifs composeront ce domaine. En effet, il apparaît préférable de rapatrier au domaine développement, adaptation et intégration sociale un objectif classé dans habitudes de vie et maladies chroniques (sécurité alimentaire).

D'autre part, l'objectif visant la réduction de la perte d'autonomie chez les personnes âgées sera inscrit dans trois domaines d'intervention (développement, adaptation et intégration sociale; maladies chroniques; traumatismes non intentionnels), et ce, compte tenu de l'interdépendance des activités de ces domaines pour agir sur cette cible prioritaire.

TABLEAU 1.1 Objectifs du PNSP en développement, adaptation et intégration sociale

Santé physique des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans • Réduire le taux de prématurité • Réduire le taux d'insuffisance de poids à la naissance (poids inférieur à 2500 g) • Réduire le nombre d'enfants qui naissent avec des anomalies congénitales graves ou autres problèmes de santé graves comme les malformations du tube neural, le syndrome de l'alcoolisation fœtale et le syndrome de la rubéole congénitale • Réduire la morbidité liée à la phénylcétonurie ou à l'hypothyroïdie congénitale • Réduire les infections respiratoires, les infections gastro-intestinales et l'anémie ferriprive chez les nourrissons • Augmenter la proportion d'enfants âgés de 0 à 4 ans qui ont un développement normal (moteur, langagier, cognitif et social)
Adaptation et intégration sociale chez les enfants et les adolescents • Réduire les problèmes d'abus physique et psychologique, d'agression sexuelle et de négligence à l'endroit des enfants et des adolescents • Réduire les troubles de conduite incluant la violence envers les autres et la délinquance chez les enfants et les adolescents • Réduire à moins de 15 pour 1000 le taux de grossesse chez les adolescentes • Réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %
Adaptation et intégration sociale chez les adultes et les personnes âgées • Réduire les problèmes d'agression sexuelle et de violence conjugale affectant les femmes • Réduire les problèmes d'abus et de négligence à l'endroit des personnes âgées • Réduire de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées • Retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées
Adaptation et intégration sociale chez la population en général • Réduire les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool • Augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne santé mentale • Réduire le nombre de tentatives de suicide et le nombre de suicides

En termes d'intervention, les mesures ciblées dans le programme visent d'abord à améliorer les conditions qui entourent le développement des jeunes enfants. Les mesures visent également à accroître le support aux enfants et aux adolescents des milieux défavorisés (mesures sélectives) afin de faciliter leur adaptation et leur intégration sociale. Ces mesures se

traduisent par une gamme de services locaux qui sont relativement bien implantés ou en voie de l'être dans notre région. Il s'agit de la promotion et du soutien de l'allaitement maternel (réseau « Amis des bébés »), les pratiques cliniques préventives, la programmation intégrée 0-5 ans et les mesures intensives spécifiques s'y rattachant, ainsi que les interventions en milieu scolaire basées sur une approche globale concertée. Pour les adolescents, un service de consultation en matière de sexualité et de planning est également prévu. Enfin, un programme de développement des habiletés sociales chez les enfants de la maternelle et de la première année (Fluppy) sera implanté progressivement.

Dans la région, un des moyens retenus pour atteindre un changement significatif chez les enfants et les adolescents des milieux défavorisés est de travailler en étroite collaboration avec les partenaires intersectoriels qui possèdent des leviers de décision. À ce titre, la Direction régionale de la santé publique pilote une démarche novatrice de concertation et de « mutualisation » des actions par le biais du projet régional COSMOSS*.

En matière de prévention du suicide en milieu scolaire, pour les écoles de secondaire III à V, il s'agit de poursuivre l'implantation du programme « Agir ensemble ». Ce programme vise la mise sur pied d'un filet de sécurité autour des jeunes en détresse. Pour ce faire, il prescrit une séquence précise et chronologique d'activités : formation des intervenants du milieu de l'éducation et de la communauté, établissement des mécanismes de références interétablissements, sensibilisation des adultes (parents, personnel scolaire, intervenants jeunesse) et sensibilisation des jeunes. Par ailleurs, des comités de postvention doivent être mis en place dans chaque école secondaire afin d'offrir, lorsque requis, des activités visant à réduire les effets négatifs lorsque survient un suicide. Tel que recommandé par un Comité provincial d'experts, sous la direction de Monique Séguin, une approche axée sur un programme à traitement différentiel respectera la recommandation de prudence émise par l'INSPQ. Des formations sont prévues à cet effet.

En toxicomanie, les activités de prévention proposées sont issues de la table de concertation régionale. Au regard de la consommation abusive de médicaments psychotropes chez les personnes âgées, la cible prioritaire concerne la diminution du recours quotidien et prolongé aux

* NOTE : COSMOSS = Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé, Scolarisé et en Santé.

benzodiazépines dans l'insomnie. En plus du message préventif qu'il faut impérativement répéter, tant à la population adulte qu'aux intervenants de la santé, il faut mettre en place des mesures de support au sevrage pour les gens chez qui l'utilisation prolongée a déjà entraîné des problèmes de tolérance et de dépendance.

Chez les adultes et la population en général, les interventions concernent principalement les problèmes générant des traumatismes intentionnels (agression sexuelle, violence, suicide) ainsi que l'alcoolisme et les toxicomanies qui sont souvent responsables d'une part importante des problèmes d'adaptation et d'intégration sociale. Les mesures reposent sur une concertation intersectorielle en vue d'accroître la sensibilisation du public et des différents acteurs ainsi que sur la mise en place de moyens visant à restreindre la survenue de ce type de traumatismes. Il s'agit, notamment, d'appliquer la stratégie d'intervention multifactorielle développée par William Haddon qui permet de considérer la séquence temporelle de l'événement, soit l'analyse des facteurs qui interviennent avant, pendant et après l'acte agressant.

Les mécanismes de concertation intersectorielle implantés depuis longtemps au Bas-Saint-Laurent ont permis de constituer des services préventifs locaux en matière de lutte aux agressions sexuelles et à la violence envers les femmes (trousse médicolégale et protocole sociojudiciaire, etc.). Toutefois, des efforts devront être consentis pour accroître le repérage des cas d'agression sexuelle et de violence. À ce chapitre, il sera nécessaire d'évaluer la contribution possible des intervenants cliniciens des CLSC. Au regard du suicide, la région a été initiatrice de mesures visant la réduction de l'accès aux moyens (armes à feu). Des actions dans ce sens devront être poursuivies de même que pour implanter un réseau de sentinelles au palier local.

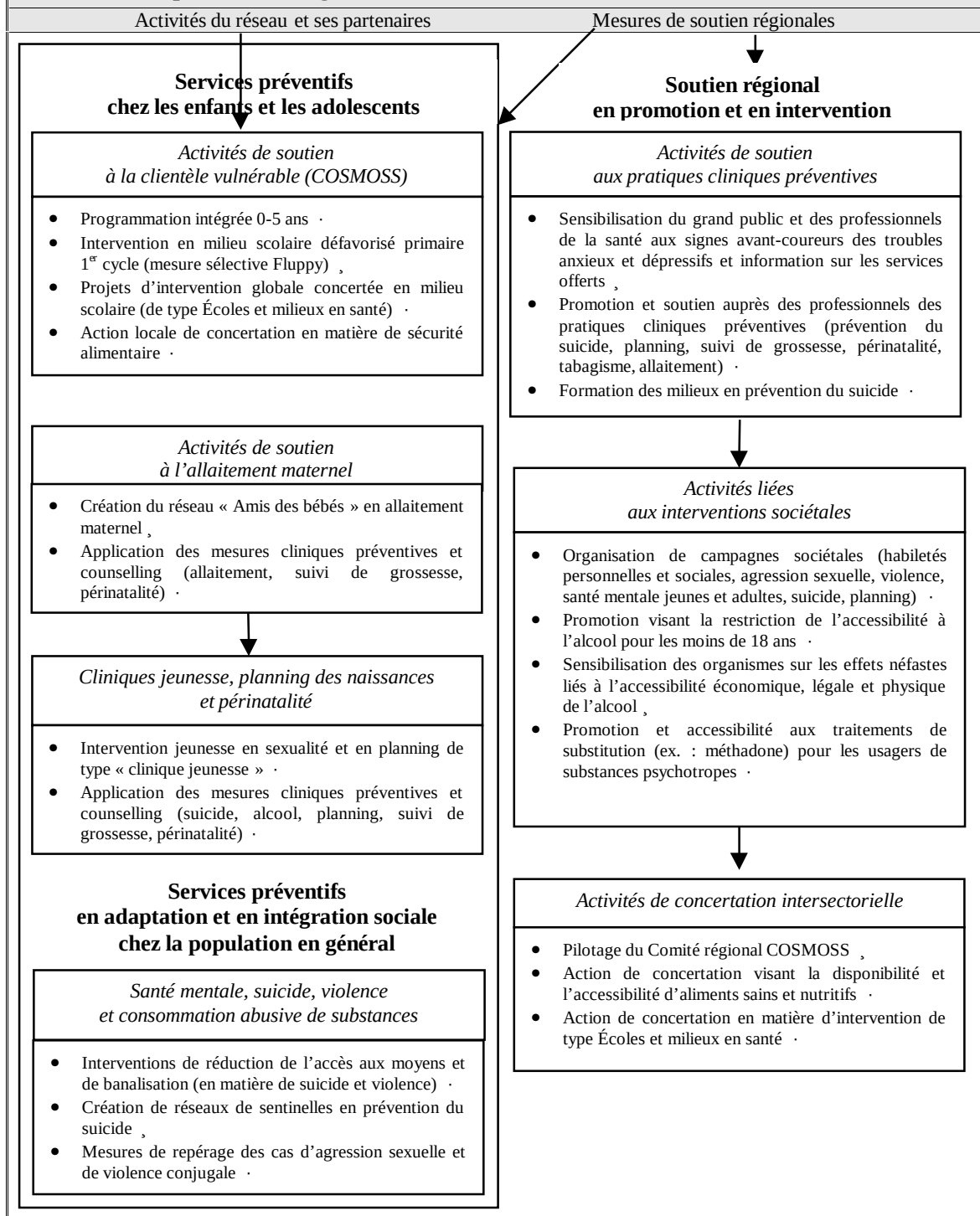
Enfin, un ensemble d'activités de soutien réalisées au palier provincial ou régional vient compléter l'offre de service dans ce domaine d'intervention. Il s'agit d'abord d'activités de promotion ou de sensibilisation grand public qui seront concrétisées sous la responsabilité première du palier provincial. Des activités de formation à l'intention des différents intervenants devront également être offertes régionalement tout comme pour la prévention du suicide, le domaine du planning des naissances et de la violence. La promotion et le soutien au palier régional des pratiques cliniques préventives pour assurer la santé physique de la

mère et du nourrisson ainsi que pour mieux agir sur l'ensemble des problèmes générant des traumatismes intentionnels viendront compléter la gamme de services.

La répartition locale et régionale des activités dans le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale ainsi que leur niveau d'implantation sont présentés dans la figure 2. Au palier local, les grands secteurs d'activité à consolider concernent les services préventifs chez les enfants et les adolescents (activités de soutien aux milieux défavorisées, allaitement maternel, cliniques jeunesse et planning) ainsi que les services préventifs en adaptation et en intégration sociale auprès de la population en général. Au palier régional, les activités de soutien portent sur les pratiques cliniques préventives, les interventions sociétales et la concertation intersectorielle.

Par ailleurs, les moyens d'action à déployer au palier régional et local ainsi que les ressources supplémentaires requises sont décrits dans les tableaux 1.2, 1.3, 1.4 et 1.5. On retrouve également dans ces tableaux la description des activités régionales prévues pour soutenir les services locaux.

Figure 2 Composantes et répartition locale et régionale des activités en développement, adaptation et intégration sociale



Légende : niveau de réalisation ¶ À maintenir · À consolider ou compléter implantation , À implanter

TABLEAU 1.2 Services préventifs de développement, d'adaptation et d'intégration sociale chez les enfants et les adolescents

<i>Activités de soutien à la clientèle vulnérable (COSMOSS)</i>	
Clientèle visée	• Enfants, adolescents de 0 à 17 ans et jeunes parents
Objectif régional et local	• Rendre disponibles, sur tous les territoires locaux, des services préventifs offerts localement ou régionalement relativement au soutien du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale des enfants et des adolescents vivant en contexte de vulnérabilité par : – mise en place du programme intégrateur « Des services intégrés de promotion et de prévention pour les femmes enceintes, les mères, les pères et les enfants vivant en contexte de vulnérabilité » en consolidant les éléments actuellement en place qui répondent au programme et en développant les autres orientations. – promotion et soutien des pratiques cliniques préventives suivantes³ : § recommandation par les médecins aux familles défavorisées de bénéficier des visites à domicile durant la période périnatale et la petite enfance § orientation des enfants en provenance de milieux vulnérables vers des interventions éducatives précoces – déploiement de l'intervention visant le développement des habiletés sociales des enfants (de type Fluppy) dans les milieux scolaires primaires défavorisés – élaboration et implantation, en collaboration avec le réseau de l'éducation et les partenaires communautaires et sectoriels, d'une intervention globale concertée pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'adaptation sociale de type Écoles et milieux en santé – consolidation des actions relatives à la concertation locale et régionale en sécurité alimentaire visant l'accessibilité et la disponibilité des aliments sains et nutritifs
Moyens d'action (volet régional)	• Présider le comité directeur COSMOSS dont le mandat est de déterminer les orientations stratégiques et d'assurer l'harmonisation des programmes • Déployer dans tous les territoires de MRC le programme intégrateur « Des services intégrés de promotion et de prévention pour les femmes enceintes, les mères, les pères et les enfants vivant en contexte de vulnérabilité » selon les balises établies nationalement et régionalement • Élaborer et implanter les outils pour soutenir le travail des intervenants travaillant auprès de la clientèle et les outils destinés à la clientèle (en complément aux outils provinciaux) • Organiser de la formation continue pour les intervenants et les partenaires • Assurer le monitoring de la clientèle rejointe et l'intensité du programme tout au cours du 0-5 ans (en lien avec les travaux provinciaux) • Planifier le déploiement du programme Fluppy en continuité avec les programmes 0-5 ans et en lien avec les interventions scolaires ciblées • Évaluer et réviser le programme régional de soutien à des projets d'action concertée en promotion et en prévention auprès des jeunes de 6 à 17 ans en fonction des paramètres provinciaux en matière d'intervention globale et concertée de promotion et de prévention en milieu scolaire • Assurer l'inclusion du programme « Des services intégrés de promotion et de prévention pour les femmes enceintes, les mères, les pères et les enfants vivant en contexte de vulnérabilité » et du dossier de la sécurité alimentaire dans une démarche régionale intersectorielle de concertation plus large visant la continuité, la cohérence et la complémentarité des services auprès des enfants et des familles vulnérables : COSMOSS
Moyens d'action (volet local)	• Participer aux comités locaux d'action concertée (COSMOSS) • Maintenir le leadership local dans la concertation et le continuum des services aux jeunes • Maintenir et renforcer le soutien clinique aux intervenants • Mettre en place localement les conditions nécessaires pour recueillir les indicateurs de clientèle et d'intensité d'interventions ciblées. • Consolider ou implanter localement les différents volets du programme intégrateur 0-5 ans en fonction des balises nationales et régionales établies pour le renforcement du potentiel individuel et pour le soutien à la création d'environnements favorables (<i>incluant la sécurité alimentaire</i>). • Déployer le programme de type Fluppy dans les écoles ciblées • Assurer le déploiement des activités intersectorielles concertées prévues dans une démarche de type Écoles et milieux en santé • Contribuer à la concertation locale en matière de sécurité alimentaire

³. D'autres pratiques cliniques préventives, notamment la couverture vaccinale contre la rubéole, contribuent à réduire les anomalies congénitales et les problèmes de développement chez les enfants.

TABLEAU 1.3 Services préventifs de développement, d'adaptation et d'intégration sociale chez les enfants	
Activités de soutien à l'allaitement maternel	
Clientèle visée	• Enfants et parents
Objectif régional et local	• Mettre en place dans les établissements le réseau « Amis des bébés » pour valoriser et pour soutenir l'allaitement maternel dans les services de maternité des centres hospitaliers, des CLSC, auprès des groupes d'entraide et des professionnels par : – promotion et soutien des pratiques cliniques préventives (suivi de grossesse, allaitement et périnatalité) – counselling en matière d'allaitement maternel – soutien aux organismes d'entraide en allaitement maternel
Moyens d'action (volet régional)	• Soutenir les directions d'établissements dans l'implantation du programme « Amis des bébés » • Soutenir, coordonner et évaluer les mécanismes de liaison et de concertation entre les partenaires (établissements, clinique régionale, groupes d'entraide et de professionnels) • Réaliser une campagne de promotion sur les pratiques favorisant l'allaitement maternel et sur les services d'aide offerts auprès des professionnels de la santé et de la population en général • Assurer la disponibilité de ressources spécialisées via les services de type clinique régionale d'allaitement • S'assurer du financement de la formation de base et de la formation continue des intervenantes et de leurs partenaires • S'assurer du financement des produits pour nourrissons et du respect du Code international des substituts de lait maternel dans les établissements • Colliger les données concernant la pratique de l'allaitement maternel (taux, durée) dans la région ainsi que l'évolution de l'implantation du programme et en assurer la diffusion aux partenaires • Assurer le développement des cliniques d'allaitement régionales à l'est et à l'ouest du territoire • Soutenir la formation du personnel spécialisé IBCLC • Soutenir la formation continue des consultantes en allaitement ou du médecin responsable de la clinique • Colliger les données sur les problématiques d'allaitement rencontrées et de l'impact d'une clinique
Moyens d'action (volet local) :	• Désigner un porteur de dossier « allaitement maternel » dans l'établissement qui fera connaître la politique et facilitera l'implantation de l'IHAB, les liens avec tous les partenaires du réseau et le suivi des interventions en faveur de l'allaitement • Assurer le développement des compétences en allaitement en favorisant la participation des intervenants à la formation de base et à la formation continue • Appliquer un plan de formation théorique et pratique pour tout le personnel travaillant en périnatalité et en pédiatrie, incluant les médecins • Assurer la mise en place de pratiques de soins qui répondent aux dix conditions de l'Unicef/OMS (services maternité), 7 conditions CLSC, en collaboration avec les médecins et les infirmières • Respecter le Code international des substituts de lait maternel • Assurer l'enseignement de la pratique et des avantages de l'allaitement maternel aux femmes enceintes et les soutenir dans l'apprentissage de l'allaitement maternel • Assurer un suivi de l'allaitement par le partenaire de soins concerné dans le continuum des services (CLSC groupes d'entraide, cliniques d'allaitement) et faire connaître les groupes d'entraide • Assurer la collecte des données sur le mode d'alimentation du nouveau-né à la naissance (services maternité) et au cours de la première année de vie (CLSC) • Assurer la liaison et le suivi de la clientèle ciblée avec la clinique d'allaitement • Soutenir la formation continue des infirmières et des médecins sur les problématiques d'allaitement (stage clinique) • Favoriser l'accessibilité de la clientèle cible si nécessaire aux fins de consultation à la clinique d'allaitement

TABLEAU 1.4 Services préventifs de développement, d'adaptation et d'intégration sociale
<i>Cliniques jeunesse, planning des naissances et périnatalité</i>
Clientèle visée • Enfants, adolescents et futurs parents
Objectifs régionaux et locaux • Maintenir à 6/1000 le taux de grossesse chez les adolescentes; diminuer le taux de grossesse chez les adolescentes de 18-19 ans de 15 %, soit 35/1000, et diminuer de 15 % le nombre d'IVG chez les femmes de 20 ans et plus par : – généralisation des services concernant la consultation en matière de sexualité – du type clinique jeunesse – utilisation de la contraception orale d'urgence – accessibilité des services gratuits d'interruption volontaire de grossesse • Améliorer les conditions entourant la naissance et réduire certains problèmes de santé chez les enfants par : – promotion et soutien des pratiques cliniques préventives
Moyens d'action (volet régional) • Assurer la formation continue des intervenants de la santé travaillant en planning des naissances (médecins, infirmières, etc.) et en périnatalité • Soutenir une campagne sociétale sur la contraception post-coïtale • Faire reconnaître, par la DRMG de l'Agence de développement, les activités des services aux jeunes (clinique de planning et clinique jeunesse) à titre d'AMP pour les médecins • Assurer l'accessibilité à la contraception hormonale aux étudiantes de l'université, du cégep et des centres de formation aux adultes • Réaliser deux campagnes annuelles de sensibilisation sur un des aspects identifiés en périnatalité auprès des professionnels de la santé et de la population • Assurer la formation annuelle des intervenants en périnatalité touchant l'un des thèmes identifiés
Moyens d'action (volet local) • Consolider la présence de clinique jeunesse dans chaque territoire de CLSC • Assurer la présence d'infirmières dans chaque école secondaire • Participer localement aux campagnes de promotion • Participer aux formations offertes régionalement • Assurer l'intégration des connaissances dans les pratiques cliniques des professionnels concernés

TABEAU 1.5 Services préventifs en adaptation et en intégration sociale auprès de la population en général

Santé mentale, suicide, violence et consommation abusive de substances

Clientèle visée

- Enfants et adolescents, adultes et population en général

Objectif régional et local

- Rendre disponibles, sur tous les territoires locaux, des services de prévention concernant les situations pouvant entraîner une détérioration des conditions d'adaptation et d'intégration sociale vécues par certaines personnes ou certains groupes au sein de la population par :
 - intervention globale au regard de la prévention du suicide par la réalisation d'activités de sensibilisation sur les risques que représentent les armes à feu gardées à la maison et sur les mesures pour en limiter l'accès, l'implantation des réseaux de sentinelles et par la concertation avec les partenaires du réseau et ceux des autres secteurs afin de faire diminuer la tolérance par rapport au suicide et la banalisation de ce problème
 - formation des médecins axée sur la prévention du suicide
 - soutien des cliniciens pour qu'ils décèlent le moindre signe d'agression sexuelle ou de violence conjugale chez les adultes et les personnes âgées ainsi que tout abus ou toute négligence dont seraient victimes ces personnes
 - sensibilisation du grand public et des professionnels de la santé et des services sociaux aux signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs et diffusion d'information sur les activités et les services offerts
 - organisation de campagnes sociétales, à l'intention des adultes, portant sur la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles
 - organisation de campagnes de communication sociétales, portant sur la promotion des habiletés personnelles et sociales des enfants et des adolescents et sur la prévention des problèmes psychosociaux qui les affectent tels que la violence, les agressions sexuelles et les problèmes de santé mentale
 - promotion de l'application des lois et des règlements pour restreindre l'accessibilité à l'alcool pour les jeunes de moins de 18 ans
 - sensibilisation des organismes publics ou privés aux effets négatifs sur la santé associés aux mesures qui augmentent l'accessibilité économique, légale et physique à l'alcool
 - promotion et mise en place des mesures d'accessibilité aux traitements de substitution (méthadone) pour les usagers de substances psychotropes

Moyens d'action (volet régional)

SUICIDE ET SANTÉ MENTALE :

- Implanter le programme « Agir ensemble » dans 50 % des écoles secondaires de la région
- Mettre en œuvre des comités de postvention dans 50 % des écoles secondaires de la région
- Poursuivre la campagne régionale sur l'entreposage sécuritaire des armes à feu et les risques que ces armes représentent auprès de la population, des professionnels et des intervenants
- Diffuser dans le réseau de l'éducation les bénéfices des différentes stratégies préventives de suicide chez les jeunes selon INSPQ
- Assurer la formation continue des intervenants en intervention de crise suicidaire
- Assurer la disponibilité d'une expertise régionale
- Soutenir et coordonner les mécanismes de liaison et de concertation entre les écoles, les établissements, les organismes communautaires et les intervenants jeunesse du milieu
- Assurer le recrutement et la formation de sentinelles dans région
- Former de façon continue les médecins sur les différents sujets en lien avec la prévention du suicide
- Diffuser l'information sur les services intégrés de crises psychosociales
- Participer à la Semaine nationale de prévention du suicide

VIOLENCE :

- Réviser les ententes portant sur le Protocole sociojudiciaire en matière de violence conjugale
- Assurer la formation d'intervenants multiplicateurs sur le repérage des cas de violence conjugale
- Soutenir la formation continue du personnel médical, infirmier et social des centres désignés à recevoir les victimes d'agression sexuelle
- Diffuser l'information sur les services offerts par les centres désignés à recevoir les victimes d'agression sexuelle et les services offerts dans le cadre du Protocole sociojudiciaire en matière de violence conjugale
- Participer à la Campagne provinciale sur la violence faite aux femmes

TABLEAU 1.5 Services préventifs en adaptation et en intégration sociale auprès de la population en général

Santé mentale, suicide, violence et consommation abusive de substances

CONSOMMATION ABUSIVE DE SUBSTANCES :

- Réaliser une campagne régionale d'information et de sensibilisation spécifique à l'alcool auprès de la population en général, des établissements, des organismes et des entreprises
- Faire la promotion, auprès des commerçants, de l'importance de vendre de l'alcool de façon responsable auprès de clientèles vulnérables (moins de 18 ans, personnes intoxiquées, etc.) par le biais de la diffusion du matériel PARA
- Former les tenanciers et les travailleurs des établissements licenciés à favoriser un service responsable (programme action-service)
- Promouvoir l'adoption d'une politique municipale de gestion de l'alcool
- Sensibiliser les promoteurs d'événements populaires et d'activités sociales (festival, bal, party de bureau, etc.) à l'importance de la mise en place de moyens pour prévenir les conséquences liées aux comportements d'intoxication à l'alcool
- Assurer le recrutement et la formation des professionnels de la santé (médecins, pharmaciens) pour ce qui concerne l'application de traitement à la méthadone
- Compléter l'évaluation du programme de sevrage portant sur la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées et déployer ce programme dans la région si l'évaluation est positive.

Moyens d'action (volet local)

SUICIDE ET SANTÉ MENTALE :

- Assurer la présence dans chaque établissement d'un intervenant dédié
- Implanter le programme « Agir ensemble » dans les écoles secondaires (niveaux 3-4-5)
- Mettre en place un comité de postvention pour l'ensemble des écoles secondaires
- Implanter le programme sentinelles dans chaque territoire de CLSC
- Maintenir des projets existants de sentinelles en milieu de travail
- Soutenir la mise en place d'un comité de coordination pour l'implantation du programme « Agir ensemble »
- Assurer la formation des intervenants
- Concevoir et procéder à la signature des protocoles d'entente pour la référence et le suivi des jeunes suicidaires entre les écoles, les établissements et les organismes communautaires
- Soutenir l'élaboration et la mise en œuvre des ententes de collaboration entre les CLSC et les centres de prévention du suicide sur l'intervention et le suivi auprès de personnes suicidaires

VIOLENCE :

- Maintenir les services d'accompagnement judiciaire criminel en matière de violence conjugale
- Maintenir les centres désignés à recevoir les victimes d'agression sexuelle

4. Habitudes de vie et maladies chroniques

4.1 Problèmes et facteurs de risque

Le domaine d'intervention des *habitudes de vie et maladies chroniques* regroupe un certain nombre d'affections d'origine non contagieuse, caractérisées par le cumul et l'interaction de plusieurs déterminants et facteurs de risque qui agissent tout au long de la vie de l'individu. Ces affections provoquent éventuellement des dérangements fonctionnels, des incapacités ou une incurabilité. Le *Programme national de santé publique* (PNSP) cible les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), l'asthme, l'ostéoporose, l'obésité auxquels s'ajoutent les maladies buccodentaires ainsi que leurs déterminants (PNSP 2002-2012).

Les taux bruts de mortalité pour les principales maladies chroniques sont plus élevés dans la région qu'au Québec. Cette situation s'explique essentiellement par le fait que la population du Bas-Saint-Laurent est plus âgée que l'ensemble de la population du Québec. Lorsque les taux sont ajustés, c'est-à-dire lorsque l'effet de l'âge est annulé, le portrait régional de la mortalité par maladies chroniques ne présente pas de différences majeures avec celui du Québec. Tandis que la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a tendance à être plus faible dans la région et que la mortalité liée aux maladies de l'appareil respiratoire a plutôt tendance à être légèrement plus élevée, les décès par cancer se situent sensiblement au même niveau.

Taux ajustés de mortalité pour les trois principales catégories de maladies chroniques, Bas-Saint-Laurent et Québec, 1994-1998 (taux annuels moyens pour 100 000 personnes)

MALADIES CHRONIQUES (DÉCÈS)	BAS SAINT-LAURENT	QUÉBEC
Maladies de l'appareil circulatoire	243/100 000 habitants	258/100 000 habitants
Décès par tumeur	219/100 000 habitants	220/100 000 habitants
Maladies de l'appareil respiratoire	68,2/100 000 habitants	65,6/100 000 habitants

Par ailleurs, 7,1 % de la population de 12 ans et plus souffre d'asthme dans le Bas-Saint-Laurent (Québec : 8,7 %), 3,9 % du diabète (Québec : 4,9 %) et un peu plus de 3 % de bronchite chronique ou d'emphysème. Quant aux personnes obèses, leur proportion n'est pas connue pour le

Bas-Saint-Laurent, on sait toutefois qu'au Québec, 12,4 % des individus sont obèses; cette affection serait en forte croissance depuis au moins la fin des années 80.

Le *Programme national de santé publique* identifie trois principales causes aux maladies chroniques, soit le tabagisme, l'alimentation déséquilibrée et la sédentarité. Pour ce qui est du tabagisme, le Bas-Saint-Laurent comptait en 1998 l'une des plus faibles proportions de fumeurs réguliers au Québec, soit 30 % contre 34 % dans la province. Quant à l'alimentation déséquilibrée, il apparaît qu'une plus forte proportion de la population du Bas-Saint-Laurent que celle du Québec dans son ensemble consomme moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour (63 % c. 57 %). Enfin, à propos de la sédentarité, 45 % de la population de la région pratique moins de quatre fois par mois des activités physiques de loisir contre 48 % au Québec.

4.2 Objectifs et stratégies d'intervention

En ce qui concerne les maladies chroniques, le PNSP s'est donné neuf objectifs à atteindre d'ici 2012 (tableau 1). Compte tenu de l'importance des habitudes de vie dans le développement des maladies chroniques, des objectifs et des cibles d'intervention ont été fixés (9 objectifs, 15 cibles d'intervention) pour réduire l'incidence et la prévalence de ces problèmes de santé ainsi que les facteurs de risque reliés à ces différents déterminants. À ce nombre, s'ajoute l'objectif de réduction de la perte d'autonomie chez les personnes âgées.

TABLEAU 2.1 Objectifs du PNSP sur les maladies chroniques

- Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité par maladies cardiovasculaires (incluant les maladies cardiaques ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux)⁴
- Réduire de 30 % l'incidence du diabète⁵ (40 % chez les populations autochtones)
- Réduire de 30 % les taux de mortalité et de morbidité liées à la maladie pulmonaire obstructive chronique
- Contribuer à réduire de 40 % les taux de mortalité et de morbidité reliées à l'asthme
- Réduire la prévalence de l'excès de poids de 28 % à 22 % et celle de l'obésité de 13 % à 10 % chez les adultes en plus de prévenir l'excès de poids et l'obésité tant chez les enfants que chez les adolescents
- Réduire la mortalité par cancer du sein de 25 % chez les femmes de 50 à 69 ans
- Réduire la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans et plus
- Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans
- Réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivite et maladies parodontales destructives) chez les adultes de 18 ans et plus
- Retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées

⁴ Il s'agit de taux ajustés pour l'âge et le sexe.

⁵ Pourcentage basé sur les estimations américaines de *Healthy People 2010* à ajuster selon les données québécoises.

Les stratégies d'intervention proposées dans le PNSP visent à concentrer nos actions pour agir simultanément sur les principaux déterminants des maladies chroniques (tabagisme, habitudes alimentaires inadéquates, sédentarité et hygiène dentaire insuffisante). Ils font appel à une combinaison de moyens pour influencer les comportements individuels (consultation des professionnels de la santé, campagne promotionnelle), pour modifier les conditions environnementales et les normes sociales (aménagement des lieux pour l'activité physique, règlement pour l'accès à des produits alimentaires de qualité, le non-usage du tabac, etc.) et, enfin, pour accroître le dépistage de maladies chroniques en fonction de certains paramètres (dépistage du cancer du sein, amélioration des pratiques cliniques préventives, intégration des services de première ligne et les actions dans les milieux de vie).

Au regard des activités de promotion des saines habitudes de vie, la priorité d'intervention porte sur trois habitudes spécifiques, soit la cessation tabagique, la consommation de 5 portions de fruits et légumes chaque jour et 30 minutes d'activités physiques quotidiennement. La responsabilité du réseau de la santé doit viser à soutenir des activités de sensibilisation et des mesures d'accessibilité.

Plus spécifiquement dans notre région, pour les enfants et les adolescents, les équipes en place dans les CLSC doivent inclure la promotion de saines habitudes de vie dans une approche de santé globale, notamment en milieu scolaire, conformément à l'entente récente de collaboration établie avec le ministère de l'Éducation. Des intervenants dédiés sur tous les territoires locaux seront appelés à soutenir et à coordonner l'agenda des projets de type Écoles et milieux en santé. Le plan d'action régional doit également permettre la réalisation du Programme public de services dentaires préventifs. Les activités de promotion des habitudes de vie doivent être issues des différents programmes ciblés dans le PNSP et viser à contrer l'apparition des facteurs de risque associés aux maladies chroniques (tabagisme chez les jeunes, obésité, sédentarité, etc.)

Pour les adultes et la population en général, la stratégie d'intervention vise à développer un continuum de services permettant de faire un lien direct entre la promotion de saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques. Ainsi, un premier niveau d'intervention s'adressant à la population en général doit comporter des campagnes de promotion

visant les trois habitudes de vie ciblées. Ces activités de marketing sociales vont appuyer le développement des mesures environnementales pour accroître l'accessibilité des lieux de pratique d'activités physiques, la disponibilité d'aliments sains et les mesures de restriction liées au tabagisme (0-5-30). Ces mesures environnementales s'inscriront dans des projets de type « communautés en santé » réalisés sous le leadership d'une équipe régionale bénéficiant d'un soutien local.

Par ailleurs, des activités spécifiques de soutien et de formation doivent être mises en œuvre pour accroître les pratiques cliniques préventives de l'ensemble des omnipraticiens afin d'améliorer le repérage et l'intervention auprès des personnes qui sont à haut risque de maladies chroniques. De plus, des liens fonctionnels doivent être établis afin de faciliter le recours, lorsque nécessaire, aux programmes d'enseignement des maladies chroniques pour les personnes diagnostiquées.

À cet effet, les services cliniques à implanter ou à consolider dans la région pour les programmes de prévention des maladies chroniques visent à rendre disponibles des services préventifs non pharmacologiques. Ces services sont dispensés sous forme de cliniques d'enseignement spécialisé s'adressant à la clientèle diagnostiquée d'une maladie chronique ciblée (diabète, maladies cardiovasculaires, MPOC, asthme, etc.). Pour ces personnes qui doivent apprendre à vivre avec leur maladie, à utiliser adéquatement leur médication et à acquérir de saines habitudes de vie (0-5-30), cela devient doublement important. Notre action vise donc à bonifier les contenus des programmes d'enseignement tels que conçus actuellement afin de rendre disponibles des services de counselling alimentaire, d'activités physiques et de cessation tabagique. Par ailleurs, compte tenu de la présence de plusieurs facteurs de risque communs avec d'autres problèmes de santé, un arrimage est à prévoir et des ajouts de services seront éventuellement à envisager.

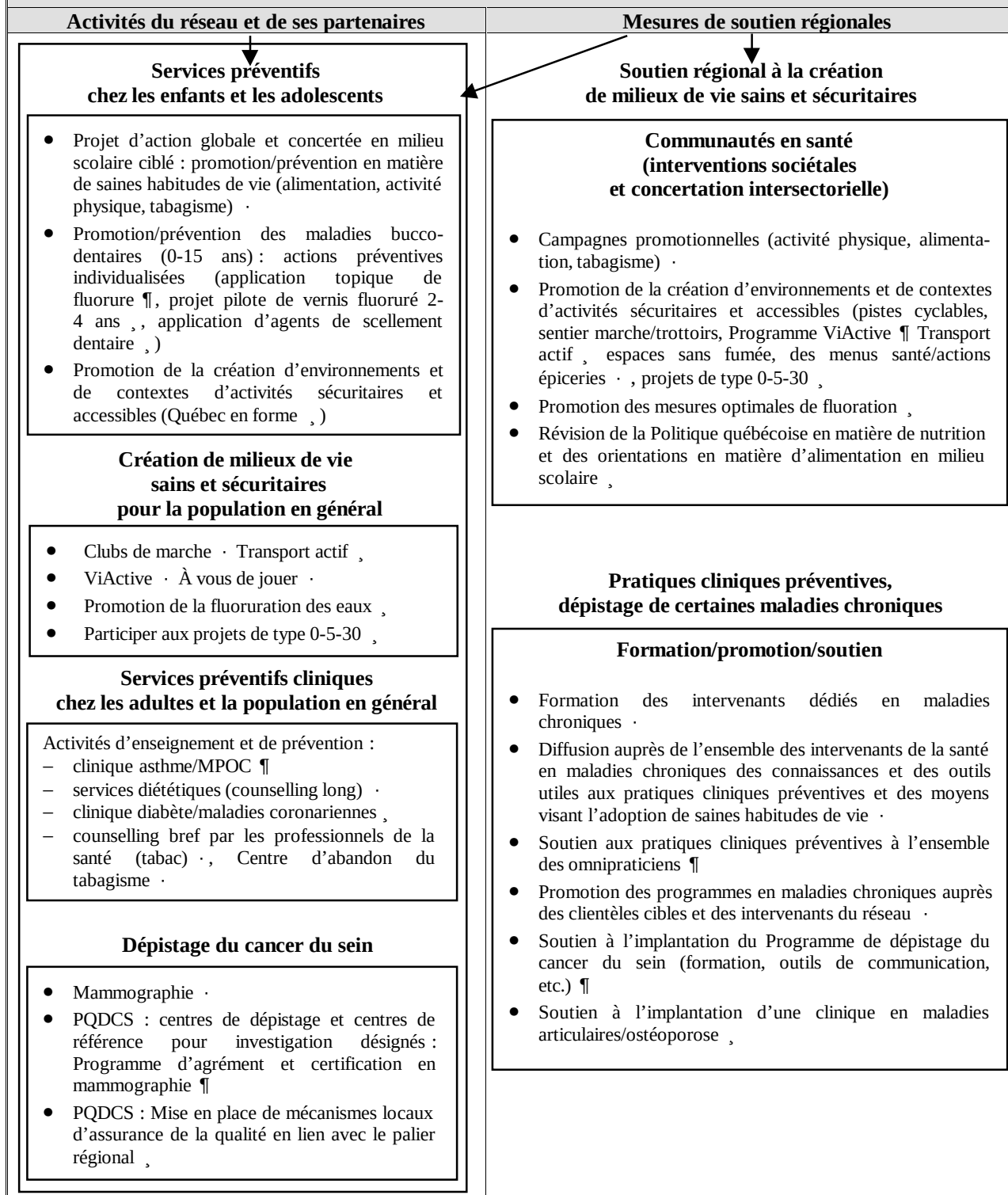
Afin d'établir les standards de qualité et d'uniformité du travail des intervenants dédiés, une équipe régionale est chargée d'orchestrer l'ensemble des activités de formation qui y sont données. La responsabilité de l'équipe régionale porte également sur la diffusion, auprès de l'ensemble des intervenants de la santé en maladies chroniques, des connaissances et des outils utiles aux pratiques cliniques préventives ainsi que les moyens visant l'adoption de saines habitudes de vie.

Quant au dépistage, il s'agit principalement de consolider l'implantation du *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN* (PQDCS) et d'amorcer le processus d'évaluation de ce dernier. Pour ce faire, un ensemble de mécanismes visant à assurer la qualité des services sera mise en place pour diverses composantes du PQDCS, soit promotion du programme, recrutement des participantes, services d'investigation, de diagnostic, de suivi et de soutien, formation des intervenants et certification des centres de dépistage.

La répartition locale et régionale des activités à réaliser pour la promotion des habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques ainsi que leur niveau d'implantation sont présentés à la figure 3. Au palier local, les grands secteurs d'activité à consolider concernent la promotion de saines habitudes de vie (services préventifs chez les enfants et les adolescents), la création de milieux de vie sains et sécuritaires, la prévention des maladies chroniques (services préventifs cliniques) et les activités de dépistage (dépistage du cancer du sein). Des activités de soutien régionales sont à prévoir pour la création de milieux de vie sains et sécuritaires (communautés en santé) ainsi que pour le soutien aux pratiques cliniques préventives (formation, promotion, soutien).

Par ailleurs, les moyens d'action à déployer au palier régional et local sont décrits dans les tableaux 2.2, 2.3, 2.4 et 2.5. On retrouve également dans ces tableaux la description des activités régionales prévues pour soutenir les services locaux.

Figure 3 Composantes et répartition locale et régionale des activités en habitudes de vie et en maladies chroniques



Légende : niveau de réalisation ¶ À maintenir . À consolider ou compléter implantation , À implanter

TABLEAU 2.2 Services préventifs des habitudes de vie et de maladies chroniques chez les enfants et les adolescents

OBJECTIFS DU PNSP PORTANT SUR LES HABITUDES DE VIE :

D'ici 2012

- Réduire l'usage du tabac chez les jeunes du secondaire
- Augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour
- Augmenter la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans
- Améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire dans tous les groupes d'âge

Clientèle visée :

- Enfants et adolescents de 0 à 17 ans à l'école et dans leur milieu de vie

Objectif régional et local :

- Soutenir la création de milieux de vie favorables aux bonnes habitudes de vie pour les enfants et les adolescents par :
 - conception et organisation dans les écoles primaires et secondaires d'activités axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie dans le cadre d'une intervention globale et concertée en promotion de la santé et en prévention de type Écoles et milieux en santé (saine alimentation, pratique régulière de l'activité physique, non-usage du tabac, hygiène dentaire)
 - promotion de la création d'environnements et de contextes d'activités sécuritaires et accessibles favorisant la pratique régulière d'activités physiques d'intensité modérée et visant, par exemple, l'utilisation optimale des équipements, l'accès aux infrastructures, l'aménagement urbain et le soutien à des réseaux organisés
 - suivi préventif individualisé en milieu scolaire afin que les enfants de la maternelle à la 3^e année qui satisfont aux critères concernant le risque de carie dentaire bénéficient de deux applications topiques de fluorure par année et d'activités d'éducation à la santé dentaire
 - application d'agents de scellement dentaire afin que les enfants de 5 à 15 ans qui satisfont aux critères de risque de carie dentaire reçoivent des agents de scellement sur les faces avec fosses et sillons des molaires permanentes
 - révision de la Politique québécoise en matière de nutrition (1977) et des Orientations en matière d'alimentation en milieu scolaire (1988) et leur mise en œuvre
 - mise en œuvre du projet pilote d'application du vernis fluoré pour les enfants de 2 à 4 ans

Moyens d'action (volet régional) :

- Assumer un rôle-conseil auprès des écoles et des services de garde scolaire dans l'animation et l'aménagement de la cour d'école
- Soutenir la mise en œuvre des projets Québec en forme, Transport actif et Gangs allumées dans la région
- Assumer un rôle-conseil pour des projets de type Écoles et milieux en santé, notamment par le développement d'une offre de service aux comités locaux (outils et plan d'action pour chaque habitude de vie ciblée)
- Soutenir la mise en œuvre de la Politique alimentaire en milieu scolaire
- Déployer des campagnes promotionnelles sur les habitudes de vie
- S'assurer de la formation des hygiénistes dentaires en soutien aux pratiques cliniques préventives
- Contribuer au déploiement de la stratégie québécoise de promotion des fluorures pour la prévention de la carie dentaire

Moyens d'action (volet local) :

- Participer à des comités locaux d'action intersectorielle en matière de saines habitudes de vie
- Développer des projets de type Écoles et milieux en santé (jeunes, écoles, parents, communautés) visant l'acquisition des saines habitudes de vie ciblées
- Mettre en place des activités et des interventions prévues au Programme public de services dentaires préventifs (révisé en 2004) dont l'application des agents de scellement par les hygiénistes dentaires
- Intensifier le Programme provincial des « Gangs allumées » dans les écoles secondaires et les maisons de jeunes (18 gangs allumées au Bas-Saint-Laurent)
- Participer au projet pilote d'application de vernis fluoruré pour les enfants de 2 à 4 ans des milieux défavorisés économiquement

TABLEAU 2.3 Soutien régional à la création de milieux de vie sains et sécuritaires**Communautés en santé***Adultes et population en général***OBJECTIFS DU PNSP PORTANT SUR LES HABITUDES DE VIE :****D'ici 2012**

- Réduire la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui font usage du tabac de 24 % à 18 %
- Réduire l'exposition à la fumée du tabac dans l'environnement (cible régionale : lieux publics fermés)
- Augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins 5 portions de fruits et de légumes par jour
- Augmenter de 5 % la proportion de personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activités physiques
- Améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire dans tous les groupes d'âge

Clientèle visée :

- Adultes de 18 ans et plus et population en général dans leur milieu de vie

Objectif régional et local :

- Rendre disponibles et accessibles les infrastructures essentielles à la prévention des maladies chroniques chez les adultes et la population en général (mesures de prévention reconnues : non-usage du tabac, activités physiques, alimentation équilibrée) par :
 - promotion de saines habitudes de vie (campagne de communication), soit une saine alimentation, la pratique régulière de l'activité physique et le non-usage du tabac
 - promotion de la création d'environnements sains (alimentation, espaces sans fumée, etc.) et de contextes d'activités sécuritaires et accessibles favorisant la pratique régulière d'activités physiques d'intensité modérée et visant, par exemple, l'utilisation optimale des équipements, l'accès aux infrastructures, l'aménagement urbain et le soutien à des réseaux organisés
 - promotion des mesures optimales de fluoruration

Moyens d'action (volet régional) :

- Déployer une campagne nationale visant à faire connaître la recommandation de la pratique d'activités physiques de 30 minutes quotidiennement
- Promouvoir des politiques favorables à la pratique d'activités physiques dans les communautés
- Promouvoir les menus santé et les interventions en épicerie
- Soutenir le développement du réseau de pistes cyclables et de marche dans chaque territoire local
- Adapter régionalement le concept intégré de promotion des habitudes de vie 0-5-30 développé dans la région de Québec
- Soutenir la création d'environnements sains et de contextes d'activités sécuritaires et accessibles favorisant la pratique régulière d'activités physiques, une bonne alimentation et l'abstinence tabagique, notamment par le développement d'une offre de service aux comités locaux (outils et plan d'action pour mobilisation locale)
- Participer à la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac et au défi « J'arrête, j'y gagne »
- Contribuer au déploiement de la stratégie québécoise de promotion des fluorures pour la prévention de la carie dentaire

Moyens d'action (volet local) :

- Collaborer aux campagnes promotionnelles sur les habitudes de vie
- Participer au développement de projets intersectoriels et communautaires portant sur les habitudes de vie et faisant appel à l'approche de développement social/développement des communautés
- Soutenir les comités locaux ViActive, les clubs de marche et le programme « À vous de jouer »
- Promouvoir la fluoruration des eaux dans les municipalités

TABEAU 2. 4 Services préventifs cliniques en maladies chroniques : activités de soutien et d'enseignement

Adulte et population en général

OBJECTIFS DU PNSP et Objectifs régionaux:

- Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité par maladies cardiovasculaires (incluant les maladies cardiaques ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux)⁶
- Réduire de 30 % les taux de mortalité et de morbidité reliées à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Réduire de 40 % les taux de mortalité et de morbidité reliées à l'asthme
- Réduire la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans et plus
- Réduire les fractures associées (chutes) à l'ostéoporose chez les personnes âgées
- Réduire la morbidité associée aux maladies articulaires (arthrose, arthrite, etc.) liées au vieillissement
- Retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées

Clientèle visée :

- Personnes diagnostiquées et population en général

Objectif régional et local :

- Rendre disponibles, aux personnes aux prises avec un diagnostic de maladies chroniques ciblées ou présentant des risques élevés de les développer (MPOC, diabète, maladies cardiovasculaires, asthme, l'ostéoporose et les maladies articulaires liées au vieillissement), des services préventifs non pharmacologiques (non-usage du tabac, activités physiques, alimentation équilibrée) par :
 - counselling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires, l'activité physique et l'utilisation de fluorure, soit en se brossant les dents ou en prenant des suppléments fluorurés
 - intégration des services de consultation brève concernant l'arrêt de la consommation de tabac, des services téléphoniques d'information, d'orientation et de consultation relatifs au tabagisme et des services de dépistage et de consultation intensifs concernant le tabagisme
 - soutien des cliniciens pour la détection précoce des maladies chroniques chez les adultes et les personnes âgées

Moyens d'action (volet régional) :

- Développer un plan de formation pour les professionnels de la santé au regard du counselling bref en tabagisme, de la référence au CAT et à la ligne téléphonique provinciale « J'arrête »
- Établir un système de référence pour les services diététiques
- Assurer la formation des professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, dentistes, infirmières, nutritionnistes, inhalothérapeutes, etc.), notamment par le programme « Comment changer les comportements à risque »
- Diffuser, auprès des professionnels de la santé, des normes de traitement reconnues efficaces visant à prévenir ou à retarder l'évolution du diabète et des maladies coronariennes et des derniers développements favorisant de saines habitudes de vie et des changements de comportement
- Promouvoir les centres d'abandon du tabagisme (CAT) sur chaque territoire local
- Soutenir l'implantation d'une clinique régionale en maladies articulaires/ostéoporose
- Évaluer la faisabilité de l'intégration des pratiques préventives de santé buccodentaire dans l'organisation du travail du personnel soignant des établissements publics et conventionnés (projet pilote)
- Dispenser une formation auprès du personnel soignant des établissements publics et conventionnés sur l'utilisation du Guide de référence en santé buccodentaire pour l'amélioration de la santé buccodentaire et prothétique chez les personnes en perte d'autonomie (selon les résultats du projet pilote)

Moyens d'action (volet local) :

- Mettre en place des programmes d'éducation pour les personnes atteintes ainsi que leur entourage. Ces programmes favorisent l'autogestion de la maladie par la modification des habitudes de vie, l'optimisation du traitement chez les clientèles à risque élevé, très élevé ou atteintes des maladies visées
- Consolider et développer selon le cas des services diététiques individuels ou de groupe en CLSC ou en clinique externe des CH (counselling long) en collaboration avec d'autres programmes, ex. : Clinique d'enseignement du diabète, cours de cuisine « Cœur atout ou Cuisines collectives » et Programme « À vous de jouer »
- Mettre en place un centre d'abandon du tabagisme (CAT) par territoire local
- Maintenir un service d'aide pour les fumeurs hospitalisés en CH
- Intégrer un counselling bref en matière de tabagisme dans la pratique des différents professionnels de la santé

⁶ Il s'agit de taux ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU 2.5 Services de dépistage systématique de certaines maladies chroniques*Femmes de 50-69 ans***Dépistage du cancer du sein****OBJECTIF DU PNSP :**

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

Clientèle visée :

- Les femmes de 50 à 69 ans

Objectif régional et local :

- Amorcer l'évaluation du PQDCS par la mise en place de mécanismes d'assurance de la qualité qui porteront sur la participation au programme de dépistage, sur le contrôle et le suivi de la qualité des examens de mammographie, sur les services de dépistage et de référence pour investigation et sur la saisie des données au système d'information qui supporte le programme.

Moyens d'action (volet régional) :

- Assurer le suivi des activités, analyser les résultats obtenus par rapport aux normes, produire un bilan d'activité visant l'assurance de la qualité incluant le suivi nécessaire et les correctifs qui s'imposent
- Mettre en place un comité régional d'assurance de la qualité
- Identifier les besoins régionaux en matière de formation, en accord avec les normes visant l'assurance de la qualité et définir un plan de formation adapté aux besoins des intervenants impliqués dans le PQDCS (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, intervenants impliqués dans la saisie des données au SI-PQDCS, organismes communautaires, etc.)
- Développer des outils de communication favorisant la transmission d'information sur le PQDCS auprès des intervenants du réseau de la santé (Info-PQDCS, résultats sur la performance du programme, etc.)
- Mettre à contribution les milieux locaux (CLSC, organismes communautaires, etc.) afin d'augmenter la participation de la clientèle visée, lorsque requis
- Supporter la mise en place de deux cliniques des maladies du sein dans les centres de référence pour investigation désignés
- Évaluer la pertinence d'avoir recours aux services de l'unité mobile CLARA pour les localités où un faible taux de participation au PQDCS le justifierait
- Contribuer à l'identification de pistes de recherches pertinentes (susceptibilité génétique, etc.)
- Former les professionnels de la santé et les intervenants dans la détection précoce du cancer du sein et la prise en charge des femmes atteintes de cette maladie par de la formation continue si requis.

Moyens d'action (volet local) :

- Saisir et transmettre les données au SI-PQDCS
- Contribuer à l'identification des moyens visant à atteindre le taux de participation visé pour la clientèle (70 %)
- Procéder au contrôle et au suivi de la qualité technique des équipements mammographiques
- Contribuer aux activités visant l'assurance de la qualité (audit, relecture, révision des cas)
- Faciliter la mise en application des lignes de pratiques professionnelles préconisées et des protocoles établis
- Réviser les résultats de son centre de dépistage et centre de référence par rapport aux normes et apporter les correctifs qui s'imposent

5. Traumatismes non intentionnels

5.1 Problèmes et facteurs de risque

Le domaine des *traumatismes non intentionnels* regroupe l'ensemble des blessures et des empoisonnements qui surviennent involontairement et, qui, dans la plupart des cas, sont évitables. Bien qu'au cours des dernières années la proportion de décès liés aux traumatismes non intentionnels ait diminué, elle demeure une cause importante de mortalité au Québec avec un nombre annuel moyen de plus de 1900 décès. Ce problème est d'autant plus préoccupant qu'il continue à toucher davantage les jeunes que tous autres groupes d'âge. Ce constat place les traumatismes non intentionnels au troisième rang pour ce qui est des principales causes d'années potentielles de vie perdue. Par ailleurs, les traumatismes non intentionnels génèrent une consommation élevée de services de santé de courte durée en plus d'occasionner des limitations d'activités chez les victimes.

De façon générale, les taux de mortalité et d'hospitalisations pour traumatismes non intentionnels sont plus élevés dans la région qu'au Québec, cette différence étant principalement due aux accidents impliquant un véhicule à moteur.

5.1.1 Décès

Au Bas-Saint-Laurent, 70 personnes meurent à chaque année en moyenne d'un traumatisme non intentionnel, ce qui correspond à 30,5 personnes sur 100 000, soit un taux supérieur à celui du Québec (21,7 pour 100 000). Dans un peu plus de quatre cas sur dix (30 cas/an), ces décès concernent un occupant de véhicule à moteur. Le taux de mortalité pour cette cause est deux fois plus élevé dans la région qu'au Québec (14,1 c. 7,4). Les chutes représentent la deuxième cause de décès par traumatismes non intentionnels (16 cas/an), leur incidence est légèrement moins élevée au Bas-Saint-Laurent (6,1 c. 8,1). Viennent ensuite les décès se produisant lors d'activités récréatives et sportives (7), les noyades (5), les décès causés par des brûlures lors d'incendie (3), ainsi que les décès de piétons (3). Enfin, deux cyclistes et un motocycliste du Bas-Saint-Laurent décèdent en moyenne à chaque année.

Nombre annuel moyen de décès (1997-1998) et d'hospitalisations (1997-1999) à la suite de traumatismes non intentionnels selon la catégorie, Bas-Saint-Laurent et Québec

Traumatismes non intentionnels	Bas-Saint-Laurent				Québec			
	Décès		Hospitalisations		Décès		Hospitalisations	
	Nbre	Taux (sur 100 000)	Nbre	Taux (sur 100 000)	Nbre	Taux (sur 100 000)	Nbre	Taux (sur 100 000)
Occupants de véhicules à moteur	30	14,1	205	98,1	545	7,4	3685	50,2
Chutes	16	6,1	710	308,0	615	8,1	2096	278,5
Activités récréatives et sportives	7	3,3	130	64,1	98	1,3	3552	48,9
Noyades	5	2,4	1	0,1	91	1,2	64	0,9
Incendies	3	1,3	13	6,5	69	0,9	493	6,8
Piétons	3	1,2	18	8,3	26	0,4	708	9,6
Intoxications	3	1,2	19	9,3	117	1,6	740	10,3
Cyclistes	2	0,7	28	13,3	26	0,4	1160	1,9
Motocyclistes	1	0,2	29	14,0	29	0,4	614	8,4
Total	70	30,5	1153	521,7	1616	21,7	3198	415,5

5.1.2 Hospitalisations

Le taux d'hospitalisations pour traumatismes non intentionnels au Bas-Saint-Laurent se situe à 521,7 pour 100 000 personnes (1616 cas) contre 415,5 pour 100 000 personnes au Québec. À ce chapitre, cinq causes d'hospitalisations sont plus élevées dans la région : accidents impliquant un véhicule à moteur, chutes, activités récréatives et sportives, les accidents de cyclistes et de motocyclistes.

5.2 Objectifs et stratégies d'intervention

La mise en œuvre d'un ensemble d'interventions basées sur une approche multifactorielle de prévention a permis au réseau de santé publique de contribuer à l'amélioration du bilan statistique depuis près de 20 ans. Les différentes causes de traumatismes sont réparties selon trois grands secteurs d'appartenance, soit les traumatismes routiers, les chutes et les traumatismes survenant à domicile et, enfin, les traumatismes récréatifs et sportifs. En plus de présenter des points de convergence, en termes de lieux de survenue et de types de facteurs de risque en cause, ces différentes catégories de traumatismes interpellent des réseaux d'acteurs intersectoriels relativement spécifiques. D'ailleurs, ce sont habituellement ces acteurs intersectoriels qui ont la responsabilité de la mise en œuvre des interventions efficaces. Dans ce sens, le développement de liens de collaboration avec ceux-ci et l'application d'une approche de représentation (advocacy) fondée sur une expertise scientifique rigoureuse se révèlent être des outils de travail incontournables pour faire partager nos préoccupations de santé publique à un éventail toujours plus grand de partenaires. Les solutions préconisées visent habituellement à rendre l'environnement plus

sécuritaire, à renforcer les mesures de sécurité et de contrôle prévues dans les législations et à favoriser le changement de comportement des usagers.

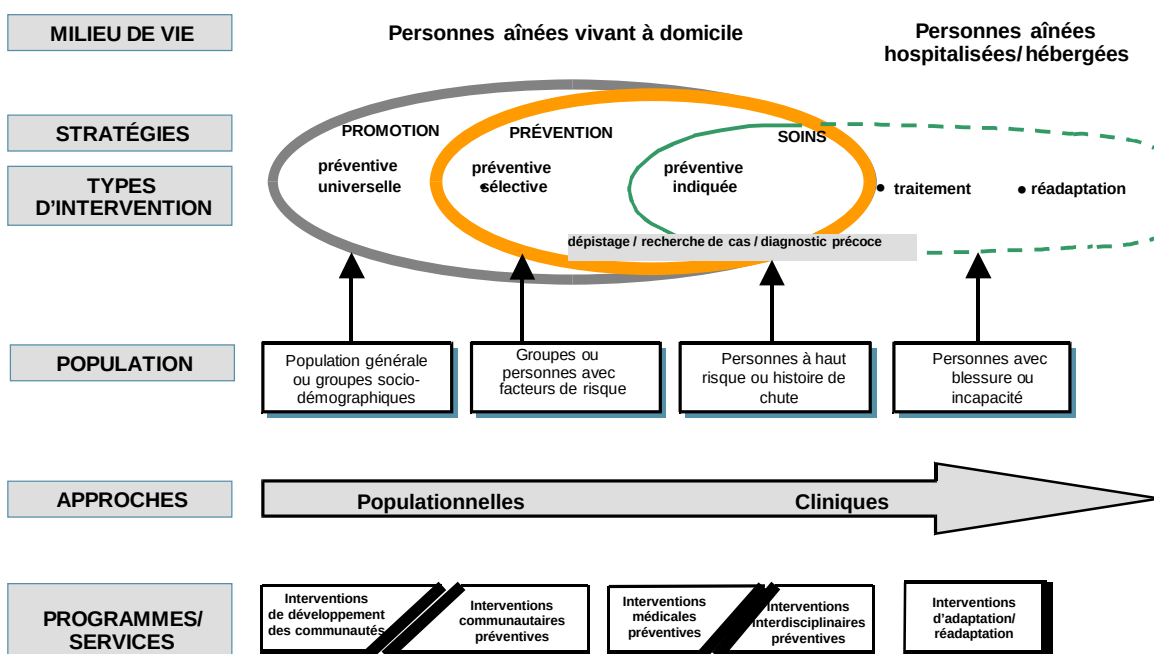
Dans le Bas-Saint-Laurent, des activités de prévention des traumatismes sont assurées au palier local auprès des enfants des milieux défavorisés pour les blessures survenant à domicile, les dispositifs de retenue pour enfants et pour la sécurité à bicyclette. Les activités d'expertise scientifique et de représentations auprès des acteurs intersectoriels sont assumées au palier régional. Les interventions d'expertise visées sont liées aux traumatismes routiers et aux blessures récréatives et sportives. Peu d'activités sont offertes dans la région pour la prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile.

Compte tenu de la mauvaise performance de la région en matière de traumatismes routiers et au regard des chutes (blessures à domicile chez les personnes âgées), il sera important que le réseau de santé publique régional consacre des efforts particuliers pour accroître l'intervention dans ces deux sphères d'activité.

En sécurité routière, les actions doivent viser à mieux outiller les instances locales pour les aider à comprendre les problèmes de sécurité sur leur territoire en vue d'une prise de décision éclairée sur les solutions à mettre en oeuvre. À ce propos, un projet de collaboration intersectorielle en cours avec le MTQ et la SAAQ permettra de produire les analyses utiles à la prise de décision pour les décideurs municipaux, les corps policiers ainsi que les responsables de campagnes de promotion de la sécurité (MTQ, SAAQ).

En matière de prévention des chutes, des efforts importants devront être consentis par les différents acteurs du réseau de la santé afin d'implanter un continuum de services préventifs pour dépister et pour mieux contrôler les risques de chutes chez les aînés vivant à domicile. Les mesures proposées visent deux segments de la population, soit les groupes ou les personnes avec facteurs de risque et les personnes à haut risque ou avec une histoire de chute. Les interventions offertes mettront à contribution les services médicaux en cabinet privé et à l'urgence, le personnel des services d'aide à domicile et, enfin, certains organismes communautaires travaillant auprès de cette clientèle (figure 4.1).

Figure 4.1 - La prévention des chutes dans le continuum de services



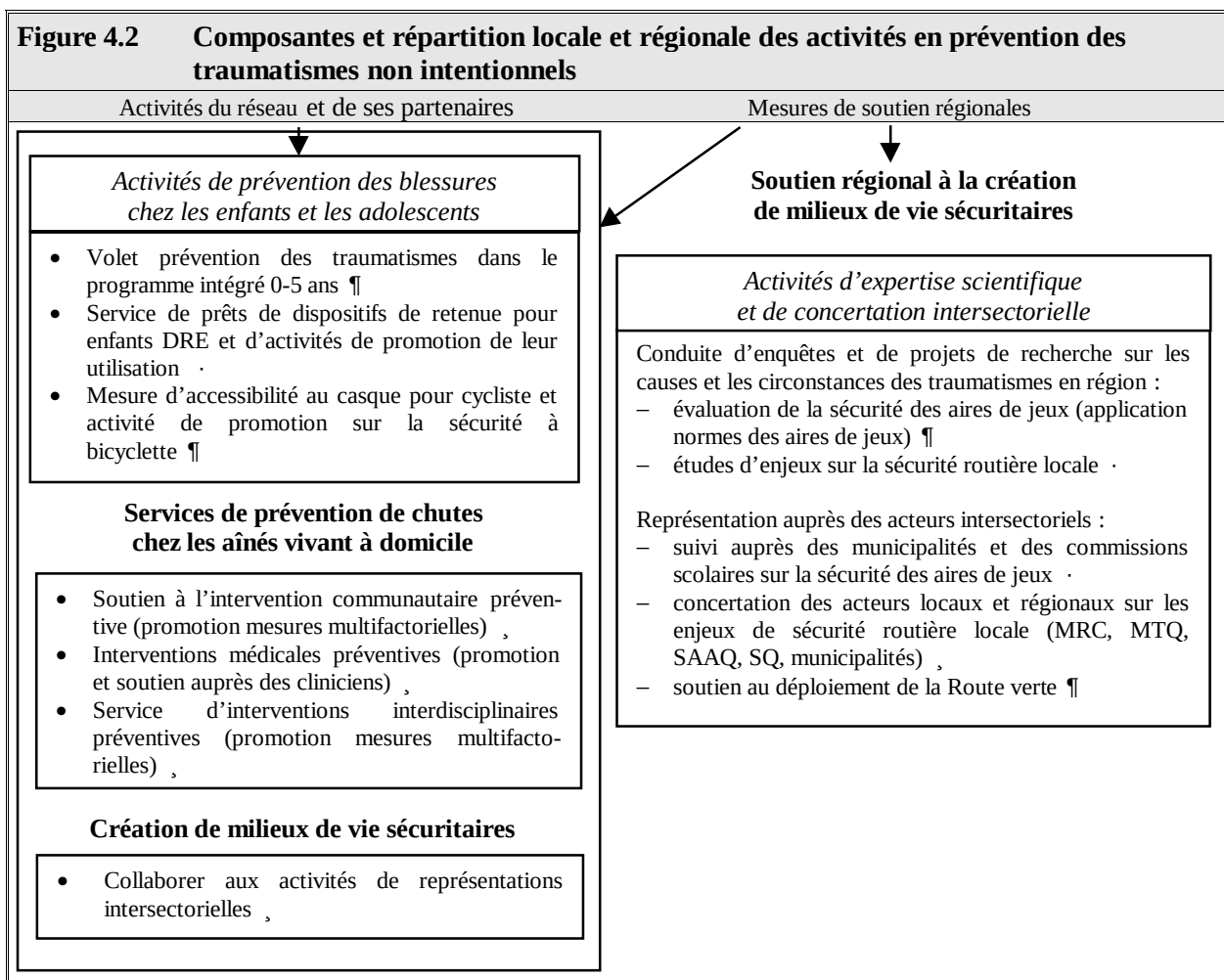
Source : *Un continuum de services en prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile : document de soutien à la mise en place de bonnes pratiques*, Document à paraître, DGSP, MSSS.

Le développement des interventions implique une réallocation budgétaire afin de soutenir des interventions communautaires préventives ainsi que des services cliniques d'interventions interdisciplinaires préventifs. Un plan de formation spécifique doit être mis en œuvre auprès des intervenants locaux qui auront à dispenser les services et auprès du corps médical pour accroître les activités de dépistage. Les principaux facteurs de risque à investiguer sont les problèmes d'équilibre et de force musculaire, la consommation de médicaments (polymédication, psychotropes, antiarythmiques), la dénutrition et l'ostéoporose, les problèmes visuels et les risques liés à l'environnement.

La mise en œuvre de ce programme implique la création d'une équipe de travail dans chaque MRC assistée d'une équipe régionale d'experts. Par ailleurs, compte tenu de la présence de plusieurs facteurs de risque communs avec certaines maladies chroniques, un arrimage est à prévoir avec les programmes préventifs de ces maladies afin d'instaurer une intervention complémentaire pour la clientèle aux prises avec des problèmes multiples.

La répartition locale et régionale des activités dans le domaine des traumatismes non intentionnels ainsi que leur niveau d'implantation sont présentés à la figure 4.2. Au palier local, les grands secteurs d'activités à consolider concernent les activités de prévention des blessures chez les enfants et les adolescents et les services de prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile. Au palier régional, les activités de soutien portent sur la création de milieux de vie sécuritaires (activités d'expertise scientifique et de concertation intersectorielle).

Par ailleurs, les moyens d'action à déployer au palier régional et local sont décrits dans les tableaux 3.1, 3.2 et 3.3. On retrouve également dans ces tableaux la description des activités régionales prévues pour soutenir les services locaux.



Légende : niveau de réalisation ¶ À maintenir · À consolider ou compléter implantation , À implanter

TABLEAU 3.1 Activités de prévention des blessures chez les enfants et les adolescents

OBJECTIFS DU PNSP :
D'ici 2012 • Réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route • Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile
Clientèle visée : • Enfants et adolescents de 0 à 17 ans à l'école et dans leur milieu de vie
Objectif régional et local : • Compléter le déploiement dans le réseau des CLSC du volet de prévention des traumatismes à l'intérieur des activités réalisées par les équipes enfance/famille/jeunesse : - promotion et soutien auprès des cliniciens du counselling concernant l'usage des dispositifs de sécurité – dispositif de retenue pour enfants dans les voitures, casque pour les cyclistes et pour les conducteurs et les passagers d'une motocyclette ou d'un véhicule tout-terrain, ceinture de sécurité - intégration d'activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile qu'ils soient causés par une chute, une intoxication, une suffocation, une brûlure, une noyade ou une quasi-noyade, aux actions préventives s'adressant aux bébés, aux jeunes enfants et à leurs parents dans le cadre du programme intégré 0-5 ans - promotion auprès des usagers de la route, de l'utilisation d'équipement de sécurité - dispositif de retenue pour enfants dans les voitures, casque pour les cyclistes
Moyens d'action (volet régional) : • Préparer et diffuser des outils de formation pour les intervenants enfance/famille/jeunesse des CLSC et des organismes communautaires • Diffuser le guide « Prévenons les blessures chez nos enfants » aux CLSC et aux organismes communautaires qui ne l'ont pas déjà reçu • Acheter et distribuer des trousse de sécurité s'adressant à la clientèle rejointe au cours de la période 2004-2006 (prix variables selon les articles inclus dans la trousse) • Dispenser la formation des intervenants enfance/famille/jeunesse des CLSC et des organismes communautaires qui offrent des services dans le cadre du programme intégré 0-5 ans • Évaluer un cadre de gestion pour un système de prêts de sièges-autos pour enfants destinés aux clientèles vulnérables des CLSC
Moyens d'action (volet local) : • Offrir un counselling en prévention des traumatismes et distribuer les trousse de sécurité aux clientèles participant aux programmes intégrés 0-5 ans • Réaliser des rencontres de groupe et des activités communautaires de sensibilisation portant sur les blessures chez les enfants • Participer à la campagne nationale de clinique de vérification des sièges-autos pour enfants • Instaurer un service de prêts de sièges-autos pour les enfants vivant en milieu vulnérable • Déployer des activités de promotion de la sécurité des enfants et des adolescents sur le réseau routier (sécurité à vélo, sécurité aux abords des écoles, etc.)

TABLEAU 3.2 Services de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile

OBJECTIFS DU PNSP
D'ici 2012 • Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile • Retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées
Clientèle visée : • Personnes âgées vivant à domicile ayant déjà fait une chute ou présentant d'autres facteurs de risque de chute (problèmes d'équilibre et de force musculaire), la consommation de médicaments (polymédication, psychotropes, antiarythmiques), la dénutrition et l'ostéoporose, les problèmes visuels et les risques liés à l'environnement)
Objectif régional et local : • Mise en place progressive dans chaque territoire de CLSC de la région d'un continuum d'interventions visant à rendre disponibles des mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque, notamment celles qui ont déjà fait une chute par : – promotion et soutien auprès des cliniciens de l'évaluation multidisciplinaire des facteurs de risque de chute chez les personnes âgées à risque – promotion et soutien de mesures multifactorielles de prévention destinées aux personnes âgées à risque, notamment celles qui ont déjà fait une chute § offre de service communautaire préventif aux personnes de 65 ans et plus qui présentent des facteurs de risque § intervention interdisciplinaire clinique permettant d'agir de façon individualisée, systémique et coordonnée auprès des personnes de 65 ans et plus dont l'état de santé ou la présence d'incapacités les exposent à des risques importants de chute et de blessure
Moyens d'action (volet régional) : • Analyser la situation régionale et locale et préparer un plan d'implantation tenant compte des contraintes organisationnelles et des disponibilités facilitant le déploiement des mesures multifactorielles • Élaborer une prévision financière régionale pour l'implantation d'une offre de service régionale ou locale s'adressant à la clientèle rejointe au cours de la période 2004-2006 (budget en provenance de l'enveloppe PAPA ou des crédits supplémentaires en prévention) • Former les intervenants dans chaque CLSC • Élaborer et mettre en place une stratégie d'intervention visant les médecins comportant des moyens d'action multiples pour toucher aux différents déterminants reconnus comme étant associés aux changements de pratique (conférences et rencontres éducatives, utilisation d'un leader d'opinion local, audit et rétroaction tel que rappel et aide-mémoire)
Moyens d'action (volet local) : • Mettre en place un programme interdisciplinaire de prévention des chutes • Identifier et soutenir un organisme communautaire chargé d'implanter une intervention communautaire préventive de prévention de chutes • Mettre en place un comité de coordination local du continuum de services en prévention des chutes (CH, CLSC, organismes communautaires)

TABLEAU 3.3 Soutien régional à la création de milieux de vie sécuritaires*Population en général*

OBJECTIFS DU PNSP
D'ici 2012
• Réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route • Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile • Réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes récréatifs et sportifs
Clientèle visée :
• Toute la population
Objectif régional et local :
• Mise en œuvre des interventions d'expertise scientifique et de représentations intersectorielles visant à créer des milieux de vie sains et sécuritaires par : – collaboration à la définition et mise en œuvre de mesures visant la régulation de la circulation et l'aménagement des intersections (cible 2003-2006) – promotion de l'application adéquate de la norme de sécurité existante concernant les aménagements des aires et des équipements de jeux auprès des municipalités, des écoles et des centres de la petite enfance
Moyens d'action (volet régional) :
• Réaliser des enquêtes et des projets de recherche sur les causes et les circonstances des traumatismes en région : – études d'enjeux sur la sécurité routière locale – évaluation de la sécurité des aires de jeux – élaboration d'un plan de surveillance des traumatismes • Effectuer des représentations auprès des acteurs intersectoriels : – table régionale de sécurité routière – soutien au déploiement de la Route verte – suivi des recommandations sur la sécurité des aires de jeux • Diffuser les résultats et former les acteurs locaux : – présentation des résultats d'études, activités de presse – formation donnée aux intervenants locaux portant sur l'approche de promotion de la sécurité et l'Injury Control adaptée au contexte de la sécurité routière
Moyens d'action (volet local) :
• Collaborer aux activités de représentations intersectorielles • Participer aux activités médiatiques

6. Maladies infectieuses

6.1 Problèmes et facteurs de risque

Le domaine d'intervention des *maladies infectieuses* regroupe les maladies causées par des agents biologiques. Comme le précise le PNSP, la présentation et l'épidémiologie des maladies infectieuses varient selon l'agent en cause, les facteurs biologiques ou comportementaux reliés aux individus ou aux populations, l'environnement social et l'organisation du système de soins (PNSP 2003-20012 p. 51). On reconnaît trois grandes catégories de maladies infectieuses, soit les maladies évitables par l'immunisation, les infections transmissibles sexuellement (ITS) et par le sang, incluant le VIH/Sida et le VHC et, enfin, les autres maladies infectieuses incluant les infections nosocomiales, la tuberculose, les zoonoses autres que la rage humaine et les maladies entériques.

Bien que moins présente dans la région qu'au Québec, la chlamydiose, avec ses 159 cas en moyenne par année, constitue la maladie à déclaration obligatoire (MADO) dont l'incidence est la plus élevée au Bas-Saint-Laurent (77,4 cas sur 100 000 contre 121,7 au Québec). Parmi les autres maladies infectieuses, dont l'incidence est moins élevée dans la région qu'au Québec, figurent l'hépatite C avec 16,9 cas sur 100 000 (49,9 au Québec) de même que la scarlatine (8,0 c. 13,7) et la giardiase (7,6 c. 13,1).

Par contre, d'autres MADO ont une incidence plus élevée dans la région, il s'agit entre autres des infections à *campylobacter* (47,7 cas sur 100 000 c. 35,9 au Québec), de la coqueluche (25,2 c. 16,6), de la salmonellose (18,3 c. 14,2) et de l'infection à *E. Coli* 0157 : H7 (10,2 c. 6,0).

Nombre et taux d'incidence des principales maladies infectieuses à déclaration obligatoire, région du Bas-Saint-Laurent et Québec, 1999-2001 (nombres et taux annuels moyens pour 100 000)

MALADIES	BAS-SAINT-LAURENT		QUÉBEC	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Chlamydiose	159	77,4	8 971	121,7
Infection à campylobacter	98	47,7	2 645	35,9
Coqueluche	52	25,2	1 222	16,6
Salmonellose	38	18,3	1 050	14,2
Hépatite C	35	16,9	3 681	49,9
E. Coli 0157:H7	21	10,2	443	6,0
Infection à streptocoque pneumoniae	21	10,4	806	10,9
Scarlatine	16	8,0	1 012	13,7
Giardiase	16	7,6	968	13,1
Tuberculose	15	7,5	298	4,0
Infection gonococcique	3	1,6	708	9,6
Amibiase	1	0,6	217	2,9

Il est à noter par ailleurs, qu'en 2001 et 2002, 41 % (29 sur 71) de toutes les déclarations de fièvre Q enregistrées au Québec provenaient du Bas-Saint-Laurent. La présence d'un cheptel ovin important et la vigilance des médecins expliquent ce phénomène.

6.2 Objectifs et stratégies d'intervention

Les interventions de santé publique relatives aux maladies infectieuses se subdivisent en trois grands secteurs d'activités. Il s'agit des services d'immunisation, des activités de prévention pour le VIH-VHC et les ITS et, enfin, les activités de protection de la santé publique.

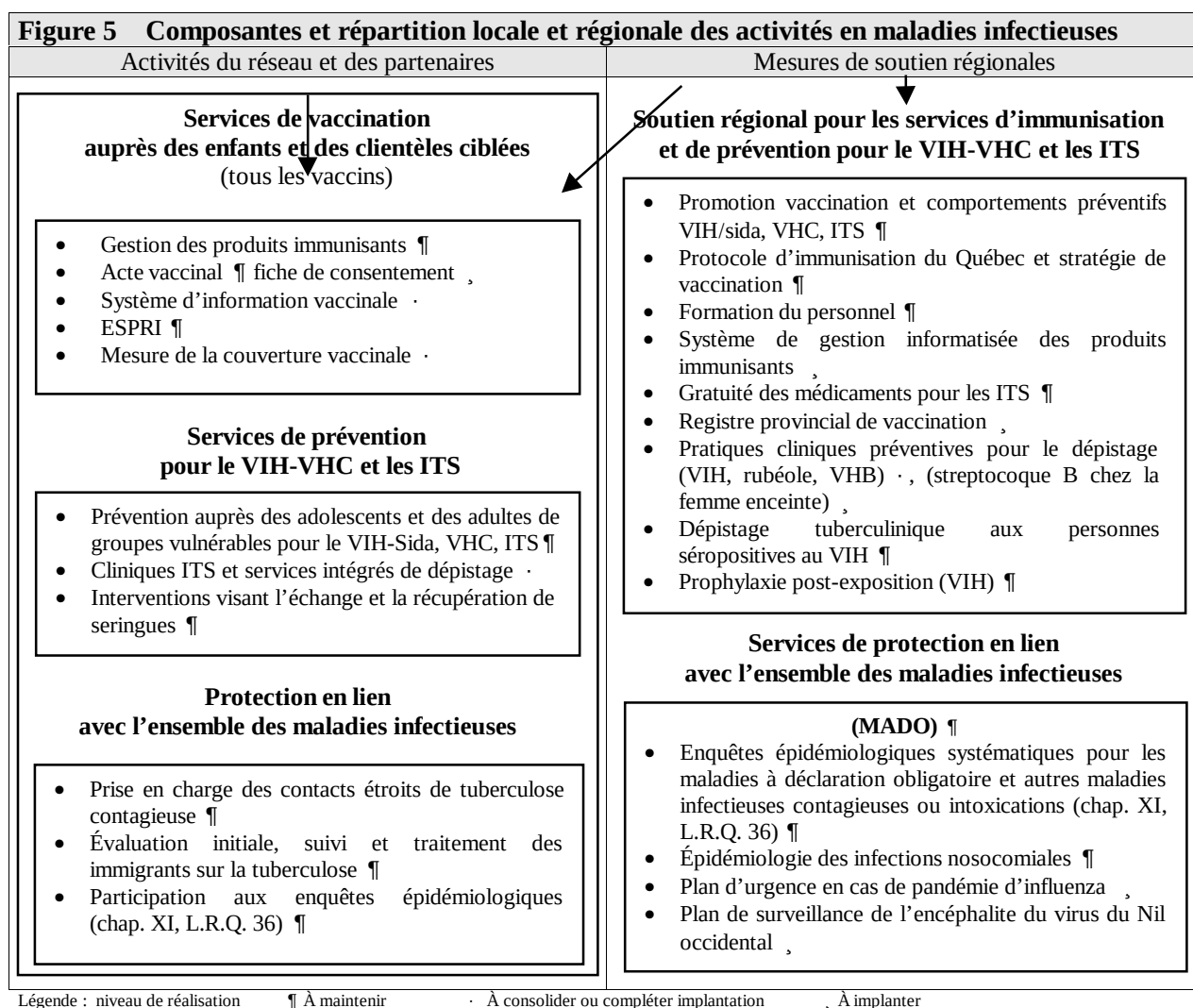
Le *Programme national de santé publique* comporte 32 objectifs de santé à atteindre d'ici 2012 au regard des maladies infectieuses. De ce nombre, 13 sont en lien avec les services d'immunisation, 12 objectifs concernent les services de prévention pour le VIH-VHC et les ITS et, enfin, 7 objectifs sont liés à la protection du public pour l'ensemble des maladies infectieuses.

Plus particulièrement, le programme de vaccination couvre différentes périodes de la vie, principalement à compter de la petite enfance et à l'âge scolaire, mais également chez les adultes et les personnes âgées pour des groupes vulnérables. Les composantes du programme de vaccination ne se limitent pas uniquement à l'acte vaccinal. En effet, l'efficacité du programme repose tout autant sur les campagnes d'information, la formation du personnel et le respect du protocole d'immunisation, la disponibilité et la gestion des produits immunisants, l'acte vaccinal, l'inscription au registre provincial et, enfin, la mesure de la couverture vaccinale (figure 5). Chaque instance locale (établissement, cabinet privé, etc.) impliquée dans le programme d'immunisation doit adhérer à l'ensemble des composantes du programme. Dans la région, les services de vaccination sont essentiellement dispensés par l'entremise des CLSC.

Au regard de la promotion/prévention des comportements sécuritaires pour le VIH-VHC et les ITS, les activités s'adressent principalement aux groupes vulnérables chez les adolescents et les adultes et sont réalisées par l'entremise d'organismes communautaires ou de cliniques spécialisées du réseau de la santé. Les mesures déployées concernent la réalisation de campagnes d'information portant sur les comportements préventifs, l'échange de seringues pour les consommateurs de drogues injectables et le soutien du réseau de cliniques de MTS (ou ITS) et de dépistage anonyme du VIH.

Enfin, les activités liées à la protection de la santé de la population en matière de maladies infectieuses sont éditées au chapitre XI de la Loi sur la santé publique. Afin d'assumer ce rôle, d'autres activités de surveillance, d'information et de formation aux professionnels du réseau sont également nécessaires. Les interventions de protection sont principalement réalisées au palier régional.

En termes de niveau de réalisation, on peut considérer que les différents programmes sont pratiquement tous implantés, sauf exception, dans certains cas pour quelques territoires de CLSC ou pour des activités nouvellement initiées dans le cadre de la Loi sur la santé publique.



TABEAU 4.1 Services de vaccination auprès des enfants et des clientèles ciblées

OBJECTIFS DU PNSP

D'ici 2006

- Maintenir à zéro l'incidence annuelle de la diphtérie, de la poliomyélite, du tétanos et de la rage en ce qui concerne les cas indigènes
- Maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole, de la rubéole et des oreillons sous le seuil de l'élimination
- Maintenir le nombre moyen de cas d'infections invasives à *Haemophilus influenza* type b sous le seuil de 5 par année chez les enfants de moins de 5 ans
- Réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002
- Réduire l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale à 0
- Réduire de 50 % (à 2,5/100 000) l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A
- Réduire de 50 % (à 1/100 000) l'incidence annuelle de cas déclarés d'hépatite B aiguë
- Réduire à moins de 5 cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à méningocoque de sérogroupe C dans la population âgée de 20 ans ou moins
- Réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination

D'ici 2012

- Réduire la varicelle jusqu'au seuil de l'élimination
- Réduire de 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants de 6 mois à 2 ans
- Réduire de 25 % le taux annuel d'hospitalisation pour influenza et pneumonie des personnes de 65 ans ou plus
- Maintenir l'incidence moyenne annuelle des maladies infectieuses contractées à l'étranger

Clientèle visée :

- La petite enfance, les jeunes et les groupes vulnérables reconnus au PIQ

Objectif régional et local :

- Assurer, dans tous les CLSC de la région, une couverture vaccinale complète auprès des clientèles visées (selon les standards du PNSP) des maladies évitables par l'immunisation selon le Protocole d'immunisation du Québec, incluant un plan de promotion de la vaccination, le développement d'une assurance qualité, tant des produits immunisants que du personnel vaccinateur, d'un registre de vaccination (chap. VII; Loi sur la santé publique) et d'une mesure de la couverture vaccinale :
 - vaccination des jeunes (95 %) contre la diphtérie, la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, les infections à *Haemophilus influenza* de type b, les oreillons, la coqueluche, le tétanos et les infections à méningocoque du groupe C (vaccination de base)
 - vaccination en milieu scolaire des élèves de 3^e secondaire
 - vaccination des jeunes (95 %) contre la varicelle
 - vaccination contre l'hépatite A des groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec (PIQ)
 - vaccination contre l'hépatite B : des élèves de 4^e année (90 %) et des personnes appartenant aux groupes vulnérables identifiés dans le PIQ
 - vaccination contre les infections à pneumocoque des jeunes (95 %) et des personnes (80 %) appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le PIQ
 - vaccination contre l'influenza des personnes (à 80 %) appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le PIQ
 - vaccination avant l'exposition à la rage humaine offerte (à 90 %) aux personnes visées dans le PIQ sur la rage humaine
 - mise en place d'un plan de promotion de la vaccination
 - promotion de la vaccination contre les maladies contractées à l'étranger (typhoïde, hépatite A et hépatite B, par exemple) auprès des voyageurs se rendant dans un pays en développement
 - collecte des données concernant l'acte vaccinal (fiche de consentement, système d'information vaccinale dans le cadre du registre de vaccination prévu au chapitre VII de la Loi sur la santé publique, effets adverses, mesures de la couverture vaccinale)
 - gestion des produits immunisants, particulièrement au moyen d'un système informatisé, pour s'assurer de la qualité de ces produits
 - soutien des pratiques cliniques préventives pour le dépistage de la rubéole et de l'hépatite B chez les femmes enceintes

TABLEAU 4.1 Services de vaccination auprès des enfants et des clientèles ciblées**Moyens d'action (volet régional) :**

- Déployer dans la région le registre provincial de vaccination incluant l'ajout du formulaire de consentement de transmission des renseignements (chap. VII - LSP)
- Réaliser une campagne de promotion sur la vaccination
- Réviser et informatiser le système de gestion des produits immunisants
- Évaluer annuellement la couverture vaccinale dans chaque MRC
- Donner de la formation continue au personnel infirmier responsable de la vaccination et de l'information aux médecins sur les pratiques médicales préventives

Moyens d'action (volet local) :

- Maintenir les programmes de vaccination de base ciblés dans le PNSP auprès de la petite enfance et des jeunes, incluant les mesures de gestion des produits immunisants et l'enregistrement au registre provincial
- Introduire dans le Programme de vaccination de nouveaux vaccins contre la varicelle, la coqueluche à l'adolescence, le méningocoque du sérogroupe C et le pneumocoque
- Maintenir les programmes de vaccination clinique des voyageurs
- Maintenir le programme de vaccination contre l'influenza

Tableau 4.2 Services de prévention pour le VIH-VHC et les ITS

OBJECTIFS DU PNSP :

D'ici 2006

- Réduire à moins de 5 le nombre de nouveau-nés infectés par le VIH chaque année
- Réduire à moins de 50 cas pour 100 000 personnes le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis*
- Réduire de 50 % le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes de 15-24 ans
- Maintenir l'incidence globale annuelle de syphilis récente (infectieuse) sous le seuil de l'élimination (à moins de 0,2 cas pour 100 000 personnes)
- Réduire à 0 le nombre de nouveau-nés infectés par la syphilis congénitale
- Maintenir sous le seuil de l'élimination l'incidence annuelle des infections bactériennes rares transmissibles sexuellement

D'ici 2012

- Réduire l'incidence annuelle de l'infection par le VIH
- Réduire l'incidence de l'hépatite C
- Réduire la proportion de personnes infectées par l'hépatite C qui développent une cirrhose du foie
- Réduire les infections à *Neisseria gonorrhoeae* jusque sous le seuil de l'élimination
- Réduire à moins de 10 par 1 000 la fréquence des complications (grossesses ectopiques) de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique
- Réduire l'incidence annuelle des infections virales transmissibles sexuellement

Clientèle visée :

- Les groupes vulnérables parmi les adolescents et les adultes

Objectif régional et local :

- Rendre disponibles, dans toutes les MRC de la région, des services de prévention pour le VIH-VHC et les ITS :
 - prévention auprès des adolescents et des adultes appartenant à des groupes vulnérables en ce qui concerne le VIH/sida, le VHC et les ITS
 - intervention visant l'échange de seringues pour prévenir la transmission du virus de l'hépatite B, du virus de l'hépatite C ainsi que du VIH
 - intervention visant la récupération de seringues usagées (hépatite B, VHC, ITS)
 - organisation de services intégrés de dépistage du VIH/sida, des VHC et des ITS
 - gratuité des médicaments pour traiter les ITS
 - intervention préventive auprès des partenaires d'une personne qui a contracté une ITS et, sur demande du médecin traitant, auprès d'une personne qui a contracté le VIH
 - prophylaxie post exposition (VIH)
 - soutien des pratiques cliniques préventives par l'offre systématique du test de dépistage du VIH aux femmes enceintes
 - promotion des comportements préventifs par la sensibilisation de la population aux conséquences du VIH/Sida, du VHC et des ITS

Moyens d'action (volet régional) :

- Maintenir la campagne annuelle de promotion de la St-Valentin
- Soutenir le programme d'échange de seringues adressé aux utilisateurs de drogues injectables
- Soutenir le Mouvement d'aide et d'information sida Bas-Saint-Laurent (M.A.I.N.S.)
- Déployer le programme de soutien aux services intégrés de dépistage du VIH, du VHC et des ITS (CH et CLSC) et des cliniques ITS
- Donner de la formation aux professionnels

Moyen d'action (volet local) :

- Consolider les cliniques ITS et de dépistage anonyme

Tableau 4.3 Services de protection en lien avec l'ensemble des maladies infectieuses

OBJECTIFS DU PNSP :

D'ici 2006

- Maintenir les services essentiels en cas de pandémie d'influenza
- Réduire de 15 % l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales dans les établissements de soins et, plus particulièrement, empêcher la transmission des bactéries ayant une résistance multiple aux antibiotiques afin de prévenir l'endémie dans les centres hospitaliers et dans les autres établissements de soins
- Réduire de 50 % le taux d'incidence des infections à *E. coli* 0157 et des infections à *Salmonella enteritidis* et de 30 % celui des infections à *Campylobacter*.
- Réduire les infections virales transmissibles par les produits sanguins
- Réduire le taux d'incidence annuel de tuberculose active à 3,5 par 100 000 et plus précisément :
 - réduire le taux d'incidence annuel de tuberculose active dans la région de Montréal-Centre à 8,0 par 100 000
 - maintenir un taux d'incidence annuel maximal de 2,0 par 100 000 dans les autres régions du Québec^ψ
- Maintenir à moins de 20 le nombre annuel de cas sporadiques de zoonoses autres que la rage^φ

D'ici 2012

- Réduire la résistance aux antimicrobiens :
 - en ce qui concerne les infections à *Staphylococcus aureus*
 - pour ce qui est des infections à *Neisseria gonorrhoeae* productrices de pénicillinase
 - en ce qui concerne les infections à pneumocoque
 - dans le cas de la tuberculose et des infections nosocomiales

^ψ Compte tenu de la réalité régionale où les taux d'incidence annuels moyens de tuberculose active au cours des dernières années sont autour de 6 par 100 000, un objectif de réduction plus réaliste serait de maintenir, d'ici 2006, un taux d'incidence annuel maximal de 3,5 par 100 000 pour le Bas-Saint-Laurent

^φ La situation exceptionnelle de la fièvre Q au Bas-Saint-Laurent (15 cas en moyenne au cours des 6 dernières années) rend pratiquement irréalisable l'objectif de maintenir à moins de 20 le nombre annuel de cas sporadiques de zoonoses pour tout le Québec. Un objectif régional de moins de 10 cas par année au Bas-Saint-Laurent d'ici 2006 serait réaliste.

Clientèle visée :

- Toute la population

Objectif régional et local :

- Déployer, dans toute la région, un protocole de protection de la santé de la population en cas de menace réelle ou appréhendée attribuable à des maladies infectieuses comme prévu au chapitre XI de la Loi sur la santé publique :
 - application des lignes directrices dans l'investigation des cas, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions tel qu'il est prévu au chapitre XI de la Loi sur la santé publique
 - élaboration, pour les régions, d'un plan d'urgence en cas de pandémie d'influenza
 - connaissance de l'épidémiologie régionale concernant les infections nosocomiales, diffusion des recommandations et des guides de prévention concernant ces infections et définition des moyens pour faciliter l'application de ces recommandations
 - prise en charge des contacts étroits des personnes ayant une tuberculose contagieuse
 - offre du test de dépistage tuberculinique aux personnes séropositives au VIH et traitement des personnes infectées
 - évaluation initiale, traitement et suivi des immigrants nouvellement admis, tel qu'il est recommandé dans le Protocole d'intervention provincial sur la tuberculose
 - diffusion aux populations ciblées des recommandations issues de l'investigation d'éclosions de zoonoses autres que la rage humaine adaptées aux différents modes de transmission de ces maladies
 - application des recommandations provinciales relatives à la prévention et à la surveillance de l'encéphalite du virus du Nil occidental, lesquelles recommandations sont adaptées aux modes de transmission de cette maladie
 - soutien des pratiques cliniques préventives pour le dépistage de la colonisation par le **streptocoque du groupe B** chez les femmes enceintes

Moyens d'action (volet régional) :

- Mettre à jour le Protocole de protection de la santé de la population et poursuite des enquêtes épidémiologiques systématiques
- Développer la connaissance de l'épidémiologie régionale concernant les infections nosocomiales
- Préparer des plans de surveillance
- Adapter régionalement le plan d'urgence en cas de pandémie d'influenza

Moyens d'action (volet local) :

- Collaborer à la conduite de certaines enquêtes épidémiologiques
- Suivre les cas de tuberculose et la prise en charge des contacts étroits

7. Santé environnementale

7.1 Problèmes et facteurs de risque

Le domaine d'intervention qui concerne la *santé environnementale* regroupe les problèmes de santé causés ou aggravés par la contamination biologique, chimique ou physique de l'air, de l'eau ou du sol. Les principaux problèmes sont : les problèmes liés à la qualité de l'air intérieur, la rhinite allergique, les problèmes liés à la qualité de l'eau, les cancers d'origine environnementale ainsi que les intoxications d'origine environnementale.

La mauvaise qualité de l'air ainsi que les problèmes d'hygiène et de salubrité dans certains bâtiments sont à l'origine d'une augmentation de la prévalence et de la gravité de problèmes de santé tels que l'asthme, les manifestations allergiques et irritatives de même que les intoxications aiguës et chroniques. Les principaux contaminants de l'air intérieur sont : la fumée de tabac, les produits de combustion (particules respirables, oxyde de carbone, autres produits de combustion du bois), les contaminants biologiques (moisissures) et certains composés organiques volatils.

La rhinite allergique, une inflammation des muqueuses nasales associée à une sensibilité aux aéroallergènes saisonniers, affecte de plus en plus de personnes chez les personnes de 15 à 44 ans. Elle se situe au cinquième rang des problèmes de santé les plus fréquemment déclarés. Parmi les aéroallergènes saisonniers, le pollen de l'herbe à poux serait responsable à lui seul de 50 % à 90 % de tous les cas de rhinite allergique. Cette plante est surtout présente dans la partie ouest de la région.

Même si le tabac est la principale cause de cancer du poumon, plusieurs autres contaminants cancérigènes sont présents dans l'environnement et peuvent contribuer à l'apparition de tels cancers. Le principal contaminant cancérigène du poumon pour notre territoire est l'amiante.

L'ingestion d'eau contaminée et le contact avec une eau contaminée causent des problèmes de santé comme des gastro-entérites, des diarrhées épidémiques, des dermatites, des folliculites et des intoxications aiguës. Entre 1989 à 1999, cinq épidémies d'origine hydrique ont été rapportées dans le Bas-Saint-Laurent. La contamination

de l'eau peut être attribuable à plusieurs causes, entre autres, des défaillances en ce qui concerne le traitement de l'eau ou l'entretien des réseaux de distribution ou encore la pollution par les activités agricoles et par les eaux usées domestiques et industrielles.

Les intoxications environnementales au monoxyde de carbone (CO), aux pesticides et aux hydrocarbures sont les plus fréquentes. Les 104 cas de monoxyde de carbone déclarés à la Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent depuis 1990 s'avèrent une sous-estimation du problème.

La présence de contaminants environnementaux (nitrates, trihalométhanes, cyanobactéries) dans l'environnement a des effets à long terme sur l'organisme (avortements répétés, cancers, immuno-suppression, retards ou problèmes de développement chez l'enfant) et occasionne des coûts importants en consultations et en soins de santé. Cependant, nos connaissances, quant à l'importance de l'exposition des populations à ces contaminants et leur impact, sont insuffisantes et doivent être améliorées.

7.2 Objectifs et stratégies d'intervention

On retrouve dans le PNSP neuf objectifs de santé liés au domaine de la santé environnementale. De ce nombre, sept objectifs font l'objet d'une programmation spécifique.

TABLEAU 5.1 Objectifs du PNSP en santé environnementale	
D'ici 2012 :	
• Réduire la morbidité imputable au pollen de l'herbe à poux	
• Contribuer à la réduction des cancers du poumon attribuables à l'exposition à l'amiante	
• Diminuer l'incidence des cancers de la peau	
• Réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies d'origine hydrique	
• Réduire la morbidité et la mortalité reliées à la mauvaise qualité de l'air intérieur ainsi qu'à l'insalubrité dans les résidences et les édifices publics	
• Réduire de 25 % les intoxications d'origine environnementale et leurs conséquences sur la santé	
• Réduire les conséquences sur la santé des situations d'urgence et des catastrophes environnementales	

Il est à noter que certains éléments du PNSP en santé environnementale ne sont pas traités dans le présent programme régional. L'objectif de *réduire les problèmes de santé associés à la pollution atmosphérique* n'est pas retenu en raison de la faible exposition de la population aux contaminants atmosphériques dans la région. L'objectif de *réduire la morbidité et la mortalité dues à l'asthme chez les personnes de moins de*

45 ans est traité dans le programme des maladies chroniques. Une interface sera développée avec les responsables des maladies chroniques concernant les facteurs de risque environnementaux de l'asthme.

La Direction de la santé publique, de concert avec le ministère de l'Environnement, le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, les municipalités et les autres acteurs responsables d'assurer la protection et la conservation des milieux de vie et des écosystèmes, joue un rôle de premier plan dans la protection de la population contre des problèmes de santé liés à l'environnement. Cette approche intersectorielle est un principe d'intervention privilégié.

Les actions de la santé publique visent à prévenir ou à réduire les expositions environnementales. Les intervenants de santé publique identifient et investiguent les sources de contamination; de plus, ils informent les personnes exposées à des risques ou vulnérables sur les moyens de se protéger ou d'éviter l'exposition. Ils analysent les effets sur la santé de différentes situations environnementales, connues ou nouvelles.

Au cours des cinq dernières années, les efforts ont permis la mise à jour et la diffusion des connaissances, la production d'avis et de commentaires relatifs aux effets de différentes politiques et législations sur la santé, la conception d'outils d'information ainsi que l'harmonisation des pratiques des divers intervenants. Les éléments et les problèmes qui avaient alors retenu l'attention étaient : l'air intérieur (moisissures, salubrité), l'eau potable (trihalométhane, nitrates, cyanobactéries, contaminants biologiques, législation), l'air extérieur (herbe à poux), les intoxications environnementales (monoxyde de carbone) ainsi que la pollution d'origine agricole découlant principalement de la production animale.

Les orientations pour les prochaines années dans le domaine de la santé environnementale visent à consolider la plupart des activités en cours. Un effort particulier sera fait pour harmoniser les pratiques en ce qui concerne la conduite d'enquêtes épidémiologiques particulièrement dans le domaine de la contamination de l'eau potable, des maladies d'origine hydrique, des intoxications d'origine environnementale et de la qualité de l'air intérieur. L'amélioration de la qualité de l'air intérieur, par une approche concertée intersectorielle, constitue également une priorité.

Enfin, la Direction de santé publique poursuivra son engagement dans l'évaluation des conséquences des projets environnementaux (routes, établissements de production animale, sites d'enfouissement, industries, etc.) afin de soutenir la mise en place de milieux de vie favorables à la santé.

Dans le Bas-Saint-Laurent, les interventions en santé environnementale sont presque exclusivement réalisées par la Direction de la santé publique (DSP). Il n'existe pas de programmation formelle en santé environnementale dans les CLSC et il n'apparaît pas souhaitable ou raisonnable d'y développer cette expertise (figure 6). Néanmoins, en vertu de leur implication auprès des communautés locales, les CLSC deviennent des collaborateurs pour supporter la prévention des problèmes de santé et la protection de la santé publique. Les CLSC identifient des situations à risque et notifient les problèmes aux intervenants de santé environnementale de la DSP pour les solutionner. En situation épidémique ou de risque élevé de morbidité ou de mortalité, les CLSC supportent les interventions de la DSP par une contribution technique ou professionnelle afin de prendre en charge les cas d'intoxication et de limiter l'exposition aux contaminants environnementaux. La DSP informe ou consulte les CLSC sur les actions, les avis, les études et les communiqués traitant de problématiques environnementales significatives. Les CLSC et la DSP identifient des répondants pour organiser les communications sur une base régulière. Enfin, des ressources sont rendues disponibles lors de situations problématiques significatives.

Figure 6 Composantes et répartition locale et régionale des activités en santé environnementale

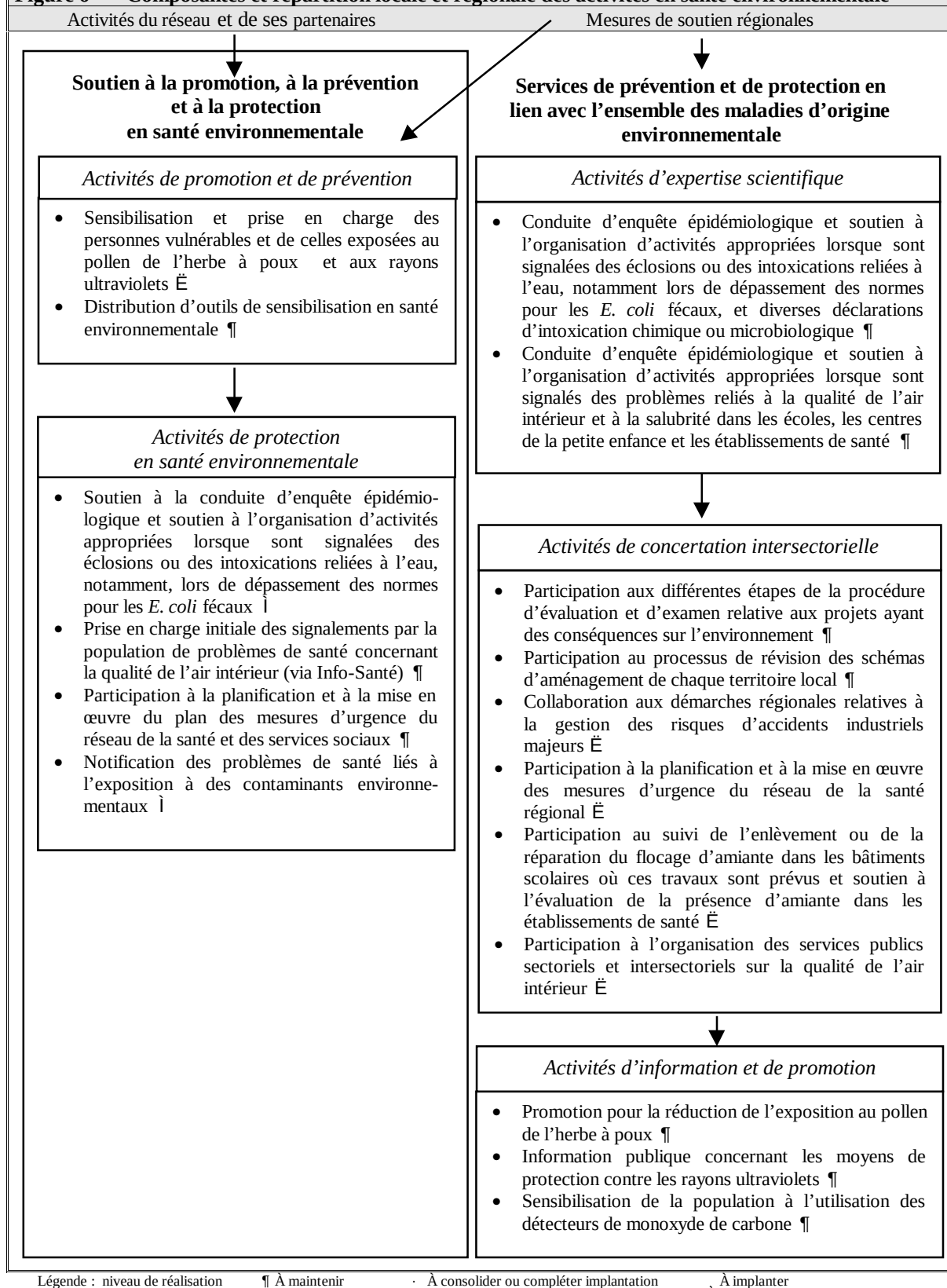


Tableau 5.2 Soutien régional à la prévention et au contrôle des problèmes de santé associés à l'exposition à des contaminants environnementaux

Population en général

Clientèle visée :

- Population en général mais particulièrement les enfants

Objectif régional et local :

- Soutenir la création de milieux de vie favorables à la santé chez la population en général par :
 - promotion de moyens efficaces pour réduire l'exposition au pollen de l'herbe à poux par des activités d'information à l'intention des intervenants municipaux concernés sur les mesures de contrôle adéquates de l'herbe à poux
 - participation au suivi de l'enlèvement ou de la réparation du flocage d'amiante dans les bâtiments scolaires déjà identifiés et soutien à l'évaluation de la présence d'amiante dans tous les établissements de soins de santé
 - information aux parents concernant les moyens efficaces de protéger leurs enfants de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets
 - promotion du processus de déclaration des cas d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine environnementale, notamment le monoxyde de carbone (CO) et les pesticides, et conduite d'enquêtes épidémiologiques suivant leur déclaration

Moyens d'action (volet régional) :

- Diffuser de l'information via les médias sur les moyens efficaces de protéger les enfants de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets
- Sensibiliser la population afin de réduire l'exposition à des contaminants tels que le monoxyde de carbone et les pesticides
- Tenir des campagnes d'information et de sensibilisation auprès des populations exposées à des contaminants environnementaux
- Sensibiliser la population à la collecte des déchets domestiques dangereux
- Former les intervenants locaux impliqués dans des interventions de santé environnementale
- Communiquer avec la population via les médias d'information

Moyens d'action (volet local) :

- Distribuer des outils de sensibilisation en santé environnementale, notamment, pour réduire l'exposition au pollen de l'herbe à poux et aux rayons ultraviolets
- Informer les parents concernant les moyens efficaces de protéger leurs enfants de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets lors des consultations

Tableau 5.3 Services de protection de la santé de la population associés à l'exposition à des contaminants environnementaux

Population en général

Clientèle visée :

- Population en général

Objectif régional et local :

- Déployer dans toute la région des services de protection de la santé de la population visant à réduire l'exposition à des contaminants environnementaux par :
 - participation aux différentes étapes de la procédure d'évaluation et d'examen relative aux projets ayant des conséquences sur l'environnement
 - participation au processus de révision des schémas d'aménagement proposés par les municipalités régionales de comté (MRC)
 - collaboration aux démarches régionales relatives à la gestion des risques d'accidents industriels majeurs conformément à la Loi sur la sécurité civile
 - participation à l'organisation des services publics, sectoriels et intersectoriels sur la qualité de l'air intérieur
 - conduite d'enquêtes épidémiologiques et organisation des activités appropriées lorsque sont signalées des éclosions ou des intoxications liées à l'eau, notamment lors de dépassement des normes pour les *E. coli* fécaux
 - conduite d'enquêtes épidémiologiques et organisation des activités appropriées lorsque sont signalés des problèmes de santé liés à la qualité de l'air intérieur ou à la salubrité dans les écoles, les centres de la petite enfance ainsi que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux

Moyens d'action (volet régional) :

- Participer à la planification et à la mise en œuvre du plan des mesures d'urgence du réseau régional de la santé
- Produire les avis et les mémoires requis dans les différents processus d'évaluation des risques environnementaux
- Réaliser les enquêtes épidémiologiques et organiser des activités appropriées lorsque sont signalées des éclosions ou des intoxications liées à l'eau et des problèmes de santé liés à la qualité de l'air intérieur ou à la salubrité dans les écoles, les centres de la petite enfance ainsi que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. L'action est menée conjointement avec les responsables de la santé au travail
- Instaurer un registre de surveillance de plaintes ou de signalements des citoyens associés à l'exposition à des contaminants environnementaux
- Identifier au sein de la population des situations comportant des risques pour la santé et les évaluer
- Participer aux mécanismes de concertation entre divers organismes aptes à agir sur les situations pouvant présenter des problèmes de morbidité et de mortalité évitables
- Informer les CLSC des actions, avis, mémoires, communiqués préparés concernant des problématiques environnementales significatives

Moyens d'action (volet local) :

- Assurer la prise en charge des signalements par la population de problèmes de santé concernant la qualité de l'air intérieur (via Info-Santé) et référer au besoin les cas complexes
- Recevoir les appels de la population en rapport avec des questions sur l'eau potable (via Info-Santé)
- Administrer des questionnaires d'enquête lors d'épidémies
- Assurer les suivis médicaux des personnes affectées par exposition à des contaminants environnementaux
- Notifier à la DSPPE des problèmes de santé significatifs associés à l'exposition à des contaminants environnementaux
- Participer à la planification et à la mise en œuvre du plan des mesures d'urgence du réseau de la santé et des services sociaux

8. Santé en milieu de travail

8.1 Problèmes et facteurs de risque⁷

« Au regard du *Programme national de santé publique*, la Loi sur la santé publique (chapitre II, article 18) stipule que « *les activités de santé publique sont, en ce qui concerne le volet santé en milieu de travail, élaborées en concertation avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail* ». Un comité permanent CSST-MSSS assure la concertation entre la CSST et le ministère de la Santé et des Services sociaux et leur réseau respectif sur tout sujet d'intérêt commun afin de permettre la mise en application des programmes de santé au travail. D'autres mécanismes de concertation existent également au palier régional et local.

« Les principaux problèmes qui ont été documentés dans le domaine de la santé en milieu du travail, dans le cadre de l'élaboration du Programme national de santé publique, concernent les agresseurs physiques, chimiques et biologiques ainsi que les caractéristiques organisationnelles des milieux de travail. Ils touchent en premier lieu la santé physique. Il en va ainsi des maladies d'origine professionnelle suivantes : la surdité, les cancers, les intoxications, l'asthme, les pneumoconioses dont l'amiantose, la silicose et la beryllose, les maladies infectieuses, les lésions musculo-squelettiques et les maladies cardiovasculaires. De plus, des problèmes touchant à la grossesse sont investigués. Enfin, d'autres problèmes se rapportant à la santé mentale et au harcèlement en milieu de travail font l'objet d'une attention plus récente et sont, par conséquent, moins bien documentés. »

Le mandat du Service de santé au travail consiste à offrir des activités de prévention et de promotion de la santé pour des problèmes spécifiques reliés à l'environnement de travail. Ces activités sont effectuées dans le cadre du Programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE), dont les modalités d'application sont établies en collaboration avec l'employeur et le ou les représentants des travailleurs de l'entreprise.

Les services de santé au travail maintiennent des activités propres au PSSE dans les établissements où les risques à la santé justifient une intervention préventive, soutiennent les milieux de travail quant à leurs responsabilités dans le cadre des PII et ajustent leur planification en fonction des problématiques en émergence.

⁷ La section 8.1 est tiré en grande partie d'un document de travail qui origine du provincial, sans auteur.

8.2 Activités prévues au mandat CSST⁸

Jusqu'à maintenant, l'action des équipes de santé au travail au sein des régions régionales et des CLSC s'est surtout concrétisée par la réalisation d'activités prévues à l'intérieur des programmes de santé spécifique à l'établissement (PSSE) dans les secteurs d'activités réglementés. Ces activités dans les milieux de travail se regroupent principalement dans quatre grands champs d'activités :

- l'identification et l'évaluation des risques pour la santé : identification et évaluation des agresseurs physiques, chimiques, biologiques et ergonomiques;
- la surveillance de la santé : prévention et dépistage des problèmes de santé selon les risques identifiés et évalués précédemment;
- l'information et la formation : aux travailleurs et aux employeurs portant sur les risques présents, leurs effets sur la santé, les moyens de les prévenir, les contrôler ou les éliminer;
- les premiers secours et les premiers soins : soutien dans l'organisation des premiers secours et des premiers soins.

Par ailleurs, la CSST confie aussi au réseau de la santé des responsabilités particulières dans le cadre de l'application du Programme « pour une maternité sans danger », programme qui permet à la femme enceinte ou qui allaite d'être affectée à des tâches ne présentant pas de danger pour elle-même ou l'enfant à naître ou d'être retirée du travail si cette affectation n'est pas possible.

De plus, à la demande de la CSST, des études d'hygiène industrielle sont réalisées pour les demandes d'indemnisation pour maladies professionnelles.

Toutes ces actions incluent des activités de surveillance, de promotion, de prévention, de protection ou encore de recherche en lien avec les problèmes de santé mentionnés ou avec certains aspects de ces problèmes. Ils ne concernent, pour la plupart, que des secteurs d'activités réglementés. Des activités hors secteurs réglementés sont par contre réalisées dans le cadre de priorités provinciales ou régionales.

Le réseau de santé au travail collabore également à l'application des programmes d'intervention intégrés provinciaux pour des risques ciblés, dans des secteurs identifiés, tels que l'amiante dans le secteur de la

⁸ Idem.

construction; le bruit dans le secteur des scieries; les risques associés aux fumées de soudage, aux procédés de poudrage électrostatique et aux procédés utilisant des isocyanates; les risques associés à la silice dans les milieux où l'on fait du décapage au jet, au béryllium dans les secteurs des fonderies, de l'aéronautique, etc. Les intoxications au monoxyde de carbone et aux solvants, les lésions musculo-squelettiques, certains risques biologiques font aussi l'objet d'interventions pour des populations définies.

D'autres activités peuvent aussi être menées régionalement, conjointement avec la Direction régionale de la CSST, pour la prise en charge de problèmes de santé identifiés localement. Les équipes de santé publique (promotion, prévention) peuvent aussi élaborer des interventions particulières en milieu de travail, en concertation avec la CSST et les entreprises concernées.

Les principaux problèmes en milieu de travail retenus par la région du Bas-Saint-Laurent en accord avec les orientations 2003-2005 de la vice-présidence à la planification, la prévention et l'inspection de la Commission de la santé et la sécurité du travail sont :

- l'amiante (plans d'action construction et établissements),
- le béryllium,
- le dossier forêt,
- le dossier mines (contaminants générés par l'équipement et la machinerie),
- les risques biologiques,
- le bruit (évaluation PII-bruit scierie),
- le soudage-coupage (évaluation du PII),
- le styrène (évaluation du PII),
- le décapage au jet (silice, évaluation du PII),
- les chariots élévateurs (monoxyde de carbone, en développement),
- le manganèse (dossier en développement),
- les troubles musculo-squelettiques (dossier en développement).

La réduction de ces problèmes de santé touche à 6 des 11 objectifs retenus par le *Programme national de santé publique* (PNSP) qui figurent au tableau 6.1. Le programme pour une « Maternité sans danger » traite des problèmes reliés à l'issue de grossesse. Les trois derniers objectifs sont en développement, les champs d'action autant pour le réseau que la CSST sont à définir.

TABLEAU 6.1 Objectifs du PNSP de santé en milieu de travail**Santé physique chez les adultes**

- Diminution de l'incidence de la **surdité professionnelle** et des conséquences de la maladie par la réduction de l'exposition des travailleurs
- Diminution de l'incidence des **cancers des voies respiratoires, de la vessie et des autres cancers** par la réduction de l'exposition des travailleurs à des substances cancérogènes
- Diminution de l'incidence des **intoxications professionnelles** causées par le monoxyde de carbone, l'hydrogène sulfuré, les pesticides et les gaz irritants ainsi que de la réduction de la prévalence des atteintes du système nerveux causées par le plomb et les solvants organiques
- Diminution de l'incidence de l'**asthme professionnel** relié aux isocyanates, à la farine et à ses composantes et de la sévérité de ses manifestations
- Diminution de l'incidence de l'**amiantose**, de la silicose et de la beryllose chez les travailleurs exposés par la réduction de l'exposition des travailleurs
- Diminution de l'apparition de **maladies infectieuses professionnelles** chez les travailleurs exposés à des agents biologiques
- Diminution de la prévalence de même que de la durée et de la gravité des incapacités liées aux **lésions musculo-squelettiques**
- Diminution de l'apparition de **problèmes reliés à l'issue de la grossesse** attribuables au milieu de travail (prématurité, avortement, mortinaissance) de même qu'aux retards de croissance et à l'apparition de problèmes de santé physique chez l'enfant
- Diminution de l'apparition de **maladies cardiovasculaires** attribuables à l'organisation du travail
- Diminution de la gravité des conséquences psychologiques et sociales des **problèmes de santé mentale** d'origine professionnelle
- Diminution de la gravité des conséquences psychologiques et sociales du **harcèlement en milieu de travail**

Par ailleurs, **dans le contexte de la concertation à maintenir avec la CSST** (Loi sur la santé publique, chapitre II, article 18), des discussions ou représentations pourraient porter tant sur des propositions par rapport à des éléments légaux (par exemple, sur la révision de normes à la suite de nouvelles connaissances documentées) que sur la possibilité d'élargir certaines activités prévues au mandat, à des secteurs non réglementés ou à de nouvelles applications.

Aussi, des travaux sont entrepris pour revoir l'intervention en milieu de travail pour les facteurs de risque suivants :

- sur le **bruit et la surdité professionnelle** afin de rendre accessibles, dans notre région, au travailleur atteint de surdité tous les services nécessaires, de la détection du problème à la réadaptation; sur des activités de promotion de la santé auditive qui pourraient être instaurées, des activités de prévention pour la réduction à la source;
- sur les **intoxications professionnelles** et intervenir de façon efficace pour prévenir d'autres cas d'intoxication après une enquête MADO (activité de prévention, de formation et d'information et de suivi médical) ciblant surtout le monoxyde de carbone, l'hydrogène sulfuré, les pesticides et les gaz irritants.

D'autre part, les mécanismes de concertation régionale avec la CSST et locale avec les CSS permettent de répondre aux besoins *ad hoc* d'intervention en matière de santé au travail des établissements et aux problématiques en émergence.

Trois autres problématiques font l'objet d'une attention particulière. « Le secteur forestier est un milieu de travail où des accidents surviennent fréquemment et leurs conséquences peuvent être très importantes. Le facteur le plus critique de la survie d'un accidenté grave est le temps qui s'écoule entre l'événement et les soins dont il a besoin. La gravité des blessures en milieu forestier et les séquelles qui peuvent en résulter exigent des secours immédiats par des intervenants qualifiés. Se situant au premier maillon de la chaîne d'intervention préhospitalière, telle que décrite dans le rapport du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence¹, le secouriste en milieu forestier en est l'élément activateur afin de diminuer la mortalité et la morbidité chez le travailleur accidenté. Pour assurer au blessé les soins nécessaires en milieu hospitalier le plus rapidement possible, les actions du secouriste doivent s'inscrire dans une organisation bien planifiée des premiers secours et premiers soins (PSPS) dans son milieu de travail.

Un plan d'action régional vise à ce que tous les employeurs mettent en place dans leur entreprise, des mesures visant à écourter les délais lors d'une intervention d'urgence : communication, secouristes, matériel d'urgence et plan d'évacuation.

Un des champs d'intervention des infirmières du réseau public face à cette problématique se situe dans l'information et le soutien à une organisation adéquate des PSPS. L'employeur, responsable de leur mise en place dans son entreprise, est la première cible d'intervention en vue de soutenir le milieu de travail dans ses actions lorsqu'un accident survient. »⁹

La seconde problématique vise la prévention et le contrôle des réactions allergiques générales graves aux piqûres d'insectes en milieu de travail. « En accord avec le Guide d'intervention et de formation : réactions allergiques aux piqûres d'insectes (mai 1997, révisé janvier 2001), l'intervention touche les travailleurs isolés à plus de 30 minutes des

⁹ *L'organisation des premiers secours et premiers soins dans les entreprises forestières. Projet d'intervention forêt des équipes de santé au travail du Bas-Saint-Laurent. Plan d'action régional et intervention en soins infirmiers, février 2001.*

services préhospitaliers d'urgence, en majorité des entreprises du secteur forêt.

- Dans les établissements où les secouristes sont formés, un rappel est fait l'année suivante pour renforcer les connaissances acquises.
- La formation complète de trois heures est redonnée aux trois ans à tous les secouristes des entreprises ayant choisi d'introduire de l'adrénaline injectable dans les trousse.
- Un rappel est fait auprès des secouristes déjà formés lors des visites dans les deux ans subséquents à la première année de formation.
- Dans les entreprises où l'adrénaline n'est pas incluse dans les trousse, tous les travailleurs reçoivent de l'information sur les piqûres d'insectes et les mesures préventives.
- Dans les entreprises où l'adrénaline est disponible, les travailleurs reçoivent l'information et les secouristes désignés reçoivent une formation complémentaire. »¹⁰

La dernière concerne l'exposition à la chaleur. « Elle vise à protéger la vie et la santé des travailleurs face à une contrainte thermique inattendue. Le plan d'action régional s'articule de façon à outiller les milieux de travail pour que :

- § les entreprises, par les personnes en responsabilité et autres, soient en mesure de reconnaître qu'il y a problème (astreinte) ou un danger (contrainte) et de prendre les décisions (moyens) qui s'imposent;
- § les travailleurs soient informés sur les effets des contraintes thermiques sur leur santé afin qu'ils reconnaissent les signes et les symptômes d'un épuisement ou d'un coup de chaleur et qu'ils prennent les moyens administratifs et personnels pour corriger ou diminuer l'impact dans l'exécution de leurs tâches;
- § les entreprises soient en mesure de gérer les contraintes thermiques, c'est-à-dire de prendre elles-mêmes certaines mesures de base, afin d'appliquer les moyens et les recommandations permettant d'améliorer la situation. »¹¹

La figure 7 présente la répartition locale et régionale des activités en santé au travail. Les activités locales sont regroupées à l'intérieur de trois groupes thématiques :

- § services préventifs chez les employeurs et les travailleurs;

¹⁰ *Prévention et contrôle des réactions allergiques générales graves aux piqûres d'insectes en milieu de travail.* Plan de travail régional.

¹¹ *Contraintes thermiques inattendues, Intervention des équipes de santé au travail.* Comité de travail. Plan d'action, 17 juin 2003.

- § services de protection pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent;
- § autres services (indemnisation).

Les activités de soutien régionales portent sur la concertation, le développement d'expertise et la promotion.

Par ailleurs, les moyens d'action à déployer au palier régional et local ainsi que les ressources supplémentaires requises sont décrits dans les tableaux 6.2, 6.3 et 6.4. On retrouve également dans ces tableaux la description des activités régionales prévues pour soutenir les services locaux.

Figure 7 Réalisation du mandat de prévention et de promotion de la santé en milieu de travail conformément au contrat (article 113) LSST avec la CSST

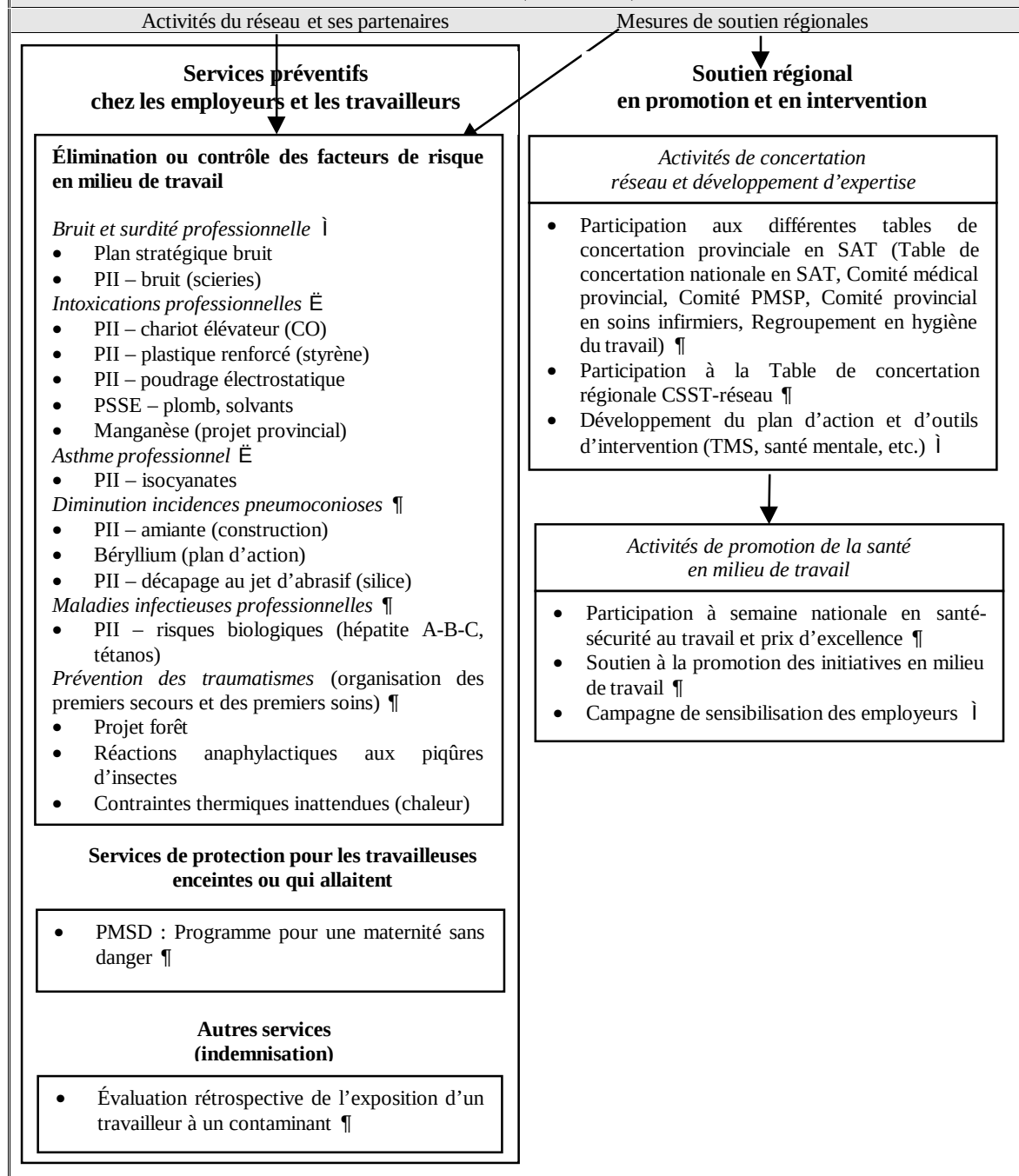


TABLEAU 6.2 Convaincre et soutenir (services préventifs) les employeurs et les travailleurs sur l'élimination des facteurs de risque présents dans les milieux de travail

Clientèle visée

- Travailleurs et employeurs des établissements à charte provinciale et cotisant à la CSST. La région du Bas-Saint-Laurent regroupe 8 772 établissements employant 66 915 travailleurs (statistiques en date du 23-01-2002)

Objectif régional et local

- Déployer le Programme de santé spécifique en établissement (PSSE) et les programmes d'intervention intégrée (PII) pour les différents problèmes prioritaires dans le protocole CSST-santé publique
 - Application des PSSE dans les secteurs d'activités réglementés :
 - § PII - isocyanates
 - § PII - bruit (scierie)
 - § Plan stratégique surdité professionnelle
 - § PII – risques biologiques
 - § PII – amiante (secteur de la construction)
 - § PII – décapage au jet d'abrasif (silice)
 - § Plan d'action béryllium
 - § Projet manganèse
 - § PII – chariots élévateurs : programme en instance d'implantation (monoxyde de carbone, CO)
 - § PII – fabrication de produit en plastique renforcé (styrène)
 - § PI – poudrage électrostatique
 - § Projet forêt
 - § Réactions allergiques aux piqûres d'insectes (Guide d'intervention provincial, mai 1997, révisé en janvier 2001)
 - Projet des contraintes thermiques inattendues (chaleur)

Moyens d'action (volet régional)

- Actualisation du cadre de fonctionnement CSST-réseau
- Tenue d'une table de concertation régionale CSST-réseau
- Plans d'action produits provincialement
- Coordination de l'intervention régionale
- Support de l'intervention par une équipe régionale
- Actualisation de l'intervention par un comité opérationnel composé d'intervenants terrain
- Harmonisation et encadrement de pratiques dans le cadre de rencontres professionnelles (Table professionnelle en hygiène Bas-Saint-Laurent, Table professionnelle des infirmières-infirmiers en santé au travail Bas-Saint-Laurent)
- Formation continue des intervenants
- Développement d'outils d'intervention selon les besoins
- Travaux relatifs au projet bruit et surdité professionnelle, les grandes lignes du plan stratégique destiné à alimenter le plan d'action du réseau de la santé publique en santé au travail
- Révision de l'offre de service régionale Bas-Saint-Laurent pour la surdité professionnelle
- Évaluation du PII-scierie, réduction à la source

Moyens d'action (volet local)

- Accessibilité des services de santé au travail (SAT) dans 7 MRC
- Planification annuelle des activités en SAT conformément aux orientations et aux priorités provinciales
- Implantation d'un système de gestion de l'information (SISAT) pour le suivi des activités
- Développement d'outils d'intervention selon les besoins
- Développement de guides et protocoles d'intervention pour les équipes locales
- Assurer une autonomie de fonctionnement aux équipes locales par des orientations claires, une planification annuelle et des politiques et procédures répondant aux besoins d'intervention

Ressources

- Chef de programme régional
- Équipe régionale de soutien à l'intervention (4 personnes)
- Ressources-conseils au régional et au local (3 personnes)
- Sept équipes locales pour 8 MRC (23 personnes)
- Budget régional et local
- Plan de formation continue et outils de sensibilisation et de soutien à l'intervention destinés aux intervenants produits provincialement, régionalement ou localement.

TABLEAU 6.3 Service de protection visant le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite**Clientèle visée**

- Les femmes enceintes ou qui allaitent leur enfant effectuant un travail dans des établissements à charte provinciale, cotisant à la CSST et travaillant sur le territoire de la province de Québec

Objectif régional et local

- « Assurer à la travailleuse enceinte ou qui allaite, qui travaille dans des conditions dangereuses pour sa santé ou pour celle de l'enfant à naître ou allaiter, d'être immédiatement affectée à d'autres tâches ne comportant pas de danger et qu'elle est en mesure d'accomplir »¹² par :
 - l'encadrement d'un processus de traitement des demandes de consultation sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite par les médecins traitant
 - la production d'une étude de postes relevant les conditions de travail et les facteurs de risque qui présentent un danger pour la travailleuse
 - l'émission de recommandations au médecin traitant sur la nature des dangers par le médecin désigné
 - l'émission par le médecin traitant du certificat de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite

Moyens d'action (volet régional)

- Production et mise à jour du guide sur les facteurs de risque présents dans les milieux de travail d'une travailleuse enceinte ou qui allaite, programme pour une maternité sans danger
- Émission de recommandations aux médecins traitant par le médecin désigné
- Production de rapports de consultation médico-environnementaux
- Communication des recommandations au médecin traitant

Moyens d'action (volet local) :

- Enregistrement de la demande de consultation sur le formulaire standardisé
- Évaluation du milieu de travail (questionnaire standardisé)
- Contact avec la travailleuse
- Contact avec l'employeur
- Collecte d'information sur les conditions de travail
- Identification des facteurs de risque présentant un danger
- Production et transmission de l'étude de postes au médecin traitant

Ressources

- Deux médecins désignés
- Sept équipes locales (8 infirmières, 8 techniciens)

¹² Tiré du guide pour la travailleuse enceinte ou qui allaite, CSST 1999.

TABLEAU 6.4 Support aux services de réparation (indemnisation) de la CSST

Clientèle visée

- Travailleuses et travailleurs affectés par une maladie professionnelle faisant l'objet d'une demande d'indemnisation à la CSST

Objectif régional

- Fournir, lorsque requis par la CSST, une expertise sur le niveau d'exposition pour un contaminant précis à lequel un travailleur a été exposé durant sa carrière

Moyens d'action (volet régional)

- Entrevue avec le travailleur
- Visite et évaluation des milieux de travail lorsque requis
- Études comparatives de postes de travail
- Recherche d'information autres régions, littérature, etc.

Moyens d'action (volet local)

- Production d'études de postes des établissements concernés
- Réalisation de l'échantillonnage de milieux de travail

Ressources

- Deux hygiénistes du travail

9. Mise en œuvre du plan d'action régional de santé publique

Au regard des activités plus spécifiques liées à la gestion et à la mise en œuvre du plan d'action régional, la Direction de santé publique (DSP) doit apporter un soutien particulier aux CLSC pour la préparation et le suivi des plans d'action locaux de santé publique. La DSP doit également définir un plan de surveillance de l'état de santé de la population (L.R.Q. 36, art. 33), préparer un plan pour l'évaluation du plan d'action régional (suivi de gestion) et, enfin, un plan de mobilisation des ressources en cas d'urgence de santé publique (L.R.Q. 36, art. 12, 97).

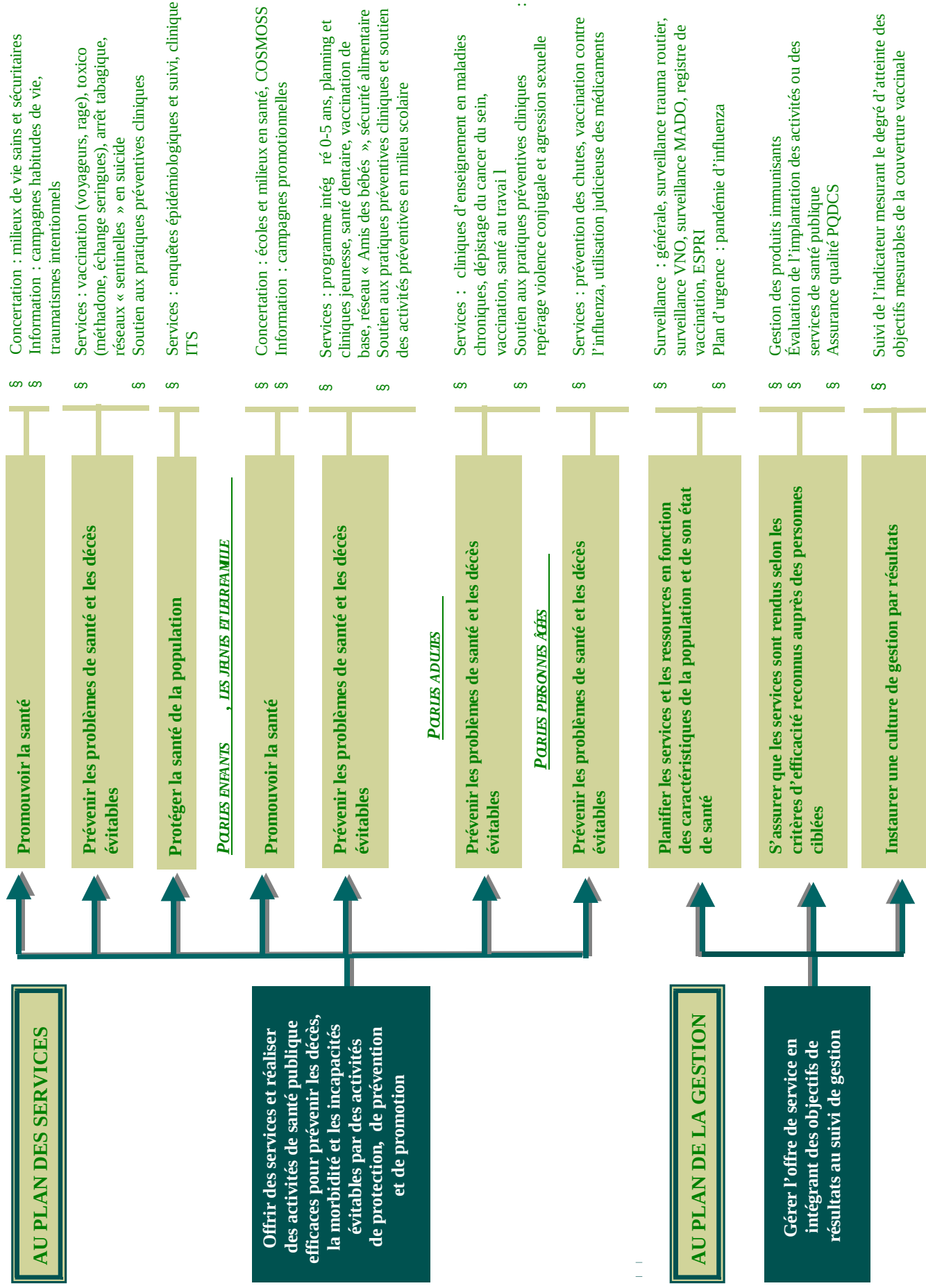
9.1 Soutien à la préparation des PAL

La mise en œuvre du plan d'action régional de santé publique implique comme prémisses que les différentes instances concernées (MSSS-DSPPE-CLSC) disposeront au cours des prochaines années de toutes les ressources requises, tant financières, humaines que techniques pour atteindre les résultats fixés. Cela présuppose également qu'il y aura un engagement clair et concret des différentes parties en cause (MSSS-CLSC) dans la réalisation des activités qui relèvent de leur niveau de responsabilité. Pour le MSSS, cet engagement se concrétise dans le plan d'action national.

Pour les CLSC, cet engagement sera traduit dans le plan d'action local. Ce document devra comprendre la description détaillée des activités, les responsabilités, les échéances et le coût des activités actuelles ou à implanter. Les CLSC sont donc invités à faire le regroupement des activités ou des services selon la classification par objectifs opérationnels comme proposé dans le PAR (Annexe 1). Un travail de collaboration entre ces établissements et la Direction de santé publique est à prévoir afin de convenir des arrimages entre les activités régionales et les activités réalisées au palier local. L'exercice devra également permettre l'intégration des activités du PAL dans l'organisation des services du CLSC.

Pour ce faire, il apparaît souhaitable de transposer les activités du plan d'action régional selon le mode d'organisation en place dans les CLSC (approche clientèle). Il importe également de distinguer les activités et les services prévus selon les grandes fonctions de santé publique ainsi que les activités plus spécifiques à la gestion du plan d'action. Le

schéma qui suit illustre la répartition par clientèle des activités du plan d'action régional de santé publique tant au niveau des services offerts que des activités de gestion du plan d'action régional.



Par ailleurs, il apparaît important de cerner le niveau d’engagement actuel du réseau face à ce plan d’action ainsi que les écarts à combler au cours des prochaines années. Ainsi, l’évaluation de l’implantation des activités et des services du PNSP indique que la Direction de la santé publique et les CLSC de la région travaillent déjà activement sur plus de 70 % des activités ou des services prévus au plan d’action régional.

TABLEAU 7.1 État d’avancement des activités du plan d’action régional selon le domaine d’intervention et le niveau de responsabilité						
Domaine d’intervention	Palier local			Palier régional		
	À maintenir	À consolider	À implanter	À maintenir	À consolider	À implanter
Développement, adaptation et intégration sociale		8	3		7	3
Habitudes de vie et maladies chroniques	3	8	8	3	5	5
Traumatismes non intentionnels	2	1	4	2	2	1
Maladies infectieuses	8	3	1	8	1	5
Santé environnementale	3	1	2	7	4	
Santé en milieu de travail	5	2	1	4		2
Total	21 (33 %)	23 (37 %)	19 (30 %)	24 (41 %)	19 (32 %)	16 (27 %)

En effet, la compilation de l’état d’implantation des activités (¶ : À maintenir, · : À consolider ou compléter implantation, , : À implanter) montre qu’au Bas-Saint-Laurent il reste 19/63 activités ou services à implanter au palier local, alors qu’au palier régional il reste 16/59 activités à développer. Cet état de situation permet d’affirmer que la mise en œuvre du plan d’action régional de santé publique est déjà bien amorcée.

En termes de financement, cette compilation permet également de constater que le réseau dispose déjà d’une partie importante du financement requis. Toutefois, il demeure essentiel de procéder à une analyse détaillée avec les établissements locaux afin de valider cet état de situation et de préciser les engagements financiers qui seront requis pour maintenir, consolider ou implanter les différentes activités ou services du plan d’action régional de santé publique.

Pour les activités qui sont spécifiquement à implanter, le travail se fera de façon progressive au cours des trois prochaines années. Sa réalisation

sera fonction du financement consenti au palier provincial ou à même l'enveloppe régionale de santé. L'implantation dépendra également du soutien accordé par les différentes instances provinciales (INSPQ, MSSS, Comité thématiques) au regard du transfert d'expertise et de la diffusion des outils prévus au PNSP.

10. Surveillance de l'état de santé de la population

La surveillance de l'état de santé de la population est l'une des quatre fonctions de santé publique dont les attentes sont précisées dans la Loi sur la santé publique ainsi que dans le *Programme national de santé publique*. Cette fonction se distingue sensiblement des fonctions de protection, de prévention et de promotion du fait qu'elles se situent en marge des interventions et des services à l'endroit de la population.

Plus particulièrement, l'article 33 de la Loi sur la santé publique précise que :

« Une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants doit être exercée de façon à pouvoir :

- 1° dresser un portrait global de l'état de santé de la population;
- 2° observer les tendances et les variations temporelles et spatiales;
- 3° détecter les problèmes en émergence;
- 4° identifier les problèmes prioritaires;
- 5° élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population;
- 6° suivre l'évolution au sein de la population de certains problèmes spécifiques de santé et de leurs déterminants. »

Les finalités et les activités attendues en surveillance de l'état de santé de la population sont par ailleurs décrites au *Programme national de santé publique*. Les finalités identifiées sont de :

- informer la population sur son état de santé;
- soutenir la prise de décision et le processus de planification des services par l'identification des problèmes prioritaires et des problèmes émergents;
- contribuer à la révision des orientations et des choix;
- contribuer à l'évaluation des plans d'action régionaux et locaux par le suivi des indicateurs de résultats;
- soutenir la prise de décision dans les secteurs d'activité connexes dont les actions, les services ou les politiques peuvent avoir des effets sur la santé.

La fonction de surveillance s'exerce à travers chacun des domaines d'intervention sans toutefois s'y limiter. Elle permet de préciser les problèmes les plus importants et les déterminants sur lesquels doivent porter les activités offertes en vue d'améliorer l'état de santé de la

population, même s'ils ne sont pas visés par l'un ou l'autre des domaines du *Programme national de santé publique*. Elle permet également de mesurer le degré d'atteinte des objectifs de résultats visés par ces activités.

Afin d'assumer leurs responsabilités respectives, le MSSS et l'ensemble des directions de santé publique ont mis sur pied un groupe de travail qui a élaboré un plan commun de surveillance pour le Québec. Conformément aux dispositions de la Loi, ce document a été déposé, pour avis, au Comité d'éthique de la santé publique et sera soumis par la suite à la Commission d'accès à l'information. De plus, le MSSS assumera la responsabilité des activités reliées à l'alimentation en données régionales pour les indicateurs prévus au plan commun de surveillance.

10.1 Les activités en surveillance

Au palier régional, le directeur de santé publique, après analyse du plan commun de surveillance adopté, décidera s'il adopte le plan commun tel qu'élaboré ou s'il procède à l'élaboration d'un plan de surveillance régional. Dans l'éventualité où le plan de surveillance commun nécessiterait l'ajout d'indicateurs, le directeur de santé publique élaborera un plan de surveillance régional, lequel sera soumis aux instances prévues par la loi. Les démarches pour obtenir les données requises, non prévues par le plan commun de surveillance, seront effectuées par le directeur de santé publique. De plus, des activités seront planifiées de manière à assurer l'alimentation des données au palier local, notamment, celles nécessitant la tenue d'enquête de santé. Enfin, les activités en surveillance se situeront principalement au plan de la production et de la diffusion de l'information (tableau 6.2).

Tableau 7.2 Activités régionales en surveillance

Plan de surveillance

- Adopter les plans communs de surveillance
- Adapter, s'il y a lieu, les plans communs de surveillance pour la région
- Déposer, le cas échéant, les plans de surveillance révisés au Comité d'éthique et à la Commission d'accès à l'information

Alimentation en données

- Effectuer les démarches auprès du MSSS pour la tenue d'enquêtes de santé par territoires locaux de services
- Effectuer les démarches pour l'obtention des données détenues par des organismes tiers non prévues au plan commun de surveillance

Production d'information

- Tenir à jour les données sur les objets de surveillance prévus au plan de surveillance par la création de tableaux de bord et leur alimentation sur une base continue
 - données qui font l'objet d'une collecte systématique au MSSS ou d'organismes tiers
 - données provenant des enquêtes de santé
 - données provenant des recensements et des estimations de population
- Produire un bilan annuel de l'état de santé, des problèmes de santé et des déterminants
 - analyse de l'évolution des données se rapportant à l'état de santé, aux problèmes de santé et aux déterminants
- Produire un rapport sur l'évolution des données de l'état de santé, des problèmes de santé et de leurs déterminants selon la fréquence des enquêtes de santé
- Produire un rapport sur les implications de l'évolution de ces données pour la planification des interventions et des services : problèmes prioritaires, problèmes en émergence, cibles d'intervention et population vulnérable
- Produire un recueil de données sur la population, l'état de santé, les problèmes de santé et les déterminants et mise à jour aux 5 ans
- Répondre aux demandes d'information d'établissements du réseau de la santé, d'organismes communautaires et d'organismes publics hors réseau.

Diffusion

- Chapitre sur l'état de santé de la population dans le rapport du directeur régional de santé publique
- Publication bisannuelle sur l'état de santé et ses déterminants : évolution et tendance, principaux problèmes de santé en termes de mortalité précoce et de morbidité, identification des cibles d'intervention
- Publication annuelle sur l'atteinte des objectifs de résultats mesurables des plans d'action régionaux et locaux
- Publication du recueil de données

11. Évaluation du plan d'action régional de santé publique (suivi de gestion)

La Loi sur la santé publique prévoit aux articles 11 et 14 que les régies régionales et les établissements de santé et de services sociaux qui exploitent un centre local de services communautaires doivent, notamment, évaluer en concertation le plan d'action régional et les plans d'action locaux.

L'article 16 de la Loi sur la santé publique précise que le *Programme national de santé publique*, les plans d'action régionaux et les plans d'action locaux doivent comporter des mécanismes de reddition de compte et un cadre d'évaluation des résultats.

Le cadre d'évaluation inscrit au *Programme national de santé publique* identifie quatre types d'évaluation, soit :

- § la mesure de la performance des fonctions de santé publique;
- § le suivi de l'implantation des activités;
- § le suivi des indicateurs mesurant le degré d'atteinte des objectifs;
- § des études évaluatives réalisées de façon *ad hoc*.

Afin d'assumer cette responsabilité, le MSSS et l'ensemble des directions de santé publique ont mis sur pied un groupe de travail qui assurera un suivi de gestion du PNSP pour le Québec. C'est ce groupe de travail qui procédera à :

- § l'identification et la définition des indicateurs de suivi de gestion;
- § l'élaboration des modalités de collecte d'information;
- § l'analyse de l'information au palier provincial et la production de rapports.

Au palier régional et local, les activités prévues en matière d'évaluation consistent essentiellement à décrire et à analyser l'implantation ainsi que l'atteinte des résultats mesurables des plans d'action régionaux et locaux de manière à assumer les obligations au regard du suivi de gestion et du rapport annuel de gestion. Pour atteindre ces objectifs, les activités d'évaluation seront concentrées sur les aspects suivants :

- § identification des cibles d'action et des indicateurs des plans d'action régionaux et locaux;

- § définition des indicateurs de suivi de gestion pour les cibles régionales non prévues au PNSP;
- § collecte d'information, analyse et production de rapports.

Les activités à réaliser dans la région pour assurer le suivi de gestion sont identifiées au tableau 7.3.

TABLEAU 7.3 Activités à réaliser pour assurer l'évaluation du plan d'action régional de santé publique

Principales activités

- Préciser les cibles d'action et les indicateurs
- Adopter les fiches élaborées au palier national et régional ou élaborer des fiches précisant les indicateurs (définition, interprétation, méthode de calcul, unités de mesure, ventilation, sources, périodicité, processus et les attentes signifiées) pour les cibles régionales non prévues au PNSP
- Mettre en place le processus de collecte de données et en assurer le suivi
- Procéder à une analyse périodique et à la rédaction d'un état de situation

Productions attendues

- État de situation périodique
- Section résultats du Rapport annuel de gestion

12. Plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Jusqu'à ce jour, lorsque survenait sur le territoire une situation qui présentait une menace ou une menace appréhendée pour la santé de la population, les instances régionales de santé publique pouvaient compter sur une collaboration volontaire des ressources du réseau de la santé.

L'adoption de la Loi sur la santé publique (L.R.Q. 36, art. 12, 97) est venue préciser les dispositions relatives à ces situations. C'est ainsi que le plan d'action régional doit comporter un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et des services sociaux du territoire. Plus précisément, il est stipulé que :

12. Le plan d'action régional doit comporter un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire, lorsque le directeur de santé publique en a besoin pour effectuer une enquête épidémiologique ou pour prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour protéger la santé de la population lorsqu'elle est menacée (2001, c. 60, a. 12).

97. Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut mettre en opération le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire prévu au plan d'action régional de santé publique et celles-ci sont alors tenues de se conformer aux directives du directeur (2001, c. 60, a. 97).

Le plan de mobilisation vise donc à définir les notions « de menaces à la santé », « de menaces appréhendées à la santé » ainsi que la notion « d'épidémie ». Le plan doit préciser les conditions de mise en opération du plan de mobilisation ainsi que le mécanisme de mise en opération du plan. Ce plan, décrit en annexe, doit faire l'objet d'une validation et d'une acceptation par les instances locales exploitant un centre local de services communautaires. Cette phase de travail sera complétée lors de l'élaboration et l'adoption des plans d'action locaux.

CONCLUSION

L'adoption de la Loi sur la santé publique, en décembre 2001, a fourni au réseau de la santé les outils nécessaires pour effectuer une révision en profondeur de son intervention en matière de santé publique. L'adoption du *Programme national de santé publique*, en novembre 2002, accompagné des plans d'action régionaux et locaux en sont les manifestations les plus tangibles.

Dans ce sens, le plan d'action régional pour la période 2004-2007 permet aux instances de la région de réviser ensemble les activités offertes en santé publique afin de recentrer nos actions en fonction des nouvelles cibles prioritaires et des particularités de notre milieu.

Il va de soi que ce processus doit être interactif, progressif et dynamique pour générer les réajustements attendus par le législateur lors de l'adoption de la Loi sur la santé publique. Encore une fois, il est bon de souligner que notre région se situe en position avantageuse en termes d'état d'avancement des activités inscrites au PNSP et au regard des liens de concertation établis localement.

Le processus de préparation des plans d'action locaux qui découleront de ce plan d'action régional représentera la seconde grande étape de travail pour consolider nos activités, tant en termes de financement que d'amélioration de la qualité des interventions.

C'est par la mise en place de l'ensemble de ce processus qu'il nous sera possible de respecter nos engagements, notamment, en ce qui concerne la reddition de compte pour les activités de santé publique.

Annexe 1

Sommaire des 19 objectifs opérationnels selon les domaines d'intervention de santé publique

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS SELON LES DOMAINES	LES CIBLES D'ACTION (61 ACTIVITÉS OU SERVICES) À RÉALISER AU NIVEAU LOCAL
Développement, adaptation et intégration sociale 1. Activités de soutien à la clientèle vulnérable (COSMOSS)	1. Programmation intégrée 0-5 ans , Intervention en milieu scolaire défavorisé primaire 1 ^{er} cycle (mesure sélective Fluppy) , Projets d'intervention globale concertée en milieu scolaire (de type Écoles et milieux en santé) . Action locale de concertation en matière de sécurité alimentaire .
2. Activités de soutien à l'allaitement maternel	2. Création du réseau « Amis des bébés » en allaitement maternel , , Application des mesures cliniques préventives et counselling (allaitement, suivi de grossesse, périnatalité) .
3. Cliniques jeunesse, planning des naissances et périnatalité	3. Intervention jeunesse en sexualité et en planning de type « clinique jeunesse » , Application des mesures cliniques préventives et counselling (suicide, alcool, planning, suivi de grossesse, périnatalité) .
4. Santé mentale, suicide, violence et consommation abusive de substances	4. Interventions de réduction de l'accès aux moyens et de banalisation (en matière de suicide et violence) , , Création de réseaux de sentinelles en prévention du suicide , , Mesures de repérage des cas d'agression sexuelle et de violence conjugale .
Habitudes de vie et maladies chroniques 5. Services préventifs des maladies chroniques chez les enfants et les adolescents	5. Projet d'action globale et concertée en milieu scolaire ciblé : promotion/prévention en matière de saines habitudes de vie (alimentation, activité physique, tabagisme) , , Promotion/prévention des maladies bucco-dentaires (0-15 ans) : actions préventives individualisées (application topique de fluorure ¶, projet pilote de vernis fluoruré 2-4 ans , , application d'agents de scellement dentaire ,), Promotion de la création d'environnements et de contextes d'activités sécuritaires et accessibles (Québec en forme ,)
6. Création de milieux de vie sains et sécuritaires	6. Clubs de marche , Transport actif , ViActive . À vous de jouer , , Promotion de la fluoruration des eaux , , Participer aux projets de type 0-5-30 ,
7. Services préventifs cliniques en maladies chroniques : activités de soutien et d'enseignement	7. Activités d'enseignement et de prévention : clinique asthme/MPOC ¶, services diététiques (counselling long) , , clinique diabète/maladies coronariennes , , counselling bref par les professionnels de la santé (tabac) , , Centre d'abandon du tabagisme .
8. Services de dépistage systématique de certaines maladies chroniques dont le cancer du sein	8. Mammographie , PQDCS : centres de dépistage et centres de référence pour l'investigation désignés : Programme d'agrément et certification en mammographie ¶, PQDCS : Mise en place de mécanismes locaux d'assurance de la qualité en lien avec le palier régional ,
Prévention des traumatismes non intentionnels 9. Activités de prévention des blessures chez les enfants et les adolescents	9. Volet prévention des traumatismes dans le programme intégré 0-5 ans ¶, Service de prêts de dispositifs de retenue pour enfants DRE et d'activités de promotion de leur utilisation , , Mesure d'accessibilité au casque pour cycliste et activité de promotion sur la sécurité à bicyclette ¶
10. Services de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile	10. Soutien à l'intervention communautaire préventive (promotion mesures multifactorielles) Interventions médicales préventives (promotion et soutien auprès des cliniciens) , , Service d'interventions interdisciplinaires préventives (promotion mesures multifactorielles) , ,
11. Soutien régional à la création de milieux de vie sécuritaires	11. Collaborer aux activités de représentations intersectorielles ,

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS SELON LES DOMAINES	LES CIBLES D’ACTION (61 ACTIVITÉS OU SERVICES) ARÉALISER AU NIVEAU LOCAL
<i>Maladies infectieuses</i>	
12. Services de vaccination auprès des enfants et des clientèles ciblées	12. Gestion des produits immunisants ¶, Acte vaccinal ¶ fiche de consentement , Système d’information vaccinale ., ESPRI ¶, Mesure de la couverture vaccinale .
13. Services de prévention pour le VIH-VHC et les ITS	13. Prévention auprès des adolescents et des adultes de groupes vulnérables pour le VIH-Sida, VHC, ITS ¶, Cliniques ITS et services intégrés de dépistage ., Interventions visant l’échange et la récupération de seringues ¶
14. Services de protection en lien avec l’ensemble des maladies infectieuses	14. Prise en charge des contacts étroits de tuberculose contagieuse ¶, Évaluation initiale, suivi et traitement des immigrants sur la tuberculose ¶, Participation aux enquêtes épidémiologiques (chap. XI, L.R.Q. 36) ¶
<i>Santé environnementale</i>	
15. Soutien régional à la prévention et au contrôle des problèmes de santé associés à l’exposition à des contaminants environnementaux	15. Sensibilisation et prise en charge des personnes vulnérables et de celles exposées au pollen de l’herbe à poux et aux rayons ultraviolets É, Distribution d’outils de sensibilisation en santé environnementale ¶
16. Services de protection de la santé de la population associés à l’exposition à des contaminants environnementaux	16. Soutien à la conduite d’enquête épidémiologique et soutien à l’organisation d’activités appropriées lorsque sont signalées des éclosions ou des intoxications reliées à l’eau, notamment, lors de dépassement des normes pour les <i>E. coli</i> fécaux ¶, Prise en charge initiale des signalements par la population de problèmes de santé concernant la qualité de l’air intérieur (via Info-Santé) ¶, Participation à la planification et à la mise en œuvre du plan des mesures d’urgence du réseau de la santé et des services sociaux ¶, Notification des problèmes de santé liés à l’exposition à des contaminants environnementaux ¶
<i>Santé en milieu de travail</i>	
17. Services préventifs aux employeurs et aux travailleurs sur l’élimination des facteurs de risque présents dans les milieux de travail	17. Élimination ou contrôle des facteurs de risque en milieu de travail : <i>Bruit et surdité professionnelle</i> ¶, <i>Intoxications professionnelles</i> É, <i>Asthme professionnel</i> É, <i>Diminution incidences pneumoconiose</i> ¶, <i>Maladies infectieuses professionnelles</i> ¶, <i>Prévention des traumatismes</i> (organisation des premiers secours et des premiers soins) ¶,
18. Service de protection visant le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite	18. Services de protection pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent : PMSD : Programme pour une maternité sans danger ¶
19. Support aux services de réparation (indemnisation) de la CSST	19. Évaluation rétrospective de l’exposition d’un travailleur à un contaminant ¶

Légende : niveau de réalisation ¶ À maintenir . À consolider ou compléter implantation , À implanter

Annexe 2

Le présent document est en partie inspiré du document produit sur le même sujet par le docteur Reno Proulx, chef du Service de protection de la santé publique à la Direction de la santé publique et de l'évaluation (DSPÉ) de l'Agence de développement de réseaux locaux de la santé et des services sociaux de l'Estrie et par le docteur Pierre Robillard et madame Madeleine Tremblay de la Direction de santé publique des Laurentides.

Plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

CONTEXTE LÉGAL

L'adoption de la Loi sur la santé publique (LRQ 36 art 12, 97) est venue préciser les dispositions relatives à ces situations. C'est ainsi que le plan d'action régional doit comporter un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et des services sociaux du territoire. Plus précisément, il est stipulé que :

12. Le plan d'action régional doit comporter un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire, lorsque le directeur de santé publique en a besoin pour effectuer une enquête épidémiologique ou pour prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour protéger la santé de la population lorsqu'elle est menacée (2001, c. 60, a. 12).

97. Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut mettre en opération le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire prévu au plan d'action régional de santé publique et celles-ci sont alors tenues de se conformer aux directives du directeur (2001, c. 60, a. 97).

Notion de menace à la santé

La Loi définit déjà dans son article 2 ce qu'est une menace à la santé et identifie clairement qui sont les autorités de santé publique :

2. Certaines mesures édictées par la présente loi visent à permettre aux autorités de santé publique d'exercer une vigie sanitaire au sein de la population et à leur donner les pouvoirs pour intervenir lorsque la santé de la population est menacée.

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

Les autorités de santé publique visées par la présente loi sont le ministre de la santé et des services sociaux, le directeur national de santé publique nommé en vertu de la Loi sur le ministère de la santé et des services sociaux (chapitre M-19.2) et les directeurs de santé publique nommés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre

S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5) (2001, c. 60, a. 2; 2002, c. 38, a. 13).

Notion de menace appréhendée à la santé

La menace à la santé décrite à l'article 2 cité plus haut peut être réelle, mais elle peut aussi n'être qu'appréhendée. Dans les deux cas, le directeur de santé publique doit procéder à une enquête épidémiologique et il peut mettre en marche le plan de mobilisation des ressources si la situation l'y oblige. L'article 96 prévoit cette subtilité :

96. Un directeur de santé publique peut procéder à une enquête épidémiologique dans toute situation où il a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être... (2001, c. 60, a. 96).

Notion d'épidémie

L'article 2, cité plus haut indique encore qu'une menace à la santé survient lorsqu'un agent est « susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée ».

Une épidémie se définit par la survenue dans une communauté ou une région d'un nombre de cas d'une maladie manifestement en excès du nombre normalement attendu. Le seuil épidémique variera par exemple avec l'agent en cause, l'importance et le type de la population exposée, la présence ou l'absence d'exposition à l'agent au cours des dernières années. Le caractère épidémique fait donc référence à la fréquence habituelle de survenue d'une maladie dans une même région, dans une population spécifique, à la même période ou saison de l'année.

Dans certaines situations, la survenue d'un seul cas d'une maladie infectieuse longtemps absente dans une population ou d'une maladie qui n'était pas présente antérieurement dans une région constitue une urgence épidémiologique; la survenue de deux cas d'une telle maladie associés dans le temps et l'espace indique une évidence de transmission suffisante pour qu'on parle d'épidémie.

CONDITIONS DE MISE EN OPÉRATION DU PLAN DE MOBILISATION

L'article 97 cité plus haut définit les conditions de mise en opération du plan de mobilisation.

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

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

Étapes de mise en opération du plan de mobilisation

- ✓ Identification d'une menace à la santé dont la gestion dépasse les capacités de réponse de la direction régionale de santé publique;
- ✓ enclenchement du plan de mobilisation;

- ✓ réquisition du personnel nécessaire, d'abord des établissements à mission CLSC des territoires concernés, puis, si c'est nécessaire, des autres établissements de la région;
- ✓ formation intensive du personnel réquisitionné et placé sous l'autorité de la directrice régionale de santé publique;
- ✓ réalisation de l'intervention de santé publique afin de contrôler ou d'enrayer la menace à la santé de la population;
- ✓ désactivation du plan de mobilisation et évaluation de l'intervention de santé publique.

Plus en détail chacune des étapes de mise en opération du plan de mobilisation ainsi que les implications qui en découlent se traduisent comme suit :

Étape 1 Identification d'une menace à la santé dont la gestion dépasse les capacités de réponse du service de protection de la santé publique de la DSPPÉ

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

- une infirmière à temps complet affectée plus particulièrement aux enquêtes épidémiologiques;
- un médecin coordonnateur à temps complet, deux médecins à demi-temps en maladies infectieuses et en santé environnementale;
- un agent de planification en santé environnementale;
- un agent de recherche en maladies infectieuses
- une secrétaire à demi-temps.

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

Étape 2 Évaluation de la capacité de réponse des autres services de la DSPPÉ

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

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

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

La direction de santé publique et les représentants des établissements à mission CLSC doivent identifier la façon la plus appropriée d'informer les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du déclenchement du plan de mobilisation.

L'approche recommandée consiste à acheminer l'information au cadre assurant la garde pour l'établissement concerné, en lui indiquant la catégorie et le nombre de professionnels requis pour la gestion de la menace ayant conduit au déclenchement du plan de mobilisation. Ce cadre aura ensuite la responsabilité de communiquer cette réquisition de ressources humaines aux gestionnaires de son établissement en mesure de répondre à cette demande.

Chacun des gestionnaires interpellés entrera alors en contact avec la DSPPÉ pour indiquer le nombre d'employés des catégories sollicitées pouvant être mobilisés à ce moment précis, et recevra à son tour l'information à transmettre à ses employés quant aux modalités d'opération (date, heure et lieu de la formation intensive, nature des tâches à accomplir, etc.).

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

En conformité avec les modalités d'application du déclenchement du *Plan régional des mesures d'urgence de santé et de services sociaux de Bas-Saint-Laurent*, l'application du plan de mobilisation des ressources touchera d'abord les établissements de santé et de services sociaux du territoire concerné par la menace à la santé de la population.

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

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

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

La DSPPÉ a la responsabilité d'organiser dans les plus brefs délais les activités de formation nécessaires afin que les membres du personnel dont les services sont réquisitionnés soient habilités à remplir les tâches qui leur seront confiées.

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

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

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

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

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

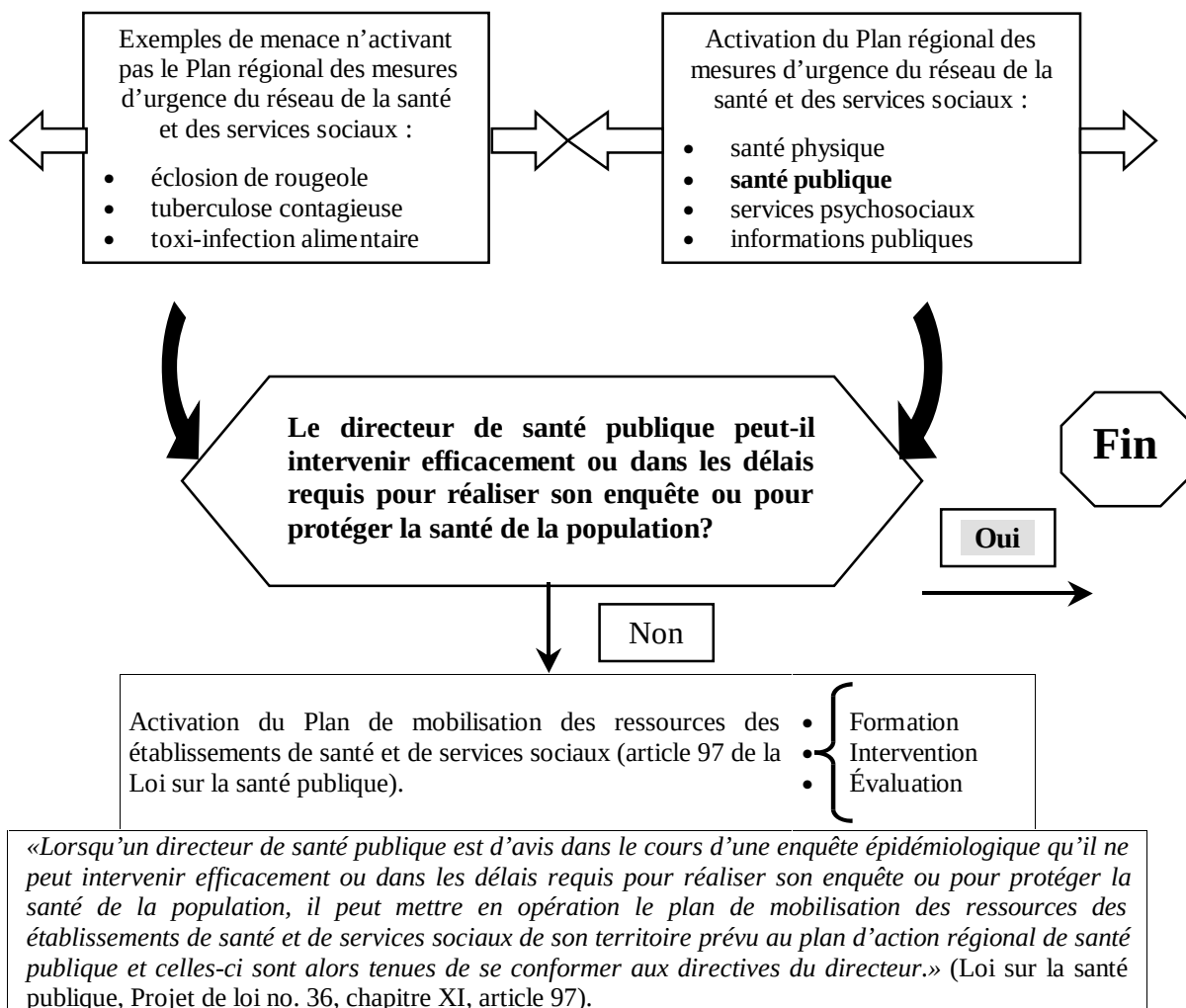
Tâches dévolues à la Direction régionale de santé publique

- ✓ Coordonner son action, le cas échéant, avec le Plan régional des mesures d'urgence
- ✓ Vérifier la pertinence de mettre en marche d'autres plans d'urgence spécifiques déjà existants, par exemple, les plans propres à l'influenza, la variole, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), l'infection par le virus du Nil occidental (VNO), etc.
- ✓ Déclencher la mise en œuvre du plan de mobilisation
- ✓ Préciser le contexte de la menace à la santé et la nature des tâches à accomplir
- ✓ Préciser la catégorie et le nombre de ressources humaines nécessaires
- ✓ Préciser la période de temps anticipée et les lieux où se réalisera l'intervention (par exemple, locaux de l'établissement sollicité ou de la direction de santé publique)
- ✓ Coordonner l'intervention
- ✓ Assumer l'autorité fonctionnelle et professionnelle sur les ressources humaines réquisitionnées
- ✓ Offrir la formation appropriée : préparer le contenu et établir les modalités (par exemple, documents écrits, rencontres, conférences téléphoniques)
- ✓ Soutenir le processus de contrôle de la qualité de l'intervention
- ✓ Assurer la surveillance épidémiologique
- ✓ Effectuer les études et analyses nécessaires
- ✓ Transmettre les informations nécessaires à la population, au ministère et aux partenaires concernés
- ✓ Désactiver le plan de mobilisation
- ✓ Évaluer l'intervention et produire les rapports appropriés
- ✓ Tenir à jour la liste des personnes responsables à contacter advenant le déclenchement du plan de mobilisation

Tâches dévolues aux établissements sollicités

- ✓ Fournir à la Direction régionale de santé publique le numéro de téléphone à composer permettant de rejoindre en tout temps une personne responsable pour mettre en marche le plan de mobilisation. Ce numéro devrait être permanent, ne pas nécessiter de mise à jour périodique et ne pas être attaché à un individu en particulier
- ✓ Identifier les personnes responsables à contacter advenant le déclenchement du plan de mobilisation et la façon de les rejoindre
- ✓ Dégager les ressources humaines requises par la mise en œuvre du plan de mobilisation
- ✓ Informer les ressources humaines réquisitionnées sur la tâche attendue d'elles et sur les nouvelles lignes d'autorité fonctionnelle et professionnelle durant la durée de l'intervention
- ✓ Effectuer les tâches de première ligne demandées par la directrice de santé publique ou sa représentante ou son représentant (par exemple, enquêtes épidémiologiques auprès des personnes, vaccinations, tests de dépistage, transmission d'information, distribution de matériel de protection)
- ✓ Participer au processus de contrôle de la qualité de l'intervention
- ✓ Recueillir les données nécessaires au suivi et à l'analyse de l'intervention
- ✓ Transmettre ces données à la Direction de santé publique

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



Définitions	
Menace	«On entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée.» (Loi sur la santé publique, Projet de loi no. 36, chapitre I, article 2).
Sinistre interne significatif	Sinistre limité à un établissement, mais suffisamment important pour nécessiter le support des autres établissements et de l'Agence de santé et de services sociaux.
Sinistre majeur	«Un événement dû à un phénomène naturel, une défaillance technologique ou un accident découlant ou non de l'intervention humaine, qui cause de graves préjudices aux personnes ou d'importants dommages aux biens et exige de la collectivité affectée des mesures inhabituelles, notamment une inondation, une secousse sismique, un mouvement de sol, une explosion, une émission toxique ou une pandémie.» (Loi sur la sécurité civile, LRQc. P-173 article 2, paragraphe 1).

**Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux**

Québec
Bas-Saint-Laurent

