

Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 pour la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine

Synthèse du rapport sur le bilan d'implantation

Direction de santé publique Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine
Septembre 2008

Introduction

En 2004, la Direction de santé publique Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (DSP) rendait public son *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 pour la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine* (PAR). Rappelons d'abord que le but du PAR est de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine en rendant accessibles, sur tous les territoires locaux de la région, des

activités de santé publique efficaces et de qualité. Ainsi, le PAR indique les objectifs de santé et de bien-être que la DSP poursuit pour la population de la région ainsi que les activités de santé publique requises pour atteindre ces objectifs, et ce, conformément aux prescriptions du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) du MSSS. Le tableau 1 présente ce que sont les activités de santé publique à offrir à la population.

Tableau 1

Les activités de santé publique à offrir à la population

Les activités de santé publique sont des activités s'adressant :

- à toute la **population**;
- à un **groupe particulier** (ex. : travailleurs, entreprises, voyageurs, municipalités);
- ou à un **groupe vulnérable** (groupe de personnes présentant un ou plusieurs facteurs pouvant conduire à un problème de santé ou un problème psychosocial. Ces facteurs sont par exemple la faible scolarisation, le faible revenu, l'âge et le sexe).

Ces activités comprennent :

- Les activités de **promotion de la santé** réalisées auprès de la population générale ou à des groupes particuliers (ex. : campagnes de communication sociétales, activités de sensibilisation et d'information).
- Les activités de **prévention des problèmes de santé et de bien-être** (ex. : accompagnement des familles vulnérables en post-natal, counselling sur la pratique d'activités physiques, dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans).
- Les activités de **protection de la santé** de la population (ex. : mise en œuvre du plan d'urgence en cas de pandémie d'influenza, conduite d'enquêtes épidémiologiques lorsque sont signalées des éclosions ou des intoxications reliées à l'eau).

Rendue au terme du premier cycle d'implantation de son PAR, la DSP a entrepris à l'automne 2007 une démarche de révision du PAR dont l'une des étapes est de faire le bilan de ce plan d'action. Essentiellement, les objectifs du bilan du PAR 2004-2007 étaient de rendre compte :

- 1) des activités de santé publique déployées en 2004-2007 dans la région,
- 2) des obstacles et conditions favorables au déploiement des activités,
- 3) des modalités de mise en œuvre du PAR 2004-2007 et leur impact sur le déploiement des activités à l'échelle régionale et locale,
- 4) et des enjeux stratégiques associés au PAR et à sa mise en œuvre.

La collecte de données s'est réalisée de la mi-décembre 2007 à la mi-mars 2008 auprès de 56 personnes, soit les professionnels de la DSP et les membres du comité régional de santé publique dont font partie des représentantes du regroupement des organismes communautaire de la région (ROCGÎM) et les responsables du programme de santé publique dans les CSSS. Ceci dit, nous reprenons un à un dans ce qui suit les objectifs énumérés précédemment et présentons pour chacun d'eux l'essentiel des résultats se dégageant du bilan.

1) Le déploiement des activités de santé publique en Gaspésie et aux Îles

Le PNSP prescrivait un total de 89 activités de santé publique à déployer à l'échelle régionale ou locale. De ce nombre, 76 étaient complètement implantées (cote 4)¹

¹ 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

dans la région ou en voie de l'être (cote 3) en décembre 2007, soit 85 % des activités (tableau 2). 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 en décembre 2007 dans la région est du même ordre de grandeur que celle obtenue par le Québec en mars 2007 (3,3). 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 région enregistre une moyenne supérieure (tableau 2). Bien que ces résultats ne rendent compte ni de la qualité ni de l'intensité des interventions déployées, ils signifient à tout le moins que la DSP et ses partenaires ont répondu aux exigences ministérielles en rendant accessible à la population gaspésienne et madelinienne la majorité des activités de santé publique dont elle a besoin. Pour une petite région comme la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, dotée de ressources limitées en santé publique tant au régional qu'au local, ces résultats sont très positifs.

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 (tableau 2). 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

(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 par exemple.

prévention de la toxicomanie, ni celle en lien avec la prévention des problèmes de santé mentale. Mentionnons que le déploiement de ces deux activités n'était pas non plus très avancé en général au Québec en mars 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 observée à l'échelle nationale (tableau 2).

Tableau 2 :

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.

2) 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'information 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.

3) 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, la formation et le 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.

4) Les 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

Nous l'avons vu plus tôt, la DSP et ses partenaires ont réussi dans les dernières années à répondre aux exigences ministérielles relativement au déploiement des activités de santé publique dans la région et plusieurs conditions y ont contribué tant à l'échelle locale (leadership des organisations, collaboration des intervenants, etc.) que régionale (soutien au financement, formation, expertise-conceil, etc.).

Cela dit, la DSP est de plus en plus sollicitée pour répondre à diverses demandes, et ce, tant en provenance du national que du local. On lui demande par exemple 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 de ces demandes et attentes, créant ainsi une pression accrue sur les ressources existantes. La DSP est donc constamment 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 et conséquemment, l'accès aux services de santé publique pour la population.

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.

Par ailleurs, 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 a droit. En ce sens, le véritable défi de la santé publique pour les prochaines années est sans doute davantage de développer des

équipes locales de santé publique plutôt que de réduire l'offre de service requise.

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 consacrés à la santé publique et de cadres également consacrés pour assurer 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 des équipes locales nécessaires 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. Or, le financement et la protection des budgets en santé publique constituent un enjeu majeur en santé publique au cours des prochaines années.

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

La capacité de 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. 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. 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 à la fois partagée par la DSP, les CSSS et 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. 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 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 le développement d'un argumentaire en faveur de la prévention et plus largement, de la santé publique.

Conclusion

La réalisation du bilan d'implantation du PAR 2004-2007 avait pour objectif de rendre compte des activités de santé publique déployées dans la région, des obstacles et conditions favorables au déploiement des activités, des modalités de mise en œuvre du PAR ainsi que des enjeux associés au PAR 2004-2007 et à sa mise en œuvre.

Les résultats du bilan ont 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 voir les menaces qui la guettent et ensuite poser les gestes concrets pour la préserver. 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. Et notre prochain PAR 2009-2012 traduira notre engagement en ce sens.

Rédaction :

Nathalie Dubé, agente de recherche sociosanitaire
Direction de santé publique Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine

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

Ce document est une synthèse du rapport produit par la DSP en septembre 2008 et intitulé : Plan d'action régional de santé publique 2004-2007. Rapport du bilan d'implantation.