

**PLAN D'ACTION RÉGIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE**
EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE
2004 - 2007

MAI 2004

IL ÉTAIT UNE FOIS... LA PREVENTION

UN JOUR, JOE GRANDCOEUR
SE PROMENAIT AU BORD DE
LA RIVIÈRE.



SOUDAIN, IL VIT UN HOMME SE
NOYANT.



N'ÉCOUTANT QUE SON COURAGE, IL BONDIT À
L'EAU...



MAIS VOILÀ, IL VIT
D'AUTRES GENS SE NOYANT.



IL ENTREPRIT DE LES SAUVER.



MAIS LA TÂCHE
S'AVÈRA TROP
ARDUE.



D'AUTRES VIRENT À SON SECOURS.

MALGRÉ CETTE AIDE, LA SITUATION
DEMEURA CRITIQUE. C'EST ALORS
QUE JEAN PRÉVENANT SE DEMANDA

POURQUOI
TANT DE GENS
TOMBENT-ILS À
LA RIVIÈRE?



IL REMONTA LA RIVIÈRE VERS L'AMONT...



... ET S'APERÇUT QUE DES PERSONNES
TOMBAIENT D'UN PONT EN MAUVAIS ÉTAT.



JEAN PRÉVENANT ET DES AMIS
AIDÈRENT LES GENS À TRAVERSER,
LES AVERTIRENT DES RISQUES ET
AMÉLIORÈRENT LE PONT.



C'EST AINSI QUE JOE GRANDCOEUR
ET SON ÉQUIPE PURENT FOURNIR
À LA TÂCHE.



TRAVAILLER EN AMONT DES PROBLÈMES, C'EST LOGIQUE!



© S. CHARRIÈRE

Adopté par le conseil d'administration le 26 mai 2004

Édition produite par :

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
1, 9^e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

Téléphone (819) 764-3264
Télécopieur (819) 797-1947

Sous la direction de :

Réal Lacombe, M.D., directeur de santé publique

Équipe projet

Marie-Claire Lacasse	Daniel Gagné
Pauline Clermont	Sylvie Bellot
Suzanne Chartier	

Collaboration

Tous les membres de la Direction de santé publique

Répondants des CLSC-CS

Nicole Dufresne, Centre de santé de la Vallée-de-l'Or
Evelyne Grenier-Ouimette, Centre de santé de Témiscaming
Martine Hallée, Centre de santé Sainte-Famille
Marina Larue, CLSC Le partage des eaux
Richard Morin, CLSC Les Eskers
Mireille Vallières, RSSS des Aurores boréales

Comité de révision

Sylvie Bellot	Suzanne Chartier
André Bouchard	Pauline Clermont
Carmen V. Boucher	Marie-Claire Lacasse

Mise en page

Carmen Rheault, secrétaire administrative
Direction de santé publique

Page couverture

Bande dessinée : ACAD

ISBN 2-89391-227-3

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2004

Bibliothèque nationale du Canada, 2004

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre demande auprès
du centre de documentation de l'Agence, par la poste ou par télécopieur.

Prix : 10 \$

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

© Gouvernement du Québec



Table des matières

MOT DU DIRECTEUR	III
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 - VALEURS ET PRINCIPES.....	3
CHAPITRE 2 - DÉFIS À RELEVER EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE .	5
2.1 Défis à relever	5
2.2 Atouts sur lesquels la région peut miser	7
CHAPITRE 3 - STRATÉGIES RETENUES DANS LE CADRE DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE	8
CHAPITRE 4 - OBJECTIFS RÉGIONAUX ET ACTIVITÉS À DÉPLOYER 2004-2007	12
4.1 Développement des communautés	14
4.2 Développement, adaptation et intégration sociale	16
4.3 Habitudes de vie et maladies chroniques	26
4.4 Traumatismes non intentionnels	31
4.5 Maladies infectieuses	33
4.6 Santé environnementale	36
4.7 Santé en milieu de travail	40
4.8 Organisation des services de santé publique en milieu rural	41
CHAPITRE 5 - RECHERCHE ET ÉVALUATION	44
5.1 L'innovation en santé	44
5.2 Les portraits de santé des communautés	44
5.3 L'évaluation des initiatives de développement des communautés.....	45
5.4 L'évaluation du plan d'action régional.....	45

CHAPITRE 6 - PLAN DE SURVEILLANCE CONTINUE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION	46
CHAPITRE 7 - PLAN RÉGIONAL DE MOBILISATION DES RESSOURCES	47
CHAPITRE 8 - MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL ET DES PLANS D'ACTION LOCAUX DE SANTÉ PUBLIQUE	53
8.1 Conditions de réussite	53
8.2 Un responsable de la prévention sur chaque territoire	54
8.3 Concertation dans l'action	54
8.4 Mécanismes de soutien au développement des communautés	54
8.5 L'analyse différenciée selon le sexe	56
8.6 Développement et maintien des compétences	56
8.7 Financement.....	57
CONCLUSION	59
ANNEXE 1	63
ANNEXE 2	65
ANNEXE 3	67
ANNEXE 4	69
BIBLIOGRAPHIE.....	73

Mot du directeur

« La santé communautaire vise à harnacher la trame et les pulsations les plus naturelles de ces milieux humains spontanés que sont les communautés pour promouvoir et protéger la santé de leurs membres... Elle est celle qui vient vraiment de la communauté et qui, sans ambiguïté, lui est adressée ... Elle doit être axée sur la prévention primaire voulue et organisée par la communauté. »

*Pierre Marois, ministre du Développement social
Colloque de l'Association pour la santé publique du Québec, 1977*

La santé communautaire s'appelle maintenant santé publique. Mais cette réflexion d'il y a plus de 25 ans est toujours d'actualité. Plus que jamais on parle d'engagement auprès des communautés, de participation, de concertation, de partenariat. En Abitibi-Témiscamingue, on ne se contente pas d'en parler : on agit, et ça marche !

Cette vision est au cœur du *Plan d'action régional de santé publique* que nous proposons. Ce plan d'action s'inscrit dans la continuité de tout ce que nous avons entrepris depuis plusieurs années. Il faut maintenant le mettre en œuvre, tout comme ses vis-à-vis, les plans d'action locaux. Un travail passionnant, mais aussi exigeant, qui nous amènera à relever de nombreux défis. Permettez-moi d'en nommer deux : renforcer le leadership local en prévention et investir davantage auprès des enfants et des jeunes.

Le premier défi se présente avec la création des réseaux locaux de services intégrés. Ce changement redéfinit et unifie les responsabilités de nos institutions locales au regard de la santé et du bien-être des populations de leur territoire. Il crée de nouvelles conditions qui devraient assurer aux membres de nos communautés une meilleure accessibilité et davantage de continuité dans les soins et services personnels. Mais les nouveaux établissements locaux ainsi créés seront aussi responsables de la santé publique locale, mission portée jusqu'à maintenant par les CLSC. Avec une différence: ces établissements disposeront d'une plus grande masse critique de ressources et d'une plus importante marge de manœuvre pour faire les meilleurs choix en regard de la santé globale de leur population. Nous les invitons à mettre à profit ces nouvelles capacités pour affirmer leur leadership en matière de prévention.

L'autre défi, d'un autre ordre, constitue un investissement à long terme. L'un des plus payants de tous ... parce qu'il porte sur les premiers cycles de la vie : l'enfance et la jeunesse. Il s'agit donc de rassembler tout ce que l'on peut de ressources autour des bébés et des tout-petits pour qu'ils puissent arriver à l'école en forme. Puis de travailler intensément avec nos collègues de l'éducation pour que nos écoles soient en santé. Ensuite, de mieux accompagner nos adolescentes et nos adolescents de façon à ce qu'ils sortent de ce réseau bien équipés pour faire face à la vie et devenir des citoyennes et des citoyens vigoureux. On pourra alors les aider à créer des villes et des villages en santé. Si le retour sur l'investissement n'est pas pour nous, à court terme, il le sera certainement pour nos enfants et pour les communautés dans lesquelles nous vivons.

Ces défis ne sont pas les seuls et les actions de santé publique à mener sont diverses et nombreuses. Elles interpellent beaucoup de personnes dans notre réseau et dans nos communautés. Nous serons heureux, mon équipe et moi, de nous joindre à elles dans leurs interventions. Et nous nous engageons à tout mettre en œuvre pour les aider.



Réal Lacombe

Introduction

L'intervention en santé publique s'adresse non seulement à l'ensemble de la population et aux sous-groupes qui la composent, mais aussi aux systèmes en présence qui ont une influence sur les conditions de vie. Ces systèmes sont multiples (politique, juridique, sociosanitaire, économique, fiscal, de l'éducation, etc.) et conditionnent la vie de la population. Or, pour relever les défis qui se présentent en matière de santé et de bien-être en Abitibi-Témiscamingue et pour agir en amont des problèmes, il s'avère essentiel de reconnaître et de soutenir les forces d'intervention préventive dans les divers milieux. Concrètement, il est crucial de mettre en place des mécanismes de soutien à l'élaboration, à l'implantation et au maintien, au sein des collectivités, d'interventions reconnues efficaces ou prometteuses en santé publique.

La Loi sur la santé publique¹ définit l'obligation d'élaborer, de mettre en œuvre, d'évaluer et de mettre à jour régulièrement un plan d'action régional de santé publique ainsi que des plans d'action locaux dans chacun des territoires de CLSC et ce, en conformité avec le *Programme national de santé publique* (annexe 1). Un processus en tandem de la Direction de santé publique et des établissements exploitant un centre local de services communautaires (CLSC) a donc vu le jour en Abitibi-Témiscamingue pour assumer cette responsabilité.²

En continuité avec le *Plan stratégique triennal d'organisation de services* (PSTOS) intégrant les objectifs de santé publique et ayant fait l'objet d'une consultation élargie dans chacun des territoires de la région³, la perspective d'élaboration de ces plans est résolument préventive. Les stratégies d'action qui y sont privilégiées portent avant tout sur les déterminants de la santé et du bien-être. Il est

maintenant reconnu que de nombreux leviers d'action, permettant d'agir efficacement et de façon durable sur ces déterminants, se trouvent dans les communautés.⁴ Un survol de la littérature, dont les écrits de Trevor Hancock, met en évidence que la santé des communautés dépend, bien sûr, des politiques publiques mais aussi de l'action des communautés, à partir de leurs capacités et de leurs ressources.⁵ Les initiatives pour améliorer les milieux et les conditions de vie émergent souvent des communautés elles-mêmes, par exemple, dans les domaines de l'environnement, de l'aménagement, de la sécurité, de l'activité physique, des loisirs, des réseaux d'entraide, etc.

En concordance avec ces fondements, le présent document présente le *Plan d'action régional de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue*. Dans un premier chapitre les valeurs et principes qui sous-tendent l'action pour les années à venir sont présentés. Le chapitre 2 aborde les principaux défis à relever en matière de santé et de bien-être dans la région et au chapitre 3, les principales stratégies retenues sont mises en évidence. Au chapitre 4, l'on retrouve sous forme de grilles détaillées les objectifs, les cibles prioritaires retenues, les activités 2004-2007 à déployer, les indicateurs de résultats et les ressources nécessaires. Les chapitres 5 et 6 portent sur les volets de la recherche et de l'évaluation ainsi que sur le plan de surveillance. Le chapitre 7 traite du plan régional de mobilisation des ressources en santé publique et un dernier chapitre soulève les conditions de mise en œuvre.



¹ Gouvernement du Québec, *Loi sur la santé publique*, L.R.Q..c. S-2.2, Québec, Éditeur officiel du Québec, 40 p., juin 2002.

² Un schéma illustrant la démarche en Tandem PAR/PAL apparaît à l'annexe 2.

³ RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (2003). *Plan stratégique triennal d'organisation de services 2003-2006*. Osez la santé. Document de travail, mai 2003.

⁴ Ministère de la santé et des services sociaux, *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, 1997, p.26.

⁵ Réal LACOMBE, Texte de conférence, *Portrait des communautés*, Huitième colloque biennal du regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire (RQIAC), 2002.

Chapitre 1 - Valeurs et principes

En santé publique, les communautés sont la population cible des interventions. Le défi à relever dans le cadre du présent plan d'action est d'agir « avec » les communautés et de les considérer comme les actrices de leur développement. Celles-ci deviennent ainsi des initiatrices de projets visant leur mieux-être.

Les valeurs et principes énoncés dans le Programme national de santé publique (PNSP) se reflètent dans les orientations retenues au niveau régional.

Valeurs et principes éthiques privilégiés par le PNSP

- Le bien commun
- La bienfaisance
- La non-malfaisance
- L'autonomie
- Le respect de la confidentialité et de la vie privée
- La responsabilité
- La solidarité
- La protection des individus, des groupes et des communautés vulnérables
- La justice

Tous les partenaires dans l'action de santé publique sont ici conviés à contribuer en étant à l'écoute des communautés et en les appuyant dans l'élaboration de solutions mieux adaptées à leur réalité, et ce, en partageant les visées suivantes :

- des individus et des groupes en santé dans des communautés en santé;
- des communautés où règnent l'équité et l'égalité dans les relations entre les personnes;

- des milieux de vie sains et enrichissants (école, milieu de travail, quartier, milieu rural, ...);
- un renforcement des capacités d'action pour améliorer la qualité de vie;
- une plus grande solidarité au sein des collectivités.

On ne peut négliger l'importance d'agir à de multiples niveaux (individuel, interpersonnel, organisationnel, communautaire et gouvernemental) et sur l'ensemble des déterminants de la santé, du bien-être et de la qualité de vie.

Déterminants de la santé et du bien-être

Le niveau de revenu et le statut social
Les réseaux de soutien social
L'éducation et l'alphabétisme
L'emploi et les conditions de travail
Les environnements sociaux
Les environnements physiques
Les habitudes de santé et les capacités d'adaptation personnelles
Le développement sain de la petite enfance et de l'adolescence
Le patrimoine biologique et génétique
Les services de santé
Le sexe et la culture

Un meilleur équilibre est nécessaire entre l'approche clinique de la maladie et les interventions qui visent les déterminants sociaux et comportementaux de la maladie, des blessures et des incapacités.

Dans une perspective d'intervention en amont des problèmes et misant sur les forces vives des milieux, les principes directeurs qui suivent guideront l'action de santé publique pour les années à venir.

Reconnaître la capacité d'agir des personnes et des communautés

Une action efficace en termes d'amélioration de la santé et du bien-être nécessite de travailler avec les actrices et les acteurs clés concernés. « *Même le voisinage urbain le plus pauvre possède une riche et dense configuration de relations humaines qui peuvent fournir le support, la motivation et l'assistance directe pour réduire les problèmes et les comportements à risque pour la santé ainsi qu'améliorer les conditions de santé* ». ⁶ Or, la capacité d'agir des communautés peut être soutenue par les intervenantes et les intervenants de santé publique en vue du maintien et du développement de la santé et du bien-être. Reconnaître cette capacité d'agir des personnes et des communautés en est le point de départ.

Investir des énergies dans l'accompagnement des processus de changement au sein des communautés

Un rôle d'accompagnement et de soutien dans les processus de changement pour le développement des collectivités peut s'arrimer avec synergie et complémentarité aux interventions classiques de santé publique. Il s'agit d'un rôle assumé et partagé au niveau régional et local. L'on constate que de nouveaux efforts doivent être consentis pour rendre plus concrète la contribution de la santé publique au développement social et de santé des collectivités dans les MRC de la région.

Bien qu'il soit établi que certaines interventions doivent être dirigées vers des problématiques ciblées, une vision axée sur le développement des communautés nécessite que l'action soit associée non seulement au rôle d'expertise professionnelle dans un champ d'activité, mais aussi à un rôle de soutien et d'accompagnement des processus de changement.

Il est important de tenir compte du fait que les véritables choix en matière de santé appartiennent aux individus et aux communautés. ⁷

⁶ Freudenberg, cité dans Easterling, D. et autres. *Promoting Health by Building Community Capacity, Evidence and Implications for Grantmakers*, Denver, The Colorado Trust, 1998.

⁷ Syme, S.Leonard, *Health Promotion Matters*, Juillet 1997 : *Individual vs. Community Interventions in Public Health Practice : Some Thoughts About a New Approach*.

Travailler ensemble avec les forces de chacun

Les expertises et les expériences concrètes des communautés peuvent être mises à profit pour réduire, au moyen des forces existantes, l'émergence des problèmes de santé et de bien-être. « *Créer ou soutenir des communautés en santé consiste à réunir des gens pour agir sur les problèmes et des objets de développement qu'ils considèrent importants.* » ⁸ L'esprit de l'action est de travailler ensemble sur la mise en place des éléments qui contribueront au développement de la communauté. Pour ce, il est important de poursuivre le changement amorcé dans les façons de faire et la question ⁹ à poser entre les divers partenaires, dont les communautés elles-mêmes, devient alors : « *Qu'est-ce qu'on peut faire ensemble?* »

« Même le voisinage urbain le plus pauvre possède une riche et dense configuration de relations humaines qui peuvent fournir le support, la motivation et l'assistance directe pour réduire les problèmes et les comportements à risque pour la santé ainsi qu'améliorer les conditions de santé ».



⁸ Fawcett, Stephen B. et autres. *Building Healthy Communities*, tiré de *The Society and Population Health Reader, a State and Community Perspective*, Alvin. R. Tarlov and Robert F. St. Peter Editors.

⁹ RRSSAT, *Priorités nationales de santé publique – Plan de mise en œuvre pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue*, Direction de la santé publique, novembre 1999, 37 p.

Chapitre 2 - Défis à relever en matière de santé et de bien-être en Abitibi- Témiscamingue

Ce chapitre se divise en deux parties. La première fait état des diverses difficultés ayant un impact sur la santé de la population et auxquelles la région est confrontée. La seconde identifie, pour sa part, les caractéristiques positives et les forces de la région sur lesquelles l'on peut miser.

2.1 Défis à relever

Une population dispersée sur un vaste territoire

Avec ses quelques 65 000 km² de superficie, l'Abitibi-Témiscamingue est l'une des plus vastes régions du Québec. Les distances à parcourir y sont importantes; ainsi, il faut compter plus de 400 km de route pour relier la municipalité de Senneterre, au nord-est, à celle de Témiscaming, au sud-ouest. La population étant estimée à 145 964 personnes,¹⁰ la région affiche une faible densité de population, environ 3 habitants au km² comparativement à 6 dans l'ensemble du Québec et près de 3 700 dans la région de Montréal. Elle figure ainsi parmi les régions les moins peuplées du Québec.

La population témiscabitibienne apparaît moitié urbaine, moitié rurale. En effet, la moitié des personnes résident dans un des six pôles urbains qui caractérisent les six territoires de CLSC. Ces pôles sont par ailleurs de taille variable puisqu'on y retrouve entre 2 900 et 26 000 habitants. Le reste de la population peut être considéré comme rural et se répartit officiellement dans près d'une soixantaine de municipalités, et dix territoires non organisés. Ces communautés sont de petite taille puisque les trois quarts comptent moins de 1 000 habitants et aucune plus de 4 000 personnes. Autre particularité, la région compte près de 5 700

¹⁰ Estimation démographique pour l'année 2003 produite par Statistique Canada en mars 2004.

autochtones, ce qui représente environ 4 % de la population. Ceux-ci résident principalement dans quatre réserves et trois établissements autochtones qui sont dispersés dans trois des cinq MRC du territoire.

Le déclin et le vieillissement de la population

Depuis environ cinq ans, l'Abitibi-Témiscamingue connaît un déclin de sa population. Celui-ci est attribuable à une diminution importante du nombre de naissances et au fait que le nombre de personnes ayant quitté la région surpasse de beaucoup le nombre de nouveaux arrivants. Des données récentes sur les migrations interrégionales au Québec révèlent ainsi que les pertes de population ont été quatre fois plus importantes de 1996 à 2001 que de 1991 à 1996. Ce phénomène ne se limite pas au groupe des 20-34 ans comme c'était souvent le cas auparavant, mais englobe tous les groupes d'âge jusqu'à la fin de la vie active.

Il importe néanmoins de préciser que le déclin de la population ne touche pas les autochtones qui, eux, à l'inverse, connaissent une croissance démographique relativement importante, de l'ordre de 12 % pour les cinq dernières années.

Parallèlement, comme la plupart des régions du Québec et des pays occidentaux, l'Abitibi-Témiscamingue fait aussi face à un vieillissement progressif de sa population dont les effets vont surtout se faire sentir dans les années à venir. Ce vieillissement s'explique par la baisse du nombre de naissances, l'accroissement faible mais continu de l'espérance de vie, l'arrivée de la génération des baby-boomers à l'âge de la retraite et l'exode des jeunes.

Un contexte socioéconomique difficile¹¹

Les dernières années ont été plutôt éprouvantes pour l'économie de la région. En effet, le marché du travail demeure largement tributaire de

¹¹ La rédaction de cette section s'est inspirée d'éléments provenant des documents suivants :

Luc BLANCHETTE et Diane BOULANGER, *Bilan annuel 2002. Évolution du marché du travail en Abitibi-Témiscamingue*. Centre de ressources humaines du Canada de l'Abitibi-Témiscamingue, Développement des ressources humaines Canada, 2003, 26 p.

Luc BLANCHETTE, *Bulletin sur le marché du travail. Région de l'Abitibi-Témiscamingue*, Développement des ressources humaines Canada, 2003, 7 p.

l'évolution des secteurs des ressources naturelles de base, des industries minière, forestière et bioalimentaire. Or, on a assisté à la fermeture de plusieurs mines importantes sans que de nouvelles mines s'ouvrent. En effet, la faiblesse persistante des prix des métaux n'a pas encouragé le développement de nouveaux programmes d'exploration minière. Pour sa part, l'industrie forestière a subi les contrecoups du conflit du bois d'œuvre qui perdure avec les Américains et les effets de la surtaxe américaine imposée. Tout ceci s'est traduit par de nombreuses pertes d'emploi. À cela s'ajoute la crise de la vache folle qui a affecté financièrement les producteurs bovins de la région au cours de l'année 2003.

Bref, les difficultés ont été nombreuses ces derniers temps et démontrent l'urgence de diversifier l'économie de la région. La reprise de l'économie américaine et la remontée du prix de l'or en 2003 sont toutefois encourageants et se sont déjà traduits par une hausse des emplois dans la région, ce qui semble augurer des jours meilleurs pour les mois à venir.

Une population moins scolarisée qu'au Québec

Le recensement de 2001 montre encore une fois que la population de l'Abitibi-Témiscamingue est moins scolarisée que celle du Québec : on y retrouve à la fois davantage de personnes n'ayant aucun diplôme d'études secondaires et moins de personnes diplômées aux niveaux secondaire, collégial et universitaire. Bien que la situation se soit améliorée au fil des ans, des efforts sont toujours à faire. En effet, la probabilité que les jeunes sortent du secondaire sans diplôme est plus élevée dans la région et les taux de diplomation au secondaire des dernières années confirment l'écart entre la région et le Québec.

Certains risques liés à l'environnement physique¹²

Une partie de l'économie de la région étant basée sur l'exploitation des ressources naturelles, certains travailleurs et parfois l'ensemble de la population doivent faire face à certains risques

liés à l'environnement physique, particulièrement en ce qui a trait à la qualité de l'air, de l'eau et des sols, entre autres :

- la présence d'arsenic et d'anhydride sulfureux dans l'air ambiant de certaines villes;
- l'existence de villes mono industrielles où les enjeux environnementaux ont d'importants impacts économiques.

La région doit également faire face à d'autres problèmes environnementaux, lesquels ne sont pas reliés à la pollution industrielle :

- le piètre contrôle de la qualité de l'eau potable des puits domestiques;
- la détérioration de plusieurs réseaux d'aqueducs municipaux;
- la contamination à l'arsenic de l'eau des puits domestiques dans certains secteurs;
- la contamination de l'air par de mauvaises pratiques lors du chauffage au bois;
- la qualité moindre des logements locatifs.

Certaines habitudes de vie non favorables à la santé

Les effets négatifs de l'usage du tabac ou de la consommation abusive d'alcool sur la santé sont relativement bien connus et documentés. Or, depuis plusieurs années, diverses enquêtes ont révélé que le tabagisme était plus élevé dans la population témiscabitiennne que dans la population québécoise en général. De plus, la consommation d'alcool apparaît elle aussi problématique : la proportion de personnes qui consomment jusqu'à l'enivrement est supérieure dans la région, de même que le taux de condamnations pour conduite avec facultés affaiblies par l'alcool.

¹² Cette section est tirée du document suivant :
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, *Plan stratégique triennal
d'organisation de services 2003-2006. Osez la santé.* Document de
travail, mai 2003, p. 7.

Certains problèmes de santé plus aigus qu'au Québec

Au chapitre de l'état de santé, la population témiscabitiébienne se démarque par une espérance de vie un peu moins longue que la population québécoise en général (écart d'environ deux ans). Ceci s'explique entre autres par une mortalité plus importante attribuable aux maladies cardiovasculaires, au cancer du poumon, aux maladies de l'appareil respiratoire (plus particulièrement les maladies pulmonaires obstructives chroniques), aux traumatismes non intentionnels comme les accidents de la route ou les chutes accidentelles et au suicide. Le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre sans aucune incapacité physique est également un peu plus bas en Abitibi-Témiscamingue comparativement au Québec.

2.2 Atouts sur lesquels la région peut miser

Une population un peu plus jeune et moins sédentaire qu'au Québec

Malgré son vieillissement graduel, la population de l'Abitibi-Témiscamingue demeure un peu plus jeune que la population québécoise. Ainsi, les jeunes de 0-14 ans sont relativement plus nombreux et à l'inverse, on compte un peu moins de personnes âgées de 65 ans et plus. Par ailleurs, les gens de la région sont plus enclins à pratiquer des activités physiques durant leurs loisirs que les autres Québécois. Ils sont donc moins sédentaires et affichent là une saine habitude de vie. À cet égard, il convient de préciser que la concertation entre le secteur de la santé, le monde scolaire et le monde municipal pour la promotion de l'activité physique de loisir est bonne et joue un rôle facilitant, au même titre que la proximité de la nature et des grands espaces.

Une amélioration progressive de l'environnement physique¹³

Il y a une diminution tangible de la pollution d'origine industrielle depuis les vingt dernières années même si certaines situations

Cette section est tirée de :

¹³ RRSSAT, PSTOS, *Osez la santé*, mai 2003, p.9.

préoccupantes demeurent. Mis à part certains problèmes locaux, tels les parcs à résidus miniers, l'environnement n'est généralement pas très pollué au plan des eaux souterraines et de surface, du sol et de la végétation. De plus, la faible densité de population n'engendre pas de problèmes aigus d'urbanisation. Par exemple, la région n'a pas de problème de smog urbain lié à l'intensité du transport automobile.

Des communautés prêtes à se mobiliser davantage¹⁴

Le mouvement Villes et Villages en santé (VVS) permet aux citoyennes et aux citoyens de s'engager activement dans le développement du mieux-être collectif et d'influencer les décisions qui touchent leur qualité de vie. Pour certaines municipalités, il peut s'agir de protéger l'environnement, de prévenir la délinquance, de promouvoir l'activité physique familiale, de lutter contre la pauvreté, etc. Bref, une variété de projets et d'initiatives peut ainsi voir le jour. Né en 1987 en Abitibi-Témiscamingue, ce mouvement s'y est propagé plus que dans toutes les autres régions du Québec. Ainsi, au début de 2004, on recensait dans la région, 47 communautés réparties dans 25 municipalités qui bénéficiaient de projets Villes et Villages en santé, ce qui représente un peu plus 60 % de la population de l'Abitibi-Témiscamingue.

La vitalité de l'action communautaire¹⁵

L'Abitibi-Témiscamingue se distingue par la vitalité de son réseau communautaire. À titre indicatif, le Conseil régional de développement de l'Abitibi-Témiscamingue (CRDAT) avait recensé en 1999 un peu plus de 2 300 organismes associatifs, communautaires et coopératifs dans la région dont près de 550 oeuvraient dans le seul secteur de la santé et des services sociaux. Ces organismes contribuent à améliorer les conditions

¹⁴ La rédaction de cette section s'est inspirée d'éléments provenant du document suivant :

Le Réseau québécois de Villes et Villages en santé. *Ensemble pour la qualité de vie*, 2003, 16 p.

¹⁵ La rédaction de cette section s'est inspirée d'éléments provenant du document suivant :

Mariella COLLINI, Daniel THOMAS, *Portrait de l'impact social et économique du milieu associatif, communautaire et coopératif en Abitibi-Témiscamingue. Volet 1 : Rapport global*. Conseil régional de développement de l'Abitibi-Témiscamingue, mai 1999, 136 p.

de vie en misant sur la participation des individus, sur la reconnaissance de leur potentiel et sur l'action collective au sein des divers secteurs. Ils reflètent également la capacité des personnes et des collectivités à se mobiliser davantage, à décider librement de la façon dont ils veulent :

- développer les activités qui les intéressent;
- offrir les services dont ils ont besoin;
- résoudre les difficultés qu'ils rencontrent.

L'action communautaire fait maintenant partie de programmes de prévention et de promotion de la santé et du bien-être, tels les programmes *Naître égaux-Grandir en santé* et *Soutien aux jeunes parents*, destinés aux femmes enceintes et à leur famille vivant en contexte de vulnérabilité. Dans ces programmes, des tables intersectorielles composées de partenaires du milieu (commissions scolaires, centres locaux d'emploi, organismes pour la famille et la jeunesse, organismes oeuvrant en contexte de pauvreté, parents, leaders des municipalités, etc.) élaborent et réalisent des projets en complémentarité aux services dispensés par les CLSC. Par exemple, le *Taxibus* de Val-d'Or origine de la Table intersectorielle du programme *Naître égaux-Grandir en santé* et permet ainsi aux familles d'avoir une meilleure accessibilité aux services et aux ressources de la ville. Des organismes communautaires sont aussi associés à ces programmes pour offrir aux parents, entre autres, des services de halte-répît, de stimulation précoce, de cuisines collectives et ce, dans le but de briser leur isolement, de les supporter dans leur rôle, de favoriser l'entraide et l'accès à un réseau d'amis.

Des projets novateurs

La région de l'Abitibi-Témiscamingue se démarque également par la réalisation de nombreux projets novateurs. Ainsi, ces dernières années, plusieurs municipalités témiscabitiennes du *Réseau québécois de Villes et Villages en santé* se sont vues remettre un prix provincial d'excellence ou une mention de mérite pour la réalisation de leurs projets. Mentionnons ainsi, « *Des jeunes citoyens au cœur de la vie municipale* » de Bellecombe, les projets de travailleur de milieu et celui des « *Anges gardiens* » à Notre-Dame-du-Nord, ou encore le projet « Duparquet : une approche globale de santé », axé sur la qualité de vie.

Plusieurs autres initiatives de prévention peuvent aussi être mentionnées. Ainsi, la poursuite de l'implantation d'« *École en santé* » va bon train et actuellement 26 écoles font partie de ce réseau régional. L'implantation du travail de proximité auprès des jeunes qui se traduit par le travail de corridor en milieu scolaire, le travail de rue en milieu urbain et le travail de proximité en milieu rural, s'est également poursuivie ces dernières années et a fait l'objet de recherches particulières. La mise en place du projet *Pikatemps* destiné aux usagers de drogues injectables (UDI) du secteur de Val-d'Or mérite aussi d'être soulignée. En effet, ce projet permet d'offrir des services de dépistage, de vaccination, d'enseignement sur l'injection sécuritaire et de relation d'aide aux UDI. Il se réalise en partenariat avec neuf organismes et intègre des représentants du milieu autochtone.

Cette liste est loin d'être exhaustive mais montre bien qu'il y a place à l'innovation et au changement en mettant à profit les forces vives du milieu.

Chapitre 3 - Stratégies retenues dans le cadre du Plan d'action régional de santé publique¹⁶

Lors de la démarche régionale des priorités nationales de santé publique en 1999, menée en collaboration avec les CLSC-CS de la région, cinq stratégies d'action ont été retenues en Abitibi-Témiscamingue. Les efforts se poursuivent dans le sens de ces stratégies, développant des approches qui reconnaissent les communautés comme actrices de leur développement. De plus, tenant compte du développement des réseaux locaux de services intégrés dans chacun des territoires de la région, une sixième stratégie est mise de l'avant.

¹⁶ RRSSAT, *Priorités nationales de santé publique – Plan de mise en œuvre pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue*, novembre 1999, 37 p.

Stratégie I

Développer avec nos partenaires une vision partagée de l'engagement auprès des communautés en vue d'une action concertée pour l'amélioration de la santé et du bien-être

Les établissements exploitant un centre local de services communautaires, les organismes communautaires et de nombreux autres partenaires dans les communautés ont développé en Abitibi-Témiscamingue un savoir-faire extrêmement pertinent. Sur cette expertise devrait se construire une vision commune de l'engagement auprès des communautés. Les formes de cet engagement de même que les rôles des intervenantes et des intervenants de santé publique (initier, susciter, accompagner, contribuer, soutenir, etc.) peuvent varier en fonction des niveaux d'intervention, des domaines et secteurs d'activités ou selon les étapes de réalisation de projets. Des paramètres définissent cependant ce que signifie un tel engagement auprès des communautés :

- faciliter la mise à contribution de l'ensemble des actrices et des acteurs concernés;
- prendre le temps de définir et de partager des objectifs communs;
- être à l'écoute des besoins et des préoccupations du milieu;
- connaître, reconnaître et valoriser les façons de faire des communautés;
- travailler avec les communautés sur des actions concrètes en respectant leur rythme.

Stratégie II

Participer à la conception et à la mise en pratique d'une approche régionale et locale de développement intégré où les processus de décision tiennent compte des impacts sur la santé et le bien-être des populations

On constate depuis plusieurs années que l'amélioration de la santé et du bien-être est indissociable du développement social, lui-même étroitement relié au développement économique et au développement culturel.

Les décisions de plusieurs types de partenaires en dehors du secteur de la santé et des services sociaux ont donc une influence déterminante sur la santé et le bien-être des populations. Cette interdépendance appelle une collaboration active entre les personnes décisionnelles et les intervenantes et les intervenants de différents domaines dans une approche dite intégrée qui invite à la participation, à la concertation et au partenariat. Les actions de santé publique au sein des milieux peuvent dès lors contribuer aux dynamiques régionales et locales pour un développement de la santé et du bien-être dans les communautés. Le schéma que l'on retrouve à l'annexe 3 illustre l'action de santé publique dans le cadre de projets au sein des collectivités ainsi que les multiples partenaires concernés.

La Direction de santé publique, par le biais d'une approche comme celle de Villes et Villages en santé, s'est déjà engagée dans cette voie et entend la consolider. Les intervenantes et les intervenants de santé publique peuvent contribuer, entre autres, en développant et en mettant à la disposition des décideurs des outils qui leur permettent de tenir compte de l'impact sur la santé lors de processus de décision dans leur communauté. Cette stratégie exige des collaborations intersectorielles et, de ce fait, interpelle des actrices et des acteurs qui sont à l'extérieur du réseau de la santé et des services sociaux.

Stratégie III

Soutenir les actions concrètes qui visent, dans les collectivités, la promotion et le maintien de la santé des jeunes et de leur famille

Pour une action en amont de multiples problèmes de santé et de bien-être, la nécessité d'intervenir tôt dans la vie n'est plus à démontrer.¹⁷ En vue d'un développement sain et d'une adaptation sociale optimale des jeunes, indispensables pour leur santé et leur bien-être futurs, il est essentiel de privilégier des interventions non seulement auprès des jeunes et de leurs familles mais aussi au sein de la communauté, de l'environnement

¹⁷ Syme, S Leonard, Investments in Research and Intervention at the community Level, The Barbara and Jerome Symposium, Through the Kaleidoscope: Viewing the Contribution of the behavioral and Social Sciences to Health, 2002.

dans lequel ils vivent, du voisinage et des soutiens sociaux¹⁸.

Des efforts particuliers se doivent d'être consacrés aux jeunes et à leur famille pour les raisons suivantes. D'une part, ces jeunes constituent les citoyennes et les citoyens des communautés de demain ainsi que les agentes et les agents de leur développement. D'autre part, l'un des principaux déterminants de la santé sur lequel il faut consacrer des énergies est le développement sain dans la petite enfance et l'adolescence.

Des actions au sein des milieux de vie doivent être soutenues, renforcées et développées. Le secteur de l'éducation est évidemment très concerné, l'école constituant un milieu de vie important, de même qu'une composante d'une communauté plus large.

Les jeunes hors milieu scolaire doivent aussi être rejoints dans d'autres milieux par le biais du travail de proximité (travail de rue, travail de milieu, ...).

Il est essentiel de privilégier des interventions à de multiples niveaux sur l'environnement social des adolescents; leur santé est fortement influencée par les normes de leurs pairs, les modèles de rôles, les attentes de réussite, le soutien de la société, du voisinage, des institutions et des organismes de la communauté.

De nouvelles façons de faire sont dorénavant à partager par les partenaires pour une approche plus globale et intégrée auprès des jeunes et de leur famille.

Stratégie IV

Soutenir les actions issues des milieux qui visent à réduire les inégalités en matière de santé et de bien-être, particulièrement au regard de la pauvreté

Certains groupes plus vulnérables, notamment en raison de leurs conditions de vie, nécessitent une attention particulière¹⁹. Des disparités dans l'accès à des services adaptés, des inégalités de santé et de bien-être ainsi que des situations de

¹⁸ S. Leonard Syme, *Health Promotion Matters*, Juillet 1997 : Individual vs Community Interventions in Public Health practice : Some Thoughts About a New Approach.

¹⁹ RRSSAT, *Plan d'action global en matière de santé et de bien-être en Abitibi-Témiscamingue*, février 1994, 112 p.

vulnérabilité accrue peuvent en découler à cause de leur différence (leurs choix d'affirmation, l'orientation sexuelle, la culture, l'ethnicité, le sexe, l'isolement géographique, l'analphabétisme, etc.) Une analyse de la dynamique et des réalités vécues dans le milieu est nécessaire pour une intervention adaptée et efficace. L'approche doit être souple et tenir compte des valeurs et croyances des personnes et des groupes concernés; les solutions qu'ils proposent doivent être entendues et prises en compte.

Concernant la pauvreté, ainsi que le phénomène d'appauvrissement, un impact majeur sur la santé et le bien-être des personnes et des familles est démontré. Dans une perspective de développement des communautés, nous entendons privilégier des interventions intégrées qui mobilisent l'ensemble des communautés. Les divers partenaires sont invités d'une part, à soutenir les initiatives issues des milieux qui visent à réduire les diverses inégalités sociales et de santé et d'autre part, à poursuivre leurs efforts de développement social pour contrer la pauvreté et l'appauvrissement.

L'intervention de santé publique doit tenir compte du fait que le changement, la motivation, les valeurs, les solutions, le capital santé sont au sein des individus, des groupes et des communautés.²⁰ Ils construisent à partir de leurs forces et de ce qui les anime. Ils peuvent développer les capacités d'adaptation aux situations ainsi que les habiletés à résoudre des problèmes qui leur sont propres. Ils peuvent ainsi acquérir un sentiment de contrôle sur les conditions qui influencent leur santé et participer à la mise en place de solutions qui sont les leurs.

Stratégie V

Intégrer davantage l'évaluation dans les activités de promotion de la santé et de prévention

La réalisation d'activités d'évaluation, en collaboration avec les différents milieux, est essentielle pour porter un jugement critique sur les interventions réalisées. Pour ce faire, la mise en place de mécanismes spécifiques de soutien et d'accompagnement est nécessaire; ceci devrait permettre aux divers partenaires de devenir les plus autonomes possible dans l'évaluation de leurs interventions.

²⁰ S. Leonard Syme, *Health Promotion Matters*, Juillet 1997 : Individual vs Community Interventions in Public Health practice : Some Thoughts About a New Approach.

Les divers types d'évaluation (évaluation d'implantation, suivi d'indicateurs, évaluation de processus, etc.) devront être abordés dans les priorités de formation et de ressourcement lors de la mise en œuvre du *Plan d'action régional de santé publique*.

Stratégie VI

Soutenir l'élaboration et la mise en place de modèles innovants d'intégration des activités de santé des individus et des populations dans le cadre de l'implantation des réseaux locaux de services intégrés

À l'occasion de la vaste opération de modernisation du réseau, il s'avère important d'établir des ponts entre l'actualisation en Abitibi-Témiscamingue du *Programme national de santé publique* et les modes d'organisation de services dans les réseaux locaux. Tenant compte des défis à relever pour les années à venir, un meilleur équilibre entre l'approche clinique de la maladie et les efforts qui s'adressent à l'ensemble des déterminants de la santé et du bien-être des individus et des populations, devient incontournable.

Intégration de la prévention dans le travail quotidien

Non seulement est-il essentiel d'intégrer la prévention dans le travail quotidien des intervenantes et des intervenants de première ligne, mais un maillage est aussi requis entre les interventions préventives traditionnelles de santé publique, les activités cliniques de divers professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux, dont les médecins, et un bon nombre d'interventions dispensées par les organismes dans la communauté. De plus, les liens ont avantage à être plus articulés entre les actions pour la santé des collectivités et certaines interventions très ciblées auprès d'individus pour contrer des problèmes sociaux ou de santé. Le défi est grand mais réaliste!

Des modèles innovants

Comme le recommande le *Conseil de la santé et du bien-être* dans son *Avis sur l'organisation locale et la régionalisation des services de santé et des services sociaux*,²¹ il est important de « mettre à la disposition des acteurs locaux des équipes de projets pour les aider à implanter leur organisation locale de services ». De plus, il est recommandé de « créer des conditions de pratique professionnelle propices au fonctionnement des organisations locales de services ». À titre d'exemple, un projet local tout à fait innovant et mobilisateur a bénéficié d'un tel soutien de la part de l'équipe régionale de santé publique et de la mise en place de « conditions propices ». Il s'agit du projet « *Pikatemps* » qui privilégie, au-delà des services traditionnellement offerts, de nouveaux modes de pratique, des changements d'attitudes. Ce projet de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang vise les jeunes de la rue et met en action une équipe interculturelle d'intervenantes et d'intervenants autochtones et non autochtones. Le projet relève de la première ligne et les services sont adaptés et offerts dans le milieu de vie des clientèles visées.

Lors de l'implantation des activités, il va sans dire qu'un soutien accru aux pratiques cliniques préventives est nécessaire, comme c'est le cas pour la réalisation de plusieurs cibles du *Programme national de santé publique*.

Tout en s'inscrivant dans une approche de proximité, de tels projets permettent une collaboration créative avec les partenaires. L'on prend de plus en plus conscience que des mécanismes doivent être mis en place pour assurer les liens pratiques entre : les spécialistes de différentes disciplines et de programmes, les intervenantes et les intervenants de première ligne, d'éventuels agentes et agents de soutien et d'accompagnement et l'ensemble des autres partenaires des communautés locales.

D'autres projets novateurs en termes de création ou de consolidation de services intégrés pour la population de la région ont été élaborés; citons, à titre d'exemple, un projet d'implantation de cliniques multidisciplinaires de prise en charge des maladies chroniques mis de l'avant en Abitibi-Témiscamingue en 2003.

²¹ Conseil de la santé et du bien-être, *Avis sur l'organisation locale et la régionalisation des services de santé et des services sociaux*, septembre 2003, 65 p.

Dans le modèle de lutte aux maladies chroniques privilégié en Abitibi-Témiscamingue, une clinique multidisciplinaire est au cœur d'un réseau de services intégrés. Elle offre des services professionnels de suivi aux personnes présentant des facteurs de risque ou souffrant de maladies chroniques. Elle est également responsable d'accueillir les personnes utilisatrices de services n'ayant pas de médecin traitant, de répondre à leurs premiers besoins, de les diriger vers les ressources les plus appropriées du réseau, et de s'assurer qu'il y a une prise en charge. De plus, cette clinique se veut une clinique ouverte sur le milieu et l'équipe multidisciplinaire est responsable d'actions préventives au sein de la communauté pour créer des environnements favorables à la santé et agir en partenariat sur les facteurs de risque communs (alimentation, sédentarité, tabagisme, ...) pour prévenir les principales maladies chroniques sur leur territoire. Une telle façon de faire pourrait s'adapter à d'autres domaines d'intervention comme celui de la santé mentale.

Tenant compte de nos particularités en Abitibi-Témiscamingue, certaines actions de maintien et d'amélioration de la santé et du bien-être se doivent d'être dirigées vers des problématiques très ciblées, particulièrement lorsque sévit la pénurie de certaines ressources professionnelles ou lorsqu'il s'agit d'améliorer l'accès aux services de base dans des situations d'éloignement géographique.

Notre région est aux prises avec un problème persistant de pénurie en ce qui a trait aux effectifs médicaux. La stratégie d'action développée est globale et permet l'interdisciplinarité plutôt que de s'appuyer uniquement sur le médecin de famille comme responsable de la prise en charge de la première ligne. Tout en visant une accessibilité²² locale durable aux services de base, elle a pour but de relier de façon plus efficace et efficiente, les intervenantes et les intervenants publics et privés qui sont concernés sur le territoire local.

Il demeure crucial, pour l'intervention de santé publique, de non seulement maintenir mais renforcer le volet d'action dans la communauté lors de la mise en place de ces modèles innovants. Des efforts qui misent sur l'innovation en ce qui a trait à la dispensation des services de santé peuvent contribuer de façon significative à la mise en œuvre du *Plan d'action régional* et des *Plans d'action locaux de santé publique* ainsi

²² Accessibilité = disponibilité, proximité et rapidité.

qu'au développement des réseaux locaux de services.

Cette sixième stratégie contribuera à améliorer l'accès pour la population à des services de santé et des services sociaux adaptés et durables ainsi qu'à assurer une prise en charge optimale de la santé des individus et des populations locales.



Chapitre 4 - Objectifs régionaux et activités à déployer 2004-2007

Tenant compte des valeurs, des principes et des stratégies qui précèdent, des cibles prioritaires ont été retenues au niveau régional. L'on retrouve dans le présent chapitre, les énoncés de moyens et les mesures en vue d'atteindre les objectifs de santé et de bien-être retenus dans le *Programme national de santé publique*. Ces objectifs sociosanitaires sont énumérés à l'annexe 3 au regard des divers domaines d'intervention en santé publique.

En Abitibi-Témiscamingue, les huit domaines d'intervention sont les suivants :

- le développement des communautés;
- le développement, l'adaptation et l'intégration sociale;
- les habitudes de vie et les maladies chroniques;
- les traumatismes non intentionnels;
- les maladies infectieuses;
- la santé environnementale;
- la santé en milieu de travail;
- l'organisation des services de santé publique en milieu rural.

Les pages qui suivent constitueront un document de référence et un guide pour l'action de santé publique dans divers secteurs d'activités. Les objectifs régionaux et les activités à déployer pour les années 2004-2007 y sont précisés de même que des indications sur le plan des ressources. L'estimation du financement se retrouve au chapitre 8. Il est à noter que les montants apparaissant dans les grilles sont les sommes récurrentes additionnelles nécessaires à la réalisation des activités du plan d'action.

Définition de la légende et abréviations des termes utilisés :

M = Maintenir : un service, un programme ou une intervention poursuivi parce que jugé efficace ou prometteur.

C = Consolider : un service, un programme ou une intervention poursuivi parce que jugé efficace ou prometteur et devant être accessible à l'ensemble des territoires de CLSC (finir de développer ce service, programme ou intervention).

D = Développer : un service, un programme ou une intervention qui n'existe pas dans la région ou les territoires de CLSC et qui doit être accessible parce que jugé efficace ou prometteur.

HMIF : ressources humaines, matérielles, informationnelles et financières récurrentes ou non.

Au regard de l'estimation du financement, considérant que certaines cibles sont communes à l'ensemble des domaines d'intervention, un budget global a été identifié pour regrouper celles-ci :

- le marketing social / information / campagne promotionnelle (150 000 \$);
- soutien aux pratiques cliniques préventives (70 000 \$).

4.1 Développement des communautés

4.2 Développement, adaptation et intégration sociale

4.3 Habitudes de vie et maladies chroniques

4.4 Traumatismes non intentionnels

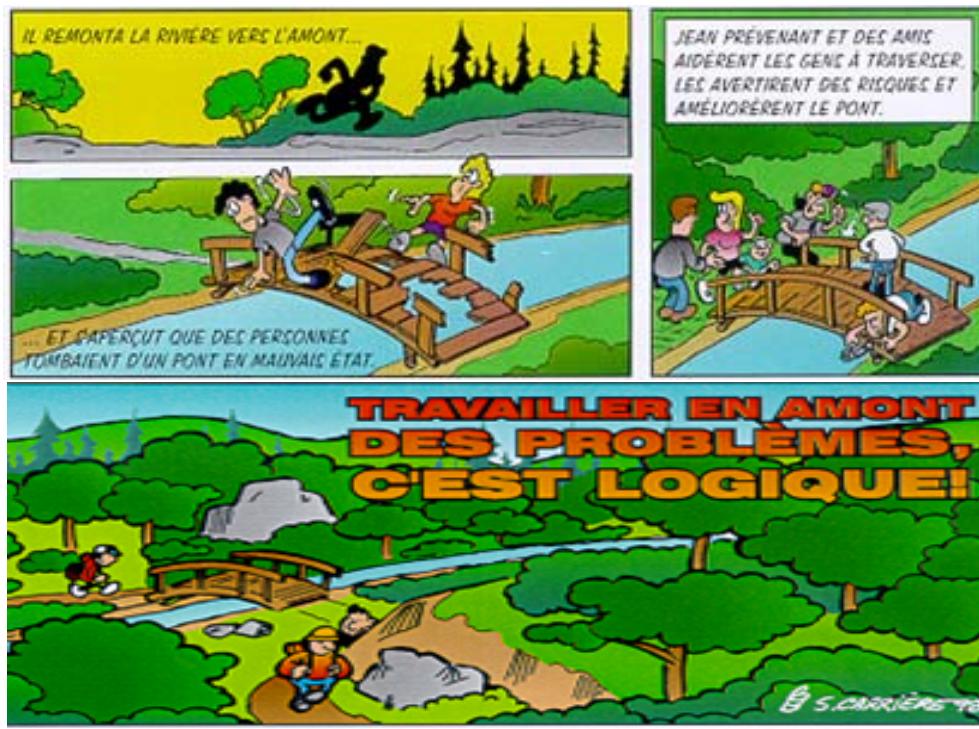
4.5 Maladies infectieuses

4.6 Santé environnementale

4.7 Santé en milieu de travail

4.8 Organisation des services de santé publique en milieu rural

Il est important de préciser que le *Plan d'action régional de santé publique* se veut dynamique et évolutif dans le temps. De nouvelles connaissances sur l'état de santé et de bien-être de la population, sur les interventions jugées efficaces ou prometteuses ainsi que sur l'expérimentation de modèles innovants dans les modes d'organisation de services préventifs seront progressivement disponibles. De plus, sur le terrain, des couleurs locales répondant aux réalités et aux spécificités des divers territoires apparaîtront dans les *Plans d'action locaux de santé publique*. Enfin, certaines conditions de base à mettre en place, tel que décrit au chapitre huit, pourront faciliter l'actualisation de ces plans d'action, tant au niveau régional que local.



Chapitre 5 - Recherche et évaluation²³

5.1 L'innovation en santé

La Direction de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue reconnaît qu'elle a peu de contrôle direct sur plusieurs déterminants de la santé tels que l'environnement social et économique ou encore l'environnement physique. De nombreux leviers d'action se trouvent dans les communautés qui possèdent leurs propres capacités et leurs ressources. Une action efficace en matière d'amélioration de la santé et du bien-être nécessite donc de travailler avec les acteurs-clés dans les communautés. Cette vision de la santé des communautés se traduit par des actions novatrices dans le champ de la promotion de la santé ou celui de la prévention mais également dans les domaines de la recherche et de l'évaluation. Ainsi, les portraits de santé des communautés dont il sera question un peu plus loin s'inscrivent dans cette nouvelle vision de la santé. Il en est de même des approches d'évaluation d'inspiration constructiviste et participative qui s'appuient sur la compréhension des actrices et des acteurs locaux pour construire une connaissance contextualisée directement utile pour l'action.

Il est important de miser sur des méthodes de recherche qui permettent de mieux répondre aux préoccupations soulevées par la complexité des interventions de multiples niveaux. Il faut particulièrement intégrer les méthodes qualitatives et quantitatives.

²³ Les informations de cette section sont tirées des documents suivants :

- Direction de santé publique, *Centre d'innovation en santé. Pour relever le défi santé et bien-être en Abitibi-Témiscamingue*. Version préliminaire du 23 octobre 2002.
- Réal LACOMBE, *Portrait de santé des communautés*. Conférence présentée au 8^e Colloque biennal du regroupement des intervenants et intervenantes en action communautaire (RQIIAC) le 30 mai 2002.
- Paule SIMARD, *Évaluation des Villes et Villages en santé au Québec : un guide de réflexion* (titre provisoire). Document de travail en préparation pour l'Institut national de santé publique, 2004.

5.2 Les portraits de santé des communautés

Les portraits de santé traditionnels portent généralement sur les problèmes sociaux et de santé individuels. Toutefois, ils ont souvent des limites en ce sens que les données ne sont parfois pas disponibles à l'échelle des localités ou encore ne sont pas significatives en raison de la petite taille des populations concernées. De plus, ils peuvent avoir un effet démobilisateur sur les communautés en apportant essentiellement des informations de nature négative.

La Direction de santé publique a donc décidé d'innover et d'effectuer des portraits de santé des communautés en recourant à de nouvelles approches et méthodes d'appréciation de la santé basées sur la mesure du « capital social » ou de la « capacité communautaire », éléments reconnus comme des déterminants positifs de l'état de santé. À titre d'exemple, l'enveloppe 2003-2004 du *Programme de subventions en santé publique* est ainsi consacrée au projet « *Portraits de la dynamique communautaire de 13 quartiers ruraux de la ville de Rouyn-Noranda* ». Ce projet est réalisé en partenariat avec le CLSC Le partage des eaux et la Ville de Rouyn-Noranda dans le contexte des fusions municipales et de la *Politique sur la ruralité*. L'accent est mis sur quatre dimensions de la capacité communautaire : la participation des citoyennes et des citoyens, le leadership, les réseaux sociaux et la vision de la communauté. Ceci viendra compléter les portraits de communautés réalisés par les agentes et les agents de développement rural dans le cadre du Pacte rural. Les retombées envisagées de ce projet sont multiples :

- permettre au CLSC de mieux connaître les milieux qu'il dessert afin de développer des stratégies d'empowerment et des approches mieux ciblées;
 - permettre à la ville de Rouyn-Noranda de mieux saisir les forces et le potentiel existant dans chaque communauté afin de faciliter la mise en place de projets améliorant la qualité de vie des citoyennes et des citoyens;
-
- Devis de recherche. Projet « Portraits de la dynamique communautaire de 13 quartiers ruraux de la ville de Rouyn-Noranda ». Version préliminaire de janvier 2004.

- permettre aux populations des 13 quartiers ruraux de développer des projets adaptés à leurs besoins et à leurs forces;
- permettre à la Direction de santé publique de développer de l'expertise dans les nouvelles pratiques de recherche et de soutien aux communautés.

5.3 L'évaluation des initiatives de développement des communautés

Les initiatives de développement des communautés se distinguent des autres programmes de santé publique par le fait que les communautés décident elles-mêmes des projets et des objets sur lesquels elles veulent travailler. Évaluer les initiatives de développement des communautés constitue donc un défi de taille. En effet, la nature même de telles actions, plus axées sur le processus même de concertation que sur des interventions prédéfinies, fait en sorte qu'il est difficile, voire même impossible, d'utiliser les formes habituelles d'évaluation de programme ou les indicateurs classiques de santé. Par ailleurs, les approches de développement des communautés, notamment l'approche Villes et Villages en santé, s'appuient sur des stratégies d'action visant une participation active des citoyennes et des citoyens et une vision intersectorielle de l'intervention. Elles sous-tendent de longs processus de transformation des individus et des communautés. C'est pourquoi il apparaît indispensable que l'évaluation de ce type d'expériences se fasse dans le même esprit, c'est-à-dire qu'elle favorise la participation des communautés et qu'elle s'inscrive dans un processus d'apprentissage et de réappropriation du pouvoir par les personnes engagées dans ces projets.

La Direction de santé publique travaille, depuis quelques années déjà, au développement d'approches d'évaluation participatives qui puisent dans les paradigmes constructivistes et participatifs. Entre autre, une réflexion de fond sur les approches participatives d'évaluation d'initiatives Villes et Villages en santé est en cours avec *l'Institut national de santé publique*. Quelques projets d'envergure sont en train d'être développés afin de raffiner et de tester un cadre d'évaluation permettant aux communautés d'évaluer leurs projets de développement. L'approche proposée dans ces projets est plutôt novatrice en ce qu'elle met l'accent sur les

processus de transformation des communautés. À partir de ces recherches, il sera possible de développer des outils d'évaluation pouvant être utilisés par les communautés, les intervenantes et les intervenants, ainsi que les bailleurs de fonds. La Direction de santé publique utilisera également ces travaux pour former les communautés et les intervenantes et intervenants locaux de manière à les rendre plus autonomes en évaluation et plus aptes à utiliser des approches participatives.

5.4 L'évaluation du plan d'action régional

La nécessité d'évaluer le plan d'action régional (PAR) est une exigence à laquelle doit répondre la Direction de santé publique comme toute autre administration publique québécoise. De fait, la *Loi sur la santé publique* stipule que le PAR doit comporter des mécanismes de reddition de compte et un cadre d'évaluation des résultats.

Ces activités d'évaluation du PAR se traduiront ainsi par des activités de :

- suivi d'indicateurs sociosanitaires pour suivre l'évolution de l'état de santé de la population de la région;
- reddition de compte selon les ententes prévues par le MSSS;
- cueillette d'informations à la fin de l'année financière pour apprécier le degré d'atteinte des résultats attendus;
- information, suivi des résultats et des mesures appropriées selon les écarts observés.

Outre les cibles des ententes de gestion, des précisions seront apportées quant aux résultats attendus auprès des instances locales et des partenaires lors de l'allocation budgétaire annuelle;

Des études évaluatives spécifiques à certains programmes ou services pourront également être entreprises pour documenter davantage certains aspects. À cet égard, la Direction de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue privilégie l'adoption d'approches qui permettent aux partenaires de participer aux étapes cruciales de la démarche d'évaluation.

Chapitre 6 - Plan de surveillance continue de l'état de santé de la population

Selon la *Loi sur la santé publique*, la surveillance continue de l'état de santé doit être exercée de façon à pouvoir :

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

Par ailleurs, la loi exige l'élaboration d'un plan de surveillance qui doit être soumis pour avis au *Comité d'éthique en santé publique*, puis éventuellement à la *Commission d'accès à l'information* pour obtenir les renseignements nécessaires à l'exercice de la fonction de surveillance. Un plan de surveillance commun a ainsi été élaboré pour les volets national et régional avec la collaboration de plusieurs instances, soit des représentants des cinq tables de concertation nationale, des directions de santé publique, de l'*Institut national de santé publique du Québec* et du *ministère de la Santé et des Services sociaux*. L'adhésion au plan commun par la Direction de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue garantira l'accessibilité aux données nécessaires pour assumer la fonction de surveillance. Cela permettra également d'assurer la cohérence et la comparabilité des résultats entre tous les paliers (locaux, régionaux et national) avec l'adoption et le développement de méthodes standardisées. La surveillance de l'état de santé de la population de l'Abitibi-

Témiscamingue s'effectuera selon le plan commun; aucun plan régional spécifique de surveillance ne s'ajoutera à celui-ci. Par ailleurs, la Direction de santé publique continuera de participer aux travaux de la Table de concertation nationale en surveillance qui se préoccupe, entre autres, de l'alimentation en données.

Cependant, compte tenu de l'ampleur des objets de surveillance²⁴ définis dans le plan commun et des ressources disponibles en Abitibi-Témiscamingue pour assumer la fonction, un exercice de priorisation devra être fait afin de répondre du mieux possible aux besoins des communautés et des intervenantes et des intervenants, tant dans les réseaux locaux de services qu'à l'échelle régionale. Il importe de souligner ici qu'un des buts de la surveillance demeure d'informer la population et les personnes en charge de la planification des services sociaux et de santé.

En matière de surveillance, un rapport régional sur l'état de santé de la population, prévu conformément à l'article 10 de la *Loi sur la santé publique*, sera produit par la Direction de santé publique selon des modalités fixées ultérieurement. En plus de ce rapport, la Direction de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue poursuivra ses efforts de vulgarisation de l'information en faisant des documents brefs et concis tels des fascicules thématiques, des faits saillants, etc. Elle continuera également à faire des présentations aux différents publics concernés et utilisera tous les moyens à sa disposition pour diffuser l'information. À cet égard, la collaboration avec d'autres instances régionales telles que l'*Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue*, le *Conseil régional des élus*, le *Comité de développement social de la Commission administrative régionale*, s'avère précieuse.

²⁴ On retrouve plus de 200 objets de surveillance différents. Ceux-ci peuvent être regroupés dans une douzaine de catégories telles que : caractéristiques personnelles, conditions démographiques, conditions socio-économiques, environnement physique, environnement social, habitudes de vie et comportements, etc.

Chapitre 7 - Plan régional de mobilisation des ressources

Le contexte légal

L'adoption de la *Loi sur la santé publique*, en décembre 2001, ainsi que le lancement du *Programme national de santé publique 2003-2012*, en 2003, constituent un tournant dans la pratique de la santé publique au Québec. Cette loi stipule qu'un *Plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux* doit être inclus dans le PAR et donne aux divers responsables des moyens pour exercer leurs fonctions et leurs obligations.²⁵

A l'échelle du Québec, divers mécanismes ont été mis en place dans le passé pour faire face à des situations où les ressources habituelles d'une ou plusieurs directions de santé publique seraient débordées par l'ampleur de la tâche. L'expérience des années passées démontre que cette probabilité demeure faible. Ces situations se retrouvent notamment en maladies infectieuses.

Cependant, en l'absence d'entente formelle, les directions de santé publique s'en remettaient jusqu'ici à la bonne volonté de leurs partenaires, lesquels ont habituellement collaboré avec elles dans la mesure de leurs moyens.

L'obligation légale de développer un *Plan régional de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux*²⁶ vise donc à formaliser cette bonne entente traditionnelle entre, d'une part, la Direction de santé publique et d'autre part, les établissements de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, plus spécifiquement les établissements à mission CLSC au sein desquels prennent place plusieurs des activités de première ligne en santé publique.

²⁵ Loi sur la santé publique, projet de loi no 36, 2001, c.60, a.12.

²⁶ Certaines sections de ce chapitre s'inspirent des plans de mobilisation rédigés par les directions de santé publique de l'Estrie, de la Montérégie et de Lanaudière.

Le législateur précise dans la nouvelle loi les conditions de mise en opération du plan de mobilisation, ainsi que les implications qui en découlent :

« Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut mettre en opération le Plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire prévu au Plan d'action régional de santé publique et celles-ci sont alors tenues de se conformer aux directives du directeur. »²⁷

Dans la région, il existe également un plan de mesures d'urgence de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Agence). Ce plan comporte quatre volets : santé physique, santé publique, services psychosociaux et communication. Le plan de mobilisation peut s'intégrer ou non dans ce plan régional de mesures d'urgence, selon la nature de la situation, comme on le verra plus loin.

La notion de menace à la santé

L'article 12 de la *Loi sur la santé publique*, précise que le plan de mobilisation s'applique lorsque « la santé de la population (...) est menacée ». Il convient donc de définir ce que la loi entend par « menace à la santé » :

« On entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée. »²⁸

Au sens de l'article 2 de la Loi, la menace à la santé de la population implique la présence d'un agent biologique, chimique ou physique (tel que des radiations ou des ondes électromagnétiques). Ainsi, les agents mécaniques (par exemple, dans le cas des traumatismes dus aux accidents de la route) et les épidémies de phénomènes sociaux

²⁷ Ibid, c. 60, a. 97.

²⁸ Ibid, c. 60, a. 2.

(par exemple, le suicide) ne représentent pas des menaces au sens de l'article 2. Ces situations sont plutôt gérées par des mesures de prévention spécifiques et font l'objet de demandes d'aide formelle.

La notion de menace appréhendée à la santé

Les autorités de santé publique interviennent lorsqu'elles jugent la menace réelle, mais elles peuvent également le faire lorsqu'une menace n'est qu'appréhendée. En effet, la Loi englobe, à l'article 2, toute situation où un agent est « susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée ».

Lorsqu'elle précise les circonstances justifiant la tenue d'une enquête épidémiologique, la Loi est encore plus explicite sur le rôle des autorités de santé publique face à une menace, qu'elle soit réelle ou appréhendée :

« Un directeur de santé publique peut procéder à une enquête épidémiologique dans toute situation où il a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être. »²⁹

L'exemple suivant peut aider à mieux comprendre la notion de menace appréhendée. Le fait qu'il y ait un réservoir contenant un agent chimique susceptible de causer une menace ne constitue pas en soi une menace appréhendée si la présence de cet agent est contrôlée. Par contre, si un accident ou une détérioration du réservoir laisse soupçonner que la présence de cet agent n'est pas bien contrôlée, la situation peut correspondre à une menace appréhendée. On comprend, dès lors, que le diagnostic de menace appréhendée relève du jugement professionnel, ce qui implique une évaluation systématique de chacune des situations présentées.

La notion d'épidémie

En vertu de l'article 2 de la Loi, la menace à la santé définit les situations où un agent est « susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée ». Il y a épidémie lorsque le nombre de cas observés dépasse le nombre de cas normalement attendus. Le nombre absolu n'est donc pas forcément élevé : dans certaines situations, un seul cas

²⁹ Op.cit., chapitre XI, article 96.

pourra être suffisant pour constituer une menace à la santé de la population.

La notion d'épidémie est associée à la démonstration d'un risque de transmission ou d'extension de la menace. La transmission peut se faire de personne à personne, comme dans le cas des maladies infectieuses, mais elle peut aussi dépendre de l'exposition à une source commune de contamination.

Les conditions de mise en opération du plan de mobilisation des ressources

À l'article 97 de la *Loi sur la santé publique*, le législateur définit les conditions de mise en opération du plan de mobilisation :

« Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut mettre en opération le *Plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux* de son territoire prévu au *Plan d'action régional de santé publique* et celles-ci sont alors tenues de se conformer aux directives du directeur. »³⁰

Deux types de menace peuvent donc justifier le déclenchement, par le directeur de santé publique, du plan régional de mobilisation des ressources :

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

À titre d'exemple, la Direction de santé publique pourrait être confrontée à un épisode de toxoinfection alimentaire touchant un très grand nombre de personnes. D'emblée, l'ampleur de l'intervention initiale, soit l'enquête épidémiologique, pourrait amener un

³⁰ Ibid, c. 60, a. 97.

questionnement sur la capacité de la direction régionale à « intervenir efficacement ». Si, par ailleurs, l'application des mesures de contrôle jugées appropriées requiert une intervention très concentrée dans le temps, l'intensité de cette intervention pourrait également amener un questionnement sur la capacité de la direction régionale à « intervenir dans les délais requis ». Dans les deux cas, le plan de mobilisation pourrait être activé.

Le mécanisme de mise en opération du plan de mobilisation des ressources en Abitibi-Témiscamingue

Le mécanisme de mise en opération du *Plan régional de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux* se présente comme suit :

ÉTAPE 1

Identification d'une menace à la santé dont la gestion dépasse les capacités usuelles d'intervention du réseau de la santé publique

Lors de situations d'urgence nécessitant la mise en branle du plan de mobilisation, toutes les ressources humaines en protection de la santé publique à la Direction de santé publique devront être utilisées. Concernant le service de santé au travail, des ententes devront être faites avec la CSST pour rendre disponibles ces ressources.

ÉTAPE 2

Évaluation de la capacité de réponse de la Direction de santé publique et des autres directions de l'Agence

Avant de recourir à la mobilisation d'autres organismes du réseau, un effort sera fait afin de mettre à contribution les employés œuvrant en santé publique et à l'Agence, selon leurs compétences respectives. Toutes les tâches n'exigeant pas d'expertise médicale peuvent, en effet, être partagées avec le personnel de bureau et professionnel, après une formation intensive adéquate. Le directeur de santé publique fera donc appel aux gestionnaires des différentes directions pour mobiliser les ressources requises. Par contre, les tâches exigeant une expertise biomédicale doivent être prises en charge par les médecins et les infirmières de la Direction de santé publique.

ÉTAPE 3

Déclenchement du plan de mobilisation, si la capacité de réponse du système usuel d'intervention en santé publique est insuffisante

En présence d'une situation où la capacité de répondre de la Direction de santé publique est insuffisante, le cadre assurant la garde pour l'établissement concerné (CH³¹, CLSC OU CS) sera rejoint et l'information concernant la situation vécue lui sera acheminée en lui indiquant la catégorie et le nombre de professionnelles et professionnels nécessaires pour la gestion de la menace ayant conduit au déclenchement du plan de mobilisation. Ce cadre aura ensuite la responsabilité de communiquer cette réquisition de ressources humaines aux gestionnaires de son établissement en mesure de répondre à cette demande.

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

ÉTAPE 4

Mobilisation du personnel nécessaire, d'abord de l'instance locale du territoire concerné, puis si nécessaire, des autres établissements de la région

L'application du plan de mobilisation des ressources touchera d'abord les établissements de santé et de services sociaux du territoire concerné par la menace à la santé de la population. La mobilisation de personnel visera plus spécifiquement les établissements issus du territoire où il y a la problématique, et au sein desquels se retrouvent plusieurs des activités de première ligne en santé publique, afin d'optimiser les efforts de formation qui devront prendre place par la suite. Les autres établissements de la région pourraient aussi être mis à contribution. La séquence de mobilisation pourra suivre l'ordre de proximité géographique par rapport au site de la menace et pourra aussi viser les établissements

³¹ Dans le cas des CH et CS, idéalement, il s'agirait des directeurs des services professionnels et hospitaliers (DSPH).

pouvant libérer leur personnel avec le moindre impact sur les services à la clientèle.

ÉTAPE 5

Formation intensive du personnel mobilisé et placé sous l'autorité du directeur de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue

Selon le besoin, la Direction de santé publique organisera des activités de formation sous forme de conférences téléphoniques, visioconférences ou sessions de formation en établissement en fonction des enjeux et du nombre de personnes mobilisées.

ÉTAPE 6

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

Selon la nature des tâches à effectuer, la contribution du personnel de l'établissement pourra prendre place à l'établissement même ou aux bureaux de la Direction de santé publique. Quel que soit le scénario retenu, une supervision étroite des opérations sera assurée par la Direction de santé publique afin que l'ensemble de l'intervention soit coordonné.

ÉTAPE 7

Désactivation du plan de mobilisation des ressources et évaluation de l'intervention de santé publique

Le monitoring serré de l'intervention permettra de déterminer à quel moment la mobilisation du personnel des établissements pourra prendre fin afin que chaque employé dont les services auront été réquisitionnés, retourne aussi tôt que possible à ses tâches habituelles. Une évaluation globale de l'intervention devra être effectuée dans les jours suivant la désactivation du plan de mobilisation des ressources, de manière à souligner les forces et les faiblesses du plan. Ici encore, la forme que prendra cette évaluation tiendra compte de l'ampleur de l'intervention réalisée et du nombre d'établissements impliqués.

Le plan de mobilisation des ressources et ses liens avec le plan régional des mesures d'urgence

Le plan de mobilisation des ressources doit être vu comme une réponse à l'obligation de s'organiser en vue de contrer les menaces à la santé de la population, au sens de la *Loi sur la santé publique*. Il peut s'appliquer dans des situations où le recours aux ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire serait nécessaire sans qu'elles constituent des urgences au sens du plan régional de mesures d'urgence qui, lui, se trouve géré ultimement par le *ministère de la Sécurité publique*. Ces situations peuvent être vues comme des urgences particulières au cadre d'application de la *Loi sur la santé publique*, et elles sont alors visées par le plan de mobilisation des ressources qui s'inscrit dans le cadre des activités relatives à la protection de la santé publique.

Toutefois, si des situations d'urgence telle que définies dans ce plan s'accompagnent de menaces à la santé de la population au sens de la *Loi sur la santé publique*, le directeur de santé publique pourra être justifié de déclencher également le plan de mobilisation des ressources qui sera alors complémentaire au plan régional des mesures d'urgence.

Rôles et responsabilités des établissements sollicités :

- préparer son propre plan de mobilisation local;
- fournir à la Direction de santé publique le numéro de téléphone pour rejoindre en tout temps une personne responsable pour mettre en marche le plan de mobilisation local. Ce numéro ne devrait pas être rattaché à un individu en particulier;
- dégager les ressources humaines requises telles que déterminées par l'évaluation de la situation et les mettre rapidement à la disposition du directeur de santé publique ou de son représentant;
- recueillir les données nécessaires au suivi et à l'analyse de l'intervention.

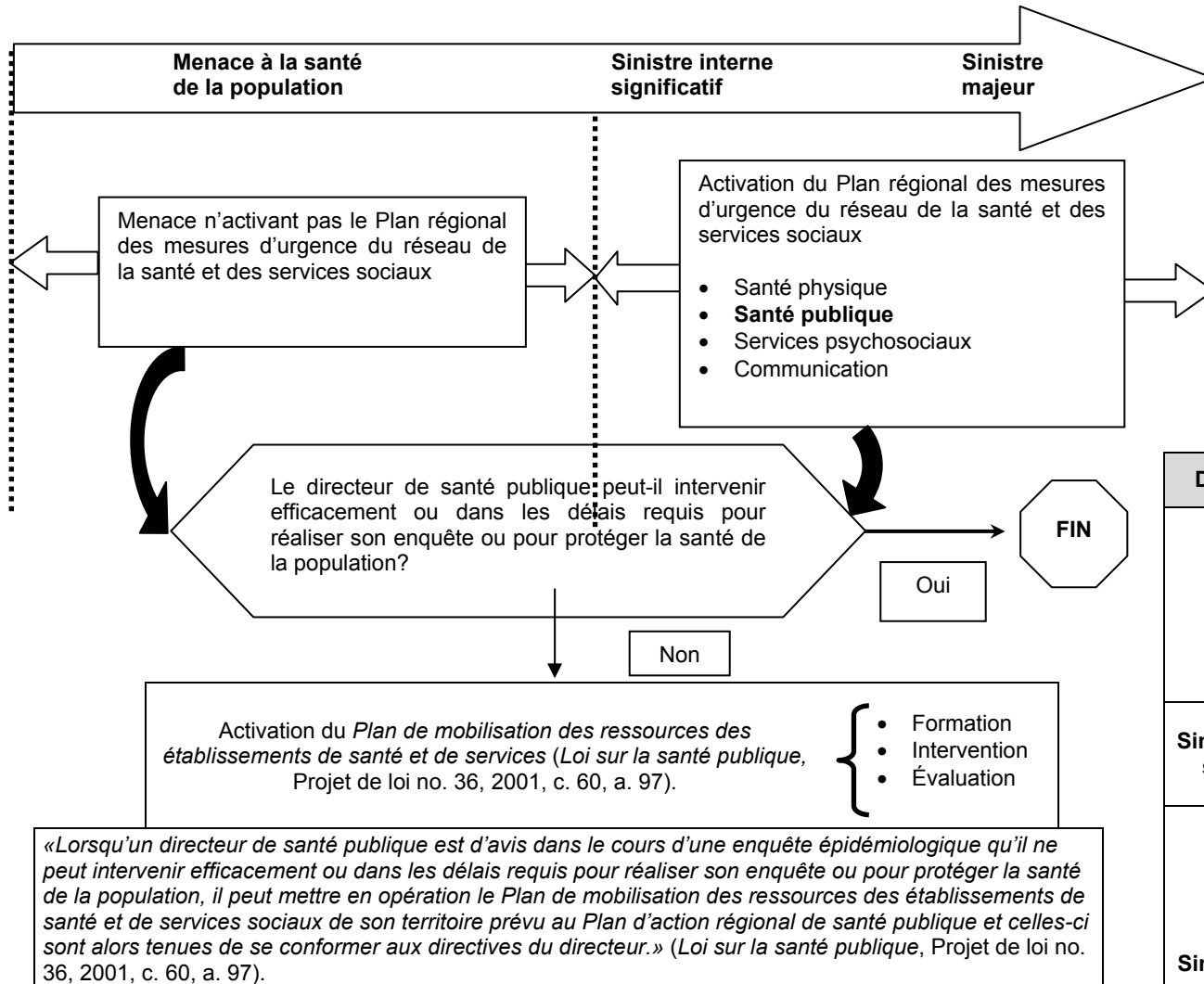
EXEMPLE D'UN CAS POUVANT DÉCLENCHER LE PLAN DE MOBILISATION :

Le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

Le SRAS est un exemple d'une problématique « actuelle et réelle » qui pourrait entraîner le déclenchement du plan de mobilisation. Présentement, le réseau de la santé se prépare afin d'être en mesure de mettre en place tous les moyens nécessaires pour contrer rapidement cette maladie lors de la déclaration du premier cas dans la région. L'arrivée de cas de SRAS en Abitibi-Témiscamingue entraînerait assez rapidement une surcharge de travail pour les instances locales, particulièrement pour les suivis des mises en quarantaine de tous les contacts étroits. Parallèlement à cela, les centres hospitaliers devront être prêts à accueillir des cas. La population devra être informée de la situation et des procédures mises en place pour contrer une telle éclosion.

Le schéma qui suit présente l'arbre décisionnel du plan de mobilisation lors de la gestion d'une situation d'urgence, avec ou sans déclenchement du Plan régional des mesures d'urgence, afin d'illustrer la façon dont ces deux plans seront imbriqués éventuellement.

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



DÉFINITION	
Menace	«On entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée.» (Loi sur la santé publique, Projet de loi no. 36, 2001. c. 60, a. 2).
Sinistre interne significatif	Sinistre limité à un établissement, mais suffisamment important pour nécessiter le support des autres établissements et de l'Agence.
Sinistre majeur	«Un événement dû à un phénomène naturel, une défaillance technologique ou un accident découlant ou non de l'intervention humaine, qui cause de graves préjudices aux personnes ou d'importants dommages aux biens et exige de la collectivité affectée des mesures inhabituelles, notamment une inondation, une secousse sismique, un mouvement de sol, une explosion, une émission toxique ou une pandémie.» (Loi sur la sécurité civile, L.R.Q. c. P-173 article 2, paragraphe 1).

Adapté du Plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Agence de santé et de services sociaux de Lanaudière, 2004

Chapitre 8 - Mise en œuvre du Plan d'action régional et des Plans d'action locaux de santé publique

Le *Programme national de santé publique*, une première au Québec, est une mesure des plus structurantes pour guider les activités des plans d'action régional et locaux en Abitibi-Témiscamingue. Or, le tout se situe dans un contexte de changements majeurs nécessitant une transformation des services actuels. Il s'agit, pour les actrices et les acteurs concernés, d'une opportunité sans précédent et ce, en vue d'une plus grande accessibilité et d'une intégration de services préventifs et cliniques visant le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être tant des individus que des populations.

Il est essentiel de reconnaître et de mettre en place les conditions qui faciliteront cette transformation. Une vigilance s'impose face à certaines barrières qui peuvent surgir lors de la mise en œuvre des interventions prévues en santé publique. Il peut s'agir de barrières associées aux attitudes, aux politiques, aux contraintes dans les organisations, aux ressources professionnelles et financières disponibles, aux réalités socio-économiques, à la dispersion de la population sur un grand territoire ou d'autres barrières dans les communautés.

L'on ne peut négliger l'apport essentiel pour la réussite des interventions en santé publique de l'expérience des actrices et des acteurs, de leur sensibilité aux besoins exprimés par les communautés, d'une souplesse face aux changements et d'un regard posé sur les objectifs à long terme.

L'identification des forces et des limites liées aux réalités régionales et locales permet de définir les alliances possibles et d'anticiper les écueils potentiels. La participation de multiples partenaires aux différents processus (planification, approbation, mise en œuvre) permet une appropriation³² à différents niveaux organisationnels ou communautaires; ceci accroît, par conséquent, le maintien de services et d'interventions appropriées et plus efficaces.

L'apport des organismes communautaires contribue de façon significative à l'action de santé publique dans divers secteurs d'activités.

8.1 Conditions de réussite

Selon la littérature, il est reconnu que les ingrédients d'une mise en œuvre réussie sont une planification efficace, un budget adéquat, une bonne organisation, des politiques facilitantes, le développement des compétences, un contrôle adéquat des processus d'évaluation et une reddition de compte basée sur des objectifs de résultats.³³

- Une des premières conditions de réussite pour l'actualisation des éléments du *Programme national de santé publique* dans notre région est déjà en place par le choix du processus d'élaboration en tandem du PAR et des PAL. Il s'agit maintenant de poursuivre dans la même foulée, à l'aide d'activités d'appropriation de l'action de santé publique auprès de toutes les actrices et tous les acteurs concernés.
- Des plans de communication PAR et PAL arrimés sont prévus et doivent se réaliser dès l'automne 2004.
- Un investissement de ressources financières, permettant la disponibilité de ressources humaines, matérielles et informationnelles adéquates et suffisantes, est nécessaire pour réaliser les activités prévues dans les divers domaines d'intervention.

³² Renaud, Lise, Gomez Zamudio Mauricio, Planifier pour mieux agir, RÉFIPS, Québec, 2^{ème} édition, 1999.

³³ Idem.

- Dans le contexte de la mise en place des réseaux locaux et des nouveaux modes d'allocations budgétaires, il est primordial de s'assurer du respect des budgets dédiés à la santé publique et de la mise en place des mécanismes pour ce faire.
- Les politiques et règlements organisationnels peuvent faciliter grandement la réalisation des activités de santé publique par une cohérence des actions en amont des problèmes.

8.2 Un responsable de la prévention sur chaque territoire

Comme souligné dans le PSTOS,³⁴ le renforcement des capacités des communautés et leur mobilisation est la pierre d'assise sur laquelle il est important de s'appuyer pour accentuer la prévention. Les autres mesures préventives, notamment celles qui visent les habitudes de vie, y seront systématiquement arrimées. Dans le but de solidifier ces assises, un responsable des services préventifs, désigné dans chacun des réseaux locaux doit s'assurer que la prévention est une préoccupation concrète et partagée par les professionnelles et les professionnels et gestionnaires du territoire. Chacun des établissements exploitant un centre local de services communautaires en Abitibi-Témiscamingue se doit donc de :

- nommer un cadre responsable des activités de prévention dans chacun des CLSC et clarifier les responsabilités de cette personne;
- soutenir et collaborer aux actions de prévention dans chacun des territoires, le tout en collaboration avec les organismes de la communauté.

Ainsi, la nomination d'un responsable de la prévention dans chaque territoire sera un des leviers pour la mise en œuvre du *Plan d'action régional* et du *Plan d'action local de santé publique*. De plus, dans le contexte de la création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux intégrés, ce mécanisme facilitera la mise en place et le maintien de conditions de réussite pour dynamiser l'action de santé publique en Abitibi-Témiscamingue.

³⁴ Op.cit., page ____

8.3 Concertation dans l'action

La nature et la complexité des problèmes de santé et de bien-être, la diversité des partenaires ainsi que la création des réseaux intégrés de services commandent un renforcement de l'action intersectorielle concertée à tous les niveaux. De nombreux problèmes, dont ceux vécus par les jeunes et par leur famille peuvent être réduits grâce à une approche de mobilisation au sein des milieux.

La nécessité d'une concertation accrue et d'une interaction constante des partenaires touche particulièrement les CLSC-CS, les centres jeunesse, le Centre d'accueil Normand, les centres hospitaliers, les cliniques médicales, les groupes professionnels, les organismes communautaires, les municipalités et tous les autres organismes concernés par la santé, le bien-être et la qualité de vie au sein des communautés ou la prestation de services sociaux et de santé. Cette concertation a à se vivre dans l'action autour d'objectifs communs très concrets issus des milieux.

Une harmonisation des mécanismes de concertation ainsi que l'expérimentation de nouvelles formes de concertation sont nécessaires.

Des façons de faire novatrices sont à expérimenter pour assurer les liens pratiques entre les intervenantes et les intervenants de première ligne, les actrices et les acteurs des communautés locales, les spécialistes des programmes d'intervention spécifiques de santé publique et les agentes et les agents de soutien et d'accompagnement en développement des communautés. Ainsi, un changement des attitudes et des modes de pratiques pourra se poursuivre ou dans certains cas, s'amorcer.

8.4 Mécanismes de soutien au développement des communautés

Une attention particulière doit être portée aux énergies en émergence dans la collectivité et à la prise de contact avec les milieux locaux. Les actrices et les acteurs concernés au sein des communautés ont à s'entendre sur ce qu'ils peuvent réaliser ensemble et trouver les clés du changement pour le développement de la santé de leur population. Il est dès lors important d'encourager des modes de pratique qui donnent

toute leur place à l'accompagnement et au soutien pour l'analyse du milieu, ainsi que pour la gestion des processus de changement. L'on a pu tirer des leçons à la suite d'expériences antérieures comme celles issues des initiatives « *Healthy Communities* »³⁵ pour la réussite des projets locaux :

- la définition par les communautés de leurs propres frontières sans égards aux frontières administratives traditionnelles;
- l'implication d'animatrices et d'animateurs neutres;
- une flexibilité et une capacité d'adaptation lors de l'utilisation de modèles pour orienter les actions;
- des efforts concrets pour rejoindre et susciter la participation de toute la communauté;
- l'établissement de mécanismes de coordination adaptés à la réalité du milieu pour passer de la vision à l'action, particulièrement dans la phase de transition entre la planification et la mise en œuvre;
- la collaboration de « leaders » lors de processus de concertation;
- un financement adéquat des processus d'implantation;
- une attention et un regard continu pour percevoir les résultats concrets même si les effets réels sur la santé des communautés sont parfois difficiles à mesurer à court terme;
- l'établissement de réseaux entre les diverses initiatives locales;
- l'ouverture face au fait que les changements de fond prennent du temps.

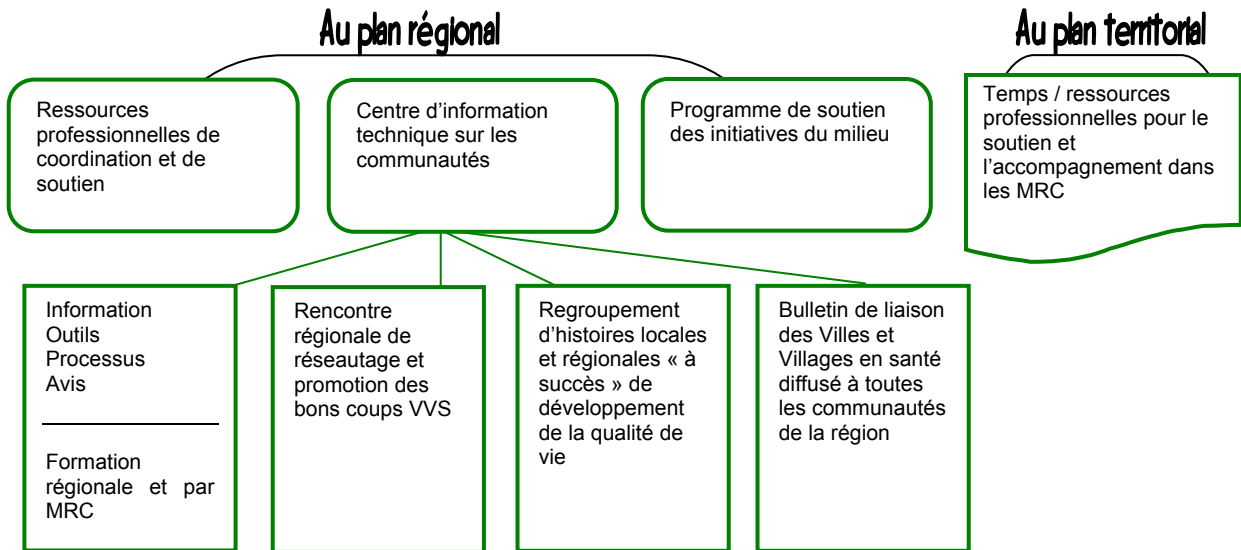
Un **soutien professionnel** peut alors être offert pour l'accompagnement de démarches régionales et locales en vue du maintien et de l'amélioration de la santé. Les actrices et les acteurs de santé publique sont appelés, selon les besoins perçus par les communautés elles-mêmes, à soutenir la réalisation de divers projets dans les milieux locaux, qu'il s'agisse :

- de portraits de santé des communautés avec l'ajout d'indicateurs non traditionnels;
- de création, d'adaptation, d'expérimentation ou de diffusion d'outils qui permettent aux citoyennes et aux citoyens d'exprimer leurs perceptions et de contribuer activement à la recherche de solutions pour agir sur leurs conditions de vie;
- de développement organisationnel pour appuyer la mise en œuvre du *Plan d'action régional et des plans d'actions locaux de santé publique*;
- de soutien aux changements de pratique que nécessite l'approche de développement des communautés;
- d'accompagnement de démarches locales et territoriales pour le maintien et le développement du potentiel humain, de la santé, du bien-être et de la qualité de vie au sein des collectivités;
- de projets de recherche/action et d'activités d'évaluation de processus en développement de santé des communautés;
- de projets de formation adaptée aux besoins exprimés par les « leaders » formels et informels de la communauté.

Le schéma qui suit présente le *Modèle de soutien au développement des communautés* développé et adopté en Abitibi-Témiscamingue (mars 2000).

³⁵ Traduit et adapté du texte The Colorado Trust, *Lessons from the Field : The Colorado Healthy community Initiative*, July 1998.

Modèle de soutien au développement des communautés en Abitibi-Témiscamingue



8.5 L'analyse différenciée selon le sexe

L'appropriation de l'analyse différenciée selon le sexe par toutes les actrices et tous les acteurs concernés par le *Plan d'action régional* et les *plans d'action locaux de santé publique* permettra une connaissance plus juste des besoins et des interventions les plus appropriées à poser selon le sexe. Cette approche entraîne de nouvelles façons de faire, qui apporteront des gains significatifs en matière de santé et de bien-être.

Conformément aux engagements du gouvernement à cet effet ainsi qu'aux orientations énoncées dans le PSTOS, il est important d'implanter l'analyse différenciée selon le sexe. La Direction de santé publique contribuera aux cibles prioritaires déjà identifiées en vue de :

- sensibiliser et former les gestionnaires et le personnel professionnel de santé publique à l'analyse différenciée selon le sexe (ADS) et participer aux diverses étapes de son implantation;
- instaurer progressivement la cueillette et la mise à jour des données qualitatives et quantitatives ventilées selon le sexe;
- effectuer des analyses différenciées selon le sexe à l'intérieur de projets de recherche;

- favoriser l'élaboration d'orientations ou de programmes régionaux en fonction de l'analyse différenciée selon le sexe.

8.6 Développement et maintien des compétences

Dans les divers domaines d'intervention de santé publique et plus spécifiquement dans celui de l'intervention préventive auprès des individus, les connaissances augmentent rapidement. De plus, l'on assiste à une ouverture de plus en plus grande à d'autres disciplines comme la psychologie communautaire, la sociologie et les sciences du développement. Une responsabilité collective de transmission de connaissances à tous les niveaux est maintenant mise de l'avant au Québec.

Situant les services de la Direction de santé publique en deuxième ligne, une responsabilité de transmission des connaissances développées en troisième ligne (*l'Institut national de santé publique*), est des plus nécessaire, compte tenu des défis à relever pour les années à venir. De fait, le développement et le maintien des compétences pour les intervenantes et les intervenants de première ligne sont essentiels à la mise en place des interventions les plus efficaces ou prometteuses et constituent l'une des fonctions de soutien précisées par le *Programme national de santé publique*.

Une contribution est attendue des niveaux locaux, régional et national pour mener à bien les activités de formation en vue de faire connaître et promouvoir les interventions capables de réduire les écarts de santé et de bien-être entre les différents groupes de la population. Il est important d'assurer un soutien à la formation pour favoriser des interventions adaptées aux réalités socioculturelles des groupes en situation de vulnérabilité.

De plus, en ce qui a trait au développement et au maintien des compétences, il est important de poursuivre les activités de formation en continuité avec le *Plan de mise en œuvre*³⁶ des *priorités nationales de santé publique* pour notre région :

- la mise à profit de rencontres de formation et de ressourcement pour renforcer les liens et poursuivre les échanges entre les intervenantes et les intervenants des CLSC, des organismes communautaires et de l'équipe régionale de santé publique;
- la sélection d'outils d'intervention efficaces et la transmission régulière d'information aux intervenantes et aux intervenants;
- la formation/ressourcement en lien avec le développement des communautés et le soutien aux processus de changement au sein des communautés;
- des activités de formation dans le cadre du support à l'implantation de projets et de programmes d'intervention en promotion de la santé et en prévention dont :
 - la réalisation de projets concrets d'intervention intégrée et concertée pour les jeunes et leur famille;
 - la poursuite du support à l'implantation de projets de type « Travailleur de milieu », « Jeunes en santé dans un milieu en santé » ou projets de type « École en santé », projets d'entraide intergénération, services intégrés en périnatalité et en petite

enfance, Y'APP³⁷ ainsi que d'autres projets de soutien parental;

- la mise en place, pour les jeunes de tous les territoires de CLSC, de services intégrés et globaux d'intervention préventive, en tenant compte de la spécificité des milieux et des ressources disponibles de façon à rendre accessibles des activités de promotion, de prévention et de protection dans les domaines suivants : sexualité saine, ITSS³⁸, grossesse, alimentation, santé dentaire, mode de vie actif et sécuritaire, toxicomanie, tabagisme, santé mentale, difficultés d'adaptation, abus sexuel et physique, isolement social.

Selon les domaines d'intervention, d'autres cibles du *Plan d'action régional et des plans d'action locaux de santé publique* nécessiteront la mise sur pied d'activités de formation. L'on peut citer, à titre d'exemple, les interventions à mettre en place dans le cadre de la prévention des maladies chroniques. Enfin, il sera important d'insérer dans les priorités de formation, les divers types d'évaluation (évaluation d'implantation, suivi d'indicateurs, évaluation de processus, etc.).

8.7 Financement

Le portrait des ressources humaines et financières de santé publique, effectué à partir des budgets de 2001-2002 démontre que la région disposait de 8 200 670 \$ pour la réalisation de l'ensemble des activités de santé publique en Abitibi-Témiscamingue.

Des investissements supplémentaires estimés à 5 578 375 \$ sont nécessaires pour consolider et développer les cibles prioritaires du *Programme national de santé publique* (PNSP) et plus spécifiquement les priorités régionales qui sont traduites dans le *Plan d'action régional* (PAR).

Il est à noter, que les demandes de financement de base des organismes communautaires dans le cadre du *Programme de subvention aux organismes communautaires* ne sont pas précisées dans l'estimation des nouveaux investissements. Les raisons qui justifient ce choix sont : la complexité d'évaluer les activités de santé publique reconnues efficaces ou

³⁶ RRSSAT, *Priorités nationales de santé publique – Plan de mise en œuvre pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue*, Direction de santé publique, novembre 1999, 37 p.

³⁷ Y'APP : Y'a personne de parfait.

³⁸ ITSS : Infections transmissibles sexuellement et par le sang.

prometteuses et la difficulté de quantifier la proportion des activités, du champ et du secteur d'intervention dédiés à la santé publique.

Les travaux en cours sur l'analyse des coûts normés pour les activités du *Programme national de santé publique* (PNSP) viendront appuyer le constat du besoin d'ajout de ressources pour que la région puisse garantir une offre de services couvrant l'ensemble des domaines d'intervention en santé publique.

Des modèles innovants d'intervention des services mériteront toute l'attention et l'analyse requises afin d'optimiser les actions de santé publique pour le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de l'Abitibi-Témiscamingue.



Conclusion

À l'instar du *Programme national de santé publique*, le *Plan d'action régional et les plans d'action locaux* privilégient la mise en place d'interventions reconnues efficaces ou prometteuses pour relever les défis de santé publique. L'objectif ultime étant une santé et un bien-être optimal pour les individus et les groupes au sein des communautés, l'ensemble des actrices et des acteurs concernés sont invités à s'engager dans l'action pour atteindre les résultats escomptés.

Une perspective de développement social et de santé des collectivités a été développée en Abitibi-Témiscamingue. Un consensus se dégage sur la vision à partager, sur les efforts à consacrer pour le renforcement des relations entre les divers partenaires au sein des milieux et sur l'importance de la participation des communautés à l'identification de leurs besoins et des solutions à mettre en place. Quel que soit le domaine d'intervention, ces communautés, grâce à leurs forces vives, demeurent les actrices principales du développement de leur santé, de leur bien-être et de leur qualité de vie.

L'intensification de l'action en amont des problèmes est essentielle. Il en est de même pour la création d'environnements favorables et de conditions propices qui permettent aux individus et aux populations d'acquérir un plus grand contrôle sur les facteurs qui influencent leurs conditions de vie.

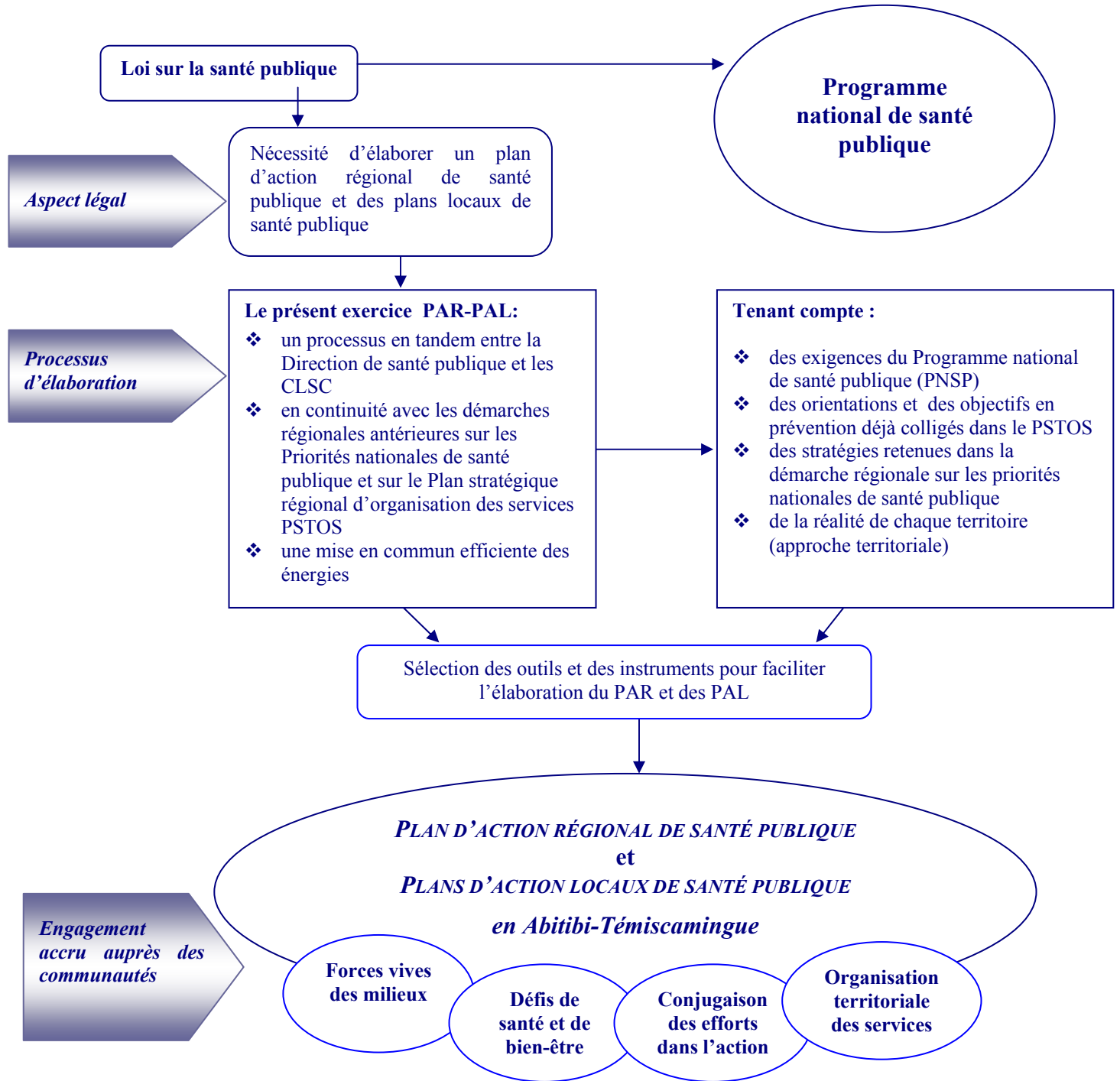
Dans la dispensation des services de première ligne, un meilleur équilibre entre l'approche clinique de la maladie et les efforts qui s'adressent à l'ensemble des déterminants de la santé est recherché pour réaliser un réel « virage prévention ». Il est crucial dans le cadre de la transformation progressive des services au niveau local, de s'orienter vers le futur, en donnant toute sa place à l'innovation en santé, à l'adaptation des services préventifs aux réalités rurales ainsi qu'à l'évaluation de modèles innovants d'organisation de services de santé publique.

Dans l'action concrète, ce qui fait toute la différence, c'est le dynamisme des personnes qui par leurs convictions, leur réflexion, leur engagement et leur travail, contribuent à améliorer et maintenir la santé et le bien-être en Abitibi-Témiscamingue.



Annexes

Une démarche PAR - PAL en continuité avec le PSTOS



Santé et bien-être des personnes et des communautés en Abitibi-Témiscamingue

QUELQUES EXTRAITS DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE³⁹

QUATRE FONCTIONS ESSENTIELLES

▪ **Prévention**

Englobe des activités qui visent avant tout à réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes ainsi qu'à détecter les signes hâtifs des problèmes de santé ou des problèmes psychosociaux.

▪ **Protection**

Regroupe les activités relatives à l'intervention des autorités auprès d'un individu, de groupes ou de toute la population en cas de menace, réelle ou appréhendée, pour la santé.

▪ **Surveillance de l'état de santé de la population :**

Comprend les activités permettant d'évaluer l'état de santé de la population et de recueillir des données sur les déterminants de la santé pour informer la population et les personnes qui planifient et organisent les services de santé et les services sociaux.

▪ **Promotion de la santé et du bien-être**

Inclut l'ensemble des actions qui visent à influencer les déterminants de la santé de façon à permettre aux individus, aux groupes et aux communautés d'avoir une plus grande emprise sur leur santé par l'amélioration de leurs conditions et de leurs modes de vie.

TROIS FONCTIONS DE SOUTIEN

• **Réglementation, législation et politiques publiques**

Incluent l'ensemble des activités qui visent à influencer sur les règlements, les lois et les politiques de façon à ce qu'ils favorisent la santé et le bien-être de la population.

• **Recherche et innovation**

Comprennent un ensemble d'activités axées sur la production, la diffusion et l'application des connaissances scientifiques nécessaires à l'exercice des fonctions de la santé publique ainsi qu'à l'innovation et au développement de l'expertise en santé publique.

• **Développement et maintien des compétences**

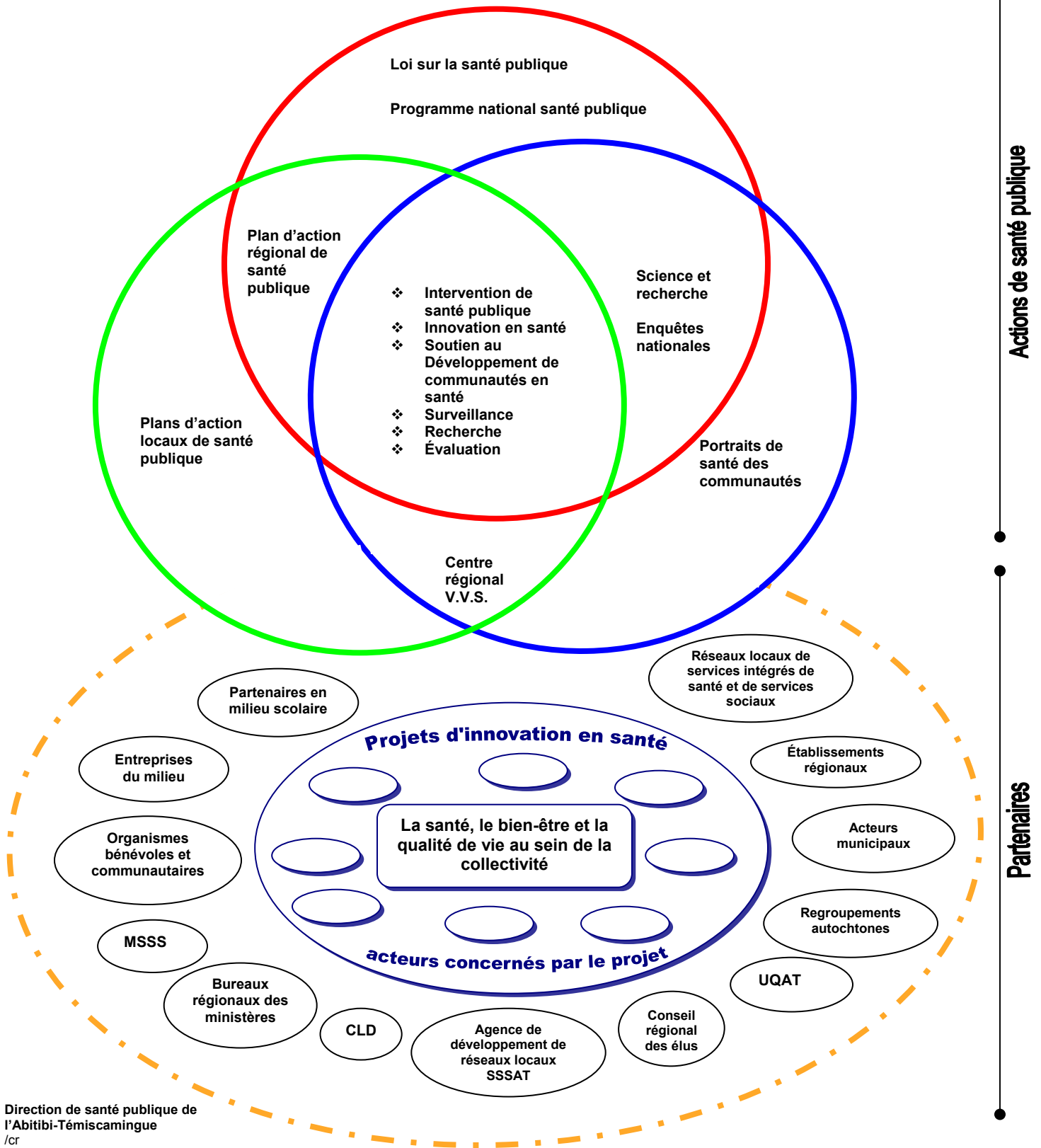
Englobent l'ensemble des activités visant à assurer le transfert des connaissances et des pratiques aux acteurs de la santé publique pour soutenir la mise en œuvre du programme et permettre à ces derniers d'avoir un rôle de meneurs dans les projets à réaliser dans les milieux de vie et les communautés.

CINQ STRATÉGIES RETENUES PAR LE PROGRAMME NATIONAL

- ◆ Renforcer le potentiel des personnes.
- ◆ Soutenir le développement des communautés.
- ◆ Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être.
- ◆ Soutenir les groupes vulnérables.
- ◆ Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces.

³⁹ MSSS, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, 2003, 133 p.

Actions de santé publique dans les projets au sein des collectivités



LES OBJECTIFS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE ÉNONCÉS PAR LE PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

LES OBJECTIFS PORTANT SUR LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE

D'ici 2012 :

- réduire à moins de 15 pour 1 000 le taux de grossesse chez les adolescentes;
- réduire le taux de prématurité;
- réduire le taux d'insuffisance de poids à la naissance (poids inférieur à 2 500 g);
- réduire le nombre d'enfants qui naissent avec des anomalies congénitales graves ou autres problèmes graves de santé, comme les malformations du tube neural, le syndrome de l'alcoolisation fœtale et le syndrome de la rubéole congénitale;
- réduire la morbidité liée à la phénylcétonurie ou à l'hypothyroïdie congénitale;
- réduire les infections respiratoires, les infections gastro-intestinales et l'anémie ferriprive chez les nourrissons;
- augmenter la proportion d'enfants âgés de 0 à 4 ans qui ont un développement normal (moteur, langagier, cognitif et social);
- réduire les problèmes d'abus physique et psychologique, d'agression sexuelle et de négligence à l'endroit des enfants et des adolescents;
- réduire les troubles de conduite, incluant la violence envers les autres et la délinquance, chez les enfants et les adolescents;
- réduire les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool;
- réduire de 10 % la consommation de drogues et d'alcool;
- augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne santé mentale;
- réduire le nombre de tentatives de suicide et le nombre de suicides;
- réduire les problèmes d'agression sexuelle et de violence conjugale affectant les femmes;
- réduire les problèmes d'abus et de négligence à l'endroit des personnes âgées;
- retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées.

LES OBJECTIFS PORTANT SUR LES MALADIES CHRONIQUES

D'ici 2012 :

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

LES OBJECTIFS PORTANT SUR LES HABITUDES DE VIE

- réduire l'usage du tabac chez les jeunes du secondaire;
- réduire la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui font usage du tabac de 24 % à 18 %;
- réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement;
- augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour;
- réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %;
- augmenter la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans;
- augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique;
- améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire dans tous les groupes d'âge.

LES OBJECTIFS PORTANT SUR LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

D'ici 2012 :

- réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route;
- réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile;
- réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs.

LES OBJECTIFS PORTANT SUR LES MALADIES INFECTIEUSES

Maladies évitables par l'immunisation

D'ici 2006 :

- maintenir à zéro l'incidence annuelle de la diphtérie, de la poliomyélite, du tétanos et de la rage en ce qui concerne les cas indigènes;
- maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole, de la rubéole et des oreillons sous le seuil d'élimination;
- maintenir le nombre moyen de cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type b sous le seuil de 5 par année chez les enfants de moins de 5 ans;
- réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002;
- réduire de 50 % (à 2,5/100 000 personnes) l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A;
- réduire de 50 % (à 1/100 000 personnes) l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë;
- réduire à moins de 5 cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à méningocoque de sérotype C dans la population âgée de 20 ans ou moins;
- réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination.

D'ici 2012 :

- réduire la varicelle jusqu'au seuil d'élimination;
- réduire de 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans;
- réduire de 25 % le taux annuel d'hospitalisation pour influenza et pneumonie des personnes de 65 ans ou plus;
- maintenir les services essentiels en cas de pandémie d'influenza;
- maintenir l'incidence moyenne annuelle des maladies infectieuses contractées à l'étranger.

VIH/SIDA, VHC et infections transmissibles sexuellement (ITS)

D'ici 2012 :

- réduire l'incidence annuelle de l'infection par le VIH.

D'ici 2006 :

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

D'ici 2012 :

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

Autres maladies infectieuses

D'ici 2006 :

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

D'ici 2012 :

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

LES OBJECTIFS PORTANT SUR LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

D'ici 2012 :

- réduire les problèmes de santé associés à la pollution atmosphérique;
- réduire la morbidité imputable au pollen de l'herbe à poux;
- réduire la morbidité et la mortalité dues à l'asthme chez les personnes de moins de 45 ans;
- réduire la morbidité et la mortalité reliées à la mauvaise qualité de l'air intérieur ainsi qu'à l'insalubrité dans les résidences et les édifices publics;
- contribuer à la réduction des cancers du poumon attribuables à l'exposition au radon, à l'amiante et aux hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP);
- diminuer l'incidence des cancers de la peau;
- réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies d'origine hydrique;
- réduire de 25 % les intoxications d'origine environnementale et leurs conséquences sur la santé;
- réduire les conséquences sur la santé des situations d'urgence et des catastrophes environnementales.

LES OBJECTIFS PORTANT SUR LA SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL

D'ici 2012 :

- diminuer la prévalence ainsi que la durée et la gravité des incapacités liées aux lésions musculosquelettiques;
- diminuer l'incidence de la béryllose, de la silicose et de l'amiantose chez les travailleurs par la réduction de l'exposition au béryllium, à la silice et à l'amiante;
- diminuer l'incidence de l'asthme professionnel lié aux isocyanates, à la farine et à ses composantes ou aux protéines de crustacés ainsi que la sévérité des manifestations de cette maladie;
- diminuer l'incidence des intoxications professionnelles causées par l'oxyde de carbone, l'hydrogène sulfuré, les pesticides ou les gaz irritants et réduire la prévalence des atteintes du système nerveux causées par le plomb et les solvants organiques;
- diminuer l'apparition de maladies infectieuses professionnelles chez les travailleurs exposés à des agents biologiques;
- diminuer l'incidence des cancers des voies respiratoires, des cancers de la vessie et des autres cancers par la réduction de l'exposition des travailleurs à des substances cancérogènes;
- diminuer l'incidence de la surdité professionnelle et les conséquences de cette maladie par la réduction de l'exposition des travailleurs au bruit en milieu de travail;
- diminuer la fréquence des problèmes pouvant entraîner une issue défavorable de la grossesse attribuables au milieu de travail (prématurité, avortement, mortinaissance) et des retards de croissance ou des problèmes de santé physique chez l'enfant;
- améliorer les habitudes de vie et diminuer l'incidence des maladies chroniques;
- réduire le suicide et les problèmes de consommation de drogues et d'alcool.

Bibliographie

BLANCHETTE, Luc (2003). *Bulletin sur le marché du travail. Région de l'Abitibi-Témiscamingue*, Développement des ressources humaines Canada, 7 p.

BLANCHETTE, Luc, D. BOULANGER (2003). *Bilan annuel 2002. Évolution du marché du travail en Abitibi-Témiscamingue*. Développement des ressources humaines Canada, 26 p.

CDC/ATSDR (1997) Committee on Community Engagement. *Principles of Community Engagement*, Atlanta, GA : Centre for Disease Control and Prevention. Brian, 51 p.

CONSORTIUM 2001, Mobilisation régionale des organismes communautaires jeunesse oeuvrant en promotion-prévention. *Les jeunes, une richesse naturelle à promouvoir*, Un argumentaire des jeunes de l'Abitibi-Témiscamingue, 25 p.

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (2003). *La consommation de psychotropes, portrait et tendances au Québec*, 48 p.

COLLINI, Mariella, Daniel THOMAS (1999). *Portrait de l'impact social et économique du milieu associatif, communautaire et coopératif en Abitibi-Témiscamingue. Volet 1 : Rapport global*. Conseil régional de développement de l'Abitibi-Témiscamingue, 136 p.

EASTERLING, D. et autres (1998). *Promoting Health by Building Community Capacity, Evidence and Implications for Grantmakers*, Denver, The Colorado Trust, 24 p.

FAWCETT, Stephen B. et autres (2000). Building Healthy Communities. tiré de *The Society and Population Health Reader, a state and community perspective*, Alvin, R. Tarlov and Robert F. St. Peter Editors, pages 75 à 93.

FORTIN, J-P., G. GROLEAU, V. LEMIEUX, M. O'NEILL, P. LAMARCHE (1994). *L'action intersectorielle en santé (Rapport final)*. Université Laval, Équipe de recherche en organisation et évaluation des services de santé, Direction régionale de Santé Publique de Québec, Québec, 183 p.

FOURNIER, L. et O'NEILL, M. (1995). *Recensement des initiatives québécoises de recherche sur le mouvement Villes et Villages en santé (1987-1994)*. Sainte-Foy; Équipe de recherche sur les aspects sociopolitiques et environnementaux de la promotion de la santé, GRIPSUL, Université Laval, 23 p., miméo.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2002). *Loi sur la santé publique*, L.R.Q.,c., 56 p.

HANCOCK, T. et DUHL, L. (1988). *Promoting health in the urban context*. Copenhague, « WHO Healthy Cities Papers » #1.

HANCOCK, Trevor (1999). *Des gens en santé dans des communautés en santé dans un monde en santé, le défi de la santé publique au 21^e siècle*, Avril 2000, (version révisée d'un texte présenté en conférence à Québec en novembre 1999), 19 p.

INSPQ (2002), *La santé des communautés : Perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et développement des communautés*, Montréal, 46 p.

KLINE, Élisabeth (2001). *Putting the Community Back in the Center* : Community-based planning, and Development, Medford. MA., 25 p.

LACOMBE, Réal (2002). *Programme de santé publique et développement des communautés*, texte d'orientations, 10 p.

LACOMBE, Réal (2002). *Portrait des communautés*, présentation au huitième colloque biennal du Regroupement des intervenants et intervenantes en action communautaire, Valeurs, pratiques et changement social, Rouyn-Noranda, 8 p.

LE RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ (2003). *Ensemble pour la qualité de vie*, 16 p.

LIVERPOOL AND SALFORD UNIVERSITIES (2000). *Strategic Action program for Healthy Communities*, draft report of an Expert hearing, Department of health, United Kingdom in partnership with te, UK, 15 p.

MSSS (1992). *Politique de la santé et de bien-être*, Québec, Publications du Québec, 192 p.

MSSS (1997). *Priorités nationales de santé publique*, Québec, Publications du Québec, 103 p.

MSSS (2003). *Programme national de santé publique*, Québec, Publications du Québec, 133 p.

O'NEILL, M. et CARDINAL, L. (1992). *Des indicateurs pour évaluer les projets québécois de villes et villages en santé: la nécessité de faire des choix*. Québec, 105 p.

RRSSAT (1994). *Plan d'action détaillé en matière de santé et de bien-être adopté*, Rouyn-Noranda, 90 p.

RRSSAT (1996). *Plan d'action global en matière de santé et de bien-être en Abitibi-Témiscamingue*, Rouyn-Noranda, 112 p.

RRSSAT (1996). *Plan de transformation*, Rouyn-Noranda, 143 p.

RRSSAT (1998). *Plan de consolidation*, Rouyn-Noranda, 213 p.

RRSSAT (1999). *Plan de mise en œuvre des priorités nationales de santé publique*, Rouyn-Noranda, Direction de la santé publique, 37 p.

RRSSAT (2000). *La participation des citoyennes et citoyens à l'émergence de solutions alternatives de soins de santé primaires dans des petites communautés qui adhèrent à Villes et Villages en santé*, collaboration de l'Université du Québec par sa Chaire au développement des petites collectivités, Résultats présentés au Conseil d'administration, Abitibi-Témiscamingue, 40 p.

RRSSAT (2000). *Modèle régional de soutien au développement des communautés*, 8 p.

RRSSAT (2003). *Plan stratégique triennal d'organisation de services 2003-2006. Osez la santé!*, 273 p.

SHERWOOD, David (2002). *Building Healthy Rural Communities*, Ministerial Advisory Council on Rural Health Working Group on Building Healthy Communities, Health Canada, 53 p.

SMEDLEY, Brian et Leonard SYME (2000), Promoting health. *Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*, Editors, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, 508 p.

SYME, S. LEONARD (1997), Health Promotion Matters. *Individual vs Community Interventions in Public Health practice : Some Thoughts About a New Approach*, 20 p.

SYME, S. LEONARD (2002). *Investments in Research and Intervention at the Community Level*, The Barbara and Jerome Symposium, Trough the Kaleidoscope : Viewing the contribution of the Behavioral and Social Sciences to Health, 45 p.

THE COLORADO TRUST (1998). *Lessons from the Field : The Colorado Healthy community Initiative*, 35 p.

VITARO, Frank, René CHARBONNEAU et Richard E. TREMBLAY (2002). *L'évolution de la consommation de substances psychotropes chez les adolescents, description, prédiction et prévention*, Université de Montréal, 46 p.

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

Québec 
Abitibi-
Témiscamingue