

Plan d'action régional de santé publique 2004-2007

Rapport du bilan d'implantation

Direction de santé publique
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Septembre 2008

Rédaction du document :

Nathalie Dubé, agente de recherche sociosanitaire

Avec la collaboration de :

Christiane Paquet, coordonnatrice en santé communautaire

Christian Bernier, directeur régional de santé publique

Denis Loiselle, coordonnateur en maladies infectieuses

Révision linguistique et orthographique :

Claudine Lamontagne, agente administrative

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont participé au bilan du PAR 2004-2007. La liste de ces personnes est présentée en annexe.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN : 978-2-923129-59-4 (version imprimée)
978-2-923129-67-9 (version électronique)

Note au lecteur :

Le masculin est utilisé pour alléger le texte, mais le cas échéant représente le féminin autant que le masculin.

Table des matières

Introduction	3
Le contexte entourant le bilan du PAR	3
Les objectifs du bilan du PAR	4
La méthode utilisée pour faire le bilan du PAR	4
Les résultats du bilan du PAR	7
Section 1 :	
Les activités de santé publique déployées dans la région en 2004-2007	8
1.1 Niveau de déploiement global des activités de santé publique et appréciation des CSSS et du ROCGÎM eu égard à l'impact du soutien de la DSP sur le déploiement des activités	8
1.2 Les activités en lien avec le développement, l'adaptation et l'intégration sociale et les habitudes de vie des jeunes et des familles.....	12
1.3 Les activités en lien avec le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des adultes	26
1.4 Les activités en lien avec les habitudes de vie et les maladies chroniques chez les adultes	32
1.5 Les activités en lien avec les traumatismes non intentionnels.....	41
1.6 Les activités en lien avec les maladies infectieuses	44
1.7 Les activités en lien avec la santé environnementale	51
1.8 Les activités en lien avec la santé au travail	56
Section 2 :	
Les modalités de mise en œuvre du PAR 2004-2007	61
2.1 L'exercice de planification annuelle de la DSP	61
2.2 Le bilan annuel des réalisations de la DSP.....	61
2.3 La mise en place du comité régional sur le programme Santé publique.....	62
2.4 Le soutien aux CSSS dans l'élaboration de leur PAL.....	65
Section 3 :	
Défis et enjeux pour les prochaines années	68
3.1 Défis et enjeux dans les grands domaines du PAR.....	68
3.2 Enjeux stratégiques associés au PAR 2009-2012 et à sa mise en œuvre	76
3.3 Pour une meilleure appropriation et connaissance du PAR 2009-2012	80
Conclusion.....	82
Références	87
Annexe : Liste des participants au bilan du PAR 2004-2007	89

Introduction

Le présent rapport fait état des résultats qui se dégagent du bilan du premier cycle d'implantation du *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 pour la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine* (PAR). Nous rappelons d'abord dans cette introduction le contexte ayant entouré la réalisation du bilan du PAR ainsi que les objectifs poursuivis par le bilan, et décrivons sommairement la méthode utilisée pour réaliser celui-ci. Après cette courte introduction, nous présentons les résultats se dégageant du bilan. Puis, nous terminons le rapport par une conclusion où nous résumons l'essentiel des résultats sur ce premier cycle d'implantation du PAR. Mais d'abord, voici un rappel du contexte ayant entouré la réalisation de ce bilan.

Le contexte entourant le bilan du PAR

En 2004, la Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (DSP) rendait public son PAR couvrant la période 2004-2007. Rendue au terme du premier cycle d'implantation de son PAR, la DSP a entrepris en octobre 2007 une démarche de révision dont l'une des étapes est de faire le bilan de ce plan d'action, conformément aux attentes du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et à l'article 11 de la Loi sur la santé publique :

« Les agences doivent, en concertation notamment avec les établissements qui exploitent un centre local de services communautaires sur leur territoire, élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action régional de santé publique. Ce plan d'action doit être conforme aux prescriptions du programme national de santé publique et il doit tenir compte des

spécificités de la population du territoire de l'agence. » (2001, c. 60, a. 11; 2005, c. 32, a. 308)

Rappelons par ailleurs que le premier cycle d'implantation du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) a aussi été complété. Le MSSS a ainsi procédé, au cours de la dernière année, à la révision du PNSP et la nouvelle version de celui-ci a été rendue publique en mai 2008 (MSSS, 2008). Le *PNSP 2003-2012 – Mise à jour 2008* comporte plusieurs modifications et nouveautés dont certaines découlent des résultats issus de l'évaluation d'implantation du programme que le MSSS a entreprise depuis 2003.

Au niveau régional, la DSP a aussi mené divers travaux d'évaluation de l'implantation du PAR au cours de son premier cycle, certains plus formels que d'autres. Par exemple, la DSP a contribué dans les dernières années à l'évaluation de l'implantation du PNSP en fournissant des données régionales sur des indicateurs de gestion, et ce, en collaboration avec les CSSS. Également, depuis la mise en œuvre du PAR en 2004, la DSP produit chaque année un bilan des actions menées par ses professionnels afin de soutenir l'implantation des programmes jugés requis en santé publique dans la région. Ce bilan est inclus dans le rapport annuel de gestion de l'agence. Outre ces données plus quantitatives et administratives, les professionnels de la DSP détiennent des données plus qualitatives, mais non moins importantes, sur les programmes dont ils ont la responsabilité et sur la mise en œuvre de ceux-ci dans les territoires locaux. Finalement, les rencontres du comité régional de santé publique ont été depuis deux ans des occasions uniques de mieux connaître la réalité des réseaux locaux de services, notamment les liens entre les

organismes communautaires et les CSSS, la place de la santé publique au local et les difficultés rencontrées par les CSSS dans l'élaboration et l'implantation de leur PAL.

Ainsi, avant la réalisation du présent bilan, la DSP possédait déjà plusieurs informations sur la mise en œuvre du PAR depuis 2004. Il suffisait de systématiser ces informations et de les mettre ensemble dans un tout cohérent de manière à en dégager les enseignements utiles pour la révision du PAR. C'est ce qui a été fait dans le cadre du présent bilan d'implantation du PAR et ce sont les résultats qui se dégagent de celui-ci que nous présentons à l'intérieur de ce rapport. Mais d'abord, nous rappelons les objectifs que la DSP poursuivait plus précisément par le bilan ainsi que la méthode utilisée pour le faire. À la suite de quoi, nous faisons état des résultats du bilan et terminons par une courte conclusion.

Les objectifs du bilan du PAR

Le PAR a pour but de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine par un ensemble d'activités de santé publique de qualité, efficaces et accessibles sur tous les territoires locaux de la région. Parmi ces trois dimensions, à savoir la qualité, l'efficacité et l'accessibilité, seule cette dernière a été l'objet du présent bilan. Plus précisément, les objectifs étaient les suivants :

1. Rendre compte du niveau de déploiement en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine des quelque 90 activités du PNSP¹ qui étaient à déployer en 2004-

¹ Certaines activités du PNSP se déclinaient en différentes composantes. Par exemple, l'activité *Établissement de l'initiative « Amis des bébés »* comportait deux composantes, à savoir *Dans les services de maternité des CH* et *Dans les CLSC*. Cette activité compte donc pour deux activités.

2007 et dans la mesure où les informations sont disponibles et pertinentes, des clientèles et populations rejointes par les activités.

2. Identifier les conditions favorables et les obstacles au déploiement des activités de santé publique dans la région en 2004-2007 en examinant notamment l'appréciation des CSSS et du ROCGÎM eu égard à l'impact des actions de soutien de la DSP sur le déploiement des activités.
3. Rendre compte des modalités de mise en œuvre du PAR réalisées au cours de son premier cycle et évaluer dans quelle mesure elles ont aidé au déploiement des activités de santé publique tant à l'échelle régionale que locale.
4. Identifier à l'échelle régionale et à l'échelle locale les enjeux stratégiques associés au PAR et à sa mise en œuvre.

La méthode utilisée pour faire le bilan

Compte tenu des objectifs poursuivis, les personnes faisant partie des deux groupes suivants ont été sollicitées pour participer au bilan du PAR :

- Les vingt et un professionnels, médecins-conseils et cadres de la DSP responsables des programmes de santé publique contenus dans le PAR 2004-2007 ainsi qu'un professionnel de la Direction des services sociaux et communautaires de l'agence (DSSC)²;
- Les treize membres du comité régional de santé publique parmi lesquels six représentent les cinq CSSS de la région, trois le Regroupement des organismes communautaires de la région (ROCGÎM) et quatre la Direction de santé publique, dont le directeur de santé publique.

² Afin de ne pas alourdir le texte, ce groupe est désigné par les professionnels de la DSP dans le reste du document.

Précisons tout de suite que la collecte de données s'est effectuée de la mi-décembre 2007 à la mi-mars 2008 et qu'avant d'être diffusé, le présent rapport a été soumis pour validation finale à toutes les personnes y ayant participé.

Le bilan auprès des professionnels de la DSP

Le bilan auprès des professionnels de la DSP s'est fait de façon individuelle ou en équipe lorsque plusieurs professionnels travaillent sur des dossiers communs (périnatalité, suicide et cancer du sein). Dans ce dernier cas, un seul questionnaire a été rempli pour toute l'équipe.

Cela dit, les professionnels ont été invités à remplir une grille comportant diverses questions en lien avec les premier et deuxième objectifs définis précédemment, ainsi qu'avec le quatrième. Pour ce qui est du premier objectif, les professionnels devaient indiquer, en se situant en décembre 2007, le niveau de déploiement dans la région des activités du PNSP faisant partie de leur dossier et devant être réalisées au niveau régional ou local. Le niveau de déploiement devait être estimé à compter des choix suivants :

1. Activité ni implantée, ni planifiée;
2. Activité non implantée, mais planifiée;
3. Activité en voie d'implantation;
4. Implantation de l'activité complétée³.

³ Dans le cas des **activités offertes à la population** ou à des groupes particuliers, l'implantation de l'activité est complétée si l'ensemble de ces composantes est offert dans la région (s'il s'agit d'une activité de niveau régional) ou dans tous les territoires locaux (s'il s'agit d'une activité de niveau local), et ce, sans égard à l'intensité de l'activité. Ainsi, une activité dont l'implantation est complétée peut quand même nécessiter une consolidation. Pour les **activités qui structurent** l'offre de service, l'implantation de l'activité est complétée si elle a été réalisée

Également, les professionnels devaient dégager, s'il y a lieu, les variations dans le déploiement des activités entre les territoires locaux. Puis, dans la mesure où l'information est disponible et pertinente, nous avons recueilli les données sur les clientèles ou populations rejointes par les activités.

Pour ce qui concerne le deuxième objectif, les professionnels devaient indiquer, pour chaque activité de santé publique, les conditions favorables ou, au contraire, les obstacles à leur déploiement dans la région en 2004-2007. Finalement, de façon plus globale, nous les avons questionnés sur les défis et les enjeux qu'ils envisagent pour les prochaines années dans leur dossier ou domaine respectifs (quatrième objectif).

Le bilan auprès des membres du comité régional de santé publique

Le bilan auprès des membres du comité régional s'est aussi fait par questionnaire. Plus précisément, pour chaque CSSS, un questionnaire devait être rempli et pareillement pour le ROCGÎM, totalisant ainsi six questionnaires. Le questionnaire se divisait en trois grandes sections. La première visait à connaître l'appréciation de ces partenaires de la DSP quant aux actions de celle-ci en soutien aux CSSS ou aux organismes communautaires, selon le cas, pour aider au déploiement des activités de santé publique à l'échelle locale (en lien avec le deuxième objectif). La deuxième section comportait, quant à elle, des questions pour recueillir le point de vue des membres du comité sur l'impact qu'ont eu les éléments suivants sur le déploiement des activités de santé publique à l'échelle locale ou régionale depuis 2004 : 1) le *Plan d'action régional de santé publique* à proprement parler (c'est-à-dire comme document), 2) la mise en place

sans égard à la fréquence ou à l'intensité des actions (Adapté de : MSSS, janvier 2008).

du comité régional en santé publique, et 3) le soutien offert par la DSP aux CSSS pour élaborer leur PAL (troisième objectif). Finalement, le questionnaire se terminait par quelques questions sur les enjeux stratégiques associés au PAR et à sa mise en œuvre (quatrième objectif).

Quant aux quatre membres du comité régional représentant la DSP, le bilan auprès d'eux s'est fait dans le cadre d'une rencontre de groupe au cours de laquelle ils ont eu à apprécier l'impact des modalités de mise en œuvre du PAR 2004-2007 (troisième objectif), et à identifier les défis et enjeux stratégiques associés au PAR et à sa mise en œuvre en 2009-2012. À cette fin, un canevas d'entrevue a été conçu et envoyé à ces membres du comité avant la rencontre

de manière à ce que chacun puisse s'y préparer.

Mentionnons qu'outre les données recueillies auprès des professionnels de la DSP et des membres du comité régional, nous avons aussi utilisé certains résultats se dégageant du *Suivi de l'implantation des activités du PNSP 2003-2012* (MSSS, janvier 2008), particulièrement ceux sur l'état d'implantation, en mars 2007, des activités du PNSP à l'échelle de la province. Ces informations permettent ainsi de situer la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine par rapport à l'ensemble du Québec quant au niveau de déploiement des activités de santé publique.

Les résultats du bilan du PAR 2004-2007

Avant toute chose, mentionnons que sur les 22 **professionnels de la DSP** responsables des activités de santé publique contenues dans le PAR et sollicités pour participer au bilan, 21 ont retourné leur questionnaire dûment rempli. Quant aux **membres du comité régional de santé publique représentant les CSSS et le ROCGÎM**, tous ont participé au bilan et ont pour la plupart rempli le questionnaire avec l'aide de diverses personnes au sein de leur organisation pour les CSSS ou travaillant au sein du milieu communautaire pour le ROCGÎM. Ainsi, ce sont 23 personnes provenant des 5 CSSS de la région et 7 personnes œuvrant dans autant d'organismes communautaires ainsi que la coordonnatrice du ROCGÎM qui ont contribué à la réalisation de ce bilan. Rappelons cependant que les CSSS et le ROCGÎM n'avaient qu'un seul questionnaire à remplir chacun. Pour ne pas alourdir le texte, ces deux groupes sont désignés par CSSS et ROCGÎM. Enfin, les 4 **membres du comité régional représentant la DSP** ont aussi participé au bilan. C'est donc un total de 56 personnes qui ont donné leur point de vue sur l'un ou l'autre des aspects documentés à l'intérieur de ce bilan.

Cela dit, cette partie sur les résultats se divise en trois sections. Dans la première, nous dressons un état général d'implantation des activités du PNSP dans la région selon les sept domaines du PAR⁴ et comparons la situation à cet égard avec celle de l'ensemble du Québec. Nous donnons aussi

un aperçu général de l'appréciation des CSSS et du ROCGÎM relativement à l'impact qu'a eu le soutien apporté par la DSP sur le déploiement des activités de santé publique les concernant. Après cette vue d'ensemble, nous reprenons un à un les sept domaines du PAR et pour chacun d'eux, nous présentons conformément aux objectifs 1 et 2 : - les activités de santé publique déployées en 2004-2007 dans la région en indiquant leur niveau de déploiement en décembre 2007, - les différences entre les territoires locaux, - les clientèles et les populations rejointes lorsque l'information est disponible, - les conditions favorables et les obstacles au déploiement des activités et l'appréciation des CSSS et du ROCGÎM eu égard à l'impact des actions de soutien de la DSP sur le déploiement des activités. La seconde section des résultats est, quant à elle, consacrée aux modalités de mise en œuvre du PAR en 2004-2007 et à l'impact qu'elles ont eu sur le déploiement des activités de santé publique à l'échelle régionale et locale (objectif 3). Finalement, nous terminons à la troisième section en présentant les défis et les enjeux qui attendent la santé publique dans les prochaines années (objectif 4).

⁴ À l'exception seulement des activités en maladies infectieuses qui, contrairement au PAR, sont toutes traitées à l'intérieur du domaine des maladies infectieuses.

Section 1 :

Les activités de santé publique déployées dans la région en 2004-2007

1.1 Niveau de déploiement global des activités de santé publique et appréciation des CSSS et du ROCGÎM eu égard à l'impact du soutien de la DSP sur le déploiement des activités

Niveau de déploiement des activités

Nous présentons d'abord au tableau 1 une vue d'ensemble du niveau de déploiement des activités de santé publique dans chacun des grands domaines du PAR et comparons la situation régionale en décembre 2007 à celle qui prévalait dans l'ensemble du Québec quelques mois plus tôt, en mars 2007. Ce décalage dans le temps entre les données du Québec et celles de la région favorise évidemment la région quant aux résultats sur les niveaux de déploiement des activités. Ces comparaisons sont donc faites davantage à titre indicatif afin d'avoir un ordre de grandeur de la façon dont se situe la région par rapport au Québec.

Cette précision faite, on remarque au tableau 1 que 76 des 89 activités de santé publique qui étaient à déployer dans la région en 2004-2007, selon les prescriptions du PNSP, sont complètement implantées (cote 4)⁵ ou en voie de l'être (cote 3), soit 85 % des activités. Exprimé autrement, la moyenne d'implantation des activités de

santé publique dans la région est de 3,4 sur 4. En excluant le domaine de la santé au travail, pour lequel le MSSS n'a pas recueilli le niveau de déploiement des activités en mars 2007, la moyenne d'implantation des activités dans la région est de 3,4, une moyenne du même ordre de grandeur que celle du Québec (3,3). De façon générale, outre le domaine de la santé environnementale pour lequel la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine enregistre une moyenne d'implantation supérieure à celle du Québec, les moyennes obtenues dans la région pour chaque domaine du PAR sont assez semblables à celles du Québec.

On remarque par ailleurs que dans la région comme au Québec, le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale des adultes obtient la moyenne la plus faible du niveau de déploiement des activités. Pour la région, ce résultat s'explique par le fait que l'activité préventive prescrite par le PNSP en lien avec la consommation de substances psychotropes et celle en lien avec les problèmes de santé mentale n'ont été ni déployées ni même planifiées en 2004-2007. À l'inverse, les domaines de la santé environnementale et des maladies infectieuses enregistrent les plus fortes proportions d'activités implantées ou en voie de l'être dans la région, ce qui se reflète aussi par des moyennes d'implantation relativement élevées (3,8 sur 4 dans les deux cas). Cette situation est aussi celle obtenue à l'échelle nationale (tableau 1).

Finalement, mentionnons qu'en plus des 76 activités de santé publique prescrites par le PNSP et implantées dans la région (totalement ou en voie de l'être), 17 autres activités de santé publique ont été réalisées en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine en 2004-2007 dont 7 dans le domaine du développement, de l'adaptation et de

⁵ Rappelons que l'implantation d'une activité s'adressant à la population ou à un groupe particulier est complétée si l'ensemble de ses composantes est offert dans la région (s'il s'agit d'une activité de niveau régional) ou dans tous les territoires locaux (s'il s'agit d'une activité de niveau local), et ce, sans égard à l'intensité de l'activité. Ainsi, une activité dont l'implantation est complétée peut quand même nécessiter une consolidation sur le plan de son fonctionnement ou de son financement.

l'intégration sociale des enfants, 5 dans celui des habitudes de vie et des maladies chroniques chez les adultes et 3 dans celui

du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale des adultes (réf. : tableaux 3, 4 et 5).

Tableau 1 :

Niveau de déploiement des activités de santé publique qui étaient à déployer régionalement ou localement selon le PNSP en 2004-2007, selon les domaines du PAR, région décembre 2007 et Québec mars 2007

Domaines du PAR	Nombre d'activités	Répartition des activités selon leur niveau de déploiement*				Niveau moyen de déploiement	
		1	2	3	4	GÎM	Québec
Développement, adaptation et intégration sociale et habitudes de vie des jeunes et des familles	17	1	2	6	8	3,2	3,1
Développement, adaptation et intégration sociale des adultes	8	2	1	1	4	2,9	2,7
Habitudes de vie et maladies chroniques chez les adultes	12	1	3	2	6	3,1	3,2
Traumatismes non intentionnels	3	0	0	3	0	3,0	3,1
Maladies infectieuses	28	2	0	1	25	3,8	3,6
Santé environnementale	14	0	1	1	12	3,8	3,5
Santé au travail	7	0	0	3	4	3,6	n.d.
Ensemble des domaines	89	6	7	17	59	3,4	---
Ensemble des domaines (sauf celui de la santé au travail)	82	6	7	14	55	3,4	3,3

* **Cotation du niveau de déploiement :** 1. Activité ni implantée, ni planifiée. 2. Activité non implantée, mais planifiée. 3. Activité en voie d'implantation. 4. Implantation de l'activité complétée.

Appréciation des CSSS et du ROCGÎM quant aux impacts des actions de soutien de la DSP sur le déploiement des activités à l'échelle locale

Pour les 26 activités et programmes requis du PAR 2004-2007 qui impliquaient la collaboration des CSSS, 82,9 % des réponses obtenues par ces derniers sont positives, c'est-à-dire que les actions de soutien de la DSP aux CSSS ont aidé au déploiement des activités de santé publique à l'échelle locale (tableau 2). Comme le montre aussi ce tableau, le pourcentage correspondant pour le ROCGÎM est de

100 %. Ce résultat signifie que le ROCGÎM considère que les actions de la DSP en soutien aux organismes communautaires ont aidé au déploiement des neuf programmes dans lesquels ceux-ci étaient impliqués. Cette appréciation relativement positive de l'impact des actions de soutien de la DSP sur le déploiement des activités au local est vraie pour la plupart des domaines du PAR⁶.

⁶ Pour cette partie, les résultats relatifs au domaine de la santé environnementale ne sont pas présentés. En cours d'analyse, nous nous sommes en effet rendu compte que les questions posées aux CSSS n'avaient pas été suffisamment spécifiques aux rôles qu'ils ont à assumer dans le domaine de la santé environnementale et aux

Seuls le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques chez les adultes et celui des traumatismes non intentionnels obtiennent des pourcentages d'appréciation plus faibles, et nous en dégageons les raisons dans ce qui suit.

Pour les habitudes de vie et les maladies chroniques chez les adultes, la plus faible appréciation des CSSS s'explique principalement par le fait que plusieurs actions et activités prévues au PAR 2004-2007 n'ont pas été réalisées par la DSP, particulièrement en matière de promotion de l'activité physique, de promotion de saines habitudes d'hygiène dentaire chez les aînés ainsi qu'en matière de dépistage de l'HTA, du risque de maladie cardiovasculaire, de l'ostéoporose et du cancer du col utérin. Un CSSS tient cependant à souligner que le portrait sociosanitaire réalisé par la DSP (Lemieux et Parent, mars 2004) leur a été utile pour élaborer un programme intégré de prévention des maladies cardiovasculaires pour la population de leur territoire.

Pour les traumatismes non intentionnels, précisons d'abord que nous n'avons questionné les CSSS et le ROCGÎM que sur une seule activité de santé publique, à savoir la mise en œuvre de mesures multifactorielles de prévention des chutes chez les personnes âgées à risque. Les résultats présentés ici reposent donc sur de plus faibles nombres. De plus, les engagements de la DSP en cette matière et inscrits dans son PAR 2004-2007 étaient de

collaborations possibles avec la DSP en cette matière, lesquelles, il faut le dire, demeurent tout de même limitées. De plus, rappelons que les CSSS n'ont ni de programme spécifique ni d'intervenant en santé environnementale. Ainsi, il semble que les répondants aient éprouvé plus de difficulté à répondre aux questions de cette section, cela s'étant traduit par un haut taux de non-réponse et de réponse « ne sait pas » et dans certains cas, par une confusion entre les actions en santé environnementale et celles en santé au travail.

planifier et de mettre en œuvre un projet pilote de prévention des chutes à domicile sur un ou deux territoires de MRC de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Or, conformément à ces engagements, la DSP a réalisé cette activité prévue et les deux CSSS où a été implanté le projet pilote de prévention des chutes (volet non personnalisé) considèrent que le soutien apporté par la DSP a aidé au déploiement de cette activité de santé publique dans leur territoire. En ce sens, l'appréciation est de 100 %. Cela dit, bien qu'aucune activité préventive n'ait été déployée comme telle pour les personnes âgées des trois autres territoires de CSSS, nous les avons tout de même questionnés à cet égard. Cela explique donc pourquoi deux d'entre eux ont répondu que les actions de soutien de la DSP n'ont pas aidé au déploiement des activités de ce domaine. Cela dit, ces trois autres CSSS ont cependant reçu de la DSP des informations et du matériel sur les programmes de prévention et deux d'entre eux ont bénéficié de la formation sur la prévention des chutes (volet personnalisé). Dans un de ces territoires de CSSS, un comité de prévention des chutes, dont fait notamment partie le centre d'action bénévole, a aussi été mis en place avec le soutien de la DSP. Or, ce CSSS et le ROCGÎM sont d'avis que les actions de soutien de la DSP ont aidé ou aideront éventuellement à déployer les activités de ce domaine.

Dans un autre ordre d'idées, la formation offerte par la DSP aux CSSS est de loin le type de soutien que ces derniers relèvent le plus fréquemment comme ayant aidé au déploiement des activités de santé publique à l'échelle locale (ce type de soutien a été nommé 42 fois). Viennent ensuite, aux deuxième et troisième rangs, le soutien à la planification, programmation et implantation de programmes et d'activités (34 fois), et la transmission d'informations, de matériel et

de produits (23). Puis plus loin derrière arrivent l'expertise de contenu (4), le soutien technique (4) et le soutien financier (1). Pour le ROCGÎM, aucun type de soutien ne se démarque véritablement des autres : la formation, le soutien financier, l'expertise-

conseil, le soutien au partenariat et au rayonnement, la transmission d'informations, l'animation de comité et le soutien à la planification ayant été nommés sensiblement le même nombre de fois à titre d'illustrations de soutien aidant.

Tableau 2 :

Appréciation des cinq CSSS et du ROCGÎM relativement à l'impact des actions de soutien de la DSP sur le déploiement des activités de santé publique à l'échelle locale, selon les domaines du PAR

Domaines du PAR	Proportion (en %) de réponses positives à la question : Les actions de la DSP en soutien aux CSSS ou aux organismes communautaires, selon le cas, ont-elles aidé au déploiement des activités de santé publique à l'échelle locale		
	CSSS	ROCGÎM	TOTAL
Développement, adaptation et intégration sociale et habitudes de vie des jeunes et des familles	91,7 % (5)	100,0 % (5)	93,1 % (7)
Développement, adaptation et intégration sociale des adultes	100,0 % (1)	100,0 % (2)	100,0 % (2)
Habitudes de vie et maladies chroniques chez les adultes	43,8 % (4)	100,0 % (1)	47,1 % (5)
Traumatismes non intentionnels	60,0 % (1)	100,0 % (1)*	66,7 % (1)
Maladies infectieuses	89,5 % (8)	n/a	89,5 % (8)
Santé au travail	90,0 % (7)	n/a	90,0 % (7)
Ensemble des domaines	82,3 % (26)	100,0 % (9)	84,1 % (30)

Note : Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre d'activités ou de programmes du PAR qui étaient à déployer à l'échelle locale en 2004-2007 et qui impliquaient la collaboration des CSSS ou des organismes communautaires selon le cas.

* À la connaissance du ROCGÎM, un seul des neuf centres d'action bénévole (CAB) de la région s'implique dans le domaine des traumatismes non intentionnels, plus précisément dans celui de la prévention des chutes chez les aînés. Pour les huit autres CAB, les questions à cet égard ne s'appliquaient donc pas. C'est l'appréciation de ce CAB que nous présentons ici.

Cela dit, nous reprenons dans ce qui suit les sept domaines du PAR et pour chacun d'eux, nous présentons le détail des activités déployées en 2004-2007 (populations rejointes, s'il y a lieu, et obstacles et conditions favorables à leur implantation), puis pour celles qui impliquaient la collaboration des CSSS ou des organismes communautaires, l'appréciation de ceux-ci

relativement aux impacts des actions de soutien de la DSP sur le déploiement des activités à l'échelle locale.

1.2 Les activités en lien avec le développement, l'adaptation, l'intégration sociale et les habitudes de vie des jeunes et des familles

Plusieurs problèmes peuvent entraver ou menacer le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des jeunes. On pense par exemple aux retards de développement et aux difficultés d'apprentissage, aux enfants qui ne mangent pas à leur faim, aux grossesses précoces, à la violence dans les relations entre jeunes et à la maltraitance des adultes envers les petits et les plus vieux. Ces problèmes n'affectent pas tous les jeunes, mais pour ceux qui les vivent, ils acquerront trop souvent l'impression qu'ils n'ont pas de valeurs et qu'ils ne méritent pas d'être aimés. À terme, c'est la santé mentale des jeunes qui est menacée avec les conséquences désastreuses que cela peut avoir sur leur vie actuelle et future, le suicide étant la forme d'expression la plus violente de leur mal-être, détresse et sentiment de solitude.

Préoccupé par la santé et le développement des tout-petits et des jeunes, le PNSP proposait ainsi plusieurs activités s'adressant tantôt aux jeunes eux-mêmes, tantôt à leurs parents, d'autres visant plutôt l'ensemble de la communauté. Ce premier domaine regroupe donc des activités de promotion de la santé et de prévention ayant trait à la périnatalité et à la petite enfance, aux problèmes psychosociaux chez les jeunes, à leurs habitudes de vie ainsi que des activités visant le développement des habiletés sociales des enfants et l'approche *École en santé*.

La périnatalité et la petite enfance

En périnatalité et petite enfance, le PNSP indiquait six activités de santé publique à déployer en 2004-2007 et comme l'indique

le tableau 3, toutes sont en voie d'implantation ou complètement implantées dans la région.

Pour ce qui est d'abord des services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité, l'accompagnement des familles en prénatal et en postnatal est offert dans tous les territoires de CSSS, bien que certains CSSS réussissent mieux que d'autres à maintenir leur clientèle dans le programme. La composante sur la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être n'est pas, quant à elle, déployée avec la même intensité dans les territoires.

De façon générale, le déploiement des SIPPE dans la région a été favorisé par le fait d'avoir un cadre de référence pour ce programme, accompagné d'un financement et d'une démarche régionale de soutien (ex. : formation des intervenants des CSSS et des organismes communautaires, rencontres annuelles avec les intervenantes impliquées). Les CSSS reconnaissent d'ailleurs l'importance de ce soutien que leur a apporté la DSP pour aider au déploiement des SIPPE, et plus globalement, au déploiement de toutes les activités en périnatalité et petite enfance, tandis que le ROCGÎM insiste particulièrement sur le soutien financier de la DSP aux organismes communautaires famille pour l'allaitement maternel, la stimulation précoce et les haltes-répits.

De plus, il faut souligner l'expérience et le dévouement des intervenantes œuvrant dans les SIPPE, deux éléments qui, de l'avis des responsables de ce dossier à la DSP, ont sans contredit favorisé l'implantation de ces services auprès des familles vulnérables de la région. Toutefois, les CSSS n'ont pas encore de politique claire quant à la nécessité d'établir des plans d'interventions

pour la clientèle des SIPPE. Ceci entraîne un manque de constance et de rigueur dans l'identification des besoins de la clientèle et des interventions à lui offrir, et constitue de ce fait, un obstacle au bon déploiement de ces services dans la région. Toujours de l'avis des professionnels concernés de la DSP, on observe généralement des lacunes au regard du leadership et de la supervision clinique des équipes interdisciplinaires dans les CSSS, ce qui aurait aussi nui à l'implantation des SIPPE en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine.

Cela dit, au cours des cinq premières années d'implantation des SIPPE (2002-2003 à 2006-2007), 264 femmes enceintes et mères de la région ont reçu des services dans le cadre de ce programme (ne comprend pas les Îles où les données ne sont pas disponibles), près de 70 % d'entre elles ayant moins de 20 ans. Mentionnons à ce sujet la difficulté des CSSS à offrir des services aux mères de plus de 20 ans selon l'intensité prescrite par le programme et même l'impossibilité pour certains d'offrir les services SIPPE à cette clientèle.

Par ailleurs, l'initiative *Amis des bébés*, une mesure visant à favoriser l'allaitement maternel, n'est pas encore complètement implantée dans tous les territoires de CSSS de la région. Ceci se traduit notamment par des taux d'allaitement relativement différents d'un territoire à l'autre. Mentionnons cependant que conformément aux conditions d'implantation de cette mesure telles qu'inscrites dans les lignes directrices, des politiques d'allaitement ont été rédigées partout et ont toutes été adoptées par les conseils d'administration des CSSS. De même, des comités d'allaitement existent sur tous les territoires, mais l'importance qu'ils accordent à l'application de leur politique d'allaitement varie d'un comité à l'autre. C'est ainsi que

des comités ont accusé des retards dans le dépôt de leur plan d'action en matière d'allaitement malgré l'incitatif financier leur étant octroyé pour la réalisation de cette autre condition d'implantation de l'initiative *Amis des bébés*. Par contre, il est important de dire que des activités de promotion de l'allaitement maternel sont menées dans tous les territoires locaux dont des rencontres de marraines d'allaitement, le défi allaitement et le développement de zones réservées aux mamans qui allaitent. À ce sujet, certains CSSS et le ROCGÎM soulignent le soutien financier offert aux organismes communautaires ainsi que le soutien plus largement offert par la DSP (transmission d'informations, rencontres avec les intervenants, etc.) comme des éléments ayant favorisé la promotion de l'allaitement maternel en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine. Le ROCGÎM ajoute cependant que les objectifs des CSSS et des organismes communautaires ne sont pas les mêmes en matière d'allaitement. Les CSSS doivent en effet atteindre un taux d'allaitement total de 85 % à la sortie de l'hôpital afin d'être homologués *Amis des bébés*, alors que les organismes communautaires en allaitement maternel n'ont pas ce genre d'objectif à atteindre. Il est donc arrivé dans les dernières années que des CSSS demandent aux organismes communautaires d'insister davantage auprès des femmes pour qu'elles choisissent ce mode d'alimentation pour leur bébé. Bien que les organismes communautaires travaillent eux aussi à promouvoir l'allaitement maternel auprès des parents et des femmes en particulier, ils n'ont pas à insister auprès des femmes pour l'atteinte d'un objectif de cette nature, tient à rappeler le ROCGÎM, mais bien à les conseiller et à les accompagner dans le choix qu'elles feront dans une optique de bien-être.

Cela dit, en 2005-2006, les taux d'allaitement total et exclusif à la sortie de l'hôpital étaient respectivement de 71 % et 47 % en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine (les pourcentages correspondants au Québec étant de 85 % et 52 %) (Institut de la statistique du Québec, 2006).

Finalement, les pratiques cliniques préventives relatives à ce domaine ont été encouragées et soutenues par la DSP en 2004-2007 par la diffusion d'informations pertinentes aux intervenants concernés, et ce, selon le développement des connaissances dans ce domaine. À ce sujet, mentionnons que le counselling fait par les différents intervenants en matière d'allaitement auprès des femmes enceintes, les recommandations faites par les médecins aux familles défavorisées de bénéficier des visites à domicile et l'orientation des enfants défavorisés vers les CPE sont autant de pratiques cliniques préventives qui ont favorisé le déploiement des activités en périnatalité et petite enfance dans la région.

D'autres activités non prévues au PNSP, mais méritant d'être soulignées, ont été réalisées dans la région en 2004-2007 dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance. Il s'agit des programmes de stimulation précoce et infantile, et des alliances et ententes de services établies entre les CSSS et leurs partenaires, deux activités en voie d'implantation dans la région (tableau 3). Pour ce qui est d'abord des programmes de stimulation précoce et infantile, ils connaissent de grandes variabilités d'un territoire à l'autre, notamment en ce qui a trait à la fréquence et à l'intensité des activités offertes, aux clientèles visées et aux efforts consentis pour harmoniser les activités offertes par les CSSS à celles offertes par les organismes communautaires. Et malgré l'appréciation positive qu'a fait plus tôt le ROCGÎM

relativement au soutien financier de la DSP pour aider au déploiement des programmes de stimulation précoce des organismes communautaires, les professionnels concernés de la DSP soulignent pour leur part l'insuffisance du financement octroyé aux organismes communautaires en ce domaine ainsi que le problème persistant du transport de plusieurs clients; deux éléments faisant obstacle au déploiement des activités de stimulation précoce selon la fréquence et l'intensité recommandées.

Quant aux alliances et ententes de services entre les CSSS et leurs partenaires, elles sont convenues dans l'esprit de renforcer l'action communautaire et ainsi contribuer au mieux-être et au développement des enfants et des familles. Depuis 2004, elles ont pris diverses formes : signature d'entente entre les CLSC et les CPE pour offrir des places en garderie aux enfants de familles vulnérables; mise en place d'un transport collectif en Haute-Gaspésie; concertation entre les CH, les CLSC et les regroupements d'entraide à l'allaitement; travaux d'élaboration de politiques familiales municipales et régionale. Selon la perception des professionnels concernés de la DSP, la mise en place de ces mesures varie entre les territoires locaux en raison notamment de l'implication ou non d'organismes communautaires au regard des dossiers de périnatalité et petite enfance et de la reconnaissance du rôle de ces derniers à cet égard. Cela dit, il faut continuer les efforts de concertation en ce sens, car les alliances et les ententes de services intervenues entre les CSSS et leurs partenaires sont des facteurs qui ont favorisé de façon générale le déploiement des activités en périnatalité et petite enfance. Les professionnels concernés de la DSP veulent aussi souligner l'implication et la collaboration des organismes communautaires œuvrant auprès des familles comme des facteurs clés de la réalisation des

activités de santé publique dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance en général. À ce sujet, le ROCGÎM mentionne que les formations offertes par la DSP aux organismes communautaires sur diverses problématiques touchant les familles font partie des formes de soutien qui ont aidé au déploiement des activités dont ils avaient la responsabilité en ce domaine.

En terminant, les professionnels concernés de la DSP trouvent important de mentionner que bien que non prescrites par le PNSP, les activités suivantes doivent être maintenues dans l'offre de service en périnatalité et petite enfance pour les familles vulnérables, à savoir le *Programme canadien de nutrition prénatale*, le *Programme OLO*, le *Programme d'éveil à la lecture et à l'écriture* et le *Programme YAPP*. Pour ce dernier programme ainsi que pour plusieurs programmes de stimulation précoce implantés dans la région, le maintien du programme de subvention PACE (*Programme d'action communautaire pour les enfants*) est essentiel.

Les problèmes psychosociaux chez les jeunes

Les problèmes psychosociaux abordés ici sont le suicide et la violence dans les relations amoureuses des jeunes. Au chapitre d'abord du suicide chez les jeunes de moins de 18 ans, dix jeunes dans la région, tous des garçons âgés de 15 à 17 ans, se sont enlevé la vie entre 1982 et 2000. À compter de 2001 jusqu'en 2005, aucun autre décès par suicide n'a été enregistré pour ce groupe. Pour ce qui est des hospitalisations, trois filles et six garçons de la région, tous âgés de 15 à 17 ans, ont été admis en CH de courte durée à la suite d'une tentative de suicide au cours des trois années 2003-2004, 2004-2005 et 2005-2006. En ce qui a trait à la violence entre

jeunes dans les relations amoureuses, les données du ministère de la Sécurité publique indiquent que 23 crimes commis dans un contexte de relation amoureuse envers des jeunes de 12 à 17 ans de la région ont été déclarés à la police et jugés fondés après enquête au cours des trois années 2004 à 2006. Sur ces 23 crimes rapportés aux autorités, 21 l'ont été envers des jeunes filles.

Le suicide chez les jeunes

En matière de prévention du suicide chez les jeunes, mais aussi chez l'ensemble de la population, le PNSP prévoyait l'implantation de réseaux de sentinelles, c'est-à-dire des personnes formées et soutenues pour reconnaître les personnes suicidaires et pour les accompagner vers les ressources du milieu qui peuvent leur venir en aide (MSSS, 2003). En Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, bien que les réseaux de sentinelles, au sens où l'entend le cadre de référence provincial, ne soient pas encore implantés, ce type de mesure fait partie des programmes d'intervention-suicide implantés en milieux scolaires primaire, secondaire et collégial. Ces programmes d'intervention comportent en effet des volets de formation des intervenants sur le repérage et la référence des jeunes présentant des manifestations suicidaires, et un soutien est offert à cet égard par la DSP.

Rappelons que l'implantation de programmes d'intervention-suicide en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine remonte à plusieurs années, le premier programme destiné au milieu scolaire secondaire *Accroche-toi!* ayant vu le jour en 1996 et *Hang on!* (la version anglaise de *Accroche-toi!*) en 1998, et celui pour les jeunes du collégial *Minute! Faut qu'on se parle...* en 2000 (Gallagher et collaborateurs, 1997, 1998, 1999); tous des programmes qui ont été mis à jour régulièrement au fil des ans et qui

mériteraient, de l'avis de deux CSSS, d'être à nouveau mis à jour et consolidés dans les prochaines années. Quant au programme en milieu scolaire primaire (Gallagher, 2005), il a été développé, implanté et évalué dans la région au cours de la période couverte par le PAR 2004-2007.

Ainsi, en décembre 2007, ces trois programmes d'intervention-suicide étaient implantés sur tous les territoires de CSSS avec une intensité variant cependant d'un milieu à l'autre, et ce, selon la présence ou non d'intervenants psychosociaux des CSSS, le leadership et l'implication des directions d'écoles, et les priorités des milieux. Le roulement de personnel dans les réseaux de la santé et de l'éducation a aussi parfois exigé de recommencer la démarche d'implantation à certains endroits, une réalité qui rend plus difficile la constance des programmes dans les milieux. Par contre, la définition des rôles et responsabilités de chacun des acteurs impliqués et qu'on retrouve inscrite dans ces programmes facilite leur mise en œuvre et leur fonctionnement. Malgré cela, il persiste une difficulté d'arrimage des services entre le milieu scolaire, les urgences des CSSS et les services de psychiatrie.

Cela dit, les CSSS de la région considèrent tous que le soutien et la coordination apportés par la DSP dans les dernières années, notamment au niveau de la formation sur les protocoles d'intervention en situation de crise suicidaire, de l'accompagnement offert pour présenter les protocoles dans les écoles et l'expertise-conseil lors de situations de crise suicidaire, ont aidé à déployer, à l'échelle locale, les activités en lien avec le suicide. Et à ce titre, les CSSS s'attendent à ce que la DSP poursuive ce soutien dans les prochaines années. Certains rappellent cependant que si la DSP a été très présente à l'échelle locale

pour les interventions en situation de crise suicidaire, rien n'a encore été fait comme tel en matière de prévention du suicide et qu'il faudrait éventuellement se pencher sur la possibilité d'implanter des programmes axés sur le développement des compétences sociales chez les jeunes.

La violence dans les relations amoureuses des jeunes

Dans un autre ordre d'idées, le PNSP ne prévoyait aucune activité visant spécifiquement la prévention de la violence dans les relations amoureuses des jeunes, outre les multiples possibilités qu'offre l'approche *École en santé*, que nous voyons plus loin. Malgré cela, la DSP a tout de même choisi de soutenir l'implantation des programmes SAISIR, ESPACE et Ras-le-bol, faut que ça change!

Pour ce qui est de SAISIR, il s'agit d'un programme conçu en 1997 par l'*Alliance des maisons d'aide et d'hébergement de la Gaspésie pour femmes violentées dans un contexte conjugal et leurs enfants* et visant à diminuer l'incidence de la violence dans les relations amoureuses des jeunes. Plus précisément, SAISIR consiste en des sessions de sensibilisation, d'information et de réflexion à la violence dans les relations amoureuses, et s'adresse aux élèves de 3^e secondaire et, selon les demandes, peut aussi être offert à ceux de 2^e et 5^e secondaire. En 2004-2005, 2005-2006 et 2006-2007, ce sont respectivement 282, 356 et 797 élèves répartis dans les quatre territoires locaux de la péninsule gaspésienne qui ont participé au programme. Quant aux jeunes Madelinots et Madeliniennes du 4^e secondaire, 200 ont bénéficié du programme SAISIR en 2005-2006 et 150 en 2006-2007.

Faute d'un financement de base suffisant, le programme SAISIR ne peut cependant pas

être offert dans toutes les écoles secondaires de la région. Ainsi, chaque année, on choisit les écoles qui bénéficieront du programme, à l'exception des Îles-de-la-Madeleine où il n'y a qu'une seule école secondaire francophone. Soulignons à ce sujet que la hausse du nombre de participants au programme de 2005-2006 à 2006-2007 (de 356 à 797 élèves dans la péninsule) correspond en fait à une augmentation du nombre d'écoles ayant pu bénéficier du programme en 2006-2007 (huit écoles contre cinq en 2005-2006). Or, cette augmentation du nombre d'écoles a été rendue possible grâce à une aide financière non récurrente de 30 000 \$ allouée par le MSSS à l'Alliance des maisons d'aide et d'hébergement afin de permettre l'application du programme SAISIR à un nombre plus important d'écoles.

Quant au programme ESPACE, sous la responsabilité de l'organisme *ESPACE Gaspésie-Les Îles*, il s'adresse aux enfants d'âge préscolaire et de niveau primaire ainsi qu'aux adultes (parents, personnel scolaire et intervenants). L'atelier destiné aux enfants vise à diminuer la vulnérabilité des enfants en leur apprenant à reconnaître des situations potentiellement dangereuses et en leur donnant des outils pour réagir. L'atelier pour les adultes vise pour sa part à les informer sur la problématique de la violence envers les enfants, à les outiller pour recevoir les enfants qui ont besoin d'aide et pour poursuivre la prévention en cette matière au quotidien. Ce programme est implanté partout dans la région, à l'exception d'un seul territoire de CSSS. En 2007-2008, les ateliers ont été offerts à 12 groupes d'enfants d'âge préscolaire, à 37 groupes d'enfants du primaire, à 9 groupes de parents et à 7 groupes représentant le personnel scolaire.

Pour ces deux programmes de prévention de la violence chez les jeunes, le soutien qu'apporte la DSP (expertise-conseil, soutien financier et soutien au partenariat) est, de l'avis du ROCGÎM, majeur :

« La responsable régionale vivifie les programmes SAISIR et ESPACE. Elle les met en valeur, les finance, nous informe des fonds disponibles et analyse avec beaucoup de rigueur nos demandes. Cet appui est majeur, c'est grâce à celui-ci que SAISIR vit et survit. »

La responsable régionale de ce dossier à la DSP est aussi d'avis que le soutien financier accordé à l'organisme *ESPACE* dans le cadre du budget de développement régional a été aidant pour le déploiement de leur programme. Elle ajoute cependant que l'implantation de ce programme est grandement tributaire de la demande des écoles, ce qui constitue un frein ou un obstacle à son déploiement. À ce sujet, le ROCGÎM fait valoir que les coûts que doivent défrayer les écoles pour avoir les ateliers *ESPACE* (65 \$ pour les ateliers enfants et 60 \$ pour les ateliers adultes) font partie des raisons pour lesquelles certaines écoles refusent d'offrir ces ateliers. Éventuellement, l'organisme *ESPACE* aimerait donc pouvoir offrir les ateliers gratuitement aux écoles, mais aura besoin pour ce faire d'un appui financier. Par ailleurs, au fil des ans, l'organisme *ESPACE* a eu plusieurs demandes d'écoles désireuses d'offrir des ateliers sur mesure pour les enfants plus démunis (ex. : ateliers sur l'estime de soi). N'ayant pas les ressources nécessaires, l'organisme n'a pu, le plus souvent, répondre positivement à ces demandes. Le besoin pour les enfants et les parents est toutefois là et ce serait donc, de l'avis du ROCGÎM, un autre volet à financer éventuellement.

Mentionnons en terminant que les deux centres d'aide et lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) de la région

offrent eux aussi des ateliers de prévention des agressions sexuelles aux élèves du secondaire de la région. En Gaspésie, il s'agit du programme *Ras-le-bol, faut que ça change!* s'adressant aux élèves de 2^e secondaire et visant à habiliter les jeunes à reconnaître un geste ou un comportement d'agression à caractère sexuel, à leur fournir des outils et des moyens concrets pour qu'ils puissent affronter et gérer ces comportements et à les informer sur les ressources d'aide du milieu. Aux Îles-de-la-Madeleine, ce sont plus spécifiquement des ateliers d'information et de sensibilisation pour les jeunes de 1^{er} et 3^e secondaire dont les objectifs sont de briser l'isolement des jeunes victimes d'agression sexuelle, de sensibiliser les jeunes à ce problème et de les informer sur les ressources d'aide du milieu.

Les habitudes de vie des jeunes

Quatre habitudes de vie sont abordées dans cette section, soit le tabagisme, l'alimentation, l'activité physique et l'hygiène dentaire. On sait que ces habitudes s'acquièrent tôt dans la vie, d'où l'importance d'investir des efforts de promotion dès le jeune âge. Par exemple, selon *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), 28 % des jeunes de 12 à 17 ans dans la région sont sédentaires en 2003, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas suffisamment actifs dans leurs loisirs (Dubé et Parent, 2007). Également, en 2002, 24 % des jeunes de 12 à 19 ans des territoires de Rocher-Percé, de la Baie-des-Chaleurs et des Îles-de-la-Madeleine fument régulièrement la cigarette (Côté, 2002). Cela dit, si les choix en matière d'habitudes de vie relèvent de décisions personnelles, ils sont aussi influencés par les environnements et les contextes de vie dans lesquels évoluent les individus. C'est pourquoi, il faut non seulement promouvoir

l'adoption de saines habitudes de vie par des campagnes de promotion, il faut aussi travailler au développement d'environnements et de conditions de vie favorisant leur adoption (MSSS, 2005).

Le PNSP prévoyait ainsi plusieurs activités de promotion et de prévention s'adressant tantôt aux jeunes, tantôt plus spécifiquement aux adultes, et d'autres visant l'ensemble de la population. Nous présentons dans cette section uniquement les interventions de santé publique visant spécifiquement les jeunes; les activités visant les adultes et l'ensemble de la population, dont les campagnes de communication, étant traitées à l'intérieur du domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques chez les adultes.

Le tabagisme chez les jeunes

En matière de tabagisme chez les jeunes, la DSP a réalisé en 2004-2007 des activités axées sur la prévention, la cessation et la protection des non-fumeurs. Ainsi, pour prévenir le tabagisme chez les jeunes du secondaire, le programme *Gang allumée pour une vie sans fumée*, un programme axé sur le non-usage du tabac, a été implanté dans les maisons des jeunes et dans les polyvalentes de la région. Ce programme n'est cependant pas encore déployé avec la même intensité d'un territoire à l'autre; les milieux scolaires où des adultes sont sensibilisés à la problématique du tabagisme et qui sont par surcroît bien soutenus par la direction de l'école sont les endroits où le programme *Gang allumée* est le mieux implanté d'une année à l'autre. Également, dans le contexte de l'implantation de la réforme scolaire au secondaire et de son appropriation par les professeurs et le personnel non enseignant, la DSP a fait le choix de travailler avec les milieux où une démarche de prévention du tabagisme était déjà en cours. Outre cela, plusieurs

obstacles ou contraintes ne favorisent pas, de façon générale, le bon déploiement de la *Gang allumée* dans la région. On pense ici au budget insuffisant accordé par le MSSS au Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS), organisme qui coordonne les projets *Gang allumée* dans la région (le budget du MSSS permettrait de réaliser seulement trois projets par année); au roulement de personnel dans les écoles et les maisons des jeunes; ainsi qu'aux multiples dossiers des infirmières en santé scolaire.

Compte tenu de cette réalité, la DSP octroie chaque année un montant supplémentaire au CQTS pour augmenter le nombre de projets *Gang allumée* dans la région et collabore étroitement avec les intervenants des milieux scolaires et des maisons des jeunes. Ainsi, malgré les contraintes et obstacles, ces efforts consentis par la DSP ont permis la réalisation de 42 projets *Gang allumée* depuis 2004 (11 en 2004-2005, 13 en 2005-2006 et 18 en 2006-2007).

Pour ce qui est des élèves du primaire, aucune activité de prévention du tabagisme n'a été réalisée comme telle auprès de ce groupe en 2004-2007, la DSP ayant plutôt choisi de se conformer à l'approche *École en santé* et de laisser les écoles faire elles-mêmes leur choix eu égard aux activités de promotion et de prévention.

Par ailleurs, en matière de cessation tabagique, les CSSS ont décentralisé les services habituellement offerts dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT) afin de rejoindre les jeunes du secondaire qui souhaitent arrêter de fumer. C'est ainsi que deux types de services sont maintenant offerts aux jeunes dans les polyvalentes de la région : rencontres individuelles ou de groupe avec les intervenantes des centres d'abandon du tabagisme (CAT) et référence des jeunes au site Internet IPOF (un site

spécialisé en cessation tabagique chez les jeunes).

Enfin, bien que le PNSP ne prescrivait aucune activité en lien avec la protection des non-fumeurs, la DSP a participé activement en 2004-2007 à l'implantation des mesures de la Loi sur le tabac rendant les cours des écoles secondaires (y compris les centres de formation professionnelle) sans fumée. Plus précisément, la DSP a rencontré individuellement tous les directeurs d'école de la région, leur a présenté la façon de mettre en place les mesures dans leur cour d'école, les a accompagnés au besoin dans cette démarche et continue, encore aujourd'hui, à soutenir ceux qui éprouvent des difficultés avec des jeunes qui ne respectent pas la Loi, en travaillant notamment en prévention avec le programme *Gang allumée*.

Selon quatre des cinq CSSS de la région⁷, les actions menées par la DSP en soutien aux CSSS ont aidé au déploiement, à l'échelle locale, des activités de santé publique en lien avec le tabagisme chez les jeunes. Certains soulignent plus particulièrement le soutien apporté pour la mise en place de la politique antitabac dans les écoles et l'envoi d'information et de matériel dont le programme *Allume la gang*. Au cours des prochaines années, il y aurait cependant lieu, de l'avis de deux CSSS, d'apporter davantage de soutien aux milieux scolaires dans le cadre de l'application des mesures de la Loi sur le tabac et de l'implantation d'activités de prévention et de cessation du tabagisme.

De son côté, le ROCGÎM rappelle d'abord que pour les projets *Gang allumée*, les maisons des jeunes sont en lien non pas avec la DSP mais avec le CQTS. Il ajoute toutefois que la

⁷ L'autre CSSS considère que les professionnels en santé scolaire du CSSS n'ont pas à intervenir dans le domaine du tabagisme.

DSP est là en cas de besoin et envoie aux maisons des jeunes de la documentation notamment dans le cadre des campagnes québécoises de sensibilisation *Pour un avenir sans fumée* et le *Défi, j'arrête j'y gagne*. Cela dit, les maisons des jeunes aimeraient favoriser davantage, dans les prochaines années, la participation des jeunes pour développer et organiser des activités préventives en tabagisme. Ainsi, au-delà de l'envoi de documentation, le ROCGÎM se demande si la DSP pourrait apporter un soutien financier à cet égard ainsi qu'un soutien pour valider par exemple le contenu des activités préparées par les jeunes en maisons de jeunes. En matière de cessation tabagique chez les jeunes, les maisons des jeunes reconnaissent que les moyens dont elles disposent à cet égard sont plus limités. Aussi, le ROCGÎM suggère que les CSSS fournissent gratuitement des substituts de tabac aux jeunes (ex. : nicorette, timbres de nicotine) dans le cadre d'un programme encadré par un professionnel dans les CSSS.

L'activité physique chez les jeunes

En ce qui a trait à l'activité physique, de plus en plus d'écoles de la région mettent l'accent sur la promotion des saines habitudes de vie, dont l'activité physique, de sorte qu'elles sont aussi de plus en plus nombreuses, année après année, à présenter des projets d'aménagement ou d'animation de leur cour d'école dans le cadre du concours *École active*. Durant les quatre années 2004 à 2007, 109 projets ont été présentés par des écoles de partout en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, dont 67 ont reçu une bourse totalisant un montant global de financement de plus de 52 000 \$ (près des deux tiers provenant du régional et l'autre partie du national). En 2006 et 2007, le concours *École active* ajoutait un volet sécurité afin de favoriser la pratique d'activités physiques de façon sécuritaire. Sur les 68 projets présentés durant ces deux

années, 15 avaient intégré ce volet. Cela dit, en dépit de l'aide financière du national, les montants d'argent consacrés à la création d'environnements et de contextes d'activités sécuritaires et accessibles pour la pratique de l'activité physique dans la région demeurent modestes.

Par ailleurs, les écoles participent aussi en plus grand nombre aux activités de promotion de l'activité physique chez les jeunes développées par Kino-Québec. Par exemple, le nombre d'écoles inscrites à l'activité *Plaisir d'hiver* (anciennement *Plaisir sur glace*) est passé de 5 en 2004 à 13 en 2007 pour un total de 32 écoles participantes au cours des 4 années 2004-2007 et environ 4 500 jeunes rejoints. Pour ce qui est de l'activité *Marchons vers l'école*, 29 écoles de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine y ont pris part en 2004-2007. Finalement, environ 3 500 enfants en centres de la petite enfance et jeunes de milieux scolaires ainsi que quelques parents ont rencontré le personnage VAS-Y lors de sa tournée régionale en 2007. Spécifions ici que la *Tournée régionale VAS-Y* et le concours *École active* sont des activités qui font non seulement la promotion de l'activité physique chez les jeunes, mais aussi de la saine **alimentation**. Ainsi, tous les jeunes ayant participé à ces activités ont aussi été sensibilisés à l'importance d'adopter une saine alimentation.

Il importe par ailleurs de dire que les activités de Kino-Québec ne font pas partie du plan de réussite de l'école. Ainsi, malgré cette préoccupation grandissante des écoles pour les saines habitudes de vie, l'organisation d'activités en faveur de leur adoption chez les élèves est parfois vue comme une tâche supplémentaire, ce qui ne favorise pas leur déploiement dans toutes les écoles et sur une base régulière en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine. Mentionnons

aussi que ces activités axées sur la promotion de l'activité physique chez les jeunes ne se sont pas nécessairement réalisées dans le cadre de l'approche *École en santé*, mais dès septembre 2008, la DSP envisage de présenter aux écoles une offre de service plus « attachée » à cette approche. Un CSSS suggère à ce sujet que la DSP fasse de même pour tous les programmes et activités de santé publique qui ont des liens avec l'approche ÉES (tabagisme, suicide, etc.).

L'hygiène dentaire des enfants

Au chapitre finalement de l'hygiène dentaire des enfants, le PNSP prévoyait à la fois des activités de promotion de l'acquisition de saines habitudes d'hygiène dentaire à l'école (par l'approche *École en santé*), des activités de counselling auprès des parents et des services préventifs individualisés pour les enfants à risque de carie.

Concernant les activités axées sur l'adoption de saines habitudes buccodentaires, aucune activité de ce genre n'a été organisée dans les écoles de la région en 2004-2007 dans le cadre de l'approche *École en santé*. Cela s'expliquerait entre autres par le peu de communication entre les responsables locaux du dossier *École en santé* et les hygiénistes dentaires.

Par contre, le counselling sur le brossage de dents ou l'utilisation de suppléments de fluor est une activité bien intégrée dans la pratique des hygiénistes, notamment auprès des clientèles vulnérables qu'elles rencontrent individuellement et auprès des parents qui ont des enfants de moins de 5 ans. De la même manière, les hygiénistes dentaires de tous les CSSS assurent un suivi préventif individualisé en milieu scolaire auprès des enfants de la maternelle à la 3^e année à risque de carie afin qu'ils bénéficient de deux applications topiques de fluorure par

année et des activités d'éducation à la santé dentaire. À ce sujet, mentionnons que 98 % des élèves de la maternelle et de 3^e année ont participé au dépistage en 2006-2007 dont 26 % se sont avérés à risque de carie selon le critère provincial. Parmi ces enfants identifiés à risque, 74 % ont reçu une application topique de fluorure lors du premier suivi et 60 % au moment du second suivi. Ces résultats régionaux varient toutefois passablement d'un CSSS à l'autre, certains étant beaucoup moins performants que d'autres pour ce qui est de la deuxième application. On remarque en effet que certaines hygiénistes n'insistent pas suffisamment sur l'importance de cette intervention auprès des élèves peu motivés ou réticents à recevoir une application de fluor topique. De plus, le non-remplacement des hygiénistes qui s'absentent sur une longue période pour cause de maladie explique la moindre performance de certains CSSS en cette matière et constitue aussi un obstacle au déploiement de toutes les activités en santé dentaire publique. Il faudra donc pour les prochaines années réitérer auprès des CSSS l'importance de procéder aux deux applications de fluor par année puisque tel est l'engagement que les hygiénistes prennent envers les parents lors de la signature de l'autorisation sur la participation de leur enfant au *Programme de santé dentaire publique*.

Les agents de scellement des puits et fissures à titre de mesures préventives de la carie devaient être inclus aux activités en santé dentaire publique en milieu scolaire. Cette activité a cependant dû être suspendue pour l'ensemble de la province, car les équipements devant servir à la mise en place des scellants ont été retirés du réseau, ceux-ci ne répondant pas aux normes canadiennes d'homologation. Ce que nous savons par ailleurs, c'est qu'en 2006-2007, 19 % des élèves de 3^e année en

Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine ont un scellant et plus en bouche.

Finalement, bien que non prévue dans le PNSP, la DSP a réalisé, en 2006, une campagne de promotion de la visite à un an chez le dentiste partout en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine.

Cela dit, sur les quatre CSSS qui se sont prononcés relativement au soutien de la DSP dans le domaine de la santé dentaire chez les enfants, tous croient que ce soutien a effectivement contribué au déploiement des activités de santé dentaire à l'échelle locale. Ils soulignent par exemple la formation offerte aux hygiénistes dentaires, les rencontres régionales avec celles-ci, ainsi que le soutien à la saisie uniforme de données statistiques concernant les applications topiques de fluor. Un CSSS souligne d'ailleurs qu'il s'agit là d'un programme très bien soutenu par la DSP et qu'il faudra maintenir ce soutien dans les prochaines années. Par contre, si un des CSSS considère le soutien de la DSP aidant, il rappelle par ailleurs que certaines activités prévues au PAR n'ont pas été réalisées en ce domaine dont l'élaboration d'activités axées sur l'acquisition de saines habitudes buccodentaires dans le cadre de l'approche *École en santé* et l'information aux médecins sur le counselling auprès des parents concernant l'utilisation de fluorure. De l'avis de ce CSSS, la DSP devra accorder une attention particulière à ces activités au cours des prochaines années et évaluer la possibilité de réaliser annuellement, au mois d'avril, une campagne de promotion en santé dentaire à l'intention de divers groupes (ex. : enfants du préscolaire). Un autre CSSS suggère, quant à lui, de poursuivre les rencontres régionales avec les hygiénistes dentaires, mais de voir à inviter à l'occasion les chefs de programmes afin qu'ils soient au

courant de la programmation en santé dentaire.

Dans un autre ordre d'idées, pour un CSSS, l'implantation du programme de santé dentaire publique dans la région, qui vise notamment à assurer un suivi préventif individualisé aux enfants à risque, et ce, dès la maternelle, permet effectivement de mieux suivre la santé buccodentaire de ces enfants.

Autres activités

Deux autres activités de santé publique étaient à déployer pour les enfants en 2004-2007 selon le PNSP, à savoir l'approche *École en santé* et des interventions visant le développement des habiletés sociales des enfants.

L'approche École en santé

Pour ce qui est, Les travaux pour assurer l'implantation de l'approche École en santé (ÉES) dans la région sont amorcés depuis 2004 sur tous les territoires de CSSS de sorte qu'en octobre 2007, 24 des 67 écoles primaires et secondaires de la région avaient entrepris l'implantation de cette approche. Ceci correspond à 36 % des écoles de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine alors qu'au Québec cette proportion s'élevait à seulement 16 % en mars 2007. Des différences relativement importantes existent toutefois entre les territoires quant au niveau de déploiement de cette approche : 16 des 24 écoles proviennent d'une des quatre commissions scolaires (CS) de la région. La performance de cette CS s'explique entre autres par le fait que la personne du CSSS responsable du déploiement de l'approche dans les écoles de ce territoire (appelée accompagnatrice) consacre quatre jours par semaine à ce travail. Partout ailleurs, les accompagnatrices des CSSS sont affectées à ce travail à

raison de deux ou deux journées et demie par semaine. Pour ces intervenantes, le temps qu'elles consacrent aux autres tâches qui sont davantage de nature clinique empiète parfois sur le temps à allouer à l'approche *École en santé*. Un des CSSS croit d'ailleurs que pour être efficace, l'accompagnatrice devrait être affectée à raison de 5 jours par semaine à ce dossier.

Les conditions favorables au déploiement de l'approche *École en santé* en 2004-2007 ont été essentiellement de trois ordres, à savoir 1) l'allocation de développement récurrente octroyée aux CSSS par l'agence pour l'embauche d'une accompagnatrice, et ce, au moins à mi-temps; 2) le soutien offert aux accompagnatrices par une professionnelle de la DSP affectée à temps plein à ce dossier (la complexité de l'approche *École en santé* et l'isolement des tandems [accompagnatrices des CSSS et des CS] rendant essentiel ce soutien); 3) la capacité qu'ont les accompagnatrices des CSSS à bien comprendre l'approche et la façon de la déployer dans des contextes variés (d'où l'importance de bien soutenir ces ressources, mais aussi de s'assurer dès l'embauche que les personnes retenues correspondent au profil recherché pour ce travail).

Au sujet du soutien apporté par la DSP, les CSSS sont unanimes à dire que celui-ci a été aidant pour le déploiement de l'approche ÉES en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine. Ils soulignent notamment le soutien de la responsable régionale pour la mise en place des comités locaux MSSS-MELS, l'élaboration des plans d'action des comités locaux ÉES, l'appropriation de l'approche ÉES et des rôles de chacun des intervenants, et la formation continue offerte aux accompagnatrices ÉES. Un CSSS précise que le soutien préconisé par la DSP, en mettant notamment l'accent sur la concertation entre les directions d'écoles, les CSSS et les accompagnatrices, permet une

appropriation de l'approche ÉES et son implantation dans les écoles ciblées. Les CSSS souhaitent d'ailleurs que la DSP poursuive, dans les prochaines années, son soutien et sa coordination régionale pour le déploiement de cette approche et qu'elle continue à faire les liens entre les CSSS et l'Institut national de santé publique. De l'avis d'un CSSS, l'approche ÉES devrait être implantée dans toutes les écoles de la région. Ce dernier objectif sera cependant difficile à atteindre dans les conditions actuelles du financement.

En effet, en dépit du financement accordé par l'agence aux CSSS pour l'embauche d'une accompagnatrice, celui-ci demeure insuffisant pour le bon déploiement de l'approche ÉES partout dans la région. Rappelons à ce sujet que la demande initiale de la DSP était d'allouer des montants permettant aux CSSS l'embauche d'une personne consacrée à temps plein à ce dossier, et non à temps partiel. Encore aujourd'hui, les résultats de l'implantation de cette approche dans la région indiquent la nécessité de revenir à cette demande initiale et d'y répondre favorablement. Cette situation relative au manque de financement est encore plus criante du côté du secteur de l'éducation. En effet, les CS ne reçoivent qu'une subvention de 5 000 \$ par année non garantie, de sorte que les accompagnatrices du réseau scolaire ne sont libérées qu'une journée par semaine pour travailler au déploiement de l'approche ÉES. De leur côté, les écoles ne reçoivent aucune aide financière pour libérer un enseignant pour siéger au comité *École en santé*.

Les habiletés sociales des enfants

En ce qui a trait aux interventions visant le développement des habiletés sociales des enfants dans les écoles primaires défavorisées (programme *Fluppy*), elles n'étaient offertes sur aucun territoire local de la région en décembre 2007, comme c'était aussi le

cas dans six autres régions du Québec (MSSS, janvier 2008). Ce que nous savons par ailleurs, c'est que le programme *Fluppy* a déjà été offert dans onze écoles d'un territoire de CSSS de la Gaspésie. En 2005, en raison du départ de la personne du CSSS formée pour implanter ce programme, celui-ci a été abandonné et n'aurait pas été repris, du moins dans sa version intégrale. De l'avis

de ce CSSS, *Fluppy* est un programme relativement lourd à offrir de sorte que si on voulait éventuellement le relancer dans les écoles, il faudrait davantage travailler en partenariat avec le milieu scolaire. Ailleurs au Québec, il n'est d'ailleurs pas rare que ce soit les CS qui assument la responsabilité de ce programme dans les écoles.

Tableau 3 :

Activités déployées en 2004-2007 pour le développement, l'adaptation et l'intégration sociale, et les habitudes de vie des jeunes et des familles, et niveau de déploiement des activités dans la région en décembre 2007 et au Québec en mars 2007

Activités déployées dans la région en 2004-2007 pour les jeunes et leur famille	Niveau de déploiement*	
	GÎM (déc. 2007)	Québec (mars 2007)
PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE		
Activités prescrites par le PNSP :		
Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité :		
• Accompagnement des familles en prénatal	4	3,8
• Accompagnement des familles en postnatal	4	3,6
• Soutien à la création d'environnements favorables à la santé	3	3,6
Établissement de l'initiative « Amis des bébés » :		
• Dans les services de maternité des centres hospitaliers	3	2,9
• Dans les CLSC	3	2,9
Promotion et soutien régional des pratiques cliniques préventives en période périnatale (ex. : prise d'une dose suffisante d'acide folique, counselling sur la consommation d'alcool, le tabagisme et l'allaitement maternel chez les femmes enceintes, orientation des enfants défavorisés vers les CPE pour des interventions éducatives précoces)	4	2,8
Autres activités déployées :		
Stimulation précoce et infantile	3	n.d.
Établissement d'alliances et d'ententes de services entre les CSSS et leurs partenaires, et ce, pour le mieux-être des enfants et des familles	3	n.d.
PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX CHEZ LES JEUNES		
Établissement de réseaux de sentinelles	4	2,9
Activités non prescrites par le PNSP :		
Sessions d'ateliers interactifs de sensibilisation, d'information et de réflexion à la violence dans les relations amoureuses des adolescent-e-s (programme SAISIR)	4	n.d.
Programme éducatif en matière d'Éducation, de Sensibilisation et de Prévention des Agressions Commises envers les Enfants (ESPACE)	3	n.d.
Ateliers de prévention des agressions sexuelles (dont le programme <i>Ras-le-bol, faut que ça change!</i>)	3	n.d.

* **Cotation du niveau de déploiement :** 1. Activité ni implantée, ni planifiée. 2. Activité non implantée, mais planifiée. 3. Activité en voie d'implantation. 4. Implantation de l'activité complétée.

Tableau 3 (suite) :

Activités déployées en 2004-2007 pour le développement, l'adaptation et l'intégration sociale, et les habitudes de vie des jeunes et des familles, et niveau de déploiement des activités dans la région en décembre 2007 et au Québec en mars 2007

Activités déployées dans la région en 2004-2007 pour les jeunes et leur famille	Niveau de déploiement	
	GÎM (déc. 2007)	Québec (mars 2007)
HABITUDES DE VIE CHEZ LES JEUNES		
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	4	3,3
Conception et organisation dans les écoles primaires et secondaires d'activités axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie dans le cadre de l'approche <i>École en santé</i> :		
• le non-usage du tabac,	3	n.d.
• une saine alimentation,	3	n.d.
• l'activité physique,	3	n.d.
• l'hygiène dentaire	2	n.d.
TOTAL	2,8	3,0
Counselling concernant l'utilisation de fluorure, soit en se brossant les dents ou en prenant des suppléments fluorés	4	2,8
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 des activités d'éducation à la santé dentaire	4	3,9
Application d'agents de scellement dentaire afin que les enfants de 5 à 15 ans qui satisfont aux critères concernant le risque de carie dentaire reçoivent des agents de scellement sur les faces des molaires permanentes présentant des fosses et sillons	2	2,6
Autre activité déployée :		
Campagne de promotion de la visite à un an chez le dentiste	4	n.d.
Programme de protection des non-fumeurs : implantation des mesures de la Loi sur le tabac rendant les milieux sans fumée de tabac	4	n.d.
AUTRES		
Élaboration et implantation de l'approche <i>École en santé</i> (ÉES) pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'adaptation sociale	3	3,1
Intervention visant le développement des habiletés sociales des enfants (programme <i>Fluppy</i>) dans les milieux scolaires primaires défavorisés	1	2,5
NIVEAU DE DÉPLOIEMENT MOYEN DES ACTIVITÉS DE CE DOMAINE PRESCRITES PAR LE PNSP	3,2	3,1

1.3 Les activités en lien avec le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des adultes

Ce domaine regroupe les problèmes ou situations pouvant entraver ou porter atteinte au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des adultes, à savoir l'alcoolisme et la toxicomanie, les agressions sexuelles, la violence à l'endroit des femmes, le suicide et les problèmes de santé mentale.

L'alcoolisme et la toxicomanie

Rappelons d'abord que la proportion de personnes ayant une consommation élevée d'alcool en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine n'est pas supérieure à celle du Québec. En effet, les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* 2003 (ESCC) indiquent que 4,4 % de la population régionale de 12 ans et plus a consommé 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une période de 7 jours, tandis que ce pourcentage est de 6,1 % au Québec. De plus, 16,2 % de la population gaspésienne et madelinienne de 12 ans et plus a déclaré avoir consommé 5 consommations ou plus dans une même occasion 12 fois ou plus (16,7 % au Québec). Nous ne disposons par ailleurs d'aucune donnée récente sur la consommation de drogues.

Cela dit, le PNSP prévoyait le déploiement d'une seule activité en lien avec la toxicomanie, soit la promotion et l'augmentation de l'accessibilité aux traitements de substitution à l'intention des usagers de substances psychotropes. Dans la région, en décembre 2007, cette activité n'était ni implantée, ni planifiée, celle-ci n'ayant pas été retenue comme prioritaire dans la planification annuelle du programme

Dépendances⁸. Par contre, tous les intervenants de 1^{re} ligne en dépendances dans les CSSS et de 2^e ligne du Centre de réadaptation l'Escale ont reçu une formation au programme Alcochoix+. Cette formation permet d'habiliter les intervenants à accompagner et à soutenir les femmes et les hommes préoccupés par leur consommation d'alcool et désirant modifier leurs habitudes. Le déploiement de cette activité de santé publique est d'ailleurs prévu dans le *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008* (MSSS, 2008).

Les agressions sexuelles

Au cours des trois années 2002-2004, en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, 217 infractions sexuelles ont été déclarées à la police et jugées fondées après enquête selon les données du ministère de la Sécurité publique. Les trois quarts de ces infractions ont été commises envers des jeunes de moins de 18 ans (124 filles et 35 garçons) alors que 56 l'ont été envers des femmes et 3 envers des hommes. Chez les femmes adultes plus spécifiquement, le taux d'agressions sexuelles enregistré dans la région pour ces trois années est semblable à celui des Québécoises. Également, le taux de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine semble suivre la même tendance à la hausse que celle que connaît le taux québécois depuis 1997 (Dubé et Parent, 2007).

Ces quelques données présentées, le MSSS accordait en 2002-2003 un financement non récurrent afin de soutenir l'implantation, partout en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, de centres désignés pour offrir des services aux victimes d'agression sexuelle. Ces services en place, il était dès

⁸ Rappelons que les activités préventives en lien avec la consommation d'alcool et de drogues sont sous la responsabilité du conseiller au programme Dépendances à l'agence.

lors pertinent de réaliser à l'automne 2005, conformément aux attentes du PNSP, une campagne régionale de sensibilisation sur les agressions sexuelles sous le thème : *Devant toutes formes d'agression sexuelle : Non, c'est non!* Deux outils ont servi à soutenir cette campagne, à savoir une affiche de sensibilisation destinée au grand public et un guide à l'intention des intervenants présentant des informations sur le problème des agressions sexuelles, les besoins que peuvent avoir les victimes et sur les services offerts dans la région.

La violence à l'endroit des femmes

En 2006, selon les données du ministère de la Sécurité publique, 196 crimes commis en contexte conjugal envers les femmes et les hommes de 12 ans et plus de la région ont été enregistrés par les corps policiers et jugés fondés après enquête. De ce nombre, 173 ont été commis envers des femmes, ce qui correspond à un taux de 396 pour 100 000, lequel est légèrement inférieur à celui obtenu chez les Québécoises cette même année (438 pour 100 000). Ajoutons qu'en 2004 et 2005, le taux de crimes commis en contexte conjugal envers les femmes de la région était semblable à celui du Québec (Dubé et Parent, 2007).

Dans l'esprit de promouvoir la non-tolérance de la population gaspésienne et madelinienne face à la violence conjugale et d'encourager les personnes témoins de ce problème à utiliser les ressources existantes pour ainsi apporter une aide aux personnes violentées, la Table régionale de concertation en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle a réalisé une campagne radiophonique de sensibilisation sur la violence conjugale. Deux messages ont ainsi été diffusés dans plusieurs stations de radio de la région à l'automne 2007. Cette campagne régionale de sensibilisation a été

possible grâce au budget non récurrent octroyé depuis 2005-2006 par le MSSS à chaque région du Québec dans le cadre du *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale*. D'ailleurs, les budgets alloués pour l'année 2007-2008 permettront la prolongation de la campagne au printemps et à l'automne 2008.

Cela dit, tant en matière de prévention des agressions sexuelles qu'en prévention de la violence conjugale, le ROCGÎM souligne à quel point le soutien apporté par la DSP aux organismes communautaires concernés a été aidant pour le déploiement des activités préventives en ces domaines. Non seulement le soutien de la DSP a été aidant, il a été très apprécié, insiste le ROCGÎM, notamment le soutien pour la concertation entre les partenaires, la mise en valeur des outils conçus par les organismes, le soutien pour la réalisation de campagnes radiophoniques de sensibilisation à l'intention du public et l'expertise-conseil. D'ailleurs, la poursuite de ce soutien est souhaitée des organismes communautaires pour les prochaines années. Ces derniers suggèrent aussi un soutien de la DSP pour la mise à jour et la réimpression des *Cartes roses*, un outil visant à faire connaître les services offerts en violence conjugale dans la région.

Le suicide

En 2005, 75 % de la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine interrogée dans le cadre de l'ESCC considère avoir une très bonne ou même une excellente santé mentale, un pourcentage ne variant pas selon le sexe et semblable à celui du Québec. À l'opposé, environ 4 % de la population juge sa santé mentale passable ou mauvaise, et ce, dans la région comme au Québec. Malgré cette situation somme toute positive eu égard à la santé mentale, les hauts taux de suicide enregistrés dans la

région ces dernières années préoccupent. En effet, du milieu des années 70 jusqu'au tournant des années 2000, le taux global de décès par suicide de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine s'est toujours maintenu à un niveau inférieur, sinon semblable à celui du Québec. Or, en 2001-2003, nous assistions pour la première fois à un renversement de cette situation, et ceci se maintient encore en 2003-2005, période durant laquelle 45 hommes et 14 femmes de la région se sont enlevé la vie. Et bien que la différence entre le taux ajusté de suicide de la région et celui du Québec ne soit pas significative statistiquement en 2003-2005 (19,7 pour 100 000 contre 15,4), l'écart en défaveur de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine persiste.

Dans ce domaine de la prévention du suicide, le PNSP prévoyait le déploiement de quatre activités de santé publique en 2004-2007, à savoir la formation des médecins (dans le cadre de la promotion et du soutien des pratiques cliniques préventives), l'organisation d'activités de sensibilisation eu égard à l'entreposage et à l'accès des médicaments et des armes à feu, l'établissement de réseaux de sentinelles et l'organisation d'activités visant à diminuer la tolérance par rapport au suicide. Comme on peut le lire au tableau 4, outre l'établissement des réseaux de sentinelles qui en est à sa phase de planification dans la région, les trois autres activités sont ou bien en voie d'implantation ou complètement déployées.

C'est ainsi qu'en matière de promotion et de soutien des pratiques cliniques préventives, la DSP a donné dix formations en prévention du suicide aux infirmières des urgences des CSSS ainsi qu'aux médecins entre octobre 2006 et mai 2007. Tous les territoires de CSSS ont profité de ces formations, à l'exception d'un seul qui n'a manifesté aucun

intérêt à recevoir cette formation médicale et nursing en prévention du suicide. Également, la participation des médecins à ces formations a été plutôt faible de façon générale dans la région, et ce, en dépit de l'octroi de crédits de formation continue pour les médecins et la courte durée des formations (3 heures). Par ailleurs, la réalisation de ces formations et leur retombée dans les milieux ont été favorisées par la collaboration des infirmières-chefs des urgences : libération de leur personnel pour qu'il participe à la formation, participation à l'élaboration du contenu de la formation, modifications apportées aux pratiques suite aux constats se dégageant de la formation. La participation des intervenants psychosociaux des CSSS pour présenter, dans le cadre de ces formations, leurs services aux médecins et infirmières, constitue aussi un des éléments de succès des formations et contribue à améliorer l'accès et la continuité des services aux personnes suicidaires.

La DSP a aussi réalisé en 2004-2007 l'ensemble des activités prévues pour sensibiliser aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardées à la maison et aux moyens pour en limiter l'accès. Parmi celles-ci, mentionnons la formation des professionnels de la santé qui inclut un volet d'information sur le rôle qu'ils doivent jouer pour réduire l'accès aux moyens de se tuer ainsi que l'appui à la Loi sur l'entreposage sécuritaire des armes à feu et la promotion de celle-ci. L'existence de cette Loi est d'ailleurs un élément qui favorise la réalisation des activités de sensibilisation en raison de la légitimité qu'elle donne aux actions de prévention du suicide. Par contre, le fédéral ainsi que le national n'assurent pas, de l'avis des professionnels en prévention du suicide à la DSP, un leadership fort dans ce dossier de sorte qu'il n'y a que cette Loi actuellement

sur laquelle on peut faire reposer les actions préventives en ce domaine. En Angleterre, une législation plus ferme a été mise en place dont une visant à réduire la toxicité du gaz naturel utilisé à des fins domestiques, ce qui aurait contribué à diminuer les taux de suicide.

Dans l'esprit de diminuer la tolérance par rapport au suicide et la banalisation de ce problème, la DSP a organisé et réalisé des campagnes de sensibilisation à l'intention du grand public diffusées dans les médias radiophoniques et télévisuels en 2004, 2005 et 2006. De plus, des dépliants s'adressant aux proches de personnes suicidaires ont été conçus afin de les informer sur les ressources d'aide et de les habiliter à accompagner les personnes suicidaires de leur entourage vers ces ressources. Ces dépliants ont été distribués dans tous les foyers de la région. La DSP ne connaît pas l'impact de ces mesures sur les conduites suicidaires. Plusieurs intervenants ont cependant rapporté avoir reçu des commentaires de personnes en détresse qui se seraient reconnues dans les messages publicitaires et que cela les aurait incitées à demander de l'aide. Pour cette mesure en particulier, la collaboration avec une firme de communication québécoise reconnue et expérimentée a très certainement contribué à son bon déploiement.

Finalement, la DSP a réalisé plusieurs autres activités de santé publique en prévention du suicide dans la région en 2004-2007 dont certaines méritent d'être soulignées ici. Ainsi, outre la formation aux médecins et infirmières des urgences dont nous avons parlé plus tôt, la DSP a donné diverses formations pour les intervenants des réseaux de la santé et de l'éducation, et des organismes communautaires de la région sur l'intervention de crise suicidaire. Également, elle a répondu en 2004-2007 à des besoins

de formation sur le repérage et la référence des personnes suicidaires exprimés par le Centre de détention de New Carlisle et le Centre de gestion des appels à Pabok. Finalement, une activité de sensibilisation a été menée auprès de 80 agents du Centre de communication avec la clientèle du ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille sur le repérage des personnes suicidaires et un guide d'intervention *Gardez le cap!* a été élaboré à l'intention des travailleurs de ce secteur. Soulignons que le succès des formations en prévention du suicide repose entre autres sur le fait qu'elles répondent aux besoins exprimés par les intervenants, qu'elles sont gratuites, offertes dans chacun des territoires de CSSS et adaptées à la réalité de chaque milieu d'intervention.

Dans le cadre finalement des services d'intervention téléphoniques 24/7 pour les personnes suicidaires, leurs proches et les endeuillés par suicide, la DSP a organisé en 2004-2007 des rencontres entre le Centre de prévention du suicide (CPS) du Bas St-Laurent (organisme offrant les services 24/7 pour la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine) et les intervenants des CSSS et des organismes communautaires de la région afin de faire connaître à ces derniers les services du CPS et de s'entendre sur des mécanismes de collaboration.

En matière de prévention du suicide et d'intervention de crise suicidaire chez les adultes, les actions de soutien menées par la DSP en 2004-2007 ont, de l'avis des CSSS et du ROCGÎM, aidé au déploiement des activités de santé publique de ce domaine à l'échelle locale. Les quatre CSSS qui ont été en mesure de se prononcer à cet égard ainsi que le ROCGÎM ont relevé plusieurs modalités de soutien de la DSP dont les formations sur le repérage des personnes à risque suicidaire et sur l'intervention de crise

suicidaire à l'intention de divers intervenants (ex. : médecins, personnel infirmier des urgences, intervenants psychosociaux); la présentation du protocole d'application de la Loi P-38 (anciennement nommée la Loi sur la protection du malade mental); la promotion de l'entreposage des armes à feu; la rencontre concernant la Ligne de prévention du suicide; le développement et le maintien d'un corridor de services accessibles pour les personnes en crise suicidaire; et l'expertise-conseil lors de situations de crise suicidaire. Concernant ce dernier point, le ROCGÎM souligne le soutien psychologique précieux qu'a apporté la DSP aux intervenants d'un organisme communautaire à la suite du décès par suicide d'un résident de l'organisme.

D'ailleurs, tant les CSSS que le ROCGÎM expriment l'importance que la DSP poursuive ses actions de soutien au cours des prochaines années, certains CSSS insistant notamment sur leurs besoins de soutien pour la mise à jour du protocole d'intervention de crise suicidaire de leur territoire, l'animation de leur table de concertation locale en prévention du suicide, la formation des intervenants et lorsque surviennent des situations de crise suicidaire. De plus, un CSSS suggère que la DSP relance l'organisation de colloques régionaux dans le domaine du suicide alors qu'un autre trouverait important qu'elle développe des outils de repérage pour les personnes âgées.

Le ROCGÎM souhaite lui aussi que la DSP maintienne son offre de formations pour les intervenants et rappelle par ailleurs à l'agence le besoin financier des organismes communautaires pour participer aux tables de concertation en santé mentale.

Les problèmes de santé mentale

Le PNSP prévoyait la réalisation d'activités de sensibilisation à l'intention du grand public et des professionnels de la santé et des services sociaux sur les signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs, ainsi que la diffusion d'information sur les services offerts. Le déploiement de ces activités avait essentiellement pour objectifs de réduire les préjugés à l'endroit des personnes souffrant de problèmes de santé mentale et d'inciter ces dernières à consulter, et ce, afin de contribuer à la réduction de ces problèmes dans la population (MSSS, 2003). La DSP n'avait pas retenu cette activité dans son PAR 2004-2007, préférant attendre les résultats des travaux d'un groupe provincial qui devait alors se pencher sur la question des interventions reconnues les plus efficaces pour prévenir la dépression et les troubles anxieux notamment. En mars 2007, seulement deux régions au Québec avaient implanté ces activités, toutes les autres régions n'ayant pas encore amorcé de travaux en ce sens (MSSS, janvier 2008).

Tableau 4 :

Activités déployées en 2004-2007 pour le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des adultes, et niveau de déploiement des activités dans la région en décembre 2007 et au Québec en mars 2007

Activités déployées dans la région en 2004-2007 pour le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des adultes	Niveau de déploiement*	
	GÎM (déc. 2007)	Québec (mars 2007)
LA CONSOMMATION D'ALCOOL, DE DROGUES ET DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES		
Activités prescrites par le PNSP :		
Promotion et augmentation de l'accessibilité aux traitements de substitution (par exemple, la méthadone) à l'intention des usagers de substances psychotropes	1	2,6
Autre activité déployée :		
Formation au programme Alcochoix+ des intervenants de 1 ^{re} ligne en Dépendances des CSSS et de 2 ^e ligne du Centre de réadaptation pour personnes alcooliques ou toxicomanes (l'Escale)	3	n.d.
LES AGRESSIONS SEXUELLES		
Organisation de campagnes de communication sociétales, à l'intention des adultes, portant sur la prévention des agressions sexuelles	4	3,1
LA VIOLENCE À L'ENDROIT DES FEMMES		
Organisation de campagnes de communication sociétales, à l'intention des adultes, portant sur la prévention de la violence conjugale	4	3,1
LE SUICIDE		
Intervention globale au regard de la prévention du suicide :		
• Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives	3	2,6
• Organisation d'activités de sensibilisation aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardées à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès	4	2,8
• Établissement des réseaux de sentinelles	2	2,9
• Activités visant à diminuer la tolérance par rapport au suicide et la banalisation de ce problème	4	3,0
TOTAL	3,3	2,8
Autre activité déployée :		
Autres activités de formation en prévention du suicide	4	n.d.
Services d'intervention téléphonique 24/7 pour les personnes suicidaires, leurs proches et pour les endeuillés par suicide	4	n.d.
LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE		
Sensibilisation du grand public et des professionnels de la santé et des services sociaux sur les signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs, et diffusion d'information sur les activités et les services offerts	1	1,7
NIVEAU DE DÉPLOIEMENT MOYEN DES ACTIVITÉS DE CE DOMAINE PRESCRITES PAR LE PNSP	2,9	2,7

* **Cotation du niveau de déploiement :** 1. Activité ni implantée, ni planifiée. 2. Activité non implantée, mais planifiée. 3. Activité en voie d'implantation. 4. Implantation de l'activité complétée.

1.4 Les activités en lien avec les habitudes de vie et les maladies chroniques chez les adultes

Ce domaine regroupe les activités visant à agir sur les habitudes de vie ayant une incidence sur la survenue et l'aggravation des maladies chroniques comme les cancers et les maladies circulatoires, ainsi que celles visant à dépister ces maladies. Ces dernières activités, faisant partie des pratiques cliniques préventives, seront abordées sous

la rubrique des *Maladies chroniques*. Avant d'aller plus loin, nous rappelons dans l'encadré ce que sont les pratiques cliniques préventives. Précisons que, bien que nous définissions ici ce que sont ces pratiques, celles-ci ne sont pas exclusives au domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques. On les trouve aussi, comme nous l'avons vu, en périnatalité et petite enfance, en prévention du suicide, ainsi qu'en prévention des maladies infectieuses notamment.

Les pratiques cliniques préventives

Les pratiques cliniques préventives relèvent des cliniciens de **première ligne** et se réalisent dans le cadre d'une **consultation individuelle**. La version 2003 du PNSP inclut les mesures suivantes dans les pratiques cliniques préventives⁹ :

- Le **counselling bref**, qui prend de 30 secondes à 3 minutes et qui consiste à promouvoir l'adoption de comportements sains auprès des personnes qui consultent (appelé aussi intervention minimale) (ex. : promotion de la pratique régulière d'activités physiques et de la consommation de fruits et légumes, promotion de l'allaitement maternel auprès des femmes enceintes).
- Le **counselling intensif**, une mesure spécifique aux fumeurs, qui consiste à conseiller et soutenir ces derniers dans la cessation tabagique. Le counselling intensif concernant le tabagisme est offert par les centres d'abandon du tabagisme.
- Le **dépistage, opportuniste ou systématique, des problèmes de santé** chez des personnes asymptomatiques (ex. : dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans par la mammographie de dépistage, dépistage de l'HTA) et la **détection des facteurs de risque ou des signes avant-coureurs** de problèmes psychosociaux (ex. : détection des signes avant-coureurs de la dépression, détection des signes de violence conjugale). (Adapté de MSSS, 2003)

Pour ce qui est du **counselling intensif** concernant l'alimentation et l'activité physique pour les personnes présentant déjà une maladie chronique, il est pratiqué par des professionnels plus spécialisés (diététistes, nutritionnistes, kinésiologues) œuvrant non pas en première ligne mais en deuxième ligne, le recours aux services de ces professionnels nécessitant le plus souvent une référence (MSSS, février 2004). Ainsi, le counselling pratiqué par ces professionnels ne fait pas partie des pratiques cliniques préventives au sens où nous les définissons ici.

⁹ La version 2003 du PNSP 2003-2012 n'inclut que ces trois mesures dans les pratiques cliniques préventives, mais l'immunisation et la chimioprophylaxie sont deux autres pratiques cliniques préventives pouvant être réalisées par les cliniciens de première ligne dans le cadre de consultations individuelles.

Dans le cadre de l'implantation du PNSP, les équipes de santé publique ont ainsi été appelées à promouvoir et soutenir les pratiques cliniques préventives, notamment par la diffusion d'information ou de connaissances nouvelles sur les actions efficaces ou par la diffusion de lignes directrices (MSSS, 2003). C'est donc du déploiement de ces activités de promotion et de soutien aux pratiques cliniques préventives que nous rendons compte dans ce bilan, et non de l'application de ces pratiques par les cliniciens.

Ces précisions faites, nous voyons dans ce qui suit les activités réalisées en lien avec les habitudes de vie, soit le tabagisme, l'alimentation et l'activité physique.

Les habitudes de vie chez les adultes

Rappelons d'abord que le pourcentage de fumeurs réguliers chez les 15 ans et plus de la région a constamment régressé ces dernières décennies en passant de 37,4 % à 21,7 % de 1987 à 2005, ce dernier pourcentage ne se différenciant pas statistiquement de celui du Québec (19,4 %). Par ailleurs, selon l'ESCC, 27 % des adultes de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine ne sont pas suffisamment actifs dans leur temps de loisirs en 2005, c'est-à-dire qu'ils pratiquent moins d'une fois par semaine une activité physique. Au Québec, la proportion correspondante de personnes sédentaires est légèrement inférieure avec 24 %, une proportion qui tend à diminuer depuis quelques années comme c'est aussi le cas dans la région. Finalement, toujours selon l'ESCC, 50 % de la population gaspésienne et madelinienne de 12 ans et plus consomme moins de cinq portions de fruits et légumes quotidiennement en 2003 (la recommandation étant d'en manger cinq et plus pour obtenir les bienfaits sur la santé) (55 % au Québec). En d'autres mots,

seulement la moitié de la population atteint la recommandation, alors que le MSSS vise un objectif de 80 % (MSSS, 2003).

Cela dit, pour la période 2004-2007, le PNSP prévoyait le déploiement de huit activités de santé publique en lien avec les habitudes de vie et impliquant le niveau régional ou local (tableau 5). Comme l'indique ce tableau, outre le counselling bref concernant l'alimentation et l'activité physique, les activités en lien avec les habitudes de vie sont complètement implantées dans la région ou en voie de l'être.

Le tabagisme

D'abord, en matière de prévention du tabagisme, deux campagnes nationales sur la prévention et la cessation du tabagisme ont été menées en 2004-2007. Il s'agit de la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac* et du *Défi J'arrête j'y gagne*. Essentiellement, ces campagnes prennent la forme de diffusion de messages de sensibilisation dans les médias télévisuels et radiophoniques, d'un site Internet pour la population et de distribution de matériel promotionnel à l'intention de la population (affiches, dépliants). Chaque année, les CSSS par les centres d'abandon du tabagisme (CAT), tous les organismes communautaires et divers partenaires d'autres secteurs d'activité (emploi, éducation, etc.) sont invités à participer à ces campagnes en distribuant ou rendant disponible le matériel promotionnel à leur clientèle respective. De son côté, la DSP travaille à stimuler cette participation des établissements du système de santé et de services sociaux et des organismes communautaires. Il est cependant difficile de savoir si ces campagnes sont bien déployées dans tous les secteurs de la région. En 2007 par exemple, deux des six CAT n'avaient pas de ressources humaines au moment des campagnes. S'agissant d'un partenaire

important de la DSP, celle-ci ne peut dire si le matériel a été distribué à la population des secteurs concernés. Ce que la DSP sait par ailleurs, c'est qu'au cours des quatre années 2004 à 2007, de 415 à 435 personnes de la région se sont inscrites annuellement au *Défi J'arrête j'y gagne*, une campagne s'adressant spécifiquement aux fumeurs.

Le counselling bref concernant le tabagisme auprès des fumeurs (appelé aussi intervention minimale) est une pratique clinique préventive qui a été soutenue par la DSP en 2004-2007, notamment par l'envoi d'information à tous les chefs d'administration de programmes et chefs d'unité des CSSS et par l'organisation d'une formation sur l'intervention minimale à laquelle une centaine d'infirmières, d'inhalothérapeutes et d'hygiénistes dentaires des CSSS ont participé en 2006-2007. Bien que le counselling bref en tabagisme se fasse sur tous les territoires de CSSS, il existe tout de même des variations d'un territoire à l'autre. On remarque en effet que dans les CSSS où les CAT sont implantés depuis plusieurs années et ont une stabilité de leurs ressources humaines, il se fait davantage de sensibilisation auprès des médecins, pharmaciens et infirmières sur l'importance du counselling en tabagisme.

En matière de promotion et de soutien des pratiques cliniques préventives, les fédérations et ordres professionnels ont aussi un rôle majeur à jouer. Pour le counselling bref en tabagisme, les médecins en clinique privée ont reçu des directives de la part de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, alors que les infirmières, inhalothérapeutes, dentistes et pharmaciens ont eu accès à de la formation en cette matière par leur ordre professionnel respectif. La rétribution par la RAMQ des actes médicaux posés par les médecins de famille, dont le soutien à l'abandon

tabagique, constitue une condition aidante au déploiement de cette mesure de santé publique dans la région.

Une autre mesure de cessation tabagique, plus intensive cette fois, devait être déployée dans tous les territoires de CSSS en 2004-2007, soit les services de counselling et de soutien concernant l'arrêt de la consommation de tabac dispensés par les CAT. En décembre 2007, ces services sont effectivement offerts partout dans la région, aidés en cela par le budget alloué aux CSSS pour l'embauche d'une ressource professionnelle dans les CAT à raison d'une journée par semaine, par le soutien et la formation offerts aux CAT par une ressource professionnelle à temps plein à la DSP, et par la mise en place d'une ordonnance collective donnant ainsi la possibilité aux intervenantes des CAT de remettre à leurs clients une ordonnance pour une thérapie de remplacement à la nicotine. Par contre, bien qu'offerts comme nous le disions sur tous les territoires, ces services demeurent précaires dans certains CAT en raison des changements fréquents de personnel et de postes non comblés parfois pendant de longues périodes, de même que du budget non récurrent et ne permettant de financer qu'une journée par semaine. Or, de l'avis d'un CSSS, il faut poursuivre et intensifier même les efforts pour promouvoir la cessation tabagique auprès des fumeurs.

Finalement, la DSP a réalisé en 2004-2007 des activités en lien avec la protection des non-fumeurs. D'abord, elle a participé à l'implantation des mesures de la Loi sur le tabac rendant les milieux sans fumée, dont les entreprises privées, les centres commerciaux, les restaurants, les arénas, les établissements hôteliers et les établissements de santé et de services sociaux. La DSP s'est aussi impliquée de 2005 à 2007 dans la campagne de

sensibilisation Rouler sans fumée, une campagne visant à réduire pour les non-fumeurs, leur exposition à la fumée de tabac dans les automobiles. Pour cette campagne, la DSP a envoyé le matériel promotionnel à tous les CSSS, mais a choisi de cibler plus particulièrement la clientèle des organismes communautaires, sachant qu'il s'agit là de personnes en général plus défavorisées et donc plus susceptibles de fumer.

Cela dit, les actions de la DSP en soutien aux CSSS ont, de l'avis des cinq CSSS de la région, aidé au déploiement des activités de prévention et de cessation du tabagisme à l'échelle locale. Plus précisément, les CSSS mentionnent les formations offertes aux intervenants des CAT, le soutien à l'implantation des CAT et à l'application de l'ordonnance collective, ainsi que la transmission d'informations et de matériel, comme des exemples d'actions de soutien aidantes de la part de la DSP. D'ailleurs, les CSSS demandent que la DSP poursuive, dans les prochaines années, la mise à jour des connaissances des intervenants par la formation continue ainsi que les allocations financières pour la rémunération des intervenants des CAT, un CSSS exprimant même le besoin que le financement soit rehaussé en raison de l'étendue du territoire qu'il dessert. Par ailleurs, un CSSS avance l'idée que les CAT pourraient jouer un plus grand rôle en matière de prévention du tabagisme et suggère donc de procéder à leur évaluation de manière à ajuster, s'il y a lieu, leur rôle et leur implication en ce domaine.

L'alimentation

Pour ce qui est des activités de santé publique en lien avec la promotion d'une saine alimentation, la DSP a participé en 2006 à la campagne nationale de communication Fruits et légumes en vedette, laquelle incitait les restaurants à faire un

effort particulier pendant deux semaines en mars pour mettre en valeur et offrir des fruits et légumes à leur clientèle. Plusieurs restaurants de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine sont cependant fermés en mars. Malgré cela, la DSP a tout de même réussi à rejoindre seize restaurants répartis dans toutes les MRC de la région, les cafétérias des cinq CSSS et de quelques polyvalentes. De plus, seize pharmacies, dix-sept marchés d'alimentation et toutes les infirmières en santé scolaire ont distribué 48 000 trousseaux d'information à leur clientèle. La gratuité et l'originalité du matériel promotionnel, la simplicité du message ainsi que les outils à distribuer à la population sont autant de facteurs qui ont favorisé le déploiement de cette campagne de communication dans la région.

Le *Défi 5/30* est une autre campagne de communication faisant la promotion de la consommation quotidienne de 5 portions de fruits et légumes ainsi que la pratique d'une activité physique à raison de 30 minutes par jour, et à laquelle la DSP s'est associée en 2006 et 2007. En 2006, 870 personnes de la région se sont inscrites à ce défi, un nombre qui a grimpé à 2 149 en 2007, dont plus des trois quarts sont des femmes.

Par ailleurs, en raison de l'absence d'une ressource professionnelle en nutrition, la DSP n'a réalisé aucune activité pour soutenir les cliniciens en counselling bref concernant les habitudes alimentaires en 2004-2007. La région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine semble à cet égard accuser un certain retard par rapport au Québec où la majorité des régions auraient déjà entrepris des actions en ce sens.

Bien que traitée à l'intérieur du domaine des maladies chroniques, il est important de spécifier que l'alimentation n'a pas seulement une incidence sur ces problèmes

de santé, mais aussi sur plusieurs problèmes de développement et d'adaptation chez les enfants. Mentionnons seulement les enfants qui ne mangent pas à leur faim et les conséquences néfastes que cela peut avoir sur leur développement et, plus tard, sur leur réussite scolaire. À ce sujet, rappelons que selon l'ESCC 2003, 13 % des personnes de 12 ans et plus dans la région souffrent d'insécurité alimentaire, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas suffisamment de nourriture ou craignent de ne pas en avoir assez à cause du manque d'argent, ou ne mangent pas des aliments de qualité ou de la variété désirée faute d'argent (Dubé et Parent, 2007).

En Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, dix organismes communautaires offrent des services en sécurité alimentaire, notamment du dépannage alimentaire et des cuisines collectives, aux personnes aux prises avec des difficultés liées à la pauvreté. Ces services ne sont pas déployés uniformément entre les territoires de CSSS notamment en raison du financement octroyé à la sécurité alimentaire qui varie d'un organisme à l'autre.

Dans le but de consolider les actions relatives à la concertation locale et régionale en sécurité alimentaire visant l'accessibilité et la disponibilité des aliments sains et nutritifs, les organismes œuvrant dans le domaine de la sécurité alimentaire ont bénéficié en 2006-2007 de crédits de développement pour un montant global récurrent de 50 000 \$. Il s'agit aussi d'un dossier porté par la DSP afin d'intégrer au *Programme de soutien aux organismes communautaires* (PSOC) le financement que les organismes reçoivent par ailleurs du *Programme de subvention de projets en sécurité alimentaire*. Ce soutien de la DSP est, de l'avis du ROCGÎM, un élément aidant et qui devrait se poursuivre dans les prochaines années pour assurer la

consolidation financière des organismes et ainsi la consolidation des actions en sécurité alimentaire dans la région.

L'activité physique

Au chapitre maintenant de la promotion de l'activité physique, au cours des quatre années 2004-2007, la DSP a organisé plusieurs campagnes de communication axées sur la pratique de l'activité physique s'adressant à la population générale, aux familles ou encore aux milieux de travail. Plus précisément, *Plaisirs d'hiver (Plaisirs sur glace)*, la *Journée nationale du sport et de l'activité physique* et le *Défi Santé 5/30*, trois campagnes ciblant la population générale, ont rejoint respectivement 3 000, 700 et 2 149 personnes en 2007. De plus, 500 personnes ont, pour leur part, participé à la campagne *Bougeons en famille!* en 2007 tandis que 4 300 travailleurs participaient à *Mon style de marche*, une campagne visant spécifiquement la promotion de la marche en milieu de travail. Ainsi, au cours de l'année 2007, ce sont environ 10 650 personnes qui ont été rejointes par l'une ou l'autre des grandes campagnes de promotion de l'activité physique déployées dans la région. Le succès de ces activités de santé publique dans la région est attribuable à l'importance de plus en plus grande que la population accorde aux saines habitudes de vie et au fait que les campagnes de promotion sont mieux connues et même attendues du public. Par contre, la réduction du nombre de travailleurs en loisirs que les municipalités ont connue ces dernières années, influence l'offre en matière d'activité physique des milieux municipaux et leur capacité à s'impliquer activement en ce sens. De plus, puisque tous les milieux municipaux n'ont pas un permanent en loisirs, l'organisation des activités repose sur l'implication de bénévoles, de sorte qu'il y a parfois un essoufflement des ressources. L'automne est un moment critique à cet égard puisque

plusieurs campagnes visent alors sensiblement les mêmes milieux et interpellent donc les mêmes bénévoles.

Le counselling bref concernant l'activité physique est une des pratiques cliniques préventives que prescrivait le PNSP en 2003. À ce sujet, la DSP a répondu, en 2004-2007, à quelques demandes d'information ou de conseils en provenance des milieux municipaux et scolaires sur la pratique de l'activité physique (ex. : aménagement de la cour d'école). Également, la DSP envoie aux infirmières des comités en santé et sécurité au travail des CSSS diverses informations visant à favoriser la pratique de l'activité physique chez les employés de ces établissements. Outre ces intervenantes, la DSP n'a pas encore établi de liens formels avec, entre autres, les médecins et infirmières de la région pour soutenir ces cliniciens de première ligne relativement au counselling bref sur l'activité physique. Ainsi, contrairement à ce qui était prévu au PAR 2004-2007, la DSP n'a pas travaillé à la formation d'une personne-ressource dans les CLSC ni à la production d'outils de counselling concernant l'activité physique. Précisons ici que la plupart des régions du Québec avaient amorcé l'implantation de cette mesure en mars 2007.

Par ailleurs, au cours des quatre années couvertes par le PAR, les aînés ont constitué un groupe ciblé spécifiquement par la promotion de l'activité physique en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine. C'est ainsi qu'en 2007, 220 aînés ont participé à la *Tournée de formation Viactive*, un nombre qui a constamment progressé depuis 2004 (96 participants) en raison principalement de la durée de formation des animateurs qui est passée d'une demi-journée à une journée. Rappelons à ce sujet que la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine compte une cinquantaine d'animateurs *Viative* dans les

clubs des 50 ans et plus, des gens formés pour faire bouger les membres des clubs (principe de l'entraînement par les pairs). La *Tournée Santé et Prévention* a, quant à elle, attiré entre 300 et 800 aînés de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine selon les années pour la période 2004-2007. Cette tournée, organisée par monsieur Bernard Arsenault, directeur du marathon de Montréal, s'est déroulée dans quelques municipalités de la région et a abordé à l'intérieur d'une journée différents thèmes en lien avec les habitudes de vie et les maladies chroniques. Dans le cadre de la *Journée internationale des aînés*, à l'automne 2007, la DSP a fait une conférence sur l'importance de la pratique de l'activité physique pour prévenir le développement ou l'aggravation des maladies chroniques, conférence à laquelle ont assisté environ 200 aînés. Finalement, le dynamisme des 250 bénévoles investis dans l'organisation des *Jeux des 50 ans et plus* est sans contredit un élément clé dans le succès de cette activité régionale : plus de 800 aînés provenant de 34 municipalités de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine se sont inscrits comme compétiteurs à ces jeux en 2007, alors que 1 100 ont pris part aux activités culturelles organisées dans le cadre de cet événement. L'année 2007 a connu une hausse des compétiteurs inscrits à cet événement, les jeux des trois années précédentes en ayant plutôt attiré entre 500 et 650 selon les années. Soulignons toutefois que le financement de ce genre d'événement est à recommencer à chaque année et que la recherche de commanditaires est laborieuse pour l'équipe locale.

La DSP a aussi fait, en 2004-2007, la promotion de l'activité physique auprès des travailleurs. À la demande d'une entreprise forestière de la région, la DSP a en effet implanté un programme de mise en forme présaisonnier d'une durée de huit semaines auquel se sont inscrits quinze travailleurs. À

la fin du programme, tous ont remarqué une amélioration de leur condition physique comparativement aux années antérieures, de sorte que l'entreprise a décidé de reconduire le programme en 2008.

L'hygiène dentaire

Un mot en terminant sur la promotion de saines habitudes d'hygiène dentaire chez les personnes de 65 ans et plus. Le PNSP ne prévoyait aucune activité en ce sens en 2004-2007. Malgré cela, la DSP avait tout de même planifié dans son PAR 2004-2007 certaines activités en santé dentaire chez les aînés vivant en CHSLD. Or, en décembre 2007, aucune d'entre elles n'était encore déployée en raison de l'insuffisance de ressources humaines en santé dentaire à la DSP. Cela dit, deux CSSS continuent de croire qu'il est important que des activités de promotion de saines habitudes d'hygiène dentaire se réalisent éventuellement auprès de cette clientèle et même que l'on consente à investir financièrement davantage dans ce domaine.

Les maladies chroniques chez les adultes

Outre les activités visant à favoriser l'adoption de saines habitudes de vie que nous avons vues précédemment, le PNSP proposait des activités de dépistage de certaines maladies chroniques, soit de l'HTA, du cancer du col utérin et du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans dans le cadre du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS). Au sujet de ce dernier type de cancer, 70 femmes de la région en moyenne chaque année apprennent qu'elles en sont atteintes (période 1998-2002) (Dubé et Parent, 2007). L'incidence du cancer du sein est d'ailleurs en hausse en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec, non seulement en raison du vieillissement, mais aussi parce

qu'on détecte par la mammographie de dépistage de plus en plus de cas au stade précoce de la maladie (MSSS, 2005). C'est d'ailleurs le cancer le plus fréquemment détecté chez les femmes. En revanche, la mortalité associée au cancer du sein n'augmente pas. Pour ce qui est par ailleurs de l'HTA, un facteur de risque important aux maladies circulatoires, 21 % de la population de 12 ans et plus en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine ont déclaré souffrir d'HTA en 2005, le deuxième problème de santé le plus souvent rapporté dans l'ESCC. De plus, faut-il le rappeler, bien que la mortalité par maladies circulatoires ait régressé dans les dernières décennies, ces maladies demeurent une cause importante de décès (28 % des décès en 2003-2005) et la première cause d'hospitalisation (21 % des admissions en CH de courte durée leur sont attribuables) (Dubé et Parent, 2008).

L'hypertension artérielle et le cancer du col utérin

Le PNSP prévoyait le soutien des cliniciens pour le dépistage de l'HTA et du cancer du col utérin et pour la prise en charge des personnes ayant eu un dépistage positif, une mesure de santé publique qu'avait retenue la DSP dans son PAR 2004-2007. Or, comme il n'y a pas de mécanisme de collaboration entre les médecins de 1^{re} ligne de la région et la DSP, ceci n'a pas permis à la DSP de soutenir ces cliniciens dans le cadre de ces pratiques cliniques préventives (tableau 5). Ainsi, la DSP n'a réalisé aucune des activités prévues au PAR en cette matière, c'est-à-dire ni les consultations auprès des CLSC et des départements hospitaliers de médecine générale et de médecine interne, ni les analyses de faisabilité par la réalisation de projet pilote. Comme nous le verrons plus loin dans la section 3, plusieurs CSSS souhaitent que la DSP entreprenne des actions de soutien de ces pratiques cliniques préventives au cours des prochaines années.

Mentionnons que douze autres régions au Québec n'avaient pas encore amorcé, en mars 2007, la promotion et le soutien du dépistage du cancer du col de l'utérus et dix autres n'avaient pas non plus amorcé les travaux relatifs à l'HTA (MSSS, janvier 2008).

Le cancer du sein

Par ailleurs, la DSP a soutenu, dans le cadre du PQDCS, les cliniciens de la région pour le dépistage du cancer du sein ainsi que pour la vérification de la prise en charge des femmes ayant eu un dépistage positif. Ainsi, l'implantation du PQDCS est complétée dans la région, comme c'est le cas à peu près partout au Québec, et la participation des femmes au programme est en hausse en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine. Entre janvier 2006 et décembre 2007, 54 % des femmes âgées de 50 à 69 ans de la région (53 % au Québec) ont eu une mammographie par le biais du PQDCS, alors que ce pourcentage était de 42 % de janvier 2003 à décembre 2004. Le mandat clair de la santé publique pour la réalisation de ce dossier, le financement régional (réallocation régionale de fonds et financement direct du MSSS) ainsi que la bonne collaboration de l'unité mobile CLARA sont autant de facteurs qui ont contribué au bon déploiement de ce programme de dépistage dans la région. Rappelons cependant que l'objectif du MSSS est de rejoindre 70 % des femmes ciblées afin de pouvoir diminuer de 25 % la mortalité par cancer du sein dans les prochaines années (MSSS, 2008). De plus, le taux initial de référence des femmes pour investigation était de 13 % au cours des six premiers mois de 2005 et de plus de 22 % au cours des six premiers mois de 2007, un taux surpassant celui fixé par les normes du programme (7 %) et qu'il faudra s'efforcer de réduire.

Pour ce qui est de l'autre volet du PQDCS qui était à déployer en 2004-2007, soit celui de l'assurance qualité au niveau régional, son déploiement n'est pas complété dans la région. Ceci s'explique principalement par l'absence de leadership au niveau national pour des activités d'assurance qualité de la pratique médicale et par l'absence d'une expertise régionale en pathologies mammaires. Également, pour les radiologistes, chirurgiens et pathologistes, le dépistage et le diagnostic du cancer du sein ne constituent qu'une petite partie de leur activité professionnelle, rendant difficile leur mobilisation autour d'un projet d'assurance qualité.

Finalement, toujours dans le cadre du PQDCS, les chefs technologues et un radiologiste associés aux centres de dépistage de la région ont débuté, en 2007, saisie au SI-PQDCS des formulaires AH-509 (rapports de confirmation diagnostique), une responsabilité qui était auparavant assumée par la DSP. Précisons qu'un rapport de confirmation diagnostique doit être rempli par les radiologistes pour chaque femme ayant un résultat positif (c'est-à-dire anormal) à la mammographie de dépistage. Ces rapports permettent ainsi d'assurer la prise en charge et le suivi de ces femmes jusqu'au diagnostic final. En décembre 2007, certains radiologistes ne remplissaient pas le rapport de confirmation diagnostique, et ce, malgré la rémunération prévue pour ce geste. Également, la saisie au SI-PQDCS ne semble pas être priorisée par tous les centres. Par contre, la formation offerte par l'INSPQ aux technologues des centres de dépistage sur la procédure de saisie des formulaires a été une condition favorable au déploiement de cette activité.

Tableau 5 :

Activités déployées en 2004-2007 dans le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques chez les adultes, niveau de déploiement des activités dans la région en décembre 2007 et au Québec en mars 2007

Activités déployées dans la région en 2004-2007 dans le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques chez les adultes	Niveau de déploiement*	
	GÎM (déc. 2007)	Québec (mars 2007)
HABITUDES DE VIE		
Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie :		
• Non-usage du tabac	4	3,9
• Consommation quotidienne d'au moins cinq portions de fruits et légumes	4	3,7
• Pratique régulière d'activités physiques	4	3,8
Consolidation des actions relatives à la concertation locale et régionale en sécurité alimentaire visant l'accessibilité et la disponibilité des aliments sains et nutritifs	3	3,6
Counselling bref concernant (promotion et soutien des pratiques cliniques préventives) :		
• Le tabagisme	4	3,6
• Les habitudes alimentaires	2	2,8
• L'activité physique	2	2,9
Services de counselling et de soutien concernant l'arrêt de la consommation de tabac dispensés par les centres d'abandon du tabagisme (CAT) (counselling intensif)	4	3,7
Autres activités déployées :		
Implantation des mesures de la Loi sur le tabac rendant les milieux sans fumée de tabac	4	n.d.
Campagne de sensibilisation <i>Rouler sans fumée</i> visant à aider les non-fumeurs à réduire leur exposition à la fumée de tabac dans les véhicules à moteur	4	n.d.
Promotion de l'activité physique chez les aînés	4	n.d.
Implantation d'un programme de mise en forme présaisonnier pour des travailleurs forestiers	4	n.d.
* Cotation du niveau de déploiement : 1. Activité ni implantée, ni planifiée. 2. Activité non implantée, mais planifiée. 3. Activité en voie d'implantation. 4. Implantation de l'activité complétée.		

Tableau 5 (suite) :

Activités déployées en 2004-2007 dans le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques chez les adultes, niveau de déploiement des activités dans la région en décembre 2007 et au Québec en mars 2007

Activités déployées dans la région en 2004-2007 dans le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques chez les adultes	Niveau de déploiement	
	GÎM (déc. 2007)	Québec (mars 2007)
MALADIES CHRONIQUES		
Soutien des cliniciens pour le dépistage des maladies chroniques chez les adultes ainsi que pour la prise en charge des personnes ayant eu un dépistage positif :		
• Cancer du col utérin (par le test de Papanicolaou)	2	1,8
• Hypertension artérielle	1	2,2
• Cancer du sein (voir plus bas PQDCS)		
Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) :	4	3,9
• Mise en place dans toutes les régions du Québec		
• Consolidation du volet portant sur l'assurance qualité au niveau régional	3	3,0
Autre activité déployée :		
Saisie du formulaire AH-509 (rapport de confirmation diagnostique)	4	n.d.
NIVEAU DE DÉPLOIEMENT MOYEN DES ACTIVITÉS DE CE DOMAINE PRESCRITES PAR LE PNSP	3,1	3,2

1.5 Les activités en lien avec les traumatismes non intentionnels

Les activités de ce domaine comprennent des activités visant la prévention des accidents de la route et de véhicules hors route, des traumatismes survenant à domicile chez les enfants et leurs parents ainsi que la prévention des chutes chez les personnes de 65 ans et plus. Rappelons ici que le déploiement de mesures de sécurité lors d'activités récréatives et sportives a été amorcé dans le cadre du concours *École active* éditions 2006 et 2007 (réf. : section sur les habitudes de vie chez les jeunes).

Les accidents de la route et de véhicules hors route

En 2004-2007, le PNSP ne prévoyait aucune activité de santé publique à l'échelle régionale ou locale en lien avec la prévention

des accidents de la route et de véhicules hors route, tandis que le PAR avait prévu des actions à cet égard. La DSP a ainsi mené, en 2005, 2006 et 2007, une campagne de sensibilisation à l'intention des élèves du 4^e et 5^e secondaire et de leurs parents afin de prévenir les traumatismes routiers associés à la conduite avec les facultés affaiblies chez les jeunes. Cette campagne prend la forme, pour les élèves, d'une rencontre d'une durée de 75 minutes sur les heures de classe animée par le responsable de ce dossier à la DSP et porte notamment sur les effets de l'alcool, les responsabilités légales, sociales et morales des jeunes et les solutions de rechange à la conduite automobile lorsque les jeunes consomment de l'alcool. De leur côté, les parents reçoivent l'essentiel de cette information par courrier. En 2006 et 2007, ce sont 1 387 jeunes de toutes les polyvalentes de la région ainsi que leurs parents qui ont été rejoints par cette

campagne. La collaboration des directions d'écoles et des professeurs ainsi que la participation de la Sûreté du Québec ont contribué au succès de cette activité dans la région.

Les traumatismes à domicile chez les enfants et leurs parents

Au Québec, le domicile est le lieu où les enfants et les jeunes de 14 ans et moins se blessent le plus fréquemment de façon accidentelle (MSSS, 2003). C'est pourquoi le PNSP recommandait entre autres d'inclure aux services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles vulnérables (SIPPE), des activités de prévention des blessures et autres traumatismes chez les jeunes enfants et leurs parents. La sécurité à domicile est un des nombreux aspects examinés par les infirmières ou les intervenantes privilégiées lors de leurs visites au domicile des parents. La grille d'évaluation des besoins dans le cadre des SIPPE comporte aussi cet élément de la sécurité à domicile avec pour objectif de prévenir la survenue de blessures chez les enfants des familles vulnérables. Finalement, la sécurité à domicile est un des volets abordés dans le programme YAPP, un programme offert dans quelques territoires de la région. Cela dit, de l'avis d'un CSSS et des responsables du dossier de la périnatalité et de la petite enfance à la DSP, un accent particulier pourrait être davantage porté dans les années à venir sur la promotion de la sécurité à domicile à l'intérieur des SIPPE comme cela a été fait par exemple en matière de counselling auprès des parents concernant les habitudes de vie.

Les chutes chez les personnes âgées

Avec le vieillissement de la population, la prévention des chutes chez les personnes

âgées est devenue un enjeu en santé publique, les aînés étant un groupe particulièrement vulnérable à ce problème dont les conséquences sur leur autonomie peuvent être lourdes. Au Québec, on estime à 30 % la proportion des aînés qui font une chute chaque année (O'Loughlin et autres, 1993, tiré de MSSS, 2004).

C'est dans cet esprit que la DSP a soutenu, conformément à son PAR 2004-2007, la planification et la mise en œuvre d'un projet pilote de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées à risque sur deux territoires locaux de la région. Plus précisément, deux CSSS ont implanté le *Programme intégré d'équilibre dynamique* (PIED) (volet non personnalisé des mesures multifactorielles de prévention des chutes) permettant ainsi à 51 aînés admissibles de participer à ce programme. De l'avis des deux CSSS concernés, le soutien de la DSP en cette matière a aidé au déploiement de ce programme sur leur territoire. Pour ce qui est du volet personnalisé, des intervenants de trois CSSS ont été formés en vue de son implantation. Jusqu'en décembre 2007, ce volet n'avait toutefois été offert nulle part. Malgré cela, un CSSS considère, comme nous l'avons vu à la section 1, que cette formation ainsi que le soutien de la DSP pour la création du comité local de prévention des chutes sont des éléments qui favoriseront éventuellement le déploiement de ces mesures préventives sur leur territoire. Rappelons que le ROCGÎM est aussi d'avis que le soutien de la DSP a été aidant pour la mise en place du comité de prévention des chutes sur ce territoire.

Par ailleurs, les CAB de la région reçoivent à l'occasion des informations de la part de la DSP sur la problématique des chutes chez les aînés. Or, si ce sont effectivement des organismes qui se préoccupent de ce problème chez les personnes âgées, ils ne

sont pas impliqués dans ce dossier pour la majorité d'entre eux. Ainsi, si la DSP a des attentes particulières vis-à-vis d'eux en matière de prévention des chutes, il faudrait leur faire savoir et dans l'affirmative, le ROCGÎM précise que ces organismes auraient alors besoin de financement pour réaliser des activités en ce domaine.

Cela dit, ce sont quatre des cinq CSSS de la région qui travaillent à l'implantation d'au moins un des volets du continuum de services en prévention des chutes. À titre indicatif, au Québec en mars 2007, 77 % des CSSS avaient complété l'implantation du volet non personnalisé et 16 %, du volet personnalisé (MSSS, janvier 2008). Dans la région, l'intérêt que portent les directions des CSSS à la prévention des chutes chez les aînés et le financement disponible sont des éléments déterminants dans le fait d'offrir ou non ce genre d'activité préventive à la

population qu'ils desservent et de libérer les ressources nécessaires à cette fin.

Par ailleurs, si le soutien offert par la DSP et le MSSS pour l'implantation de ces mesures (matériel pédagogique, offre de formations) a été une condition aidante au déploiement des mesures de prévention des chutes, le contenu relativement dense des deux volets de prévention ainsi que le peu de financement accordé aux CSSS pour l'implantation de ces mesures ont, de l'avis du professionnel concerné à la DSP, constitué jusqu'à maintenant des obstacles à leur déploiement. Les CSSS demandent d'ailleurs à la DSP qu'un financement leur soit octroyé pour implanter sur leur territoire les mesures multifactorielles de prévention des chutes, notamment le Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (PIED), et qu'elle leur assure à cette fin un soutien concret (rencontres avec les intervenants, suivi continu, poursuite des formations).

Tableau 6 :

Activités déployées en 2004-2007 dans le domaine des traumatismes non intentionnels, niveau de déploiement des activités dans la région en décembre 2007 et au Québec en mars 2007

Activités déployées dans la région en 2004-2007 dans le domaine des traumatismes non intentionnels	Niveau de déploiement*	
	GÎM (déc. 2007)	Québec (mars 2007)
Activités prescrites par le PNSP :		
Intégration d'activités de prévention des blessures et autres traumatismes à domicile chez les bébés et les enfants dans les services intégrés en périnatalité et petite enfance	3	3,4
Promotion et soutien des mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque, notamment celles qui ont déjà fait une chute :		
• Volet personnalisé	3	2,4
• Volet non personnalisé	3	3,6
Autre activité déployée :		
Campagne de sensibilisation annuelle à l'intention des élèves du 4 ^e et 5 ^e secondaire et leurs parents (<i>Action-polyvalente</i>)	4	n.d.
NIVEAU DE DÉPLOIEMENT MOYEN DES ACTIVITÉS DE CE DOMAINE PRESCRITES PAR LE PNSP	3,0	3,1

* **Cotation du niveau de déploiement :** 1. Activité ni implantée, ni planifiée. 2. Activité non implantée, mais planifiée. 3. Activité en voie d'implantation. 4. Implantation de l'activité complétée.

1.6 Les activités en lien avec les maladies infectieuses

Les maladies infectieuses ont, de tout temps, constitué une menace à la santé. Bien qu'au Québec ces maladies soient moins fréquentes qu'auparavant, notamment en raison de l'amélioration des conditions de vie et des mesures de prévention déployées, il faut continuer à être vigilant. Les dernières années ont en effet vu apparaître de nouvelles maladies, de même que la résurgence de certaines qu'on croyait pourtant avoir contrôlées (MSSS, 2005). C'est pourquoi la DSP a poursuivi en 2004-2007 ses efforts de prévention des maladies évitables par l'immunisation; du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS); ainsi que des autres maladies infectieuses dont font partie les infections nosocomiales.

Les maladies évitables par l'immunisation

Comme l'indique le tableau 7, toutes les activités de vaccination prévues au PNSP, qu'elles s'adressent aux jeunes ou aux personnes appartenant aux groupes vulnérables, ont été déployées partout sur le territoire gaspésien et madelinot en 2004-2007.

Vaccination des jeunes

Pour ce qui est de la vaccination de base des enfants à l'âge de 1 an, la région accuse cependant un certain retard sur l'application du calendrier régulier. Malgré cela, la couverture vaccinale régionale chez les enfants serait supérieure à 90 %.

La vaccination des enfants de 12 mois contre la varicelle ainsi que la vaccination des jeunes contre les infections à pneumocoque sont deux programmes qui ont été ajoutés en 2004-2007 et leur réalisation dans la

région a été possible grâce aux allocations budgétaires du MSSS. Pour ce qui est de la vaccination des élèves de 4^e année contre l'hépatite B, mentionnons que la couverture vaccinale dans la région se maintient à plus de 94 %, et ce, depuis plusieurs années.

Par ailleurs, la vaccination en milieu scolaire des élèves du 3^e secondaire contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DcAT) se fait depuis longtemps annuellement dans la région avec l'excellente collaboration du personnel et des cadres responsables de l'immunisation dans les CSSS. De plus, la mise à jour du calendrier vaccinal des jeunes pour le vaccin contre la coqueluche (C) et la varicelle s'est bien intégrée aux activités de vaccination déjà planifiées en milieu scolaire. Ici encore, plus de 90 % des élèves du 3^e secondaire ont un statut vaccinal complet.

Pour l'ensemble des activités de vaccination auprès des jeunes, les CSSS considèrent que les actions de soutien menées par la DSP ont aidé au déploiement de ces activités à l'échelle locale. Parmi les actions de soutien aidantes, ils mentionnent la formation continue offerte aux vaccinatrices, la transmission de la mise à jour du *Programme d'immunisation du Québec* (PIC) et le soutien pour l'application de ce programme; toutes des actions qu'ils souhaitent voir maintenues dans les prochaines années.

Vaccination des personnes appartenant aux groupes vulnérables

En ce qui a trait aux activités vaccinales pour les personnes appartenant aux groupes vulnérables dans le Programme d'immunisation du Québec, elles ont été réalisées partout sur le territoire et avec des résultats relativement uniformes d'un territoire à l'autre, à l'exception seulement de la vaccination contre les infections à pneumocoque. Il semble en effet que les CSSS qui

proposent la vaccination contre ces infections en même temps que la vaccination annuelle contre l'influenza obtiennent une meilleure couverture vaccinale que les CSSS qui ne le proposent pas. Mentionnons également que la méconnaissance des intervenants sur les indications de la vaccination contre les infections à pneumocoque et sur l'efficacité du vaccin semble avoir un impact sur la promotion de ce vaccin auprès de la clientèle admissible et conséquemment, sur le déploiement de cette activité dans la région. La nécessité pour les intervenants de rechercher le statut vaccinal antérieur des personnes lors des cliniques de masse constitue aussi un obstacle ou une difficulté pour certains CSSS de la région.

La vaccination contre l'influenza s'adresse à plusieurs groupes vulnérables, dont les enfants en bonne santé de 6 à 23 mois, les personnes de 60 ans et plus et les personnes ayant une maladie chronique. Comme nous le disions, cette activité est déployée partout dans la région et le financement d'appoint donné par la DSP pour chaque dose administrée contribuerait à ce résultat. Un CSSS mentionne cependant que la publicité pour la campagne de vaccination contre l'influenza arrive un peu tard dans la région ce qui peut influencer à la baisse la couverture vaccinale. Précisons à ce sujet que selon *l'Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque 2005-2006* (Guay et Côté, 2006), la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine aurait un taux de couverture vaccinale estimé à 58 % chez les personnes de 60 ans et plus vivant en ménage privé, un pourcentage semblable à celui du Québec (60 %), mais qui pourrait tout de même être amélioré.

La vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B des groupes vulnérables a été, quant à elle, facilitée par le déploiement des

Services intégrés de dépistage du VIH/sida, du VHC et des ITS (SIDEPI) ainsi que par une allocation financière accordée par l'agence en 2007-2008 pour rehausser le temps de travail des infirmières consacrées à ces services dans les CSSS.

Ici encore, les CSSS sont unanimes pour dire que le soutien offert par la DSP a contribué au déploiement des activités vaccinales auprès des groupes vulnérables à l'échelle locale. À titre d'exemple, ils mentionnent les formations aux intervenants et médecins, la transmission de bulletins d'information, le soutien pour l'organisation des cliniques antigrippales, de même que la disponibilité de la responsable de ce dossier à la DSP pour répondre à leurs questions et les conseiller au besoin. Dans le domaine de la santé des voyageurs plus précisément, des CSSS croient toutefois qu'une aide financière devrait leur être octroyée pour la formation des intervenants.

Autres activités en lien avec les maladies évitables par l'immunisation

Quant au plan de promotion de la vaccination et d'un système d'information vaccinale, rien n'a été fait en ce sens dans la région en 2004-2007, le MSSS n'ayant lui-même pas encore développé ce plan et ce système. La gestion des produits immunisants, prise en charge par la DSP, est bien implantée dans la région, sauf pour le volet informatisation de la gestion, le système provincial n'étant toujours pas disponible lui non plus. À ce sujet, les CSSS soulignent le soutien que leur apporte la DSP lorsque survient un bris de chaîne de froid et les bonnes communications lors de l'expédition des vaccins comme des éléments qui assurent la qualité des produits immunisants à l'échelle locale. Par ailleurs, bien qu'il y ait déjà de la formation sur la gestion des vaccins pour les intervenants, trois CSSS soulignent l'importance de

poursuivre cette formation et les mises à niveau des connaissances et même d'en avoir davantage dans les prochaines années.

Par ailleurs, le PNSP exigeait pour la période 2004-2007 que chaque région du Québec élabore un plan d'urgence contre une éventuelle pandémie d'influenza. La DSP et tous les CSSS de la région se sont acquittés de cette responsabilité en élaborant un plan d'action régional et cinq plans d'action locaux-volet santé publique (vaccination, antiviraux, mesures de santé publique, surveillance et prévention des infections en milieux de soins), lesquels ont tous été jugés conformes. Plus concrètement, les cinq CSSS et les deux communautés autochtones ont réalisé à l'automne 2006 des projets d'expérimentation de cliniques massives de vaccination (POD). Des cadres responsables de ce dossier ont aussi été désignés dans les CSSS et des rencontres avec la DSP ont lieu périodiquement aux fins de coordination et de mise à niveau de l'information. De l'avis des responsables concernés à la DSP, la réalisation de ces actions en prévision d'une éventuelle pandémie d'influenza a été facilitée par la grande implication des responsables locaux des CSSS et de leur personnel, ainsi que par la sensibilisation et la participation de la communauté. Toujours selon la DSP, mais aussi selon les cinq CSSS de la région, la coordination et le soutien assurés par la DSP ont été des facteurs clés pour le déploiement de ces actions (soutien financier, soutien à l'élaboration des plans et à la mise en place des POD, transmission des directives ministérielles et de documents sur l'organisation de la distribution des antiviraux). Malgré cela, certaines imprécisions persistent quant à ce qui sera à faire en matière de distribution des antiviraux et de surveillance, faute de consignes ministérielles claires. Un CSSS croit aussi qu'il serait important d'identifier au sein de l'agence un responsable qui fera les liens

entre les différents volets du plan en cas de pandémie (santé physique, santé publique, services sociaux, ressources humaines, communications, etc.).

Finalement, au chapitre des pratiques cliniques préventives pour le dépistage de la rubéole et de l'hépatite B chez les femmes enceintes, il s'agit d'un champ où la DSP n'a pas à intervenir. Ce sont plutôt les instances professionnelles concernées (Collège des médecins, Association des gynécologues-obstétriciens) qui font connaître auprès des cliniciens les règles de pratiques à suivre à cet égard. Il en va de même des pratiques cliniques préventives pour le dépistage de la colonisation par le streptocoque groupe B chez les femmes enceintes (dans les autres maladies infectieuses).

Le VIH/sida, le VHC et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Conformément aux prescriptions du PNSP, la DSP a réalisé l'ensemble des activités prévues dans le domaine de la prévention du VIH/sida, du VHC et des ITS (tableau 7). De plus, mis à part les Services intégrés de dépistage du VIH/sida, du VHC et des ITS (SIDEPI) qui sont totalement déployés dans seulement deux CSSS et en voie de l'être dans les trois autres, les activités en prévention des ITSS sont déployées partout sur le territoire de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine.

De l'avis des professionnels concernés à la DSP, plusieurs conditions ont favorisé ainsi le déploiement des activités en prévention des ITSS dont le fait d'avoir un budget étiqueté ITSS et le choix de la DSP de l'avoir affecté en grande partie à la prévention; la qualification des personnes-ressources embauchées pour travailler dans ce domaine et le professionnalisme des infirmières des

CSSS qui œuvrent en prévention des ITSS; et la distribution aux partenaires concernés de matériel gratuit comme des condoms, des seringues et des trousses. De leur côté, les CSSS soulignent l'accompagnement et le suivi soutenus des intervenants locaux par les responsables régionaux pour l'implantation des différents programmes de prévention de même que les formations offertes (ex. : dépistage des ITSS, éducation à la sexualité) comme des éléments ayant contribué au déploiement de ces activités de santé publique à l'échelle locale.

Pour ce qui est plus spécifiquement du Système intégré pour la récupération des seringues et aiguilles usagées, l'implication de la Direction des affaires médicales et de santé physique de l'agence a sans contredit été un atout pour la mise en place de ce système dans la région, une implication qui, de l'avis de la DSP, devra se poursuivre dans les prochaines années. De la même manière, le travail qu'a fait la DSP pour développer un modèle d'organisation pour les SIDEPS a favorisé la mise en place de ces services dans la région, bien que ceux-ci, comme nous le disions, ne soient pas encore complètement déployés partout dans la région. Les retards accusés en cette matière sont notamment attribuables à la difficulté qu'ont les CSSS à recruter des infirmières et des médecins pour mettre en place et offrir les SIDEPS. De même, l'insuffisance, voire l'absence dans certains cas, de budget des CSSS pour permettre à tous les intervenants concernés de participer aux formations offertes constitue un obstacle au déploiement des SIDEPS et, de façon générale, au déploiement de toutes les activités préventives en ITSS. L'insuffisance de temps de travail que consacrent les intervenants à la prévention est aussi un élément qui, selon les professionnels concernés de la DSP, ralentit le développement des activités en ITSS dans

les CSSS. À ce sujet, un CSSS souhaiterait que la DSP alloue davantage de financement pour que les intervenants en milieu scolaire aient plus de temps à consacrer aux activités préventives en ITSS et d'éducation à la sexualité dans les écoles. Puis de façon générale, les CSSS insistent sur l'importance que la DSP poursuive son soutien aux intervenants locaux pour la mise en œuvre des activités de ce domaine (transmission d'informations, formation, expertise-conseil, etc.).

Dans un autre ordre d'idées, les cinq CSSS de la région ont établi et mis en œuvre en 2006 et 2007 un protocole local pour la prophylaxie postexposition aux personnes exposées à des liquides biologiques et pour le suivi à réaliser concernant le VIH, le VHB et le VHC. Ce protocole comprend 1) des services d'évaluation pour toute personne exposée accidentellement aux liquides biologiques (incluant les travailleurs en milieu de soins), 2) la prophylaxie post-exposition (PPE) contre le VIH et l'hépatite B, et 3) le suivi nécessaire en ces circonstances (incluant le VHC.) Cette activité de santé publique a été réalisée à la fois grâce au travail des équipes dans les CSSS et aux actions des médecins en prévention des infections de la DSP en soutien aux CSSS (ex. : information aux médecins et infirmières, conception et distribution d'outils de sensibilisation, formation, expertise-conseil).

Les autres maladies infectieuses

Les activités en lien avec les infections nosocomiales comptent pour une part importante des activités de santé publique en maladies infectieuses à la DSP. Parmi elles, notons la connaissance de l'épidémiologie régionale, la diffusion des recommandations et des guides de prévention concernant les infections

nosocomiales, la définition des moyens pour faciliter l'application des recommandations, en plus du soutien et de l'expertise-conseil apportés aux CSSS par les médecins de la DSP (ex. : accompagnement lors de la création de politique locale, lors d'éclosion, etc.). Ce soutien régional est d'autant plus important que les CSSS de la région ne comptent pas de microbiologiste-infectiologue sur place pour soutenir les infirmières en prévention des infections. De plus, la région est confrontée à une pénurie de médecins et d'infirmières pour s'impliquer en maladies infectieuses dans les hôpitaux. Ainsi, la Table régionale de prévention des infections nosocomiales, où siègent deux médecins de la DSP, l'embauche à temps plein d'infirmières en prévention des infections dans chaque CSSS (grâce au soutien financier de l'agence pour la consolidation de ces postes), la mise sur pied de comités de prévention des infections dans les CSSS et l'élaboration des programmes locaux de prévention des infections sont autant de moyens qui facilitent l'exercice de cet important dossier qu'est la prévention des infections nosocomiales.

Malgré ces réalisations, il reste que la charge de travail exigée des milieux de soins est colossale pour un nombre si restreint de ressources (infirmières, médecins). Cela exerce une pression accrue sur les experts-conseils qui œuvrent au niveau régional, lesquels sont aussi relativement limités en nombre.

Par ailleurs, la DSP a eu à s'impliquer intensément en 2004-2007 dans le cadre d'un signalement concernant un CSSS dans le dossier de la stérilisation, ce dossier étant en lien avec le rôle de protection de la population que doit assumer la DSP lors de menaces réelles ou appréhendées. Le traitement de ce premier signalement a exigé beaucoup de travail et de recherche de

la part des médecins-conseils de la DSP, mais leur a aussi permis de se familiariser sur la conduite d'une enquête épidémiologique dans ce contexte légal particulier, la stérilisation n'étant pas un domaine d'expertise relevant des médecins en prévention des infections dans les DSP du Québec. Plusieurs éléments ont facilité le travail de la DSP dans ce dossier dont la bonne collaboration de l'agence, du CSSS concerné, ainsi que des représentants du MSSS et du Centre provincial de référence en stérilisation.

D'autres activités dans le domaine des maladies infectieuses visent à protéger la population contre des menaces réelles ou appréhendées. C'est le cas entre autres de :

- la prise en charge des cas-index et des contacts étroits des personnes ayant une tuberculose contagieuse;
- l'évaluation initiale du traitement et du suivi des immigrants nouvellement admis;
- l'application des lignes directrices pour l'investigation des cas de maladies transmissibles nécessitant une enquête épidémiologique, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions.

Précisons tout de suite que deux CSSS soulignent spécifiquement le soutien de la DSP comme ayant été aidant pour le déploiement à l'échelle locale des activités en lien avec la tuberculose et celles en lien avec les éclosions. Cela dit, depuis le début 2004, quatorze cas actifs de tuberculose ont été déclarés dans la région et l'intervention préventive auprès de tous les contacts de ces cas a été coordonnée par la DSP. Cette activité est bien implantée dans la région, facilitée en cela par la collaboration des infirmières des CSSS travaillant en maintien à domicile ou dans les services courants. Finalement, comme prévu au chapitre XI de la Loi sur la santé publique, la DSP s'assure

de l'application des lignes directrices pour l'investigation des cas, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions. À cette fin, des outils ont été développés, un soutien est offert aux responsables de la gestion des éclosions dans les établissements et les éclosions sont saisies dans le système d'information prévu à cette fin. Parmi les conditions favorables à l'application des lignes directrices, mentionnons la collaboration des responsables de la gestion

des éclosions dans les établissements, les directives claires du MSSS et le soutien offert par la DSP. Toutefois, pour ce qui est des éclosions survenant en milieu de soins, leur déclaration ne se fait pas toujours dans les délais prescrits et l'information transmise à la DSP par les responsables locaux est parfois incomplète pour bien répondre aux exigences du MSSS en cette matière. Ceci a constitué une lacune pour le bon fonctionnement de cette activité en 2004-2007.

Tableau 7 :

Activités déployées en 2004-2007 dans le domaine des maladies infectieuses, niveau de déploiement des activités dans la région en décembre 2007 et au Québec en mars 2007

Activités déployées dans la région en 2004-2007 dans le domaine des maladies infectieuses	Niveau de déploiement*	
	GÎM (déc. 2007)	Québec (mars 2007)
MALADIES ÉVITABLES PAR L'IMMUNISATION		
Vaccination des jeunes contre la diphtérie, la poliomyélite, la rougeole, la rubéole congénitale, les infections à <i>Haemophilus influenzae</i> de type b, les oreillons, la coqueluche, le tétanos et les infections à méningocoque de sérogroupe C (vaccination de base)	4	4,0
Vaccination des enfants de 12 mois contre la varicelle	4	4,0
Vaccination en milieu scolaire des élèves de 3 ^e secondaire (DCaT)	4	4,0
Vaccination contre l'hépatite A des groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec (PIQ)	4	3,9
Vaccination contre l'hépatite B des élèves de 4 ^e année et des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le PIQ	4	3,9
Vaccination contre les infections à pneumocoque des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le PIQ	4	4,0
Vaccination des jeunes contre les infections à pneumocoque	4	4,0
Vaccination contre l'influenza des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le PIQ	4	4,0
Vaccination avant l'exposition à la rage humaine, offerte aux personnes visées par le protocole d'intervention provincial sur la rage humaine	4	3,9
Mise en place d'un plan de promotion de la vaccination	1	2,4
Mise en place d'un système d'information vaccinale afin que les personnes puissent être inscrites dans le registre de vaccination prévu au chapitre VII de la Loi sur la santé publique	1	2,4
Gestion des produits immunisants, particulièrement au moyen d'un système informatisé, pour s'assurer de la qualité de ces produits	4	2,6
Élaboration, pour le Québec et les régions, d'un plan d'urgence en cas de pandémie d'influenza	4	3,6
Soutien des pratiques cliniques préventives pour le dépistage de la rubéole et de l'hépatite B chez les femmes enceintes	4	2,9

* **Cotation du niveau de déploiement :** 1. Activité ni implantée, ni planifiée. 2. Activité non implantée, mais planifiée. 3. Activité en voie d'implantation. 4. Implantation de l'activité complétée.

Tableau 7 (suite) :

Activités déployées en 2004-2007 dans le domaine des maladies infectieuses, niveau de déploiement des activités dans la région en décembre 2007 et au Québec en mars 2007

Activités déployées dans la région en 2004-2007 dans le domaine des maladies infectieuses	Niveau de déploiement	
	GÎM (déc. 2007)	Québec (mars 2007)
VIH/SIDA, VHC ET INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS)		
Prévention en ce qui concerne le VIH/sida, le VIH et les ITS :		
• auprès des adolescents	4	n.d.
• auprès des adultes appartenant à des groupes vulnérables	4	n.d.
TOTAL	4	3,6
Intervention visant l'échange de seringues pour prévenir la transmission du virus de l'hépatite B ou du virus de l'hépatite C ainsi que la transmission du VIH	4	3,9
Intervention visant la récupération de seringues usagées (hépatite B, VHC, VIH)	4	3,8
Organisation des services intégrés de dépistage du VIH/sida, du VIH et des ITS (SIDEPI)	3	3,6
Gratuité des médicaments pour traiter des ITS	4	3,8
Prophylaxie postexposition (VIH)	4	3,7
Soutien des pratiques cliniques préventives par l'offre systématique du test de dépistage du VIH aux femmes enceintes.	4	3,3
Promotion des comportements préventifs par la sensibilisation de la population aux conséquences du VIH/sida, du VIH et des ITS	4	3,6
AUTRES MALADIES INFECTIEUSES		
Infections nosocomiales : connaissance de l'épidémiologie régionale, diffusion des recommandations et des guides de prévention concernant ces infections, définition des moyens pour faciliter l'application de ces recommandations	4	3,7
Prise en charge des cas-index et des contacts étroits des personnes ayant une tuberculose contagieuse	4	4,0
Évaluation initiale, traitement et suivi des immigrants nouvellement admis, tel que cela est recommandé dans le protocole d'intervention provincial sur la tuberculose	4	3,7
Soutien des pratiques cliniques préventives pour le dépistage de la colonisation par le streptocoque du groupe B chez les femmes enceintes	4	2,4
Application des lignes directrices pour l'investigation des cas, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions, comme prévu au chapitre XI de la Loi sur la santé publique	4	4,0
AUTRE ACTIVITÉ RÉALISÉE NON PRÉVUE AU PNSP		
Investigation et suivi dans le cadre d'un signalement dans le dossier de la stérilisation	4	n.d.
NIVEAU DE DÉPLOIEMENT MOYEN DES ACTIVITÉS DE CE DOMAINE PRESCRITES PAR LE PNSP	3,8	3,6

1.7 Les activités en lien avec la santé environnementale

Les problèmes de santé en lien avec le domaine de la santé environnementale regroupent les problèmes et maladies qui sont causés ou aggravés par la contamination biologique, chimique ou physique de l'air, de l'eau ou du sol (MSSS, 2003). Les interventions de santé publique, réalisées de concert avec différents partenaires (ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, ministère des Transports, les municipalités, etc.), visent à prévenir ou réduire les expositions de nature environnementale, et ce, dans l'esprit d'assurer la protection de la santé de la population. Essentiellement, les interventions de santé publique consistent à identifier les sources de contamination, à surveiller certains problèmes de santé pouvant être liés à des facteurs environnementaux, à informer et sensibiliser les populations exposées ou vulnérables sur les moyens de se protéger ou d'éviter l'exposition, et à évaluer les conséquences possibles de certaines situations sur la santé de la population (MSSS, 2003). Rappelons finalement que nous ne présentons pas les résultats sur l'appréciation des CSSS relativement aux impacts des actions de soutien de la DSP sur le déploiement, à l'échelle locale, des activités de santé publique de ce domaine (réf. : section 1.1).

Ces précisions faites, le PNSP prévoyait, à l'échelle régionale ou locale, le déploiement de dix-sept activités de santé publique dans le domaine de la santé environnementale pour la période 2004-2007, dont trois ne s'appliquaient pas à la Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine (tableau 8). La promotion de moyens efficaces d'améliorer la qualité de l'air extérieur ne visait en effet que les

régions urbaines, et deux des activités en lien avec l'exposition au pollen de l'herbe à poux n'étaient pas pertinentes à la région. Cela dit, la majorité des activités de ce domaine était complètement implantée en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine en décembre 2007.

Les maladies liées à la qualité de l'air extérieur et intérieur

La rhinite allergique est associée à une sensibilité aux aéroallergènes saisonniers, le pollen de l'herbe à poux étant de loin celui faisant le plus de cas (MSSS, 2003). Pour prévenir la survenue de ce problème de santé, le PNSP proposait de promouvoir des moyens efficaces de réduire l'exposition au pollen de l'herbe à poux. En Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, des interventions spécifiques sont faites en ce sens chaque fois que des parcelles de terrain recouvertes d'herbe à poux sont signalées à la DSP. C'est ainsi qu'en 2004-2007, la DSP est intervenue auprès d'une municipalité et d'un CSSS en raison de la présence d'herbe à poux dans un secteur de leur territoire. Par ailleurs, bien que les territoires de CSSS ne soient pas tous aux prises avec des problèmes d'herbe à poux, l'ensemble des CLSC et des municipalités de la région a reçu de la documentation générale à mettre à la disposition de leur clientèle. Outre ces activités, les affiches et dépliants fournis par la Table québécoise sur l'herbe à poux, les campagnes provinciales d'information sur l'herbe à poux ainsi que l'information disponible sur le site Web du MSSS ont contribué à faire connaître cette plante auprès des citoyens et des représentants municipaux et à promouvoir les moyens efficaces pour réduire son exposition.

La mauvaise qualité de l'air intérieur attribuable par exemple à la fumée de tabac, aux produits de combustion du bois et aux

moisissures, ainsi que les problèmes de salubrité dans les bâtiments peuvent causer la survenue ou l'aggravation de problèmes de santé comme l'asthme et les manifestations allergiques ou irritatives (MSSS, 2003). Dans le but de réduire la survenue ou l'aggravation de ces maladies et conformément aux prescriptions du PNSP, la DSP conduit, en collaboration notamment avec les CSSS, des enquêtes et intervient au besoin lorsque ces problèmes de santé sont signalés dans les bâtiments publics (CPE, écoles). Il est à noter que la DSP n'intervient pas dans les résidences privées. En 2004-2007, une seule intervention a été menée par la DSP suite à un signalement fait par un centre de la petite enfance de la région. À ce sujet, mentionnons que la population ainsi que les partenaires de la DSP sont de plus en plus sensibilisés à l'importance d'une bonne qualité de l'air intérieur et prennent les mesures nécessaires pour prévenir à la source les problèmes. Ceci se traduit par une réduction des signalements de ces situations. Également, les outils d'information que rendent disponibles l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et le MSSS sur leurs sites Internet respectifs aident au déploiement de ces activités de santé publique dans la région. Toutefois, le manque d'une ressource consacrée à la santé environnementale dans les CSSS entraîne parfois des délais dans la réponse aux interrogations de la population.

Les autres maladies d'origine environnementale

Les autres maladies dont il est question ici sont les cancers du poumon et de la peau, et les maladies d'origine hydrique. Pour les cancers pulmonaires d'abord, bien que le tabagisme constitue de loin la principale cause de ces maladies, des contaminants présents dans l'environnement tels que le radon et l'amiante peuvent aussi contribuer

au développement de ces cancers. C'est pourquoi le PNSP prévoyait pour la période 2004-2007 la participation des directions de santé publique au suivi de l'enlèvement ou de la réparation du flocage d'amiante dans les bâtiments scolaires et leur soutien à l'évaluation de la présence d'amiante dans les établissements de soins de santé. Or, les directions de santé publique sont maintenant moins impliquées dans ces interventions, celles-ci ayant été prises en charge depuis quelques années par d'autres secteurs. En effet, des outils de référence et de gestion de la qualité de l'air ont été développés à l'intention des gestionnaires de bâtiments par des instances telles que la Corporation d'hébergement du Québec.

Cela dit, il est important de mentionner que les flocages d'amiante ne sont pas présents dans toutes les écoles ni dans tous les établissements de santé de la région et que pour ceux où il y en a, les interventions appropriées en ce sens ont été réalisées. Mentionnons finalement que le suivi assuré ces dernières années par les équipes de santé au travail des CSSS, lorsque la santé des travailleurs est menacée, constitue un élément favorable à la bonne marche de ces dossiers.

Pour ce qui est des cancers de la peau, plus de 90 % d'entre eux seraient attribuables à une exposition prolongée aux rayons ultraviolets et les enfants y seraient particulièrement vulnérables (MSSS, 2003). Ainsi, pour prévenir l'apparition de ces types de cancers, des informations sont remises notamment aux parents, par les divers programmes des CLSC, sur les moyens efficaces de protéger leurs enfants contre les rayons du soleil. À ce sujet, les dépliants et les affiches fournis par le MSSS facilitent le déploiement de cette activité de santé publique dans la région.

Par ailleurs, les maladies d'origine hydrique sont causées par l'ingestion d'eau contaminée ou par le contact avec une eau contaminée, et peuvent se manifester notamment par des diarrhées épidémiques, des gastro-entérites et des dermatites (MSSS, 2003). La Loi sur la santé publique confie à cet égard la responsabilité légale au directeur de santé publique de conduire des enquêtes épidémiologiques et d'organiser des activités appropriées lorsque sont signalées des éclosions ou des intoxications reliées à l'eau ou dans les cas de dépassement des normes relatives aux *E. coli* dans les réseaux de distribution de l'eau. De 2004 à 2007, en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, 1 747 interventions ont été effectuées en rapport avec des signalements de non-conformité des réseaux d'approvisionnement en eau potable; 110 l'ont été pour des dépassements des normes relatives aux *E. coli* et coliformes fécaux; et 6 enquêtes ont été conduites pour des éclosions liées à l'eau. La très grande collaboration du personnel du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP), des laboratoires accrédités pour l'analyse de l'eau potable, de l'INSPQ, de l'équipe des maladies infectieuses de la DSP ainsi que la collaboration sans cesse croissante des exploitants des réseaux d'eau potable sont des conditions favorables à la réalisation de ces interventions et enquêtes dans la région.

Finalement, toujours en lien avec les maladies d'origine hydrique, le PNSP visait à ce que toutes les directions de santé publique au Québec aient accès en temps opportun aux déclarations concernant les éclosions, les intoxications et les dépassements de normes relatives à la qualité de l'eau, et ce, afin d'intervenir le plus précocement possible pour protéger la santé de la population. Il s'agit d'un dossier actuellement en voie de règlement par le

MSSS et le MDDEP, dont le déploiement est retardé en raison des problèmes techniques de réseautage des systèmes entre les DSP et le MDDEP. Ainsi, pour assurer le bon déploiement de cette mesure dans les prochaines années, la DSP devra s'assurer que ses équipements informatiques sont compatibles avec l'utilisation du système d'enregistrement des données pour l'eau potable qui sera déployé par le MSSS.

Les intoxications environnementales

Les intoxications environnementales peuvent être causées par une exposition à des contaminants tels le monoxyde de carbone et les pesticides, ou encore à des métaux lourds comme le plomb. Ces intoxications, lorsqu'elles surviennent, doivent obligatoirement être déclarées aux autorités et des enquêtes épidémiologiques doivent être menées, et ce, conformément à la Loi sur la santé publique et à un règlement ministériel sur les maladies et intoxications à déclaration obligatoire. C'est ainsi qu'entre 2004 et 2006¹⁰, la DSP a reçu cinq signalements pour des intoxications au monoxyde de carbone dont une impliquant plus de vingt personnes. La réalisation de cette activité dans la région est favorisée par la disponibilité d'un outil provincial d'enregistrement, de surveillance et de vigie sanitaire des maladies à déclaration obligatoire attribuables à un agent chimique ou physique (Système Mado-Chimiques) ainsi que par la collaboration (déclarations des cas et transmission d'informations) des laboratoires, des médecins des salles d'urgence, du responsable de la chambre hyperbare à Lévis, du Centre de toxicologie du Québec et du Centre antipoison du Québec.

¹⁰ Ces données ne tiennent pas compte des intoxications en milieu de travail, celles-ci étant traitées par l'équipe de santé au travail.

L'ensemble des maladies d'origine environnementale

Dans l'esprit de soutenir la mise en place de milieux de vie favorables à la santé, le PNSP proposait que les DSP poursuivent leurs travaux relativement à l'évaluation des conséquences des projets environnementaux, à l'application de la politique relative à la protection des sols et à la réhabilitation des terrains contaminés, à la révision des schémas d'aménagement des MRC, à la gestion des risques d'accidents industriels et finalement, à l'élaboration d'un plan d'urgence environnementale. Outre l'élaboration du plan d'urgence environnementale qui n'a encore débuté nulle part au Québec, la DSP a travaillé sur tous les autres dossiers prévus au PNSP. Par exemple, la DSP a traité neuf demandes en lien avec des projets assujettis à la procédure d'évaluation d'impacts dont certains ont fait l'objet d'audiences

publiques. Par ailleurs, dans le cadre de l'application de la politique relative à la protection des sols et à la réhabilitation des sols contaminés, plus de 500 terrains résidentiels à Murdochville ont été décontaminés et restaurés. Dans ces dossiers, les collaborations établies entre la DSP et le MDDEP, le MSSS, le BAPE et l'INSPQ ont été essentielles.

Pour ce qui est des projets de révision des schémas d'aménagement et des règlements de contrôle intérimaire, la DSP a traité en 2004-2007 une cinquantaine de demandes d'avis pour les MRC du territoire. Finalement, la DSP a collaboré, comme prévu, à la démarche régionale de gestion des risques d'accidents industriels majeurs et à la préparation des schémas de sécurité civile. Cette démarche est encore à ses débuts dans la région et évolue selon le calendrier prévu dans chaque MRC et municipalité.

Tableau 8 :

Activités déployées en 2004-2007 dans le domaine de la santé environnementale, niveau de déploiement des activités dans la région en décembre 2007 et au Québec en mars 2007

Activités déployées dans la région en 2004-2007 dans le domaine de la santé environnementale	Niveau de déploiement	
	GÎM (déc. 2007)	Québec (mars 2007)
MALADIES LIÉES À LA QUALITÉ DE L'AIR EXTÉRIEUR ET INTÉRIEUR		
Promotion des moyens efficaces d'améliorer la qualité de l'air extérieur (ex. : utilisation du transport en commun, inspection des véhicules usagers)	n/a	2,6
Promotion des moyens efficaces de réduire l'exposition au pollen de l'herbe à poux :		
• Activités d'information et de formation à l'intention des intervenants municipaux concernés par les mesures de contrôle adéquates de l'herbe à poux	4	3,1
• Activités de sensibilisation à l'intention de la population concernant l'identification de l'herbe à poux et les mesures de contrôle à appliquer dans l'environnement immédiat	n/a	2,9
• Activités à l'intention des partenaires d'autres secteurs concernant les problèmes de santé attribuables à l'herbe à poux	n/a	2,4
Participation à l'organisation des services publics, sectoriels et intersectoriels, sur la qualité de l'air intérieur dans chacune des régions du Québec	4	3,3
Conduite d'enquêtes épidémiologiques et organisation d'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 CPE ainsi que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux	4	3,9

Tableau 8 :

Activités déployées en 2004-2007 dans le domaine de la santé environnementale, niveau de déploiement des activités dans la région en décembre 2007 et au Québec en mars 2007

Activités déployées dans la région en 2004-2007 dans le domaine de la santé environnementale	Niveau de déploiement*	
	GÎM (déc. 2007)	Québec (mars 2007)
AUTRES MALADIES D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE		
Participation au suivi de l'enlèvement ou de la réparation du flocage d'amiante dans les bâtiments scolaires où ces travaux sont prévus et soutien à l'évaluation de la présence d'amiante dans tous les établissements de soins de santé	4	3,8
Information aux parents concernant les moyens efficaces de protéger leurs enfants de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets	4	3,0
Conduite d'enquêtes épidémiologiques :		
Lorsque sont signalées des éclosions ou des intoxications reliées à l'eau et organisation d'activités appropriées	4	4,0
Dans tous les cas de dépassement des normes relatives aux <i>E. coli</i> fécaux dans les réseaux de distribution de l'eau	4	3,8
Sensibilisation et concertation afin que toutes les DSP aient accès en temps opportun aux déclarations concernant des éclosions, des intoxications ou des dépassements de normes relatives à la qualité de l'eau	3	3,7
INTOXICATIONS ENVIRONNEMENTALES		
Intoxication à déclaration obligatoire d'origine environnementale, notamment pour ce qui est du monoxyde de carbone ou des pesticides :		
Promotion du processus de déclaration des cas d'intoxication	4	3,5
Conduite d'enquêtes épidémiologiques lorsque de tels cas sont déclarés	4	3,9
ENSEMBLE DES MALADIES D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE		
Participation aux différentes étapes de la procédure d'évaluation et d'examen d'impacts relative aux projets ayant des conséquences sur l'environnement ainsi qu'à l'application de la politique relative à la protection des sols et à la réhabilitation des terrains contaminés	4	3,9
Participation au processus de révision des schémas d'aménagement proposés par les municipalités régionales de comté et les communautés urbaines	4	3,9
Collaboration aux démarches régionales relatives à la gestion des risques d'accidents industriels majeurs, conformément à la Loi sur la sécurité civile, et à la préparation des schémas de sécurité civile	4	3,2
Élaboration d'un plan d'urgence relatif à la santé environnementale, incluant des actions relatives aux risques nucléaires, biologiques et chimiques en cas de bioterrorisme	2	2,6
NIVEAU DE DÉPLOIEMENT MOYEN DES ACTIVITÉS DE CE DOMAINE PRESCRITES PAR LE PNSP	3,8	3,5

* **Cotation du niveau de déploiement :** 1. Activité ni implantée, ni planifiée. 2. Activité non implantée, mais planifiée. 3. Activité en voie d'implantation. 4. Implantation de l'activité complétée.

1.8 Les activités en lien avec la santé au travail

Rappelons d'abord que le domaine de la santé au travail regroupe les problèmes de santé attribuables à une exposition à des agresseurs physiques, chimiques ou biologiques en milieux de travail ou causés par l'organisation du travail. Il s'agit d'un domaine particulier en santé publique en ce sens que les interventions ou activités se font principalement en vertu d'un contrat confié aux agences de santé et de services sociaux et aux CSSS (mission CLSC) par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), ainsi qu'en vertu du mandat légal de protection de la santé publique qu'ont les directeurs de santé publique et le directeur national de santé publique (MSSS, 2003). Précisons aussi qu'en général, ce sont les équipes locales en santé au travail dans les CSSS (mission CLSC) qui réalisent les interventions dites terrain. Pour leur part, les DSP, à l'intérieur des agences, apportent un soutien professionnel et administratif aux équipes locales et ne vont intervenir directement sur le terrain que pour des situations plus pointues ou plus stratégiques.

Cela dit, les activités de santé publique qui étaient à déployer en milieu de travail en 2004-2007 selon le PNSP étaient toutes des activités inscrites dans l'entente convenue entre le MSSS et la CSST. Plus précisément, les activités portaient sur les sept catégories de problèmes de santé suivantes : 1) les lésions musculosquelettiques, 2) la beryllose, la silicose, l'amiantose, 3) l'asthme professionnel, 4) les intoxications professionnelles, 5) les maladies infectieuses d'origine professionnelle, 6) la surdité professionnelle et 7) les problèmes pouvant entraîner une issue défavorable de la grossesse attribuables au milieu de travail. Dans ce qui suit, nous reprenons un à un ces différents problèmes en indiquant les

activités de santé publique qui ont été réalisées pour chacun d'eux en 2004-2007. Mais avant, précisons que les CSSS sont généralement d'avis que les actions de soutien de la DSP ont aidé au déploiement des activités de santé publique dans le domaine de la santé au travail, et ce, pour les sept catégories de problèmes ciblées par le PNSP et énumérées précédemment. Nous avons vu en effet à la section 1.1 que dans 90 % des cas, les CSSS considèrent aidantes les actions de soutien de la DSP pour assurer le déploiement des activités au local. Un CSSS résume bien le soutien apporté par la DSP :

« La santé au travail est un dossier très bien balisé et l'encadrement professionnel des équipes locales se fait par la DSP. La DSP apporte aussi un soutien pour le développement de protocoles et de plans d'intervention dans les entreprises, pour la réalisation de bilans annuels, la formation des intervenants, la collecte de données. De plus, elle assure une expertise-conseil et transmet régulièrement des informations aux équipes locales. »

Les lésions musculosquelettiques

Régulièrement, la DSP reçoit des demandes de services de la part des entreprises et établissements de la région pour des interventions relatives aux lésions musculosquelettiques, principalement pour l'aménagement de postes de travail. La DSP transmet ensuite ces requêtes aux équipes locales concernées et celles-ci se chargent d'intervenir dans l'entreprise ou l'établissement. Il arrive aussi que ce soit la DSP qui offre directement ses services aux entreprises identifiées comme ayant plusieurs cas d'indemnisations à la CSST pour des troubles musculosquelettiques. Depuis l'implantation du PAR en 2004, la DSP a ainsi travaillé, en collaboration avec les équipes locales, à la prévention des

lésions musculosquelettiques dans une trentaine d'entreprises de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. De l'avis de deux CSSS, les équipes locales seraient aussi en mesure de faire des interventions en ce domaine auprès de groupes jugés non prioritaires et invitent la DSP à en examiner la faisabilité.

Cela dit, la réalisation de ces interventions en santé au travail est facilitée par le soutien du Regroupement provincial en ergonomie ainsi que par l'expertise de certains intervenants de santé au travail dans la région. Cette aide et cette expertise sont d'autant plus importantes que les problématiques en lien avec les lésions musculosquelettiques sont souvent complexes. À ce sujet, un CSSS croit qu'il serait tout de même aidant d'avoir un ergonome dans la région. Mentionnons par ailleurs la réticence de plusieurs entreprises à s'ouvrir à des interventions de ce genre, ce qui constitue un obstacle au travail à faire en cette matière.

La beryllose, la silicose et l'amiantose

La santé au travail a procédé, en 2004-2007, à l'identification de 22 entreprises où il semblait possible, à l'échelle de la région, de trouver du beryllium dans les aires de travail. Cette identification s'est faite sur la base du profil d'activités des entreprises concernées. Par la suite, celles-ci ont toutes été rejointes et évaluées et la DSP a fait faire, lorsque requis, la décontamination et les suivis appropriés.

Pour la silice, la santé au travail est intervenue auprès des ateliers de débosselage en vue de les amener à cesser l'utilisation de ce produit lors du sablage des carrosseries. Sur les 26 ateliers de débosselage de la région, 24 ont été rejoints et ont modifié leur procédé de sablage, les

deux autres entreprises s'étant montrées récalcitrantes à ce changement. Également, à la demande de la CSST, la DSP intervient conjointement avec celle-ci sur les chantiers de construction lorsqu'il y a coupage, façonnage de béton ou toute autre opération semblable susceptible de mettre en suspension dans l'air respirable des particules de silice. La CSST n'a toutefois pas fait de demande en ce sens à la DSP depuis 2004.

Finalement, le programme de dépistage de l'amiantose par la radiographie pulmonaire chez les travailleurs de certains métiers de la construction a été déployé en 2004-2007. En décembre 2007, 60 des 116 travailleurs identifiés avaient été rejoints par le dépistage. Le programme se poursuit en 2008 pour rejoindre les autres travailleurs dont plusieurs sont difficiles à joindre en raison du fait qu'ils travaillent sur des chantiers éloignés de la région. Par ailleurs, la vérification de la présence d'amiante dans le procédé industriel des 17 entreprises de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine suspectées à risque en cette matière a été faite en 2004-2007.

La réalisation de toutes ces mesures de santé publique, visant à réduire l'exposition des travailleurs au beryllium, à la silice et à l'amiante, a été facilitée par la coopération des milieux de travail et des travailleurs concernés.

L'asthme professionnel

L'asthme professionnel provient, dans un bon nombre de cas, d'une exposition à des agents comme les isocyanates, la farine et les protéines de crustacés présents en milieu de travail (MSSS, 2003). En 2004-2007, la santé au travail a procédé à l'évaluation environnementale des aires de travail des 26 ateliers de débosselage de la région,

notamment des chambres à peinture et des salles de mélange. Ces évaluations ont permis de recommander aux propriétaires une série de correctifs aux plans notamment de la ventilation et de la protection respiratoire des travailleurs. Sur les 26 entreprises de la région, 20 ont appliqué les recommandations et à ce sujet, on doit souligner la bonne coopération de ces milieux de travail ainsi que la grande implication des inspecteurs de la CSST affectés à ce dossier. Pour les 6 autres entreprises, généralement de petites tailles et disposant de faibles moyens financiers pour mettre en œuvre les modifications relativement coûteuses à leur système de ventilation, il sera difficile d'aller plus loin car elles utilisent tous les moyens à leur disposition pour échapper à la réglementation (fermeture temporaire de l'atelier, travail au noir des débosseurs, intimidations des intervenants, etc.).

Les intoxications professionnelles

Au chapitre maintenant des intoxications professionnelles, elles sont causées pour leur part par une exposition à des contaminants comme le monoxyde de carbone (CO), l'hydrogène sulfuré (H₂S), les pesticides, le plomb et les solvants organiques dont fait partie le styrène, un produit utilisé dans le procédé de fabrication de la fibre de verre.

En 2004-2007, les trois entreprises de la région connues comme faisant usage de styrène ont été visitées et ont fait l'objet de mesures environnementales eu égard à la concentration de ce solvant dans l'air ambiant. L'une de ces entreprises a résisté à l'application des mesures proposées par le programme de sorte que la DSP a dû demander l'intervention de la CSST. Les entreprises utilisant ce type de solvant sont en général réticentes à éliminer à la source les vapeurs de styrène, une condition qui fait

obstacle aux interventions en cette matière. Plus récemment, une usine de pales d'éolienne fait l'objet d'interventions très suivies au regard du styrène et de quelques autres contaminants à caractère chimique dont l'acétone, les isocyanates et le méthacrylate de méthyle.

Quelques interventions en santé au travail ont aussi été faites en 2004-2007 en rapport avec les intoxications au CO. Toutefois, la non-disponibilité du programme provincial relatif aux émissions de CO en lien avec l'utilisation des chariots élévateurs rend plus difficiles les interventions en ce sens, leur légitimité n'étant pas appuyée par un programme officiel.

Cela dit, les interventions relatives aux intoxications en milieu de travail sont difficiles à comptabiliser principalement parce qu'elles ne se font pas dans le cadre d'un programme unique et structuré, mais bien à compter de plusieurs programmes dont les priorités ne sont pas nécessairement les intoxications. Il serait donc pertinent de développer dans les prochaines années des indicateurs spécifiquement reliés à ce type d'intervention. Dans un autre ordre d'idées, un CSSS souhaiterait recevoir des informations sur les pesticides et qu'un comité soit formé afin de déterminer le rôle des équipes locales en matière de prévention des intoxications professionnelles attribuables à une exposition aux pesticides.

Les maladies infectieuses d'origine professionnelle

En 2004-2007, la DSP en collaboration avec les équipes de santé au travail des CSSS a distribué de l'information à certaines catégories de travailleurs susceptibles d'être exposés dans leur travail au tétanos et au virus de l'hépatite A et de l'hépatite B, soit

les policiers-patrouilleurs, les pompiers, les éboueurs et les travailleurs des eaux usées. La majorité des travailleurs de ces secteurs d'activité dans la région ont aussi été immunisés contre ces affections. Ces interventions ont nécessité beaucoup de démarches de la part des intervenants en santé au travail en raison de la dispersion des milieux de travail visés, mais ont été par ailleurs facilitées encore ici par la bonne collaboration des milieux de travail. Ce type d'interventions préventives devra se poursuivre dans les prochaines années auprès des opérateurs de « camion pompe » et des travailleurs des centres de tri et de compostage.

La surdité professionnelle

Selon le MSSS (2003), 20 % des cas de surdité détectés chez les adultes seraient attribuables à une exposition en milieu de travail. Ainsi, en 2004-2007, la santé au travail a visité toutes les scieries en activité et a identifié celles présentant des niveaux très élevés de bruit et pouvant porter atteinte à la santé des travailleurs. La conjoncture économique très difficile dans le secteur de l'industrie forestière, qui s'est traduite par la fermeture et la faillite de plusieurs entreprises, et par la réduction des effectifs dans la plupart des autres, rend cependant difficile la mise en place des recommandations relatives aux modifications à apporter au procédé. À tout le moins, de la formation a été donnée à l'ensemble des intervenants en santé au travail sur les équipements de protection auditive ainsi qu'aux techniciens en hygiène du travail sur la réduction du bruit à la source dans les scieries. Un CSSS fait part à ce sujet de son besoin qu'une position régionale soit adoptée relativement à la surveillance médicale de la surdité d'origine professionnelle.

Les problèmes pouvant entraîner une issue défavorable de la grossesse attribuables au milieu de travail

Depuis de nombreuses années, la CSST confie aux directions de santé publique la responsabilité du programme *Pour une maternité sans danger*. Ce programme vise, rappelons-le, à permettre aux femmes enceintes et à celles qui allaitent d'être réaffectées à des tâches ne présentant pas de danger pour elles-mêmes, ni pour leur enfant à naître ou allaité, ou d'être retirées de leur milieu de travail si la réaffectation n'est pas possible (MSSS, 2003).

Pour la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine, la DSP reçoit et traite chaque année environ 300 demandes de réaffectation ou de retrait préventif de la part de travailleuses enceintes ou qui allaitent. Le fait que les activités de ce programme soient regroupées dans une même unité de travail à Gaspé, laquelle dessert l'ensemble de la région, est une condition favorable au bon fonctionnement de ce programme.

Autres problèmes pouvant être liés au travail

On reconnaît de plus en plus le rôle des conditions et de l'organisation du travail sur la survenue de problèmes tels que les maladies chroniques, le suicide et la consommation de drogues et d'alcool. Pensons ici au lien entre le stress généré par le travail et les maladies cardiovasculaires, ou encore aux conséquences des conflits mal gérés, de la précarité d'emploi ou du harcèlement en milieu de travail, sur la santé physique et mentale des travailleurs (MSSS, 2003). Les maladies chroniques, le suicide et la toxicomanie ne faisaient cependant pas partie des priorités d'action de la CSST en 2004, non plus que des activités à déployer selon le PNSP en 2004-

2007. Malgré cela, la DSP avait identifié dans son PAR 2004-2007 des activités à réaliser en milieu de travail en lien avec ces problèmes. Par exemple, la DSP avait planifié intensifier ses efforts pour inciter davantage les partenaires, notamment ceux des services courants des CLSC, à promouvoir auprès des travailleurs l'adoption de saines habitudes de vie. Le PAR indiquait aussi des actions visant à développer une expertise chez les intervenants en santé au travail par rapport à la prévention du suicide et de la toxicomanie, des champs d'expertise appartenant traditionnellement aux intervenants psychosociaux des CLSC.

Mais bien que planifiées à l'intérieur du PAR, aucune des actions en lien avec les maladies chroniques, le suicide et la toxicomanie n'a été réalisée en 2004-2007. Le déploiement de ce genre d'interventions relatives aux problèmes comme le stress au travail et divers facteurs psychosociaux associés à l'organisation du travail, constituera cependant un défi pour la santé publique au cours des prochaines années.

Ceci termine cette première section des résultats. Nous passons à la seconde section sur la mise en œuvre du PAR dans la région en 2004-2007.

Tableau 9 :

Activités déployées dans la région en 2004-2007 dans le domaine de la santé au travail, niveau de déploiement des activités dans la région en décembre 2007 et au Québec en mars 2007

Activités déployées dans la région en 2004-2007 dans le domaine de la santé au travail	Niveau de déploiement GÎM* (déc. 2007)
Activités prescrites par le PNSP :	
Prévention des lésions musculosquelettiques	3
Prévention de la beryllose, de la silicose et de l'amiantose	4
Prévention de l'asthme professionnel aux isocyanates	4
Prévention des intoxications professionnelles	3
Prévention des maladies infectieuses d'origine professionnelle	3
Prévention de la surdité professionnelle	4
Santé au travail chez les femmes enceintes ou qui allaitent	4
Autres activités prévues au PAR :	
Activités liées aux habitudes de vie et aux maladies chroniques	2
Santé au travail et prévention du suicide, consommation de drogues et d'alcool	2
NIVEAU DE DÉPLOIEMENT MOYEN DES ACTIVITÉS DE CE DOMAINE PRESCRITES PAR LE PNSP	3,6

* **Cotation du niveau de déploiement :** 1. Activité ni implantée, ni planifiée. 2. Activité non implantée, mais planifiée. 3. Activité en voie d'implantation. 4. Implantation de l'activité complétée.

Note : Le niveau de déploiement des activités du domaine de la santé au travail n'est pas connu pour le Québec.

Section 2 :

Les modalités de mise en œuvre du PAR 2004-2007

Outre la réalisation de ce bilan du PAR, la DSP s'était donné quatre modalités pour assurer la mise en œuvre du PAR 2004-2007 à l'échelle régionale et à l'échelle locale, à savoir :

- L'exercice de planification annuelle de la DSP,
- Le bilan annuel des réalisations de la DSP,
- La mise en place du comité régional sur le programme Santé publique,
- Le soutien aux CSSS dans l'élaboration de leur plan d'action local de santé publique (PAL).

Nous rendons compte dans cette deuxième partie de la façon selon laquelle ces quatre modalités se sont réalisées en 2004-2007 et pour chacune d'elles, nous présentons le point de vue des membres du comité régional de santé publique sur l'impact qu'elle a eu sur le déploiement des activités de santé publique à l'échelle régionale et locale. Rappelons que tous les membres du comité régional ont été questionnés à ce sujet, soit les représentants de la DSP (appelés la DSP dans ce qui suit), les représentants des CSSS et les représentants du ROCGÎM.

2.1 L'exercice de planification annuelle de la DSP

Pour chacune des années couvertes par le PAR 2004-2007, soit les années 2004-2005, 2005-2006 et 2006-2007, la DSP a élaboré une planification dans laquelle sont précisées les actions à mettre en œuvre par la DSP au cours de l'année, et ce, en lien avec les objectifs et les programmes requis du PAR

2004-2007; les principaux partenaires à mobiliser et les échéanciers de réalisation pour chacune des actions; ainsi que les modalités d'évaluation ou de reddition de compte à réaliser, s'il y a lieu, en cours d'année.

De l'avis de la DSP, en incitant les professionnels à prioriser leurs actions en fonction des engagements pris dans le PAR, cet exercice permet d'actualiser celui-ci annuellement, de maintenir le sens et la cohérence des actions de chacun ainsi que de celles de toute l'organisation. De plus, dans un contexte où de nombreuses activités non prévues s'ajoutent constamment, la planification annuelle assure à la DSP de maintenir le cap sur les activités de santé publique à déployer dans la région.

2.2 Le bilan annuel des réalisations de la DSP

À la fin de chacune des années financières couvertes par le PAR 2004-2007, la DSP a procédé à un bilan annuel de ses réalisations en lien avec sa planification de l'année précédente. Les bilans annuels rendent ainsi compte des actions réalisées au cours de l'année, des partenaires impliqués ou ayant collaboré à la réalisation des actions et, s'il y a lieu, des résultats obtenus. Tous les bilans annuels de la DSP sont intégrés au rapport annuel de gestion de l'agence, lequel est diffusé aux partenaires de l'agence.

Le bilan annuel est intimement relié à la planification annuelle. Il permet de prendre conscience de ce qui a été réalisé et de ce qui ne l'a pas été en cours d'année et de faire une analyse critique. Les apprentissages ainsi faits orientent le choix des actions de l'année à venir et permettent, s'il y a lieu, de réajuster celles-ci.

Ainsi, pour la DSP, l'exercice de planification annuelle et celui du bilan annuel doivent être maintenus dans les années à venir. D'ailleurs, si ce n'est déjà fait, il pourrait être pertinent que les CSSS reprennent et adaptent au besoin, à l'interne de leur organisation, ces deux modalités pour la mise en œuvre de leur PAL. À cette fin, la DSP pourrait transmettre aux CSSS, à titre d'exemple, les outils qu'elle utilise pour réaliser sa planification et son bilan annuels.

2.3 La mise en place du comité régional sur le programme Santé publique

À l'automne 2004, la table PDG-DG de l'agence mettait en place de nouvelles structures de concertation et de coordination, ou comités régionaux, pour chacun des programmes-services du MSSS. C'est ainsi que le comité régional sur le programme Santé publique était créé et se rencontrait la première fois à l'automne 2005. Le mandat suivant était confié au comité :

- S'assurer d'une compréhension commune du plan d'action régional de santé publique et de l'appropriation de celui-ci par les acteurs régionaux et locaux concernés;
- Assurer à l'échelle régionale la concertation et la coordination pour les aspects du programme de Santé publique relevant des établissements de

santé et de services sociaux, en stimulant et soutenant l'élaboration des plans locaux de santé publique et la mise en œuvre de ceux-ci;

- Conseiller le comité de gestion régionale PDG-DG sur les mécanismes de concertation et de coordination à mettre en place au niveau local en vue de la cohérence des actions nécessaires à la mise en œuvre des plans d'action locaux de santé publique;
- En lien avec les plans locaux de santé publique, favoriser le partage des expériences vécues dans les établissements et les réseaux locaux, et ce, en vue de tendre vers l'accès, la qualité, l'efficacité et l'efficacité des activités et programmes requis dans le domaine de la santé publique;
- Donner son avis sur un bilan du PAR 2004-2007 produit par la DSP en début d'année 2007-2008¹¹ et sur une version « document de travail » du PAR 2009-2012 produite par la DSP. (DSP, février 2005)

De novembre 2005 à novembre 2007, le comité régional de santé publique s'est réuni à sept reprises et a réalisé divers travaux que nous rappelons au tableau 10, des travaux découlant des deux plans de travail que s'est donnés le comité pour les années 2006-2007 et 2007-2008.

¹¹ C'est plutôt en début d'année 2008-2009 que cela a été fait, plus précisément en juin 2008.

Tableau 10 :

Travaux réalisés par le comité régional de santé publique entre novembre 2005 et novembre 2007

Travaux réalisés	Commentaires
Événement local de santé publique dans les territoires locaux	Débuté en février 2007 et terminé en octobre 2007
Nomination et clarification des responsabilités d'un cadre en charge du programme de santé publique dans les CSSS	Le <i>Cadre de référence balisant le mandat du cadre en charge du programme de santé publique dans un CSSS</i> a été approuvé par la table PDG-DG le 8 novembre 2006
Élaboration et adoption des PAL dans tous les territoires locaux	Le dernier PAL a été adopté en juin 2007
Mise sur pied de comités locaux d'implantation et de suivi des PAL dans deux territoires locaux en 2006-2007	Îles-de-la-Madeleine et Côte-de-Gaspé
Analyse des plans d'équilibre budgétaire déposés à l'agence par les CSSS	Le directeur de santé publique a exercé une vigilance en 2006-2007 et 2007-2008 de manière à ce que les budgets de santé publique soient protégés en conformité avec la règle de transférabilité des ententes de gestion
Analyse des ententes de gestion agence-établissements	Vigilance effectuée par le directeur de santé publique en 2006-2007 et 2007-2008
Analyse de l'évolution du budget de santé publique au cours des dernières années dans les CSSS	Travaux amorcés en 2006-2007 par la DSP en collaboration avec la direction de soutien au réseau de l'agence. Les travaux se poursuivent en 2007-2008
Vigilance locale exercée par les cadres responsables du programme de santé publique dans les CSSS	
Sous-comité sur l'action communautaire dans le cadre du programme de santé publique et des plans d'action locaux de santé publique	Sous-comité mis en place au printemps 2007 et dont le rapport a été déposé au comité régional en novembre 2007 et présenté à la table PDG-DG en janvier 2008
Élaboration et présentation de la démarche régionale de révision du PAR	La présentation a été faite par la DSP lors de la rencontre du comité en novembre 2007

Ce rappel fait, le comité régional est, du point de vue de la DSP, un lieu privilégié de contacts avec les responsables locaux de santé publique et les représentantes du ROCGÎM. Il permet plus précisément de mieux connaître et comprendre les préoccupations et réalités des uns et des autres et d'ajuster, au besoin, les actions en vue de garantir à l'échelle locale l'accès à des services de santé publique efficaces et de qualité. Également, les échanges et discussions au sein du comité enrichissent et alimentent des points de vue sur les enjeux stratégiques de la santé publique, et ce, à

l'intention de la table PDG-DG. Plus globalement, plusieurs travaux réalisés par le comité au cours des dernières années ont contribué à renforcer la position stratégique de la santé publique au sein des services sociaux et de santé dans la région. On pense par exemple à la tenue de l'événement local de santé publique, à l'élaboration du *Cadre de référence balisant le mandat du cadre en charge du programme de santé publique dans un CSSS* et au rapport du sous-comité sur l'action communautaire (tableau 10). Un responsable de santé publique dans un CSSS exprime sensiblement cette même

opinion relativement à l'importance qu'a eue le comité régional depuis sa création :

« Dans un contexte de fusion, le curatif exerce une pression énorme sur la promotion de la santé et la prévention. Tant le PAL comme outil et comme exercice de conscientisation, ainsi que le comité régional sont importants pour équilibrer les pressions. »

D'ailleurs, les CSSS sont généralement d'avis que les rencontres du comité régional et les échanges qui s'y sont déroulés ont aidé au déploiement des activités de santé publique en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine. À ce sujet, un responsable de santé publique précise ceci :

« Les rencontres du comité régional m'ont conscientisée à l'importance d'avoir une direction et un cadre dédiés à la santé publique dans les CSSS, d'avoir un budget protégé en santé publique et de s'assurer du respect de la règle de transférabilité. Également, le document produit par la DSP sur la Contribution de la santé publique aux autres programmes-services du MSSS et qu'on nous a remis lors d'une rencontre du comité, m'a beaucoup aidée et éclairée. »

Un autre responsable souligne pour sa part les échanges intéressants qui ont eu lieu lors des rencontres autour de l'élaboration des PAL.

Le ROCGÎM ne partage pas cette opinion relativement à l'impact qu'a eu le comité régional de santé publique sur le déploiement des activités à l'échelle locale. Selon le ROCGÎM, la majorité des PAL ayant tardé à s'élaborer en 2004-2007, les CSSS ont poursuivi les activités qu'ils faisaient déjà. Alors en ce sens, le comité régional a peu aidé à déployer les activités de santé publique. Par contre, le comité régional a permis aux CSSS et au ROCGÎM de se rencontrer et de commencer à se connaître.

Également, toujours de l'avis du ROCGÎM, ce comité offre l'occasion aux acteurs de santé publique d'échanger et de se concerter autour d'une préoccupation commune que sont la prévention et la promotion de la santé. Et de ce fait, l'existence du comité régional de santé publique est pertinente pour promouvoir et protéger ces deux champs d'intervention en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine.

Au chapitre de la composition du comité régional de santé publique, la participation du ROCGÎM au comité demeure, selon la DSP, un point à clarifier. La DSP a toujours souhaité que le ROCGÎM ou des représentants d'organismes communautaires fassent partie du comité régional. Certains types d'organismes (ex. : les maisons de la famille, les maisons des jeunes, les organismes en sécurité alimentaire) sont en effet des partenaires essentiels à la réalisation de plusieurs objectifs et activités du PAR et des PAL. Également, bien que l'élaboration du PAL demeure une responsabilité du réseau, les organismes communautaires sont nommés dans la Loi sur la santé publique comme des partenaires que les CLSC doivent consulter pour son élaboration.

Ainsi, la pertinence de la participation des organismes communautaires au comité régional de santé publique n'est pas à démontrer. La question est plutôt de savoir si le ROCGÎM est encore le meilleur interlocuteur sur le comité régional, comme le ROCGÎM lui-même l'a d'ailleurs déjà soulevée. Ne serait-ce pas plus pertinent que ce soit des organismes communautaires œuvrant dans les secteurs énumérés plus tôt qui en fassent partie? Cette question devra éventuellement être abordée à nouveau avec le ROCGÎM.

2.4 Le soutien aux CSSS dans l'élaboration de leur PAL

En 2004-2007, la DSP a offert un soutien aux CSSS pour l'élaboration de leur PAL. Pour ce faire, la DSP a rédigé à l'automne 2003 le document *Plan d'action local de santé publique : proposition de projet d'élaboration* dans lequel un processus d'élaboration du PAL était proposé dans ses grandes étapes (Paquet, 2004). À titre indicatif, un calendrier de treize mois était proposé pour réaliser l'ensemble des étapes, soit de la mise sur pied à l'interne du CLSC d'un comité de coordination du processus d'élaboration du PAL (première étape proposée) au dépôt du PAL à la DSP (dernière étape). Également, des grilles de planification ont été conçues à l'intention des CSSS pour aider le travail d'élaboration des PAL en concordance avec les programmes requis dans le PAR. Le document et les grilles de planification ont été présentés et distribués aux membres du comité aviseur sur le PAR ainsi qu'aux membres du conseil d'administration du ROCGÎM. De plus, une personne-ressource a été désignée à l'interne de la DSP afin de soutenir et conseiller au besoin les responsables de l'élaboration des PAL dans les CSSS. Finalement, en mars 2004, la DSP produisait et distribuait un portrait sociosanitaire par territoire de MRC dans lequel étaient notamment présentées les données sur les naissances, les décès et les hospitalisations (Lemieux et Parent, mars 2004).

Avant d'aller plus loin, précisons qu'un CSSS a élaboré son PAL avant même que la DSP ait elle-même rédigé son PAR et conséquemment, avant qu'elle ne développe et propose son offre de soutien. Parmi les quatre autres CSSS, deux ont fait appel à la personne-ressource de la DSP pour être conseillés et pour valider des éléments du portrait de santé de leur PAL, alors qu'un

autre a demandé un soutien plus constant tout au long de la démarche d'élaboration, et ce, pour l'ensemble du contenu de son PAL.

Cela dit, qu'ils aient ou non fait appel au soutien de la personne-ressource de la DSP, les quatre CSSS considèrent cet élément comme ayant aidé à l'élaboration des PAL et en conséquence au déploiement des activités de santé publique dans la région. De plus, un CSSS souligne que les grilles de planification ainsi que le document *Plan d'action local de santé publique : proposition de projet d'élaboration* conçus par la DSP à l'intention des CSSS ont aussi été des éléments aidants :

« La démarche proposée par la DSP avec des échéances a incité et forcé même notre CSSS à élaborer le PAL. Mais nous n'avons pu respecter les échéances proposées du fait que nous n'avions personne à l'interne de l'organisation libérée pour coordonner l'ensemble du processus et pour rédiger le PAL. »

Ce même établissement suggère donc d'envisager un financement, soit de la part des CSSS ou de la DSP, afin que les CSSS puissent libérer une ressource ou en engager une pour procéder à la mise à jour des PAL, tout en maintenant le soutien de la DSP. D'ailleurs, un autre CSSS fait valoir que la présence et l'implication de l'agent de planification du CSSS dans le processus d'élaboration du PAL a été un élément déterminant dans la réalisation de ce dossier.

De son côté, la DSP est aussi d'avis qu'elle doit maintenir un soutien concret aux CSSS pour la mise à jour éventuelle des PAL, et ce, dès que le PAR 2009-2012 sera terminé (printemps 2009). La forme plus précise que prendra ce soutien reste encore à définir. Toutefois, l'expérience des dernières années en cette matière suggère notamment des changements à apporter dans la façon même

de concevoir le PAR 2009-2012 afin que celui-ci devienne un véritable outil de soutien pour l'élaboration des PAL. Ainsi, comme elle l'avait fait dans son PAR 2004-2007 pour chacune des activités prescrites par le *PNSP 2003-2012 – Mise à jour 2008* et retenue pour la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, la DSP décrira dans son prochain PAR l'ensemble des activités de santé publique qu'elle s'engage à réaliser, c'est-à-dire les services et activités à offrir à la population (ce qu'on appelle communément le panier de services ou l'offre de service) et les activités structurant l'offre de service dont les activités de soutien qu'elle entend mener auprès de ses partenaires. Mais en plus, le PAR 2009-2012 définira les activités de santé publique que devront déployer les CSSS au cours des prochaines années, tant les services à offrir à la population que les activités structurant l'offre de service (ex. : activités de planification, animation de comité, soutien aux pratiques cliniques préventives). Également, dans le cas où les organismes communautaires sont les premiers responsables de la réalisation d'une activité, le PAR indiquera les actions à mener par ces derniers pour assurer la réalisation de l'activité (conformément à leur mission).

Ni le dernier PAR ni les grilles de planification conçues à l'intention des CSSS pour élaborer leur PAL ne contenaient cette définition des activités de santé publique requises au local. Aussi a-t-il été plus difficile pour les CSSS de définir leurs activités de santé publique. Dans le cadre de ce bilan, quatre CSSS ont d'ailleurs suggéré ce changement pour le prochain PAR. La DSP croit que cette modification à son PAR facilitera ainsi le travail des CSSS pour la mise à jour de leur PAL et contribuera, à terme, à un meilleur déploiement des activités de santé publique à l'échelle locale. Car il ne faut pas perdre de vue que c'est principalement par le biais des équipes locales que se déploient

concrètement le PNSP et le PAR, pour une bonne part à tout le moins. Et de l'avis de la DSP, le prochain PAR doit bien refléter cette réalité.

De plus, la DSP envisage que ce soit ses professionnels qui soutiennent, dans leur dossier respectif, les CSSS dans la définition de leurs activités de santé publique. Cette modalité serait davantage en cohérence à la fois avec la façon de concevoir le PAR 2009-2012 et avec la façon de soutenir sa mise en œuvre. Également, la DSP trouve intéressante la proposition d'un CSSS à l'effet de s'entendre régionalement sur un format commun à tous les PAL, c'est-à-dire sur les éléments qui devraient s'y retrouver.

Cela dit, malgré ses imperfections et au-delà de l'obligation légale de l'élaborer, le PAR 2004-2007 a constitué, de l'avis de la plupart des répondants des CSSS, un outil aidant pour le déploiement des activités de santé publique en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine. Pour un CSSS, le PAR a d'abord offert l'occasion d'organiser et d'harmoniser la pratique en santé publique à l'échelle régionale. Puis la démarche d'élaboration des PAL a ensuite permis son actualisation au niveau local, mais aussi une réflexion chez les intervenants du CSSS sur les activités préventives à développer. Dans le même sens, un autre CSSS mentionne :

« L'élaboration obligatoire d'un PAL a officialisé les activités de prévention, forcé la réflexion de l'ensemble du CSSS à ce sujet et a favorisé la concertation avec les partenaires. Le lancement du PAL a également permis de sensibiliser la population aux activités préventives. »

Nous verrons cependant à la section 3.2 que parmi les défis et enjeux associés au PAR et à sa mise en œuvre, deux CSSS rappellent l'importance de tenir compte, dans la définition des services requis localement, de la capacité des CSSS, en termes de

ressources humaines et financières, à offrir effectivement les services à la population. Nous y reviendrons plus loin.

Finalement, dans l'esprit que le PAR soit un meilleur outil pour assurer le déploiement des activités de santé publique à l'échelle locale, deux CSSS et le ROCGÎM suggèrent que le PAR 2009-2012 comporte une section sur le développement des communautés. Le

ROCGÎM va même un peu plus loin en demandant que le développement des communautés et l'action communautaire fassent l'objet d'un domaine en soi, en illustrant comment ces stratégies peuvent se traduire en activités et actions concrètes dans le milieu. Un CSSS souligne finalement le rôle de soutien que devrait jouer la DSP en ce domaine comme elle le fait, par exemple, en périnatalité et petite enfance.

Section 3 :

Défis et enjeux pour les prochaines années

Cette troisième et dernière section sur les résultats du bilan aborde, comme son titre l'indique, les défis et enjeux qui sont envisagés au cours des prochaines années pour la santé publique dans la région. Nous présentons d'abord les défis et enjeux qu'envisagent les professionnels de la DSP eu égard aux dossiers dont ils ont la responsabilité. Ensuite, nous faisons état des enjeux stratégiques actuels ou à venir associés au PAR et à sa mise en œuvre connus ou pressentis par les membres du comité régional. Nous terminons en reprenant quelques suggestions faites par les participants au bilan pour assurer une meilleure connaissance et appropriation du PAR 2009-2012 par les partenaires de la DSP et ainsi assurer un meilleur déploiement des activités de santé publique dans la région au cours des prochaines années.

3.1 Défis et enjeux dans les grands domaines du PAR

Nous reprenons dans ce qui suit les sept domaines du PAR et indiquons pour chacun d'eux, les défis et enjeux envisagés par les professionnels de la DSP ainsi que quelques suggestions et recommandations faites par les CSSS et le ROCGÎM.

Développement, adaptation, intégration sociale et habitudes de vie des jeunes et des familles

Dans le champ de la promotion et de la prévention en périnatalité et petite enfance, plus spécifiquement dans le cadre des **services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE)**, un des principaux défis que devra relever la région est

d'implanter dans tous les CSSS (mission CLSC) la supervision clinique pour les équipes qui travaillent avec les familles vulnérables. Conscient de l'importance de cet élément, un CSSS fait valoir le soutien financier nécessaire au développement de ressources pour assurer la supervision clinique des intervenants. De la même manière, deux des cinq CSSS suggèrent d'augmenter le nombre de ressources dans les équipes afin de pouvoir offrir l'intensité du suivi recommandée par le programme, notamment au plan psychosocial.

Toujours dans le cadre des SIPPE, les établissements devront développer une politique sur les plans d'intervention et s'assurer de la mettre en œuvre. Pour ce qui est de la création des environnements favorables, une attention particulière devra être portée dans les années à venir au développement de ce volet des SIPPE, et une des clés à cet égard est liée à l'intégration des organisateurs communautaires dans le programme. La présence et la reconnaissance des organisateurs communautaires au sein des CSSS représentent d'ailleurs un enjeu majeur pour renforcer, de façon générale, l'action communautaire et ainsi contribuer au mieux-être des enfants et des familles de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. De plus, pour contribuer au développement du volet de la création des environnements favorables, un CSSS croit qu'il y a une réflexion à faire sur la place de la communauté, sur la façon de créer des liens avec elle et en quoi celle-ci peut soutenir la famille.

L'augmentation des **places en garderie** pour les enfants des familles vulnérables, responsabilité relevant d'un autre ministère, ainsi que la consolidation des **programmes de stimulation précoce et infantile** dans chacun des territoires sont d'autres défis

pour lesquels la DSP et ses partenaires devront consentir des efforts afin d'améliorer la santé et le bien-être des plus démunis. À ce sujet, un CSSS suggère que la DSP identifie les meilleures pratiques en matière de stimulation précoce et infantile.

Finalement, l'augmentation du taux d'**allaitement exclusif** est un autre défi en périnatalité pour les prochaines années. À cette fin, une formation uniforme en matière d'allaitement maternel devra, de l'avis des responsables de ce dossier à la DSP et de quelques CSSS, être déployée partout sur le territoire gaspésien et madelinot. Mais il faudra surtout que les CSSS mettent véritablement en œuvre leur politique d'allaitement maternel afin que les mesures qui y sont définies s'inscrivent dans les pratiques cliniques de leur établissement. Et à cette fin, certains CSSS soulignent l'importance que la DSP poursuive son soutien.

Par ailleurs, de manière plus globale et bien que non prévu au PNSP, un CSSS croit important que la DSP apporte un soutien dans le cadre du développement de mesures universelles pour les primipares. Dans le même sens, la tendance à cibler les clientèles vulnérables pénalise, selon le ROCGÎM, les familles non ciblées par les activités. Toujours de l'avis du ROCGÎM, il y aurait trop peu d'activités offertes aux parents pour le soutien aux compétences parentales.

Au chapitre des **habitudes de vie** chez les jeunes ainsi que chez l'ensemble de la population, la question de l'accessibilité aux infrastructures sera au cœur des préoccupations. Il est en effet primordial que l'ensemble des Gaspésiens et Madelinots puisse améliorer sa condition physique en ayant accès à des environnements sécuritaires et favorables à la **pratique**

d'activités physiques. Chez les jeunes plus spécifiquement, l'offre de service en activité physique pourrait être conçue de manière à davantage s'apparenter à la philosophie de l'approche *École en santé*. Par exemple, le concours *École active* pourrait privilégier les écoles dont les projets impliquent divers partenaires du milieu pour ainsi augmenter les impacts des projets dans les communautés. Rappelons que cette meilleure intégration des offres de service à l'approche ÉES mériterait d'être faite, de l'avis d'un CSSS, pour tous les programmes de santé publique ayant un lien avec ÉES.

Pour ce qui est de l'approche **École en santé** à strictement parler, l'enjeu principal pour les années à venir est que la promotion de la santé et la prévention dans les écoles ne soient pas négligées en raison des nombreux autres programmes et mesures que les écoles doivent aussi déployés dont la *Stratégie d'Intervention Agir Autrement (SIAA)*, la *Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif* et le *Plan d'action pour prévenir et traiter la violence*. Le défi sera donc de deux ordres. D'abord, que la démarche et les outils proposés par *École en santé* intègrent et harmonisent l'ensemble des mesures et programmes avec lesquels les écoles doivent composer. Ensuite, qu'*École en santé* devienne l'approche retenue pour soutenir les écoles dans la réalisation d'actions appropriées en matière de promotion de la santé et de prévention auprès des jeunes et que ces actions s'inscrivent dans le projet éducatif et le plan de réussite des écoles.

Développement, adaptation et intégration sociale des adultes

En prévention des **toxicomanies**, il sera d'abord et avant tout important pour les prochaines années d'élaborer une

planification des activités préventives à l'échelle régionale.

Par ailleurs, un des enjeux en prévention de la **violence conjugale** et des **agressions sexuelles** est de susciter la responsabilité sociale eu égard à ces problèmes de santé publique. Il faudra donc poursuivre dans les prochaines années les campagnes sociétales de sensibilisation en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine.

Pour ce qui est de la prévention du **suicide**, le défi des années à venir sera de réduire le taux régional de suicide, particulièrement celui des hommes. À cette fin, la DSP est à revoir sa stratégie régionale de prévention du suicide afin d'identifier les nouvelles actions à prioriser en vue de contribuer à l'atteinte de cet objectif.

Par ailleurs, le développement des communautés est une stratégie qui peut aider à réduire les inégalités en matière de santé et de bien-être, un défi de taille en santé publique. Il s'agit d'une stratégie qui transcende chacun des problèmes de santé et de bien-être pris un à un, mais qui pourra avoir des impacts positifs sur la santé mentale de la population gaspésienne et madelinienne et à terme, sur les conduites suicidaires. C'est pourquoi l'équipe en prévention du suicide de la DSP croit important que la DSP soutienne dans les prochaines années le déploiement du développement des communautés en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine.

Enfin, lorsque le comité provincial aura terminé et fait connaître son *Avis scientifique sur les mesures efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, l'implantation éventuelle de certaines mesures proposées contribuera à améliorer la santé mentale de la population gaspésienne et madelinienne.

Habitudes de vie et maladies chroniques chez les adultes

Dans les dernières années, nous avons assisté en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine de même qu'au Québec à une baisse importante de la mortalité par maladies circulatoires et inversement à une hausse de la mortalité par cancers. Bien que ce dernier résultat soit essentiellement attribuable au vieillissement de la population, il reste que de plus en plus de gens décèdent de cancer avec les conséquences que cela génère sur leur vie et celle de leur famille et les pressions que cela exerce sur le système de soins. Également, faut-il le rappeler, le taux d'incidence du cancer du poumon chez les femmes est en progression, et ce, dans la région comme au Québec. Par ailleurs, des spécialistes craignent que les gains que nous avons faits au cours des dernières décennies relativement à l'espérance de vie soient compromis dans les années à venir en raison de l'augmentation de l'obésité, un problème qui affecte maintenant aussi les enfants. Au Québec, la hausse du pourcentage de personnes atteintes de diabète serait d'ailleurs associée à l'augmentation de l'obésité. À ce sujet, est-il besoin de rappeler que l'obésité est, selon les données de l'ESCC 2005, un problème plus fréquent au sein de la population gaspésienne et madelinienne que dans celle du Québec (18,2 % contre 14,4 %) et qu'il en est de même pour l'embonpoint (39,8 % contre 32,8 %) (Dubé et Parent, 2008).

Cela dit, plusieurs facteurs sont associés au développement ou à l'aggravation des maladies chroniques. Parmi les facteurs se trouvent certes les habitudes de vie, mais aussi les conditions de vie des individus, les contextes et environnements dans lesquels ils évoluent ainsi que la capacité à détecter précocement ces maladies, tous des facteurs

sur lesquels il faudra continuer à agir en prévention au cours des prochaines années.

Au chapitre d'abord des **habitudes de vie**, la DSP devra établir son plan d'implantation pour contribuer à la mise en œuvre régionale du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie* (Gouvernement du Québec, 2006). À cet égard, certaines mesures sont déjà anticipées. Ainsi, la mise en place d'équipes locales responsables du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION est une avenue à préconiser pour la région afin d'intervenir plus globalement et de façon mieux intégrée sur le **tabagisme, l'alimentation et l'activité physique**, et ainsi obtenir des gains plus substantiels sur la réduction des maladies chroniques. À cette fin, un CSSS croit cependant important que la DSP assure, à l'avenir, une plus grande expertise de contenu au niveau des habitudes de vie.

Par ailleurs, de l'avis de la DSP, toutes les campagnes de promotion des saines habitudes de vie, que ce soit le concours *École active*, le *Défi 5/30* ou la *Tournée Viactive* pour ne nommer que celles-là, pourraient être inscrites, le cas échéant, dans la programmation du 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION des équipes locales des CSSS. Dans un souci de vouloir mieux soutenir à l'échelle locale la réalisation des **campagnes de communication régionales et nationales**, que celles-ci portent sur les saines habitudes de vie, le suicide, la violence à l'endroit des femmes, la vaccination ou l'environnement, un CSSS suggère que la DSP fasse connaître à l'avance celles prévues pour l'année à venir, lorsque c'est possible.

Toujours en matière de promotion des saines habitudes de vie, le déploiement dans toutes les régions du Québec du programme de soutien financier de *Québec en forme*,

devrait permettre la réalisation d'actions locales concertées en faveur de l'activité physique et de la saine alimentation pour les jeunes et les familles. La DSP poursuivra sa collaboration avec *Québec en forme* pour soutenir les partenaires locaux à cet égard.

Pour ce qui est du **tabagisme** plus spécifiquement, l'éducation de la population devra se poursuivre, notamment auprès des personnes plus défavorisées et celles âgées de 25 à 44 ans, deux groupes où les taux de tabagisme sont particulièrement élevés.

En matière de promotion de l'**activité physique**, un effort particulier devra être fait dans les prochaines années par les équipes locales pour cibler, par leurs activités, les milieux de travail de leur territoire. Le soutien et la sensibilisation des milieux de travail à promouvoir et faciliter la pratique régulière d'activités physiques auprès de leurs employés font d'ailleurs partie des mesures prescrites par le *PNSP 2003-2012 – Mise à jour 2008* (MSSS, 2008). De plus, bien que les aînés ne fassent pas partie des priorités nationales, il sera important de poursuivre les activités de promotion de l'activité physique auprès de ce groupe dans la région. Il s'agit en effet d'une population grandissante qui doit demeurer active pour qu'elle reste autonome le plus longtemps possible. À ce sujet, rappelons que :

« ... Être actif et impliqué dans la société, sentir qu'on y a une place, continuer son développement personnel à travers diverses réalisations, avoir confiance en soi, se sentir bien dans sa peau, adopter de saines habitudes de vie et des comportements favorables à la santé, sont autant d'aspects qui contribuent à la santé et dont tous les groupes de la population sont en droit de jouir. »
(Dubé et Parent, 2007, page 92)

Finalement, conformément aux prescriptions du PNSP, un accent particulier devra être mis sur la **promotion et le soutien auprès des cliniciens des pratiques cliniques préventives** reconnues efficaces pour réduire le tabagisme, promouvoir la pratique de l'activité physique ou encore dépister certaines formes de cancer et l'HTA.

Pour ce qui est du soutien au dépistage du **cancer du col de l'utérus**, la DSP entend trouver une modalité d'interaction avec quelques médecins de chaque territoire de CSSS afin de connaître les services de dépistage offerts aux femmes, les protocoles qu'ils utilisent ainsi que leur besoin éventuel à cet égard. Plus précisément, il pourrait s'agir d'identifier l'accessibilité au test de Papanicolaou dans les territoires de CSSS et d'évaluer la possibilité d'offrir ce test par une infirmière du CLSC. Quant aux CSSS, trois ont mentionné souhaiter que la DSP les soutienne financièrement pour la mise en place des pratiques cliniques ayant trait au dépistage des maladies chroniques et qu'elle les accompagne pour assurer le déploiement de ces pratiques. Un CSSS ajoute à ce sujet que la DSP devrait les soutenir pour l'implantation d'infirmières praticiennes de 1^{re} ligne et leur offrir de la formation afin qu'elles puissent faire, en collaboration avec un médecin désigné, le suivi systématique des clientèles à risque de MCV et de celles atteintes de HTA, d'ostéoporose ou d'un cancer du col utérin. Or, il importe de préciser ici que le suivi systématique et le traitement des personnes atteintes de maladies chroniques ne relèvent pas de la santé publique mais plutôt du programme spécifique Santé physique (selon l'architecture des programmes du MSSS). Ainsi, dans le cadre du dépistage, le soutien de la DSP va du dépistage à proprement parler jusqu'au moment où le diagnostic final est posé. De l'avis de la DSP, un des défis qu'elle devra d'ailleurs relever au cours des

prochaines années sera de clarifier avec ses partenaires les responsabilités qui lui incombent effectivement, notamment dans le domaine des pratiques cliniques préventives, et celles relevant d'autres champs d'expertise.

Quant au **PQDCS**, il faudra travailler à réduire les délais d'attente pour un rendez-vous, augmenter la saisie des rapports de confirmation diagnostique (formulaire AH-509) et appliquer les nouvelles modalités exigées par le programme relativement à la prise en charge des femmes ayant eu un dépistage positif¹². De même, afin de réduire le taux initial de référence des femmes, il faudra envisager la centralisation de la lecture des mammographies auprès d'un nombre réduit de lecteurs experts.

Par ailleurs, il est prévu que d'ici quelques années un programme provincial de dépistage du **cancer colorectal** sera déployé dans toutes les régions du Québec. Ce type de cancer est responsable, après le cancer pulmonaire, du plus grand nombre de nouveaux cas détectés et de décès par cancers dans la région comme au Québec. La DSP suivra les travaux provinciaux en lien avec le dépistage de ce cancer et collaborera à leur réalisation au moment opportun.

En terminant, mentionnons que les pratiques cliniques préventives, dont le counselling bref, devront aussi être déployées dans une approche de soins quotidiens d'**hygiène buccodentaire** et de bien-être des personnes vivant en CHSLD dans la région.

¹² Précisons que cette prise en charge se fait à l'aide d'un système d'information qui permet de savoir si des examens complémentaires ont été entrepris chez les femmes ayant eu un dépistage positif et cesse au moment où le diagnostic final est posé.

Traumatismes non intentionnels

Le vieillissement de la population constitue, on le sait, un défi de taille auquel la région doit faire face et qui aura pour conséquence notamment d'augmenter les maladies chroniques, mais aussi les traumatismes non intentionnels, les aînés étant particulièrement vulnérables aux chutes. Ainsi, le défi relatif au poids démographique de plus en plus important des aînés consiste :

« ... à ce que les aspects positifs liés à l'amélioration de leur santé et de leur bien-être limitent le plus possible les effets négatifs résultant d'une demande plus forte en soins de santé et en régimes de pension. » (INSPQ et MSSS, 2006)

C'est pourquoi il faut plus que jamais poursuivre et intensifier les efforts de promotion de la santé et de prévention auprès de ce groupe, notamment dans le domaine de la **prévention des chutes**. Plus précisément, il faudra déployer des mesures multifactorielles de prévention des chutes (volet personnalisé et volet non personnalisé) à la grandeur de la région et consolider les activités de promotion déjà initiées par certains établissements. Pour ce faire, sans doute devra-t-on envisager d'apporter un soutien financier suffisant aux CSSS. Toutefois, le véritable enjeu entourant ce dossier est que toutes les directions d'établissement voient la prévention des chutes chez les aînés comme une priorité en santé publique. Il s'agit là d'un préalable au déploiement des activités et à l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être en cette matière.

Par ailleurs, la réduction des traumatismes routiers ne pourra se réaliser sans la poursuite des activités de sensibilisation à l'intention des jeunes, ces derniers occupant, rappelons-le, le premier rang des hospitalisations et des décès par accidents

de la route. Les accidents de véhicule hors route sont aussi, pour un CSSS, une préoccupation à laquelle il faudra apporter une attention particulière au cours des prochaines années. Il suggère à cet effet de promouvoir le renforcement des mesures de sécurité et de contrôle prévues par les lois et règlements concernant la conduite de ces véhicules.

Maladies infectieuses

La vaccination et la promotion de mesures d'hygiène ont permis et permettent encore de prévenir et de contrôler plusieurs maladies infectieuses et même d'en éradiquer. Il faut cependant demeurer vigilant puisque les dernières années ont été marquées par l'émergence de nouvelles maladies infectieuses, mais aussi par la résurgence de maladies qu'on croyait avoir contrôlées. C'est pourquoi il faut poursuivre sans relâche les efforts de prévention et même les intensifier dans certains cas, et surtout ne rien tenir pour acquis.

C'est ainsi qu'au cours des prochaines années, des mesures devront être déployées dans tous les territoires de CSSS pour implanter le programme de **vaccination** contre le virus du papillome humain (VPH) et contre l'hépatite A et l'hépatite B auprès des élèves de 4^e année, ainsi que le programme de vaccination contre le VPH auprès des élèves des 3^e, 4^e et 5^e secondaire. Des efforts devront aussi être consentis pour diminuer les retards dans le calendrier régulier chez les enfants de 1 an et pour améliorer les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque chez les groupes vulnérables. À cette fin, la DSP entend continuer à offrir l'expertise régionale et la formation aux intervenants concernés, puis plus spécifiquement, évaluer le respect du calendrier régulier, faire la promotion auprès des vacinateurs de l'efficacité du

vaccin contre le pneumocoque. Également, l'implantation d'un plan de promotion de la vaccination, d'un système d'information vaccinale et d'un système informatisé pour la gestion des produits immunisants fait partie des travaux que la DSP devra mener afin d'améliorer les activités en ce domaine. Dans le même ordre d'idées et de l'avis d'un CSSS, il faudrait envisager la réalisation d'une campagne de sensibilisation à l'intention des parents sur les bienfaits de la vaccination. Pour sa part, un CSSS considère que la mise à jour du plan de lutte contre une éventuelle pandémie ainsi que les vaccinations de masse constituent des défis majeurs au cours des prochaines années et pour lesquels ils nécessiteront le soutien de la DSP.

En matière de **prévention des ITSS**, deux grands défis attendent la région dans les années à venir selon les professionnels concernés à la DSP : d'une part, assurer la pérennité de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire et d'autre part, déployer les SIDEPS dans et hors les murs de tous les CSSS, les services hors les murs étant particulièrement importants pour rejoindre les clientèles les plus vulnérables. Pour relever le premier défi, la DSP devra pour sa part consolider les services reliés à l'éducation à la sexualité et aux cliniques jeunesse dans les écoles, poursuivre la formation des intervenants et les actions visant l'accès au condom. Également, la DSP entend revoir les services que devraient offrir les cliniques jeunesse aux jeunes fréquentant les écoles secondaires de la région. De leur côté, certains CSSS suggèrent à la DSP de renforcer ses actions pour encourager les milieux scolaires à adhérer au programme d'éducation à la sexualité dans le cadre de la réforme scolaire. Des efforts supplémentaires devront aussi être déployés pour offrir les services d'éducation à la sexualité aux jeunes

anglophones. Un CSSS suggère également d'accentuer dans les écoles et les cliniques jeunesse l'accès aux services sociaux et de santé pour les adolescents d'orientations homosexuelle et bisexuelle. Par ailleurs, localement, les CSSS devront, selon les responsables concernés à la DSP, protéger les budgets reliés à la prévention des ITSS et aux SIDEPS.

Les domaines de l'hygiène et de la salubrité et de la stérilisation, bien que connexes à la **prévention des infections nosocomiales**, requièrent des connaissances et une expertise particulières et distinctes de celles inhérentes à la prévention des infections. Or, la DSP est d'avis que l'expertise-conseil dans ces deux domaines spécialisés devra se développer davantage au cours des prochaines années par d'autres directions de l'agence. Cela ne devra pas relever des équipes en prévention des infections, mais bien des experts de ces domaines aux niveaux national, régional et local. Par ailleurs, pour faciliter l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections nosocomiales et ainsi atteindre les résultats souhaités en cette matière, les milieux de soins auront davantage partout au Québec à faire l'objet de rénovations importantes dans les prochaines années (ex. : augmenter le nombre de chambres individuelles). Finalement, pour assurer la surveillance épidémiologique des infections nosocomiales à l'échelle régionale, un projet commun de surveillance devra être développé en collaboration avec les CSSS, et ce, en cohérence avec les systèmes déjà existants au local et au national.

En terminant, il faut prévoir investir temps et énergie dans les prochaines années au déploiement local et régional de PANORAMA, un système d'information portant sur la fiche vaccinale des individus, la gestion des produits immunisants et les données

d'enquêtes épidémiologiques reliées aux MADO.

Santé environnementale

L'un des principaux défis auxquels devra faire face le domaine de la santé environnementale dans les prochaines années sera de composer avec des situations en émergence dont les répercussions ne sont pas encore bien connues et définies. On pense ici plus particulièrement aux **changements climatiques** qui peuvent entraîner des inondations, l'érosion des berges et des vagues de chaleur. De plus, jusqu'à récemment, la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine a été relativement épargnée par le problème de l'exposition au **pollen de l'herbe à poux**. En effet, une campagne massive d'éradication de cette plante à la fin des années 30 a contribué à réduire l'exposition de la population gaspésienne à cet allergène. Or, on risque d'assister dans les années à venir à une réapparition de cette plante en Gaspésie due aux transports routiers. À titre d'exemple, la région fait de plus en plus appel à des entreprises de l'extérieur pour différents travaux de constructions et de réfections. La machinerie lourde utilisée par ces entreprises peut amener avec elle des semences d'herbe à poux (dans la terre qui adhère aux pneus), lesquelles peuvent ensuite prendre racine sur le sol gaspésien.

Par ailleurs, dans plusieurs des dossiers réalisés en ce domaine, la collaboration avec le MDDEP est un atout précieux pour la DSP. Or, on assiste actuellement à une réorganisation des fonctions de ce Ministère pour certaines problématiques. Les municipalités se retrouvent donc avec des responsabilités pour lesquelles elles n'ont ni l'expertise ni les ressources pour les assumer adéquatement. De plus, aucun territoire local ne dispose d'un technicien spécialisé en santé environ-

nementale. Dans le contexte actuel, la présence d'au moins une de ces ressources par MRC serait importante et permettrait d'offrir des services directs à la population, particulièrement pour les problèmes liés à la **qualité de l'air intérieur**.

Santé au travail

Comme nous le disions à la section 1.1 sous la rubrique des activités en santé au travail, la santé publique devra se pencher plus sérieusement, au cours des prochaines années, sur des problèmes comme les **maladies chroniques** et les **problèmes de santé mentale** en raison de leurs liens potentiels avec le travail, et ce, même s'ils ne sont pas visés par les interventions prioritaires de la CSST. Plus précisément, une attention particulière devra être portée sur le stress au travail ainsi que sur différents facteurs associés à l'organisation du travail qui ont une incidence sur la charge psychologique des travailleurs et donc sur leur santé. On pense ici par exemple aux conflits de travail, à la non-reconnaissance, à la charge et aux horaires de travail de même qu'aux descriptions de tâches.

Par ailleurs, en matière de prévention des lésions musculosquelettiques, un CSSS mentionne qu'un des défis serait de faire une adaptation régionale des groupes prioritaires définis par la CSST. La région comporte en effet des secteurs d'activités qui lui sont propres et qui ont des besoins en matière de santé et de sécurité au travail, dont les secteurs éoliens et des pêches. Ces secteurs ne faisant pas partie des groupes prioritaires de la CSST, les équipes de santé au travail ne peuvent cependant pas intervenir actuellement auprès des travailleurs de ces secteurs; d'où l'importance d'examiner selon ce même CSSS la possibilité d'adapter les groupes prioritaires en fonction de la réalité régionale.

Nous passons maintenant à la prochaine section où nous présentons, plus globalement, le point de vue des membres du comité régional sur les enjeux stratégiques associés au PAR 2009-2012 et à sa mise en œuvre.

3.2 Enjeux stratégiques associés au PAR 2009-2012 et à sa mise en œuvre

Les membres du comité régional ont identifié divers enjeux stratégiques associés au PAR et à sa mise en œuvre. Certains enjeux sont régionaux, d'autres locaux alors que d'autres concernent les deux paliers comme ce premier enjeu que nous présentons.

La capacité de réaliser la mission de santé publique

Depuis quelques années, la DSP est de plus en plus sollicitée pour répondre à diverses demandes, et ce, tant en provenance du national que du local. On demande par exemple à la DSP de couvrir plus de problématiques, d'implanter de nouvelles mesures de santé publique ou d'augmenter l'intensité des mesures existantes. Cependant, les ressources professionnelles de la DSP n'augmentent pas au rythme des demandes et attentes. Ainsi, la DSP sera appelée à faire des choix en fonction de ses priorités et de sa mission première, sinon il y a un risque d'éparpillement et à terme, c'est

la capacité à réaliser sa mission de santé publique qui risque d'être compromise.

Cet enjeu sera au cœur des préoccupations et réflexions de la DSP au cours des prochaines années, notamment lors de l'élaboration de son PAR 2009-2012. Cet exercice de planification sera en effet l'occasion, pour la DSP, de revoir ses priorités d'action, ses lieux d'implication ainsi que ses modalités de soutien auprès des intervenants locaux, et ce, en fonction de sa capacité de répondre aux demandes et en se centrant sur sa mission telle qu'éditée par la Loi sur la santé publique.

Dans l'état actuel des choses, la capacité de réaliser la mission de santé publique est aussi un enjeu à l'échelle locale. En effet, comme nous l'annonçons plus tôt à la section 2.4, deux CSSS soulèvent le manque de ressources humaines et financières consacrées à la santé publique dans leur établissement et les conséquences que cela génère sur leur capacité réelle à offrir les services de santé publique requis pour leur population. D'où l'importance, rappellent-ils, que le PAR 2009-2012 tienne compte de cette réalité au moment de définir les services requis localement. D'où l'importance aussi, selon la DSP, de continuer à travailler au développement d'équipes de santé publique dans les CSSS.

Le développement d'équipes locales de santé publique

Il faudra en effet, tant localement que régionalement, continuer à contribuer au développement d'équipes locales de santé publique dans les CSSS, c'est-à-dire des équipes composées d'intervenants affectés à la santé publique et de cadres assurant l'encadrement des équipes et faire le suivi des services et activités de santé publique offerts à la population. En définissant l'ensemble des activités de santé publique à réaliser par les CSSS, le PAR 2009-2012 fournira à cet égard une base utile pour réfléchir plus avant sur la composition nécessaire des équipes locales pour réaliser les activités requises. De l'avis de plusieurs, le développement de ces équipes locales ne pourra toutefois se concrétiser sans un investissement financier destiné spécifiquement au développement de ces ressources en santé publique.

De plus, la pénurie de main-d'œuvre touchera et touche d'ailleurs déjà tous les secteurs de la santé et des services sociaux, y compris celui de la santé publique, ce qui nuira à la capacité de recruter des ressources professionnelles pour œuvrer éventuellement au sein des équipes locales. Conséquemment, de l'avis de la DSP, un défi important que devront relever les CSSS sera d'assurer le transfert d'expertise pour la relève en santé publique (notamment lors des départs à la retraite) ainsi que la formation continue de leurs intervenants. Concernant ce dernier élément, tant la DSP que les CSSS devront offrir de façon périodique les formations aux intervenants en raison du roulement important de personnel dans les établissements.

La capacité de soutien de la DSP aux intervenants locaux

Nous le disions plus tôt, les demandes adressées à la DSP en provenance du national et du local sont croissantes alors que les ressources n'augmentent pas au même rythme. Cette réalité obligera la DSP à revoir notamment ses modalités de soutien aux intervenants locaux. À ce sujet, rappelons d'abord que le présent bilan montre bien à quel point le soutien de la DSP aux CSSS et aux organismes communautaires a été en général aidant pour le déploiement des activités de santé publique en 2004-2007. D'ailleurs, les CSSS et le ROCGÎM ont exprimé le souhait, à maintes reprises dans ce bilan, que la DSP poursuive cet accompagnement dans les prochaines années, notamment pour les formations, le soutien à la planification et à la mise en œuvre de programmes et d'activités, la coordination régionale et la transmission d'informations, de matériel et de produits. Pour le ROCGÎM, le soutien financier offert par la DSP aux organismes communautaires fait aussi partie des actions aidantes pour le déploiement des activités de santé publique à l'échelle locale :

« Financièrement, nous apprécions que la DSP continue de porter et de défendre le financement des organismes communautaires. Une consolidation aura pour effet de faciliter et de favoriser la concertation, en plus de permettre le déploiement de nouvelles activités de santé publique. »

Le ROCGÎM insiste d'ailleurs particulièrement sur le maintien, au cours des prochaines années, de ce soutien financier de la DSP aux organismes communautaires, en plus des autres actions de soutien qu'elle fait déjà notamment en matière de prévention de la violence envers les jeunes et entre jeunes, et de la violence conjugale.

Les CSSS ont souligné par ailleurs l'importance que la DSP s'investisse davantage dans le soutien à l'échelle locale, par exemple :

- En développant d'autres programmes, activités et outils (ex. : programme de développement des compétences sociales chez les jeunes, campagne annuelle de promotion en santé dentaire, campagne de sensibilisation sur les impacts de l'immunisation, outil de repérage suicidaire pour les aînés, outil de dépistage des maladies chroniques).
- En consolidant des programmes existants (ex. : programme d'intervention en situation de crise suicidaire dans les écoles).
- En augmentant son soutien à la planification et à la mise en œuvre dans certains domaines (ex. : auprès des écoles pour la prévention et la cessation tabagique, auprès des équipes locales de prévention du suicide chez les adultes, auprès des intervenants travaillant à la prévention des chutes chez les personnes âgées).
- En intensifiant le partenariat (ex. : avec les commissions scolaires dans le dossier de l'éducation à la sexualité, entre la communauté et la famille dans l'approche *École en santé*).
- En augmentant son soutien financier pour la formation des intervenants, pour l'embauche de ressources humaines dans les CSSS ou pour assurer la réalisation des activités selon l'intensité souhaitée.

Par ailleurs, quand on fait la synthèse des conditions favorables au déploiement des activités de santé publique dans la région telles qu'énoncées par les professionnels de la DSP dans leur dossier respectif (réf. : sections 1.2 à 1.8), il se dégage que si le soutien offert par la DSP, particulièrement le soutien au financement, mais aussi la

coordination régionale, l'expertise-conseil et la formation des intervenants, est effectivement important pour le déploiement des activités dans la région, le leadership et la collaboration des intervenants et des organisations¹³ responsables des activités ou impliqués dans leur réalisation semblent l'être tout autant. Inversement, avec l'insuffisance du financement des organismes communautaires et l'insuffisance de budget consacré à la santé publique dans les CSSS, les éléments les plus fréquemment mentionnés par les professionnels de la DSP à titre d'obstacles au déploiement des activités de santé publique dans la région en 2004-2007 ont trait aux ressources humaines impliquées en santé publique à l'échelle locale : manque de supervision des ressources, roulement de personnel, surcharge de travail des intervenants et peu de temps consacré aux activités préventives, non-remplacement des ressources, réduction de personnel. Ces résultats réaffirment donc en quelque sorte la nécessaire implication des deux paliers d'intervention (régional et local) selon leurs responsabilités respectives afin d'assurer le déploiement, auprès de la population gaspésienne et madelinienne, des activités de santé publique prescrites par le PNSP.

Cela dit, la DSP est aussi d'avis qu'elle doit continuer à offrir un soutien étroit aux intervenants locaux et maintenir des liens constructifs et des mécanismes de fonctionnement efficaces avec ses principaux partenaires. Mais pour être en mesure humainement de continuer à offrir ce soutien régional (en l'absence d'augmentation de ressources) sans enfreindre la réalisation de sa mission première, la DSP devra, comme nous le disions, revoir ses modalités de

¹³ Les organisations dont il est ici question sont le plus souvent les CSSS, mais regroupent aussi notamment les organismes communautaires, les écoles, les municipalités, d'autres directions de l'agence, le MSSS ainsi que d'autres ministères.

soutien dans certains dossiers (ex. : offrir un soutien par commission scolaire ou groupes d'écoles plutôt que par école). De la même manière, la DSP devra être vigilante et s'assurer que par cet accompagnement, elle ne se substitue pas aux responsabilités des intervenants et des coordonnateurs locaux.

Le rôle de soutien de la DSP en surveillance et en recherche

Par ailleurs, au-delà du soutien que peut apporter la DSP pour la formation des intervenants et en planification notamment, un CSSS fait valoir l'importance que la DSP définisse clairement dans son prochain PAR son rôle en surveillance et en recherche, ainsi que le soutien qu'elle peut offrir aux CSSS dans ces domaines. Il soulève par exemple la question du *Programme de recherche en santé publique*, un programme géré par la DSP qui permet la réalisation d'études et d'évaluations en santé publique dans la région :

« On doit attendre deux ans entre le moment où on présente notre idée de projet à ce programme et la réalisation concrète de l'étude. Ceci constitue donc un frein pour présenter des projets, car les intervenants ont bien souvent besoin des informations issues des études plus rapidement. Ainsi, est-ce possible que la DSP nous soutienne pour la réalisation d'études, des études de besoin par exemple sur nos clientèles, en dehors du Programme de recherche en santé publique? Ne pourrait-on pas parfois faire des études plus petites, à plus petite échelle, de moindre envergure, mais dont les résultats arrivent plus rapidement pour les intervenants? »

La capacité à financer les activités de santé publique et la protection des budgets

La capacité à **financer** le maintien, la consolidation et le développement des

activités de santé publique est au cœur des enjeux en santé publique pour les prochaines années, et ce, tant à l'échelle nationale, régionale que locale. Comme le souligne la DSP :

« Les besoins des autres programmes-services sont immenses, voire sans limites, et plus « vendeurs » aux yeux des décideurs et du public que le programme de santé publique. Ainsi, la promotion de la santé et la prévention ne font bien souvent pas le poids face au curatif lorsque vient le temps d'investir les fonds publics ».

Ce risque de délestage des activités et des budgets de santé publique aux dépens d'activités curatives est particulièrement présent depuis l'intégration de la mission CLSC dans les CSSS. Deux CSSS ont aussi soulevé cet enjeu du financement, dont un l'exprime à travers l'exercice d'équité intrarégionale et le projet clinique :

« L'exercice d'équité intrarégionale est un enjeu important car le financement des CSSS n'est actuellement pas uniforme selon les programmes. Par exemple, tous les CSSS n'ont pas le même montant pour leur centre de jour de sorte que certains ne peuvent pas faire toutes les activités. De son côté, le projet clinique peut amener bien d'autres besoins de services. Alors même si la prévention fait partie du projet clinique, peut-être est-ce elle qui va payer le prix de ces autres besoins. Déjà, le projet clinique du programme Jeunes en difficulté du MSSS indique des services requis pour lesquels nous n'avons pas d'intervenants. L'exercice d'équité intrarégionale et le projet clinique peuvent donc avoir des impacts sur l'offre globale de service des CSSS et éventuellement sur notre capacité à déployer les activités requises par le PAR et celles inscrites dans notre PAL. Il faut faire attention à ce que la prévention ne soit pas balayée par les autres besoins de services. »

Cet enjeu pour la santé publique est, comme nous le disions, majeur puisque c'est de la survie même de la prévention au sein des établissements dont il est question, une préoccupation aussi partagée par le ROCGÎM. Dans ce contexte, le PAR et les PAL deviennent plus que jamais des leviers essentiels pour faire valoir auprès des partenaires, mais aussi auprès de la table PDG-DG et des comités de direction des CSSS, l'importance des activités de santé publique réalisées par les CSSS et les organismes communautaires notamment, sur la santé et le bien-être de la population. Également, tant le directeur de santé publique que les cadres responsables du programme de santé publique dans les CSSS doivent poursuivre et intensifier même leur vigilance de manière à ce que les budgets de santé publique soient protégés en conformité avec la règle de transférabilité des ententes de gestion. Dans le même sens, la poursuite des travaux du comité régional de santé publique est essentielle pour articuler et enrichir un argumentaire en faveur de la prévention et de la santé publique en général.

Certains CSSS voient, pour leur part, l'exercice du projet clinique comme une opportunité pour promouvoir la prévention à l'interne de leur établissement et auprès de leurs partenaires, et une occasion d'intégrer davantage les activités préventives dans le continuum des services, c'est-à-dire dans les autres programmes-services, afin que la prévention devienne l'affaire de tous et non pas seulement des intervenants de santé publique.

Ainsi, pour d'aucuns le projet clinique est une opportunité pour la santé publique alors que pour d'autres, il constitue une menace. Nous ne voulons pas ici trancher sur cette question, le projet clinique étant peut-être à la fois menace et opportunité. Ce que cela

suggère toutefois c'est que cette question du projet clinique est une préoccupation importante des CSSS à laquelle la DSP devra continuer à accorder une attention à l'avenir.

3.3 Pour une meilleure appropriation et connaissance du PAR 2009-2012

Nous terminons ce rapport en présentant les suggestions qu'ont faites les participants au bilan pour améliorer, auprès des partenaires de la DSP, l'appropriation et la connaissance du PAR 2009-2012, et ce, toujours dans l'esprit de contribuer à un meilleur déploiement des activités de santé publique en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine.

Suggestions eu égard au contenu du PAR 2009-2012

- Intégrer une section sur le développement des communautés et l'action communautaire en précisant notamment les orientations régionales eu égard au développement des communautés.
- Faire ressortir les activités de santé publique pouvant contribuer à prévenir les problèmes de santé et de bien-être faisant partie des autres programmes-services du MSSS.
- Mettre davantage en évidence les impacts des activités de santé publique sur la santé et le bien-être de la population.
- Mettre en évidence le rôle de la DSP et le soutien qu'elle peut apporter dans tous les domaines, y compris celui de la surveillance et de la recherche.
- Continuer à identifier et mettre en valeur les activités préventives réalisées par les organismes communautaires.

Suggestions eu égard à la diffusion du PAR 2009-2012

- Présenter le PAR 2009-2012 à tous les professionnels de l'agence, à la table PDG-DG, aux partenaires locaux (de la même manière qu'elle l'a fait pour le portrait de santé en 2007).

Autres suggestions

Les CSSS et le ROCGÎM ont énoncé d'autres idées plus générales afin d'améliorer le déploiement des activités de santé publique dans la région. Ces idées sont les suivantes :

- Créer des alliances à l'interne de l'agence pour que, dans tous les programmes-services, la prévention soit considérée comme une priorité dans le cadre de l'enveloppe régionale de développement.
- S'assurer que tous les intervenants concernés des CSSS s'approprient le PAL de leur territoire.
- Sensibiliser la table PDG-DG, les autres comités régionaux de coordination ainsi que les comités de direction des CSSS sur l'importance de la prévention, sur ce qu'on fait en santé publique et la

contribution de la santé publique aux autres programmes-services, ainsi que sur la règle de transférabilité.

- Produire régulièrement un rapport sur l'état de santé de la population ou, de façon périodique, sur un thème spécifique et assurer une bonne visibilité des productions auprès des partenaires locaux. À cet égard, la diffusion pourrait être davantage portée par le directeur régional de santé publique.
- Organiser régulièrement une journée régionale de santé publique portant sur des sujets jugés prioritaires (ex. : prévention des maladies chroniques).

La DSP disposera de ces suggestions au cours des prochains mois, notamment au moment de l'élaboration et de la diffusion de son PAR 2009-2012, et elle invite les CSSS à faire de même pour celles les concernant.

Nous passons maintenant à la conclusion de ce rapport dans laquelle nous faisons une brève synthèse des principaux constats qui se dégagent de ce bilan du PAR 2004-2007.

Conclusion

À l'automne 2007, dans le cadre de la démarche de révision du *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 pour la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine* (PAR), la DSP a entrepris le bilan d'implantation de son PAR. Essentiellement, les objectifs du bilan étaient de rendre compte des activités de santé publique réalisées en 2004-2007 dans la région, des obstacles et conditions favorables au déploiement des activités, des modalités de mise en œuvre du PAR 2004-2007 et leur impact sur le déploiement des activités à l'échelle régionale et locale, et finalement des enjeux stratégiques associés au PAR et à sa mise en œuvre.

Le déploiement des activités de santé publique en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine

Globalement, les résultats indiquent que 85 % des activités qui étaient à déployer selon les prescriptions du PNSP sont complètement implantées dans la région ou en voie de l'être en décembre 2007 (76 sur 89). Malgré les limites de la méthode utilisée pour comparer la région au Québec, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ne semble pas accuser de retard à cet égard, au contraire la moyenne d'implantation des activités étant de 3,4 sur 4 dans la région et de 3,3 au Québec (en excluant le domaine de la santé au travail pour lequel nous ne connaissons pas le niveau de déploiement des activités au Québec). De plus, les moyennes obtenues dans la région pour chaque domaine du PAR sont assez semblables à celles du Québec, à l'exception du domaine de la santé environnementale pour lequel la Gaspésie et des Îles-de-la-

Madeleine enregistre une moyenne supérieure. Pour une petite région comme la nôtre, dotée de ressources limitées en santé publique tant au régional qu'au local, nous ne pouvons que féliciter la DSP et ses partenaires de ces résultats.

Parmi les sept domaines du PAR, le bilan fait aussi ressortir que c'est celui du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale chez les adultes qui présente la plus faible moyenne d'implantation des activités; ce résultat s'explique par le fait que la DSP avait fait le choix de ne pas retenir dans son PAR l'activité du PNSP en lien avec la prévention de la toxicomanie, ni celle en lien avec la prévention des problèmes de santé mentale. Rappelons que le déploiement de ces deux activités n'était pas non plus très avancé en général au Québec en mars 2007.

Les résultats du bilan indiquent par ailleurs une dizaine d'autres activités du PNSP dont l'implantation n'avait pas encore débuté dans la région en décembre 2007 (cote 1 ou 2), à savoir¹⁴ :

- Conception et organisation dans les écoles primaires et secondaires d'activités axées sur l'acquisition d'une saine hygiène dentaire (dans le cadre de l'approche ÉES).
- Intervention visant le développement des habiletés sociales des enfants dans les milieux scolaires primaires défavorisés (programme *Fluppy*)*.
- Établissement des réseaux de sentinelles chez les adultes.
- Counselling bref concernant les habitudes alimentaires*.

¹⁴ Une activité suivie d'un astérisque signifie que l'activité était totalement implantée ou en voie de l'être dans plus de la moitié des régions du Québec en mars 2007.

- Counselling bref concernant l'activité physique*.
- Soutien des cliniciens pour le dépistage du cancer du col utérin.
- Soutien des cliniciens pour le dépistage de l'HTA.
- Mise en place d'un plan de promotion de la vaccination.
- Mise en place d'un système d'information vaccinale.
- Élaboration d'un plan d'urgence relatif à la santé environnementale.

Comme le montrent les astérisques, la région n'accuse cependant pas véritablement de retard pour la plupart de ces activités par rapport aux autres régions du Québec.

Les conditions favorables et les obstacles au déploiement des activités

De façon générale, les CSSS et le ROCGÎM considèrent que les actions de soutien de la DSP aux intervenants locaux ont aidé au déploiement des activités de santé publique dans la région. Plus spécifiquement, les CSSS ont particulièrement insisté sur l'impact du soutien à la formation. Également, le soutien à la planification et à la mise en œuvre de programmes et d'activités, ainsi que la transmission d'informations et de matériel constituent deux formes de soutien fréquemment énoncées par les CSSS. Quant au ROCGÎM, aucune forme de soutien ne se démarque des autres, mais celui-ci souligne par ailleurs son appréciation du soutien qu'a apporté la DSP aux organismes communautaires pour consolider leur financement et ainsi permettre le développement d'activités préventives dans la région. Les actions de la DSP en soutien aux CSSS et aux organismes communautaires selon le cas, font aussi partie, de l'avis des professionnels de la DSP, des conditions favorables et parfois même essentielles au déploiement des

activités de santé publique à l'échelle locale. Du point de vue de ces derniers, le soutien au financement semble particulièrement aidant à cet égard, suivi de la coordination régionale, de la formation et de l'expertise-conseil.

Outre ce soutien de la DSP, les professionnels de la DSP soulignent l'importance par ailleurs du leadership et de la collaboration des intervenants et des organisations responsables des activités ou impliqués dans leur réalisation, comme une condition au déploiement des activités de santé publique dans la région.

Ainsi, ces résultats renvoient en quelque sorte à l'importance que le palier régional et le palier local assument leurs responsabilités respectives afin d'assurer le déploiement des activités de santé publique prescrites par le PNSP.

Par ailleurs, à l'échelle locale, le roulement de personnel, le non-remplacement des intervenants, la surcharge de travail, l'insuffisance de temps consacré aux activités préventives, le manque de supervision des intervenants sont les principaux obstacles au déploiement des activités de santé publique en 2004-2007, suivis de près par le manque de financement des organismes communautaires et l'insuffisance de budget consacré à la santé publique dans les établissements.

Les modalités de mise en œuvre du PAR 2004-2007

La DSP avait prévu, en plus de la réalisation de ce bilan, quatre modalités pour assurer la mise en œuvre du PAR 2004-2007, à savoir :

- L'exercice de planification annuelle de la DSP,

- Le bilan annuel des réalisations de la DSP,
- La mise en place du comité régional sur le programme Santé publique,
- Le soutien aux CSSS dans l'élaboration de leur PAL.

En 2004-2007, toutes ces modalités ont été effectivement réalisées et globalement, le bilan indique qu'elles ont toutes contribué à aider à la mise en œuvre du PAR et qu'elles devraient être maintenues dans les années à venir. L'une d'elles, soit le soutien aux CSSS dans l'élaboration de leur PAL, méritera toutefois qu'on lui apporte quelques modifications de manière à mieux assurer, pour les prochaines années, la mise en œuvre du PAR 2009-2012 et, à terme, le déploiement des activités de santé publique dans la région. Les résultats du bilan indiquent en effet des changements à apporter quant à la façon même de rédiger le prochain PAR de manière à ce qu'il devienne un véritable outil de soutien pour l'élaboration des PAL. Plus précisément, la DSP entend définir à l'intérieur de son PAR 2009-2012 les activités et services requis en santé publique à l'échelle locale et régionale, c'est-à-dire tant les activités à offrir à la population (ce qu'on appelle communément le panier de services ou l'offre de service) que les activités structurant l'offre de service (ex. : activités de surveillance ou de vigie, activités de planification et de coordination, formation et soutien aux pratiques cliniques préventives). Également, il est envisagé que ce soit les professionnels de la DSP qui soutiennent, dans leurs dossiers respectifs, les CSSS dans la définition de leurs activités de santé publique. Cela dit, la DSP verra avec les CSSS la pertinence qu'elle retienne l'idée de proposer un format commun pour l'élaboration de tous les PAL.

Dans un autre ordre d'idées, le développement des communautés est certes

une dimension sur laquelle insistera davantage la DSP dans son prochain PAR.

Les enjeux stratégiques associés au PAR 2009-2012 et à sa mise en œuvre

Finalement, le présent bilan fait ressortir plusieurs enjeux associés au PAR 2009-2012, certains étant spécifiques à des dossiers particuliers, d'autres plus généraux. Parmi ces derniers, rappelons la capacité de réaliser la mission de santé publique, et ce, tant à l'échelle régionale que locale, compte tenu principalement des ressources limitées en santé publique et des demandes qui augmentent constamment de la part des milieux, mais aussi du national. Cet enjeu sera au cœur des réflexions et préoccupations de la DSP dans les années à venir, et de façon toute particulière lors de l'élaboration de son PAR 2009-2012. La DSP entend en effet profiter de cet exercice de planification pour revoir ses priorités d'action, ses lieux d'implication ainsi que ses modalités de soutien aux intervenants locaux en fonction de sa capacité de répondre aux demandes et de sa mission première telle qu'éditée par la Loi sur la santé publique, mais aussi en ayant à l'esprit de ne pas se substituer aux responsabilités des intervenants et coordonnateurs locaux.

Cela dit, pour la plupart des activités de santé publique à offrir à la population, ce sont les CSSS qui sont responsables de leur réalisation. Il y a donc aussi un enjeu à l'échelle locale relativement à la capacité de réaliser la mission de santé publique. À cet égard, deux CSSS rappellent le manque de ressources consacrées à la santé publique dans leur établissement et l'importance que la DSP en tienne compte dans la définition des services requis à l'échelle locale. Au moment d'élaborer son PAR, la DSP verra comment elle dispose de cette suggestion. Nous voulons seulement soulever ici que le

danger de réduire ainsi les services requis pour tenir compte des ressources humaines, c'est de perdre de vue justement ce qui est requis en matière de promotion de la santé, de prévention et de protection de la santé publique et à terme, de compromettre l'accès aux services de santé publique auxquels la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine a droit. En ce sens, le véritable défi de la santé publique pour les prochaines années est sans doute davantage de continuer à contribuer au développement d'équipes locales de santé publique plutôt que de réduire l'offre de service requise.

Cela dit, le développement de ces équipes locales ne pourra se faire, de l'avis de plusieurs, sans un investissement financier. Or, la capacité de financer les activités de santé publique sera un enjeu fondamental au cours des prochaines années, et ce, tant à l'échelle locale, régionale que nationale. Les besoins de la population en matière de services de santé et de services sociaux sont immenses, voire sans limites, de sorte que le risque de délestage des budgets de santé publique au profit des activités de nature curative est réel et l'est davantage depuis l'intégration de la mission CLSC dans les CSSS.

Dans ce contexte, il apparaît de plus en plus évident que le PAR et les PAL doivent devenir des outils de promotion de la santé publique et de ses impacts positifs sur la santé et le bien-être de la population. Cet enjeu du financement réitère aussi l'importance que le directeur de santé publique et les cadres responsables du programme de santé publique dans les CSSS poursuivent et intensifient même leur vigilance pour protéger les budgets du programme de santé publique selon les modalités administratives existantes. Finalement, rappelons la pertinence de la poursuite des travaux du comité régional de

santé publique pour le développement d'un argumentaire en faveur de la prévention et plus largement, de la santé publique.

En terminant, la réalisation de ce bilan a montré que la santé publique est bien vivante en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, et ce, à travers le travail et les réalisations des professionnels de la DSP, des intervenants locaux dans les organismes communautaires, dans les CSSS, mais aussi dans les écoles, les clubs sociaux, les municipalités pour ne nommer que ceux-là. La santé publique est donc, comme nous le disions, bien vivante, mais aussi fragile, principalement en raison de son financement de plus en plus incertain. La promotion de la santé, la prévention et la protection de la santé sont des champs d'activités qui concernent bien entendu nombre d'organismes et d'institutions, la santé étant une responsabilité à la fois individuelle et collective. Nous sommes cependant d'avis que, pour que la promotion de la santé, la prévention et la protection de la santé vivent de façon durable et atteignent les objectifs de santé et de bien-être qu'elles se sont fixés à l'échelle nationale (PNSP), régionale (PAR) et locale (PAL), elles doivent s'incarner à travers des organisations ou des équipes qui leur sont entièrement et exclusivement destinées. Autrement, le risque est grand que les autres besoins prennent toute la place et que ce soit l'action en amont des problèmes de santé et de bien-être qui en paye le prix.

Plusieurs participants au bilan ont soulevé cet enjeu relativement à la place à accorder à la prévention parmi l'ensemble des services de santé et des services sociaux, et cela est réjouissant dans la mesure où il ne faut pas seulement croire aux bienfaits de la prévention, il faut aussi poser les gestes concrets pour réaliser des activités efficaces en ce sens. Cela fait d'ailleurs sans doute

partie des plus grands défis qui attendent le système de santé et de services sociaux dans les prochaines années, c'est-à-dire faire des choix en faveur de la prévention des problèmes de santé et de bien-être avant que ceux-ci ne surviennent; un défi que la

DSP entend bien relever avec ses partenaires afin de continuer à contribuer à la santé et au bien-être de la population gaspésienne et madelinienne.

Références

CÔTÉ, Jocelyne. *Dis-moi quel usage fais-tu de l'alcool et des drogues? Étude sur les usages des psychotropes par les élèves du secondaire en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine*, Rapport de recherche, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2002, 164 pages.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE. *Comité régional sur le programme de santé publique : proposition d'un mandat*, Document de travail, février 2005, 8 pages.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE. *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 pour la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine*, 2004, 156 pages.

DUBÉ, Nathalie, et Claude PARENT. *Portrait sommaire de l'état de santé et de bien-être de la population gaspésienne et madelinienne*, Document rédigé dans le cadre des ententes de gestion 2008-2009 Agence-MSSS, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2008.

DUBÉ, Nathalie, et Claude PARENT. *L'état de santé et de bien-être de la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Évolution, situation actuelle et comparaison avec le Québec*, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2007, 103 pages.

GALLAGHER, Rodrigue et autres. *Minute! Faut qu'on se parle... Prévenir le suicide au Cégep*, DSPGÎM avec la collaboration du Cégep de la Gaspésie et des Îles, 1999.

GALLAGHER, Rodrigue et autres. *Hang on! Youth suicide prevention*, DSPGÎM avec la collaboration de la CS des Chic-Chocs et le CLSC Mer et Montagnes, 1998.

GALLAGHER, Rodrigue et autres. *Accroche-toi! Prévention du suicide chez les jeunes*, DSPGÎM avec la collaboration de la CS des Falaises, du Centre de santé des Hauts-Bois, du CLSC de la Pointe et du CLSC l'Estran, 1997.

GALLAGHER, Rodrigue. *Le problème du suicide chez les enfants... comprendre et agir à l'école primaire*, Guide de repérage et de référence à l'intention du personnel scolaire, DSPGÎM, juin 2005.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur la santé publique*, site Internet à jour au 1^{er} juin 2008.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012. Investir pour l'avenir*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 50 pages.

GUAY, Maryse, et Luc CÔTÉ. *Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque 2005-2006*, Rapport conjoint de l'Institut de la statistique du Québec et de l'Institut national de santé publique du Québec, Montréal, 2006, 46 pages.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006*, septembre 2006.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX avec la collaboration de l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques*, Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec,

gouvernement du Québec, octobre 2006, 659 pages.

LEMIEUX, Charles, et Claude PARENT. *État de situation sociosanitaire* (un document pour chacun des six CLSC), Direction de santé publique de l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, mars 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique du Québec 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Direction générale de la santé publique, 2008, 103 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Suivi de l'implantation des activités du Programme national de santé publique 2003-2012. Bilan de la fin du premier cycle*, Services des orientations en santé publique, janvier 2008, 52 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Produire la santé*, Direction du programme de santé publique, 2005, 120 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Cadre de référence*, Direction générale de la santé publique, novembre 2004, 61 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, février 2004, 26 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique du Québec 2003-2012*, Direction générale de la santé publique, 2003, 133 pages.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Statistiques sur la criminalité commise en contexte conjugal au Québec*, Rapports 2004, 2005 et 2006.

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2003 et 2005, cycles 2.1 et 3.1.

Annexe 1

Liste des personnes ayant participé au bilan du PAR 2004-2007

De la Direction de santé publique :

Édith Boulay, suicide
Louise Boulay, maladies infectieuses (immunisations)
Marie Chagnon, santé environnementale
Rachelle Cyr, maladies infectieuses
Wilber Deck, maladies chroniques
Normand Durand, traumatismes routiers
Ingrid Fleurant, activité physique et alimentation
Sylvie Gagnon, santé dentaire
Sylvie Garnier, approche *École en santé*
Suzanne Gérin-Lajoie, suicide
Danielle Haché, sexualité et ITSS
Lyne Judd, infections nosocomiales
Charles Lemieux, chutes personnes âgées
Denis Loiselle, maladies infectieuses
Francine Maltais, périnatalité et petite enfance
Christine Minville, maladies chroniques (cancer du sein)
Stéphane Ruel, périnatalité et petite enfance
Sylvie St-Yves, agressions sexuelles, violence conjugale et sécurité alimentaire
Christiane Ste-Croix, tabagisme et alimentation
Daniel Smolla, santé au travail

De la Direction des services sociaux et communautaires :

Daniel Leduc, dépendances

Des centres de santé et de services sociaux :

CSSS de La Haute-Gaspésie

Johanne Banville, soutien à domicile
Anne Kouraga, santé publique et jeunes en difficulté
Daniel Landry, santé mentale
Louise Landry, représentante sur le comité régional de santé publique

CSSS de La Côte-de-Gaspé

Sylvain Bouchard, immunisation, santé environnementale, santé au travail, secteur adultes
Lovia Castilloux, maladies chroniques
Gilles Loubert, représentant sur le comité régional de santé publique
Jovette Minville, enfance-jeunesse-famille

CSSS du Rocher-Percé

France Duguay, représentante sur le comité régional de santé publique
Isabel Garcia, représentante sur le comité régional de santé publique
Johanne Méthot, maladies chroniques et habitudes de vie
Daniel Michaud, enfance-jeunesse-famille
Stella Travers, personnes âgées

CSSS de la Baie-des-Chaleurs

Charles Guérette, représentant sur le comité régional de santé publique

CSSS des Îles

Sylvie Arsenault, vaccination
Johanne Cantin, pandémie
Véronique Déraspe, abandon du tabac
Micheline Éloquin, santé au travail
Julie Fowler, santé au travail
Édith Grégoire, maladies chroniques
Denise Lapierre, santé dentaire
Estelle Lapierre, personnes âgées
Diane Mahoney, représentante sur le comité régional de santé publique
Lucie Roy, périnatalité, petite enfance et suicide

Du Regroupement des organismes communautaires (ROCGÎM) :

Dominique Bouchard, l'Accalmie
Caroline Boudreau, l'Aid'Elle
Ghyslaine Hamel, MDJ des Îles
Geneviève Giguère, ROCGÎM
Sylviane Pilon, Parenfant
Jeanne Poirier, CAB des Îles
Charlotte Pouliot, Table de concertation en sécurité alimentaire
Steeve Synnoth, ESPACE Gaspésie-Les Îles