



Plan régional de surveillance en santé publique

Région de la Chaudière-Appalaches, 2006

Québec 



Plan régional de surveillance en santé publique

Région de la Chaudière-Appalaches, 2006

Lucie Larose
Jacques Samson
Pierre Deshaies
Annie Bourassa

Québec 

Avec la collaboration des membres du comité élargi de la
fonction surveillance et ceux du comité de gestion des équipes
de la Direction de santé publique et de l'évaluation et autres
partenaires

Juin 2006

Production réalisée par :
le Service de surveillance/recherche/évaluation
de la Direction de santé publique et de l'évaluation,
Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Conception, recherche, analyse :

Lucie Larose, Jacques Samson, Pierre Deshaies et Annie Bourassa

Soutien technique et graphique :

Sylvie Veilleux

Qualité de la présentation, de la mise en forme et de la révision :

Julie Gilbert

Collaborateurs :

Membres du comité de gestion
Direction de santé publique et de l'évaluation

Membres du comité élargi de la fonction surveillance
Direction de santé publique et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Référence suggérée : LAROSE, Lucie, SAMSON, Jacques, DESHAIES Pierre et Annie BOURASSA. (2006). *Plan régional de surveillance en santé publique, région de la Chaudière-Appalaches, 2006* Sainte-Marie, ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, 124 p.

L'utilisation de termes génériques a simplement pour but d'alléger le texte et ce, sans discrimination.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006
Bibliothèque nationale du Canada, 2006

ISBN 2-89548-368-X (version imprimée)
ISBN 2-89548-369-8 (version PDF)

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>) : 12-2006-009

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2006

Avis du Comité d'éthique de santé publique



Montréal, le mercredi 26 avril 2006

Monsieur Philippe Lessard, M.D.
Directeur
Direction de santé publique et de l'évaluation
Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière Appalaches
363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2

**Objet : Avis du Comité d'éthique de santé publique sur le Plan régional de surveillance
 en santé publique – région de la Chaudière-Appalaches**

Monsieur,

Il me fait plaisir de vous transmettre ici les commentaires du Comité d'éthique de santé publique (CESP) sur le de plan régional de surveillance que vous lui avez soumis en mars dernier.

Dans un premier temps, les membres du Comité constatent que l'élaboration de votre plan régional de surveillance correspond à l'esprit de certaines des recommandations qui ont été faites lors de l'examen du *Plan commun de surveillance 2004-2007*. L'effort d'appropriation de la surveillance, incluant un questionnement sur la définition de la santé et l'identification de la distance entre la définition retenue et celle qui est opératoire dans votre plan; le processus d'élaboration visant à faciliter une approche intégrée, quel que soit le domaine d'activité; des échanges avec des décideurs du réseau de la santé ou d'autres secteurs dans un souci de transparence et de participation sont autant d'éléments qui permettent d'inscrire ces recommandations dans la pratique.

Le Comité ne soulève aucune préoccupation particulière, au plan éthique, au regard des nouveaux indicateurs que vous souhaitez inscrire à votre plan régional de surveillance. Votre projet indique le souci que vous avez de prendre garde à ce que les renseignements colligés et les informations qui en résulteront ne puissent contribuer à stigmatiser la population concernée par ces renseignements.

...2

Enfin, la Loi sur la santé publique prévoit que les avis du comité sont publics. Les éléments qui vous sont transmis ici seront disponibles sur le site électronique du comité, vers la fin du mois de juin, suite au délai de soixante jours prévu au règlement de fonctionnement du comité. Si vous désirez référer à l'examen éthique du comité, au moment où vous publierez des résultats relatifs à l'enquête examinée ici ou pour toute autre communication qui comportera une référence à l'examen par le CESP ou à son avis, nous vous suggérons la formulation suivante « *Ce projet a été soumis à l'examen du Comité d'éthique de santé publique. L'avis qui en résulte, adopté le 26 avril 2006, peut être consulté sur le site web du Comité (www.msss.gouv.qc.ca/cesp)* »

Je vous invite également à me faire part de tout commentaire visant à améliorer le processus d'échange avec le Comité.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures.



Président du Comité d'éthique de santé publique,

DW/FF/mvv

201, Crémazie Est, bureau RC-03, Montréal (Québec) H2M 1L2
Téléphone : 514 873-4622
Télécopieur : 514 864-2900

Table des matières

Avis du Comité d'éthique de santé publique	1
Liste des tableaux et des figures.....	4
Liste des abréviations	5
Introduction	7
1. Démarche régionale.....	9
2. Résultats de la démarche régionale	13
3. Mise en œuvre et évolution du PRS.....	23
Conclusion	27
Liste des références	29
Annexe I Liste des membres du comité élargi de la fonction surveillance et du comité de gestion de la Direction de santé publique et de l'évaluation de Chaudière-Appalaches	31
Annexe II Liste des domaines, objets de surveillance, indicateurs spécifiques et indicateurs particuliers à la région, selon leur statut de disponibilité, <i>Plan régional de surveillance, région de la Chaudière-Appalaches</i>	33
Annexe III Les particularités régionales : définition et proposition de critères	107
Annexe IV Liste des éléments à considérer pour de « nouveaux indicateurs » régionaux	109
Annexe V Justification des indicateurs particuliers à la région.....	113
Annexe VI Accord à participer au Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants, lettre du Dr Philippe Lessard, 23 avril 2004.....	121
Annexe VII Lettre du Collège des médecins	123

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1	Mandat pour le comité élargi de la fonction surveillance, Direction de la santé publique, ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 2003.....	10
Tableau 2	Répartition des indicateurs du PRS, identifiés aux fins de suivi spécifiques dans le PCS, région de la Chaudière-Appalaches, 2006	19
Tableau 3	Indicateurs particuliers à la région de la Chaudière-Appalaches, et leurs domaines du <i>Programme national de santé publique</i> , 2006.....	21
Figure 1	Organisation de la fonction de surveillance, région de la Chaudière-Appalaches, 2006	11
Figure 2	Cadre conceptuel adopté par les membres du comité élargi de surveillance, Direction de santé publique, ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, le 26 mars 2004.....	14

Liste des abréviations

ASSS	Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (à partir de janvier 2006)
ADRLSSSS	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (jusqu'au 31 décembre 2005)
CAI	Commission d'accès à l'information du Québec
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CLSC	Centre local de services communautaires
CESP	Comité d'éthique de santé publique
CSSS	Centres de santé et de services sociaux
CO	Monoxyde de carbone
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DALY	Disability-Adjusted Life Year
DSP	Direction de la santé publique
DSPE	Direction de santé publique et de l'évaluation
ETP	Équivalent temps plein
INSP	Institut national de santé publique du Québec
LSSSS	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>
LSP	<i>Loi sur la santé publique</i>
MADO	Maladies à déclaration obligatoire
MCV	Maladies cardio-vasculaires
MI	Maladies infectieuses
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAL	Plan d'action local
PAR	Plan d'action régional
PCS	Plan commun de surveillance (national)
PRS	Plan régional de surveillance de la région de la Chaudière-Appalaches
PNSP	Programme national de santé publique
PSPP	Équipe en promotion de la santé physique et psychosociale
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
SAT	Équipe de santé au travail

SE	Équipe de santé et environnement
SRE	Équipe de surveillance, recherche et évaluation
TCNPP	Table de concertation nationale en promotion et prévention
TCNS	Table de concertation nationale en surveillance
TCNSP	Table de coordination nationale de santé publique
TCNSAT	Table de coordination nationale en santé au travail

Introduction

« La *Loi sur la santé publique* précise qu'une surveillance continue de l'état de santé de la population en général et de ses facteurs déterminants doit être exercée « afin d'en connaître l'évolution et de pouvoir offrir à la population des services appropriés » (L.R.Q., chapitre S-2.2, article 4). « L'exercice de cette fonction exige ainsi de produire et de diffuser une information pertinente, en temps opportun, afin d'éclairer la prise de décision, d'une part, de la population pour qu'elle agisse en faveur de sa santé et, d'autre part, des intervenants et des décideurs de façon à ce qu'ils conçoivent des politiques appropriées et offrent des activités et des services adéquats (MSSS, 2003). » (TCNS 2005 : 6). Le *Plan régional de surveillance (PRS) de la région de la Chaudière-Appalaches*¹, prescrit par la *Loi sur la santé publique*, a donc pour but d'informer la population, ses décideurs et intervenants, quant aux indicateurs sociosanitaires qui seront surveillés afin de connaître l'état de santé de la population et ses déterminants et, en résumé, quant à la façon dont ce suivi sera actualisé.

Ce PRS est issu de deux sources d'alimentation principales : le *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et des déterminants, 2004-2007 (PCS)* (TCNS février 2005) et les travaux de la Direction de santé publique et de l'évaluation (**DSPE**) de Chaudière-Appalaches.

Sommairement, le PCS a vu le jour grâce à une synergie créée autour des cinq (5) Tables de concertation nationales de santé publique², le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Institut national de santé publique (INSPQ) et les membres des directions de santé publique du Québec. Le 5 avril 2004, le directeur national de santé publique, M. Alain Poirier invitait les directeurs de santé publique de chacune des régions à transmettre par écrit leur accord à participer au PCS. Cette participation est assortie de deux engagements : 1) assurer la responsabilité des renseignements personnels par l'application des normes stipulées dans le cadre global de gestion des actifs informationnels des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ou celles en vigueur dans notre organisation ; et 2) à suivre les objets de surveillance du PCS par l'examen des traitements de bases de données produites dans un lieu centralisé, selon une périodicité à définir. Ainsi, le 23 avril 2004, M. Philippe Lessard, directeur de santé publique et de l'évaluation de Chaudière-Appalaches, confirmait son engagement au regard du PCS.

1. Sise au sud de la région de Québec, au plan sociodémographique, la région de la Chaudière-Appalaches se classe au 7^e rang des régions les plus peuplées du Québec (18 régions). Sa population représente un peu plus de 5 % de celle du Québec avec 394 423 habitants, selon les perspectives démographiques de 2005. Elle se découpe en 136 municipalités (9 MRC et la Ville de Lévis) dont les services de santé et les services sociaux sont couverts par 5 réseaux locaux. Ces informations sont adaptées des informations diffusées dans le *Rapport annuel de gestion 2004-2005 de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2005* (ADRLSSSS : 12-13).
2. Le travail s'est réalisé avec la collaboration des professionnels (nationaux et régionaux) des diverses Tables de concertation nationales en santé publique soit : la surveillance générale (TCNS), les maladies infectieuses (TCNMI), la santé au travail (TCNSAT), l'environnement (TCNSE), la promotion et prévention (adaptation et intégration sociale, traumatismes non intentionnels, habitudes de vie et maladies chroniques) (TCNPP).

Pour notre région, afin d'identifier parmi les 565 indicateurs du PCS, ceux qui seront suivis **plus spécifiquement** et de considérer l'ajout d'**indicateurs particuliers à la région**, a été constitué, en 2003, un comité soit, le comité élargi de la fonction surveillance à la DSPE de notre région. Pour la première fois, des professionnels de toutes les équipes de la direction ont été invités à réfléchir à l'intégration de la fonction surveillance dans leur pratique, incluant le contenu que devrait avoir le PRS, donner leur avis et enfin, construire celui-ci. Notons que des liens ont également été tissés avec les responsables des projets cliniques des centres de santé et de services sociaux (**CSSS**) de la région tout au long du processus, sans négliger les interactions que les professionnels de la DSPE, responsables de chacun des domaines ont avec les partenaires.

Essentiellement, notre PRS se constitue des indicateurs du PCS, pour lesquels un avis favorable a été émis par le Comité d'éthique de santé publique (**CESP**) (annexe II). Également, certains objets supplémentaires ont été identifiés comme « essentiels » dans le cadre de la pratique de la surveillance dans la région. Pour ces indicateurs « **particuliers à la région** », appelés aussi « particularités régionales » dans nos documents internes, sont démontrés, en annexe V, la pertinence, le caractère essentiel, la finalité, l'objet visé, les sources d'information ainsi que l'accès, le traitement, l'analyse et l'interprétation. Nous ajoutons donc trois nouveaux indicateurs qui se ventilent dans les domaines du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale (1 indicateur) ainsi que de la santé au travail (2 indicateurs). Le directeur de santé publique et de l'évaluation a acheminé le PRS simultanément aux Tables nationales concernées afin de considérer les indicateurs particuliers à la région, dans le cadre de la révision du PCS, ainsi qu'au CESP, pour recevoir son avis sur le PRS (page 1). Ce dernier a aussi été présenté aux autres directions ainsi qu'au conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux (**ASSS**). Il fait également l'objet de présentations et de diffusion auprès de nos partenaires régionaux.

Le présent document traite dans un premier temps, de la démarche régionale et de l'animation du processus d'appropriation de la fonction de surveillance dans les équipes de la DSPE, dans le Plan d'action régional (**PAR**) ainsi que dans les projets cliniques des CSSS. Le second chapitre présente les résultats de la démarche régionale soit l'adoption du cadre conceptuel, les définitions enrichies de la surveillance et de la santé, du choix des indicateurs pour lesquels un suivi plus spécifique sera assuré, ainsi qu'une description de la démarche ayant amené la justification sommaire³ des trois « indicateurs particuliers à la région ». Enfin, un bref aperçu de la mise en œuvre et de l'évolution du PRS est présenté portant sur les activités de surveillance d'alimentation en données, de production et de diffusion, ainsi que les suivis au PRS telles, l'orientation des produits de surveillance vers des clients spécifiques (Plan opérationnel), la planification annuelle et l'évolution du PRS, en interaction avec les partenaires régionaux et l'évolution nationale et enfin, des retombées populationnelles du PRS.

3. La justification plus détaillée des trois indicateurs se trouvant à l'annexe V.

I. Démarche régionale

La démarche régionale s'attarde à la réflexion autour de la fonction de surveillance et de l'animation du processus d'appropriation de la fonction de surveillance dans les équipes de la santé publique. On y retrouve notamment le mandat confié au comité élargi de surveillance, ainsi que les activités régionales de surveillance, telles que partagées à la Direction de santé publique et de l'évaluation (**DSPE**) de Chaudière-Appalaches.

Mandat du comité élargi de la fonction surveillance

Dès les débuts des travaux du Plan commun de surveillance (**PCS**) au national en 2002, la DSPE de Chaudière-Appalaches a mis sur pied un petit groupe (trois personnes, en collaboration avec le directeur de la DSPE) de réflexion sur l'une des quatre⁴ fonctions essentielles de la santé publique identifiée dans le *Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP)*, la fonction de surveillance. Ce groupe ayant déterminé certains des défis et des enjeux pour la conception même du Plan régional de surveillance (**PRS**) et sa mise en oeuvre, s'adjoint, à l'automne 2003, les collègues⁵ oeuvrant en surveillance dans les différentes équipes de la DSPE (surveillance, santé et environnement, maladies infectieuses, santé au travail ainsi qu'en prévention/promotion).

Ainsi, le directeur de la DSPE de Chaudière-Appalaches, par le biais de son comité de gestion a créé un comité élargi de la fonction surveillance dont le mandat est de partager la réflexion sur l'organisation régionale de la fonction surveillance incluant l'intégration du PRS. Le prochain tableau détaille ce mandat.

4. Les trois autres fonctions essentielles étant : la promotion, la prévention et la protection.

5. Dont la liste des membres du comité élargi de la fonction surveillance et ceux du comité de gestion sont fournis à l'annexe 1.

Tableau 1

**Mandat pour le comité élargi de la fonction surveillance,
Direction de la santé publique, ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 2003**

- Partager sur le document : *Réflexion sur l'organisation de la fonction surveillance intégrant le plan de surveillance en santé publique, région de la Chaudière-Appalaches, rapport d'étape, 2003*, notamment :
 - o Fonction surveillance et petit cadre conceptuel régional;
 - o Place de la vigie;
 - o Place des problèmes émergents;
 - o Organisation de la fonction de surveillance (accès, production, analyse et diffusion) pour la région et contribution nationale;
 - o Notion de clients;
 - o Produits de surveillance.
- Identifier à partir de la base commune, les indicateurs pertinents de surveillance pour le *Plan d'action régional (PAR)*;
- Identifier les particularités régionales (éléments ne se retrouvant pas dans la base commune, mais pertinents pour notre région) et les proposer aux membres du comité de gestion;
- Proposer un ou des scénarios d'actualisation du document : *Réflexion sur l'organisation de la fonction surveillance intégrant le plan de surveillance en santé publique. Région de la Chaudière-Appalaches.*

Le 19 novembre 2003, adopté par les membres du comité de gestion.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, 2006

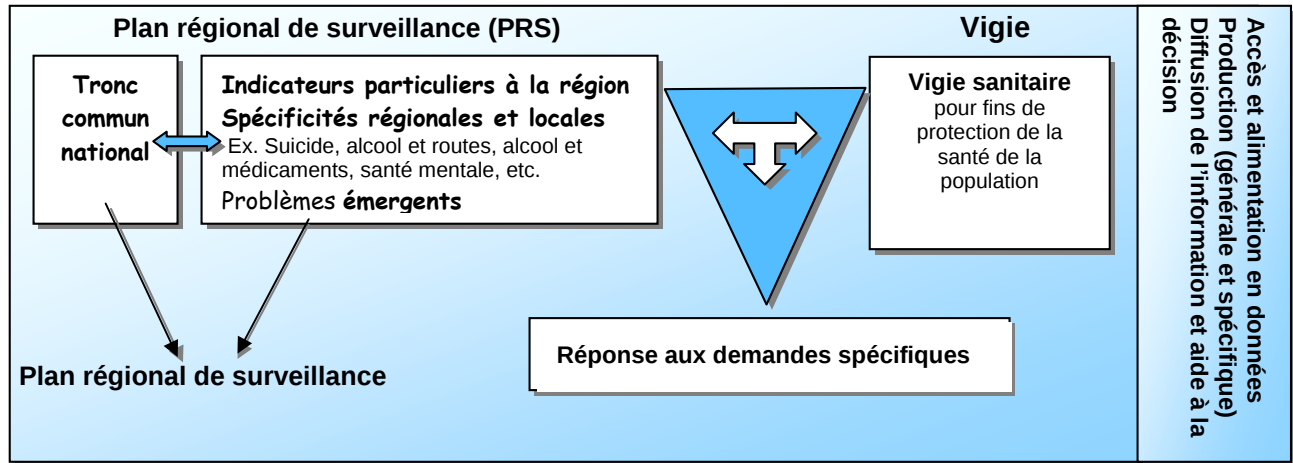
Donc, accompagnant ce mandat, pour les membres des équipes de la DSPE, c'est l'animation d'un processus d'appropriation de la fonction de surveillance qui s'est amorcé et poursuivi depuis (7 rencontres jusqu'à maintenant, en sus des travaux complétés entre les rencontres [incluant deux rondes d'accompagnement avec les professionnels des équipes pour identifier les indicateurs du PAR et du PRS, ainsi que l'offre de service en surveillance]). Enfin, ce groupe déposait, en mars 2004, la version finale du document de *Réflexion sur l'organisation de la fonction surveillance intégrant le plan de surveillance en santé publique, région de la Chaudière-Appalaches, rapport final*, mettant en lumière, tant les consensus développés au cours des discussions, que les points nécessitant une plus ample investigation.

Activités régionales de surveillance

Adaptée de ce dernier document, la figure 1, présente l'organisation de la fonction de surveillance dans la région incluant la composition du PRS, en articulation avec la vigie et les activités de la fonction de surveillance. Comme on peut le constater, le PRS se compose d'un tronc commun national, complété, d'indicateurs particuliers à la région et éventuellement contenir des indicateurs relatifs à des spécificités régionales. Pour sa part, la vigie sanitaire, considérée comme un soutien direct à la fonction de protection, peut, au besoin, générer des éléments de surveillance au Plan régional. Enfin, on y retrouve les activités de la surveillance que sont : l'accès et l'alimentation en données, la production, ainsi que la diffusion de l'information. La réponse aux demandes spécifiques ou ad hoc peut également susciter l'adjonction d'éléments de surveillance au besoin, tout en nous permettant de cibler les besoins de notre clientèle. Nous avons fait nôtre, cette vision de l'organisation de la fonction de surveillance pour la région.

Figure 1

**Organisation de la fonction de surveillance,
région de la Chaudière-Appalaches, 2006**



Note : le poids relatif de chaque élément est à géométrie variable, c'est-à-dire que l'ampleur de l'un est inversement proportionnelle à celle de l'autre.

Source : Adaptation de Larose, Samson et Deshaies, 2004 : 16 ; adaptation de Massé, 2002

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, 2006

Par ailleurs, les membres du comité élargi de la fonction surveillance ont également participé activement, à partir du PCS, à l'identification des indicateurs qui seront suivis plus spécifiquement dans le PRS, ainsi qu'au choix d'indicateurs de surveillance du Plan d'action régional (PAR). Également, ils ont contribué à alimenter les documents de soutien de l'Agence sur les projets cliniques (*Portraits de santé* par RLS, rencontres et présentations et discussion sur la notion de « résultats » en termes d'amélioration de l'état de santé et de ses déterminants) et à l'orientation du contenu pour le *Rapport sur la santé de la population* du directeur de santé publique et de l'évaluation. Enfin, au long du parcours, le secrétariat du Comité d'éthique de santé publique a été sollicité à deux reprises, afin d'obtenir certains éclaircissements concernant notre démarche.

2. Résultats de la démarche régionale

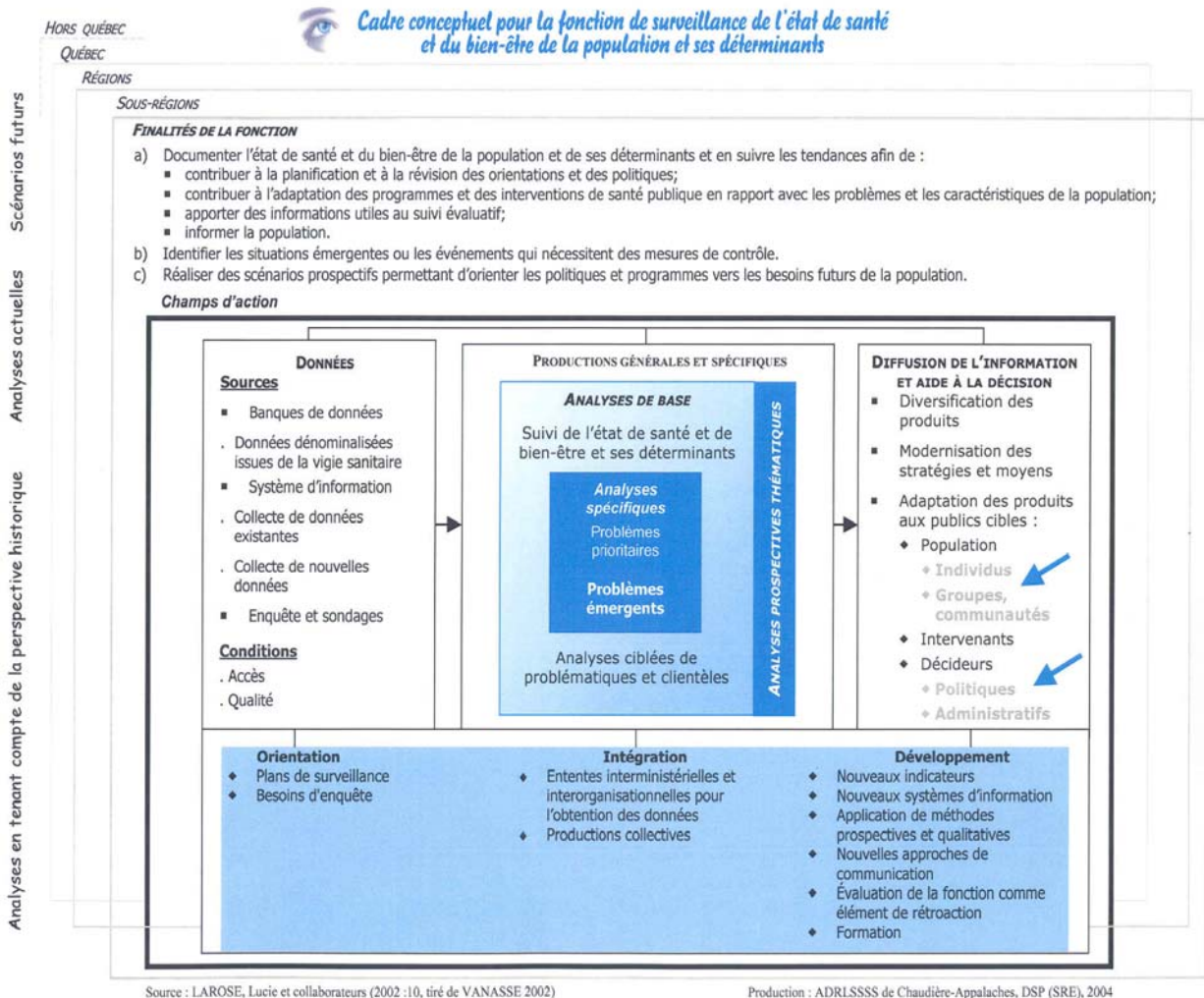
Au terme de ces démarches, un consensus s'est dégagé parmi les membres de la Direction de santé publique et de l'évaluation (**DSPE**) de Chaudière-Appalaches. Ce sont l'adoption du *Cadre conceptuel de surveillance* en détaillant les publics cibles; les définitions de surveillance et de santé enrichies de quelques éléments; le choix des indicateurs qui seront suivis plus spécifiquement et enfin; des indicateurs particuliers à la région.

Cadre conceptuel

Le Plan commun de surveillance (**PCS**) présenté en 2002 (Vanasse) incluait un cadre conceptuel de la fonction de surveillance, qui a été adapté, en 2004, pour la région de la Chaudière-Appalaches. Essentiellement, ces modifications précisent les publics cibles des produits de surveillance en spécifiant dans la population, les **individus** et les **groupes communautaires** et en distinguant, parmi les décideurs, ceux ayant un rôle plus **administratif** de ceux ayant davantage un rôle **politique**. Ce dernier cadre a été retenu (figure 2) pour les fins de notre réflexion régionale. Il est présenté à la page suivante (les modifications sont indiquées par les flèches). On y retrouve l'essentiel de tous les éléments présentés dans la figure 1 *des Champs d'activité de la fonction de surveillance* du PCS (PCS 2005 :14) dont notamment les axes principaux des activités reconnues de la fonction de surveillance à savoir 1) les activités d'alimentation en données, 2) de productions générales ou spécifiques, ainsi que de 3) diffusion auprès de divers publics.

Figure 2

**Cadre conceptuel adopté par les membres du comité élargi de surveillance,
Direction de santé publique, ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches,
le 26 mars 2004**



Ces premiers éléments posés soit l'organisation de la fonction dans la région, ainsi que le cadre conceptuel, il restait à s'entendre quant aux définitions de la surveillance et de la santé.

Définitions adaptées de la surveillance et de la santé

Pour mieux assurer la surveillance continue de l'état de santé d'une population et de ses déterminants, dans la foulée de notre réflexion régionale sur la fonction surveillance, nous sommes revenus sur les concepts de base de « surveillance » et de « santé » afin de nous assurer d'une compréhension commune.

Voici donc, présentées ici, les définitions de la surveillance et de la santé adoptées dans notre région. Se distinguant des définitions utilisées dans le PCS et la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, ces définitions, adaptées, sont jugées plus conformes à la compréhension de ces concepts pour les intervenants de santé publique de notre région.

Surveillance

Voici la définition retenue dans le *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants, partie 1, cadre de référence* (PCS) (2005 : 6) : la surveillance continue de l'état de santé et de ses déterminants se définit comme un « processus continu d'appréciation de l'état de santé d'une population et de ses déterminants par la collecte, l'analyse et l'interprétation des données sur la santé et ses déterminants à l'échelle d'une population » (Thacker et al., 1986).

Le comité élargi de la fonction surveillance s'est inspiré de la définition de la surveillance telle que présentée par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC)⁶ :

La surveillance en santé publique est la collecte, l'analyse, l'interprétation et la diffusion systématique et régulière des données en lien avec la santé pour soutenir l'action de santé publique en vue de la réduction de la morbidité et de la mortalité et pour améliorer la santé. La diffusion des données par un système de surveillance de santé publique peut être utilisée pour l'action immédiate en santé publique, la planification de programme, l'évaluation et la formulation d'hypothèses. (traduction libre de la citation en note de bas de page)

Ainsi, la définition de surveillance retenue pour notre région, présentée dans l'encadré ci-après, est la même que celle du PCS, enrichie d'une part de celle du CDC afin de souligner l'importance pour la fonction, de diffuser et d'être en lien avec l'action de santé publique.

La surveillance est un processus continu d'appréciation de l'état de santé d'une population et de ses déterminants par la collecte, l'analyse et l'interprétation des données sur la santé et ses déterminants à l'échelle d'une population, ainsi que la diffusion systématique et régulière des données en lien avec la santé pour soutenir l'action de santé publique en vue de la réduction de la morbidité et de la mortalité et pour améliorer la santé.

Santé

Dans le *Cadre de référence* du PCS⁷, la définition de la santé retenue est celle indiquée dans la LSSS (L.R.Q., chapitre S-4.2, article 1), soit : « La santé, c'est la capacité physique, psychique et sociale d'une

6. « Public health surveillance is the ongoing, systematic collection, analysis, and interpretation, and dissemination of data regarding a health-related event for use in public health action to reduced morbidity and mortality and to improve health (...). Data disseminated by a public health surveillance system can be used for immediate public health action, program planning and evaluation, and formulating research hypotheses. » (CDC, MMWR 2001, vol. 50, (RR13) : 4/35).

7. Selon la version du 15 février 2005.

personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie ».

Le terme « acceptable » de cette définition nous posait des problèmes d'interprétation. Déjà, la définition retenue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est plus large : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité⁸ »⁹. Elle nous semble plus dynamique, stimulante et moins restrictive.

Cependant, pour venir éclairer la définition de la santé de l'OMS, c'est l'article 1 de la déclaration d'Alma-Ata (1978), qui semble davantage rallier les membres du comité élargi de la fonction surveillance et la DSPE, en raison de son caractère englobant comme vision de la santé. Également, sont appréciées la reconnaissance de son ancrage social (et non l'inverse) et enfin, du droit de chacun, à viser un état optimal de santé, plutôt « qu'acceptable ». Donc, nous retenons la définition de l'encadré suivant. À noter que cette dernière définition plus large, se trouve à englober celle du PCS, qui s'y trouve donc incluse.

(...) que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé.

Il importe de réaliser qu'il s'agit ici, d'une définition idéale, visionnaire, correspondant à la nécessaire recherche des déterminants de la santé¹⁰, afin d'agir le plus tôt possible, en amont, pour la prévention des problèmes de santé et la promotion du bien-être. Bien sûr, le PRS pour sa part, et tel que souligné par le Comité d'éthique de santé publique (**CESP**), ne couvre qu'une mince partie des aspects soulevés dans ce modèle des déterminants¹¹. Cependant, le modèle a pour avantage de montrer en quelles directions orienter le développement d'indicateurs.

Comme le PCS sera révisé périodiquement, ces éléments du *Cadre conceptuel* et des définitions apportés par notre région pourront être également discutés au niveau national.

Tel que mentionné précédemment, le PRS intègre comme base, le suivi de l'ensemble des indicateurs du PCS, duquel un certain nombre sera suivi plus spécifiquement; à cette base nous ajoutons des indicateurs particuliers à la région. Ce sont les objets des deux prochaines sections.

8. Cette définition a été adoptée en 1946 par l'OMS.

9. Définition tirée de Émond (2005), p. 28, document de travail, version du 15 juin 2005.

10. Ce tableau des déterminants étant présenté dans le PCS, 2005 : 18.

11. Comité d'éthique de santé publique, 2004 : 7.

Démarche du PCS

Voici, quelques mots de la démarche nationale et de celle qui a conduit à identifier les indicateurs du PCS qui seront suivis, plus spécifiquement dans notre région.

Comme mentionné précédemment, une démarche nationale, a déjà été effectuée, faisant appel aux ressources de la santé publique au Québec. Le travail s'est réalisé, notamment, avec la collaboration des professionnels des Tables de concertation nationales en santé publique¹² (TCNSP) donnant lieu au PCS. Les directeurs de santé publique des régions, dont celui de Chaudière-Appalaches, M. Philippe Lessard (lettre du 23 avril 2004, annexe VI) se sont engagés à assurer un suivi de l'ensemble des indicateurs.

À partir des travaux nationaux et de l'avis du Comité d'éthique de santé publique (CESP), la version finale du *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007* national (PCS) par le directeur national de santé publique, M. Alain Poirier, au nom des directeurs de santé publique participant au PCS, a été déposée en février 2005, afin de planifier et d'orienter un ensemble d'activités de surveillance, dans tout le Québec.

Dans le suivi de l'ensemble des indicateurs du PCS, à part les trois éléments d'enrichissement décrits ci-haut¹³, soulignons l'endossement à l'ensemble du contenu du PCS (tels, respectivement selon les chapitres : la fonction de surveillance et les déterminants de l'état de santé (1), les éléments descriptifs du Plan commun de surveillance (2), les considérations éthiques, protection et sécurité des renseignements personnels (3) et mise en œuvre et évolution du Plan commun de surveillance(4). Cette adhésion vaut également pour les autres parties II et III du PCS, traitant d'une part de la liste des objets de surveillance, leurs mesures/indicateurs et leurs sources de données, et d'autre part des fiches-source de données incluant ses annexes.

Indicateurs du PCS identifiés aux fins de suivis spécifiques en Chaudière-Appalaches (PRS) et les autres indicateurs suivis du PCS

Régionalement, la démarche de réflexion sur la fonction de surveillance, incluant le PRS, amorcée en 2002 s'est concrétisée, notamment¹⁴, par la création du comité élargi de la fonction surveillance en 2003. Très tôt, en fonction des travaux réalisés dans le cadre du Plan d'action régional (PAR), la nécessité d'identifier des indicateurs de surveillance s'est imposée aux membres du comité. Ainsi, sur la base des indicateurs du *Plan commun de surveillance* déposé en novembre 2003, une démarche d'identification des indicateurs aux fins de suivis spécifiques par les professionnels de santé publique de la région s'est effectuée. La démarche visait une intégration systématique de ces indicateurs dans les dossiers sous forme de produits de surveillance, s'adressant à des clientèles spécifiques. Elle se finalise par une liste des indicateurs régionaux.

12. Soit : la surveillance générale (TCNS), les maladies infectieuses (TCNMI), la santé au travail (TCNSAT), l'environnement (TCNSE), la promotion et prévention (adaptation et intégration sociale, traumatismes non intentionnels, habitudes de vie et maladies chroniques) (TCNPP), Table de concertation nationale en santé publique (TCNSP).

13. Soit le Cadre de référence et les définitions de santé et de surveillance.

14. Les éléments de discussion des membres du comité sont exposés dans le document : *Réflexion sur l'organisation de la fonction surveillance intégrant le plan de surveillance en santé publique, région de la Chaudière-Appalaches*, en 2004.

Essentiellement, ce sont les membres du comité élargi de surveillance (issus de toutes les équipes de santé publique de la région de la Chaudière-Appalaches), accompagnés ou conseillés par les membres de leurs équipes respectives, qui ont contribué à cette démarche, de même qu'à déterminer l'ajout d'indicateurs particuliers à la région. On a demandé aux professionnels de choisir, dans leurs domaines respectifs, de trois à quatre indicateurs, les plus significatifs, disponibles, « parlants » et pertinents pour soutenir l'action et la prise de décision. Outre leur utilité immédiate, leur suivi plus particulier devait être tributaire de notre capacité régionale de les suivre plus régulièrement et d'en rendre compte régulièrement, par des productions s'adressant à des clientèles ciblées. L'expérience des professionnels, ainsi que leurs années de pratique et de collaboration avec les partenaires du milieu (scolaire, santé, municipal, entreprises, organismes communautaires), se sont avérés un gage dans le choix de ces indicateurs (annexe II).

D'une manière plus opérationnelle, une première tournée (l'un des auteurs, toujours le même, rencontrant chacun individuellement) des professionnels s'est effectuée en 2004, avec la version 2003 du Plan commun de surveillance. Chaque professionnel devait identifier, pour la problématique qu'il couvre dans le Plan d'action régional (PAR), de deux à quatre indicateurs, les plus importants, afin d'assurer un suivi de l'information la plus parlante dans son domaine. Dans le choix de ces indicateurs, une attention particulière a été accordée aux indicateurs « disponibles »¹⁵, récurrents dans le temps, ventilés régionalement (idéalement par territoire de CSSS, voire même par secteur de santé) et enfin, les plus marquants quant aux objets de surveillance à mettre en lumière. Certes, chacun des objets pourrait être plus détaillé et notre connaissance de ceux-ci mieux développée. Ainsi, le souci de mettre régulièrement et efficacement¹⁶ l'information à la disposition de ceux qui ont besoin de savoir (faisabilité) a aussi guidé le choix des indicateurs.

En 2005 (printemps et automne), s'est amorcée une seconde tournée, afin d'ajuster les indicateurs à la version du PCS de février 2005. Le mandat concernait la mise à jour des indicateurs (2005), ainsi que la validation de l'ajout des « indicateurs particuliers à la région » dont il sera question dans la prochaine section. Un des soucis constants dans le choix des indicateurs du PCS était de s'assurer de l'utilisation concrète et planifiée par les intervenants de santé publique et leurs partenaires régionaux et locaux, de l'information générée par le suivi plus particulier d'un indicateur donné. Ainsi, nous retrouvons les premières bases du PRS soit les indicateurs suivis spécifiquement dans la région.

Dans la prochaine section, vous est présentée une synthèse de ces indicateurs et dans l'autre section, nous aborderons les indicateurs particuliers à la région qui viendront compléter le contenu du PRS.

15. En effet, dans le Plan commun de surveillance national, les indicateurs avaient comme statut : disponibles (D), à consolider (C) ou à élaborer (É). Ceux à consolider et à élaborer mettront un peu plus de temps avant de devenir disponibles, de sorte que par défaut, ils étaient exclus, du PRS, jusqu'à preuve du contraire.

16. Les indicateurs devaient être essentiels, disponibles et étroitement liés à l'objectif. L'information devant également être utile et avoir un impact sur l'action et les façons de faire.

Synthèse de l'ensemble des indicateurs du PRS¹⁷

Régionalement, au terme de la démarche du PRS, ce sont donc 286 indicateurs¹⁸ différents, identifiés aux fins de suivi plus spécifique, sur les 565 du PCS (50,6 %) (voir annexe II). S'y ajoutent trois (3) indicateurs comme « indicateurs particuliers à la région » (voir à la prochaine section) soit un total de 289 indicateurs. Parmi les indicateurs tirés du PCS, certains se répètent, c'est-à-dire qu'ils sont utilisés comme indicateur pour surveiller différents problèmes de santé publique ou leurs déterminants dans les divers domaines de santé publique. Notre choix représente 75 % (165/221) des indicateurs classés disponibles au PCS. Le tableau suivant présente, en synthèse, les indicateurs du PRS suivis spécifiquement dans la région, en comparaison avec le PCS.

Tableau 2

Répartition des indicateurs du PRS, identifiés aux fins de suivi spécifiques dans le PCS, région de la Chaudière-Appalaches, 2006

Caractéristiques des indicateurs	Plan commun de surveillance (PCS)	Plan régional de surveillance, suivis spécifiques (PRS)	Indicateurs du PCS, suivis, non spécifiquement
Nombre d'indicateurs (ayant des numéros différents dans le PCS)	565	286 et 3 « indicateurs particuliers à la région »	279
Indicateurs classés « disponibles », dans le PCS	221	165	56
Autres statuts ¹ : à consolider, élaborer ou mixtes	344 ¹	121 ¹	223

¹ : une forte majorité de ces indicateurs sont à consolider au national, en raison de l'harmonisation nécessaire des fichiers nationaux avec l'Ontario. Ce point n'ayant selon nous, pas d'impact sur les totaux nationaux et pas du tout, au plan régional.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, 2006

Enfin, il peut être intéressant de regarder la répartition des indicateurs du PRS, selon les domaines et la surveillance générale. C'est le propos du début de l'annexe II. Notons, qu'en termes de contenu, le PRS intègre les éléments de tous les domaines du *Programme national de santé publique (PNSP)* (MSSS, 2003), incluant donc ceux de santé au travail, de santé et environnement, du développement de l'adaptation et de l'intégration sociale, des habitudes de vie et maladies chroniques, des traumatismes

17. Dans la constitution de la base de données, il y a des problèmes de comparabilité entre le PCS et le PRS :

Au national, la présentation n'est pas uniforme :

- o Même nom d'indicateur pour plusieurs variables (ex. taux de mortalité par cause), touchant différents objets.
- o Différents numéros pour des catégories d'un même indicateur (ex. Perception du stress, dans la vie, indicateur numéro 18 et au travail, 19).
- o Deux numéros différents pour un indicateur identique.

Au régional également, la répartition des indicateurs n'est pas toujours uniforme, ceci pouvant également affecter la fiabilité des données :

- o Certains professionnels préféraient répéter tous leurs indicateurs dans chaque fiche et d'autres non.
- o Certains professionnels préféraient préciser, dans le nom de l'indicateur, la cause (ex. mortalité) alors que d'autres préféraient ne pas le mentionner.
- o Certains indicateurs (dont les nouveaux de la version de février 2005 et les particularités régionales) ne sont pas associés à des fiches du PAR.
- o Enfin, certains répètent systématiquement l'indicateur, alors que d'autres englobent plus d'une fiche du PAR et ne répètent pas l'indicateur.

18. Dont la liste est fournie à l'annexe II.

non intentionnels, des maladies infectieuses, des activités de développement des communautés ainsi que la surveillance générale.

Indicateurs particuliers à la région

Outre les indicateurs du PCS, y sont ajoutés des « indicateurs particuliers à la région » de la Chaudière-Appalaches. Ceux-ci, au nombre de trois, sont décrits plus spécifiquement, en annexe, puisqu'ils doivent être justifiés auprès du Comité d'éthique de santé publique (CESP). Pour chacun de ces indicateurs, on retrouvera, à l'annexe V : 1. la description et la pertinence du projet, 2. l'alimentation en données, 3. la production de l'information, 4. les perspectives de diffusion de résultats, ainsi, qu'au besoin, les autres préoccupations éthiques particulières.

Au cours des derniers mois, des professionnels de la DSPE ont été consultés afin de déterminer si certains indicateurs particuliers à la région devaient être ajoutés à la liste des indicateurs du PCS. Dans notre démarche régionale, lors de l'identification des indicateurs par domaine du PRS, étaient aussi recueillies les informations quant à des particularités ou spécificités régionales, soit : les « indicateurs particuliers à la région » qui ne se retrouvaient pas dans le PCS. On y retrouve certains indicateurs particuliers à la région jugés essentiels à la pratique d'une surveillance utile et pertinente pour le milieu, soit en vertu d'un usage traditionnel, ou encore, d'une pratique spécifique à la région, conséquents, le plus souvent, à de nombreux partenariats développés dans le temps.

Associés au PRS, les indicateurs particuliers à la région ou particularités régionales sont des préoccupations spécifiques, partagées et reconnues, pour la population de la région de la Chaudière-Appalaches, leurs représentants ou les organismes concernés, et pour lesquelles la DSPE désire assurer un suivi de surveillance particulier à partir d'indicateurs nouveaux qui ne font aucunement partie de la base commune. À la détermination de ces indicateurs particuliers à la région ont été associés des critères spécifiques. Les membres du comité élargi de la fonction surveillance ont également adopté, en septembre 2003, des éléments à considérer, afin de déterminer ces particularités régionales. Le détail de ceux-ci sont présentés à l'annexe III.

Au terme de cet exercice, trois indicateurs ont été ultimement¹⁹ retenus soit un en ce qui a trait au domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale et deux indicateurs issus de la santé au travail. Ils sont présentés au tableau suivant.

19. Lors des tournées, neuf indicateurs furent identifiés comme particuliers à la région. Une révision de ceux-ci, avec les promoteurs concernés, à la lumière des définitions de surveillance et de santé retenues, le tout appliqué à la grille de critères des particularités (annexes III et IV) ont ramené ce nombre d'indicateurs à trois.

Tableau 3

**Indicateurs particuliers à la région de la Chaudière-Appalaches,
et leurs domaines du *Programme national de santé publique*, 2006**

Domaines	Indicateurs particuliers
Développement, adaptation et intégration sociale	Nombre d'élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation et d'apprentissage (EHDA)
Santé au travail	Nombre de réactions allergiques générales graves contrôlées par l'intervention adéquate des secouristes désignés
	Nombre de décès reconnus d'origine professionnelle par réaction allergique due aux piqûres d'insectes pour les travailleurs de la forêt

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, 2006

Le détail de la justification des indicateurs particuliers à la région est présenté à l'annexe V. Cette justification suit la grille « adaptée »²⁰ du *Guide pour la soumission des projets de plans de surveillance et d'enquêtes sociosanitaires*, produite par le Comité d'éthique de santé publique (CESP), en 2005. Selon notre lecture, nous pensons qu'il serait souhaitable que ces indicateurs soient intégrés au PCS. Aussi, ces indicateurs sont acheminés aux Tables de concertation nationales concernées en même temps qu'au CESP afin de soumettre la possibilité de les inclure dans la révision du PCS.

Donc, en résumé, l'essentiel du PRS de Chaudière-Appalaches est composé des indicateurs issus du PCS dont 286 feront l'objet de suivis plus spécifiques et devraient faire l'objet de produits de surveillance s'adressant à des clientèles ciblées. Ceux-ci serviront également tant dans le cadre du PNSP, que du PAR et des projets cliniques. Au PRS s'ajoutent également trois indicateurs particuliers à la région, présentés au CESP ainsi qu'aux Tables de concertation nationales concernées.

20. Il s'agit en fait d'une adaptation de cette grille, moins détaillée mais suivant la même logique de présentation et bonifiée de quelques éléments de notre grille régionale des particularités. Cette grille étant présentée à l'annexe IV : Liste des éléments à considérer pour de « nouveaux indicateurs » régionaux.

3. Mise en œuvre et évolution du PRS

Avec l'adoption du Plan régional de surveillance (**PRS**), un défi important nous attend soit d'une part le concrétiser en termes de produits de surveillance et de diffusion et d'autre part, de le faire évoluer de manière à ce qu'il s'adapte aux besoins actuels et futurs, d'information utile, en considérant les attentes des différents acteurs du réseau sociosanitaire et de la population. Cette section vise donc à aborder brièvement les éléments de mise en œuvre et de révision de notre PRS selon les trois champs d'action définis dans le cadre conceptuel à savoir : l'alimentation en données, la production et la diffusion, en finalisant par l'évolution prévisible du PRS.

Alimentation en données

Au plan de la mise en œuvre, les activités d'alimentation en données représentent un intrant très important tant aux niveaux national que régional. Avec l'actualisation de l'Infocentre national en santé publique, les données dont nous avons besoin pour réaliser notre mandat seront graduellement disponibles aux régions via ce dernier, et les profils d'accès seront octroyés. Ainsi, nous devrions obtenir des données validées et disponibles plus rapidement. Néanmoins, il n'est pas exclu qu'au plan régional nous ayons recours, par exemple, à des enquêtes ou sondages régionaux afin d'obtenir les données par territoire de CSSS ou de sous-secteurs, dans le but de nous permettre de réaliser des analyses et interprétations plus fines.

Production

Quant aux activités de production, elles peuvent prendre la forme de la production d'information à partir d'un traitement initial des données lequel peut se traduire par le calcul des mesures/indicateurs et à croiser ceux-ci avec différentes caractéristiques (âge, sexe) et dimensions (spatiale, temporelle). Également d'autres types de productions entraînent des analyses et de l'interprétation servant à cibler des problèmes ou groupes de population, à déterminer les problèmes prioritaires, à explorer les problèmes en émergence ou à élaborer des scénarios prospectifs.

De ces activités de production découleront des produits de surveillance qui seront préalablement convenus avec les différents acteurs du réseau sociosanitaire. Ces produits identifiés à partir du PRS se traduiront dans un plan opérationnel. Évalué et ajusté à chaque année, le *Plan opérationnel* vise également une plus grande intégration des préoccupations de nos partenaires comme base de nos travaux. Enfin, il sert également à identifier annuellement les biens livrables issus du PRS qui seront les produits auxquels la population et les partenaires doivent s'attendre. Un premier *Plan opérationnel de la fonction surveillance*, a été réalisé, pour la période 2005 à 2006. Concrètement, ce *Plan opérationnel* détaille pour l'année de référence, le domaine visé, le titre du produit de surveillance, le type de produit attendu (document, fait saillant, résumé, article, etc.), ainsi que le ou les clients principaux de la

demande. Rappelons que cette planification est connue et partagée à l'ensemble de la DSPE de Chaudière-Appalaches ainsi qu'à nos partenaires.

Notons que toutes les activités de surveillance régionale intègrent le *Cadre global de gestion des actifs informationnels appartenant aux organismes du réseau de la santé et des services sociaux*, de même que les chapitres du *Cadre de référence* du PCS traitant des aspects de sécurité et de confidentialité.

Diffusion

En ce qui a trait à la diffusion de produits de surveillance, les moyens peuvent prendre diverses formes selon les publics visés. Ainsi, des rencontres avec les instances de l'Agence et du réseau sont déjà amorcées, des présentations régulières aux CSSS, l'inclusion d'articles dans le *Carrefour santé publique* (notre bulletin d'information réseau, diffusé à environ 1 200 personnes), des conférences de presse ou des articles dans les médias d'information pour rejoindre la population, présentations, etc. De plus, nos productions se retrouvent sur le site internet de l'Agence et l'intranet national de surveillance. D'autres moyens s'ajouteront, au fur et à mesure de l'avancement des travaux.

Évolution du PRS

Le maintien du comité élargi de la fonction surveillance, permettra de continuer le travail d'intégration de la fonction surveillance dans les dossiers d'intervention en santé publique, sur les choix des dites interventions, sur les démarches du *Plan d'action régional* et sur le *Rapport du directeur de santé publique*, en termes de surveillance. La poursuite de l'animation régionale devrait favoriser l'intégration de la fonction surveillance dans les pratiques de santé publique (utilisation des indicateurs pour l'aide à la décision dans les programmes de santé publique, questionnement des interventions actuelles; confrontation avec les connaissances au regard des interventions efficaces, etc.). Enfin, à terme, nous visons l'intégration de la fonction de surveillance dans la pratique au quotidien des praticiens de santé publique de toute la région. À cet égard, un accompagnement de nos partenaires dans l'analyse et l'interprétation de produits spécifiques devrait se développer progressivement.

Le Plan régional de surveillance (PRS) revêt un caractère évolutif, de fait, nous souhaitons qu'il devienne un outil dynamique afin de bien répondre aux finalités de la surveillance notamment pour informer la population sur son état de santé, permettre aux acteurs de santé publique d'avoir un éclairage pour mieux agir en amont des problématiques de santé et de bien-être et soutenir la prise de décision et le processus de planification sociosanitaire. Enfin, cette évolution se fera en interaction avec nos partenaires régionaux (CSSS, autres établissements régionaux, intersectoriels, communautaire, etc.).

Il va de soi, que l'évolution du PRS prendra en compte les mises à jour qui seront effectuées au PCS et considèrera les nouveaux besoins propres à notre région en termes d'indicateurs dans une perspective d'interaction avec la population, les décideurs et les intervenants sociosanitaires.

Enfin, nous maintiendrons notre collaboration aux travaux du national, ce qui permettra de se tenir au courant et de participer aux développements concernant tant le PCS, que les divers travaux s'y rattachant (exemples : problèmes émergents, prioritaires et prospectives; Infocentre, *Portrait du Québec et ses régions*, etc.).

Conclusion

La démarche de réflexion entourant la production du Plan régional de surveillance (**PRS**) a permis, outre sa production, de resserrer les liens entre les équipes de santé publique, de se rapprocher de nos partenaires, de créer des ponts entre les différents domaines de santé publique et de générer le goût, la pertinence et l'efficacité de travailler ensemble pour faire vivre la fonction de surveillance au quotidien.

En effet, les débats des membres du comité élargi sur la fonction surveillance ont permis d'échanger sur divers sujets, d'enrichir les différents thèmes et surtout de générer des consensus significatifs quant à la démarche, notamment, sur les éléments suivants : les définitions de la surveillance et de la santé, les finalités de la surveillance, les façons de faire, la collaboration au dossier, de même qu'à la dynamisation de la fonction, au sein de toute la Direction de santé publique et de l'évaluation (**DSPE**).

Plus encore, la démarche a favorisé l'implication de partenaires tels les CSSS, de même que les autres directions de l'Agence de la santé et des services sociaux et ainsi, recueillir une part de leurs besoins d'information. Mentionnons que dans les projets cliniques, la surveillance est devenue un domaine transversal, puisque ses fondements prennent racine dans tous les domaines décrits par le *Programme national de santé publique (PNSP)*, y compris les activités de développement des communautés.

Au terme d'une démarche longue et qui a pu paraître fastidieuse pour d'aucuns, ces gains qualitatifs nous semblent toutefois notables quant à l'exercice futur de la fonction de surveillance dans notre région.

Tous les indicateurs du Plan commun de surveillance (**PCS**) seront suivis, toutefois, la démarche a permis d'identifier les indicateurs que nous comptons suivre plus spécifiquement dans notre région. De plus, nous espérons que nos indicateurs particuliers à notre région permettent de contribuer concrètement à l'évolution du PCS. Pour ce qui est de ces derniers, ils sont acheminés au Comité d'éthique en santé publique, ainsi qu'aux Tables nationales de santé publique pour avis.

Annuellement, à partir du PRS, découlera un plan opérationnel où l'on retrouvera les produits de surveillance pour la DSPE, la diffusion, ainsi que les échéanciers des productions en tenant compte des besoins et priorités de nos partenaires.

Bref, par la démarche du Plan régional de surveillance et de réflexion sur la fonction surveillance, le processus d'appropriation de celle-ci par les membres du comité élargi de la fonction surveillance constitue un exemple dont nous sommes fiers, de reconnaissance de la part, de tout un chacun, comme porteur de la fonction surveillance. Cette approche et les résultats obtenus à ce jour nous semblent prometteurs d'une contribution optimale de la surveillance à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population de Chaudière-Appalaches.

Liste des références

- ADRLSSSS DE l'Outaouais (2005). *Guide d'intervention et de formation : réactions allergiques aux piqûres d'insectes*. Production de la Conférence des régies régionales en 1997, et de l'ADRLSSSS de l'Outaouais, révision 2004, mise à jour 2005, 160 p. (selon la pagination du document sur intranet)
- ADRLSSSS DE CHAUDIÈRE-APPALACHES (ADRLSSSS, 2005). *Rapport annuel de gestion 2004-2005*. Ste-Marie, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 192 p.
- BOUTHILLIER, Lynda (2003). *La surveillance continue de l'état de santé de la population, une synthèse*. Québec, MSSS, présentation de la fonction de surveillance aux membres du CESP, version du 11 février, 9 p.
- BOUTHILLIER, Lynda, France Filiatrault (2004). *Guide pour la soumission des projets de plans de surveillance et d'enquêtes sociosanitaires*. Montréal, secrétariat du Comité d'éthique de santé publique, 9 p.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC, 2001). *Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems, recommendations from the Guidelines Working Group*. Atlanta, MMWR2001 ;50(No. RR-13): 35 p.
Site internet consulté le 30 janvier 2006 : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm>
- CLOUTIER, François et all. (2004). *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007*. Sainte-Marie, ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, Direction de santé publique, 150 p. (PAR)
- COMITÉ D'ÉTHIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE (CESP, 2004). *Avis du Comité d'éthique de santé publique. Projet de plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants*. Montréal, Gouvernement du Québec, octobre 2004, 18p.
- DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE (DSP), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (TCNS, 2005). *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007*, Québec, Gouvernement du Québec, 599 p.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. (L.R.Q., chapitre S-4.2).
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2001). *Loi sur la santé publique* (L.R.Q., chapitre S-2.2).
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2002). *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (L.R.Q., chapitre A-2.1), dernière mise à jour : octobre 2002.

- LAROSE, Lucie, Pierre DESHAIES et Jacques SAMSON (2004). *Réflexion sur l'organisation de la fonction surveillance intégrant le plan de surveillance en santé publique, région de la Chaudière-Appalaches, rapport final*. Sainte-Marie, ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP, xvi, 68 p.
- LEBEAU, Aimé et Aline. ÉMOND. *Cadre conceptuel pour la fonction de surveillance et d'analyse de l'état de santé et de bien-être de la population et de ses déterminants*. Document de travail déposé aux membres du comité élargi du Programme national de santé publique, 10 octobre 2001, 10 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002). *Cadre global de gestion des actifs informationnels appartenant aux organismes du réseau de la santé et des services sociaux : Volet sur la sécurité*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2002, 76 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS, 2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, élaboré par la Direction générale des services sociaux ; sous la direction de Richard Massé, Léonard Gilbert ; rédaction Lise Cardinal et al., Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 133 p.
- OMS (1997). *Protocole pour l'évaluation des systèmes de surveillance épidémiologique*. Division des Maladies émergentes et autres Maladies transmissibles- Surveillance et Lutte, Genève, 52 p.
- OMS (1978). *Déclaration d'Alma-Ata*. Alma-Ata, OMS, site internet de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 3 p., consulté le 29 septembre 2005.
http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=French
- VANASSE, Diane, CHOINIÈRE, Robert et Aimé LEBEAU (2002). *Plan de surveillance : une base commune, document technique*, Montérégie, RRSS de Montérégie, 40 p.

Annexe I : Liste des membres du comité élargi de la fonction surveillance et du comité de gestion de la Direction de santé publique et de l'évaluation de Chaudière-Appalaches

Membres du comité élargi de la fonction surveillance, 2003-2005

Jacques Samson	Alain Desranleau
Pierre Deshaies	Jeannine Lechasseur (Cécile Caron)
Lucie Larose	Denis Astell
Chantal Lavoie Dumont	Sylvie Veilleux (Alexandre Leblanc St-Cyr)
Pierre Lainesse	François Léveillé
Diane Langlois	Lucie Roy
Richard Martin	Martine Couture
François Cloutier	Annie Bourassa
Denis Olivier	Louise Paré

Notons que tant le directeur de santé publique et de l'évaluation, M. Philippe Lessard que les membres du comité de gestion, ont généreusement soutenu les travaux sur demande.

Membres du comité de gestion de la Direction de santé publique et de l'évaluation de Chaudière-Appalaches

Dr Philippe Lessard
Dre Diane Morin
Dr Alain Turbide
M. Jacques Samson
M. Jean-Pierre Vigneault



Que toutes ces personnes se considèrent ici remerciées de leur implication et de leur soutien, tout au long de la démarche, ainsi que tous les membres des équipes de la Direction de santé publique et de l'évaluation de Chaudière-Appalaches.

Annexe II : Liste des domaines, objets de surveillance, indicateurs spécifiques et indicateurs particuliers à la région, selon leur statut de disponibilité, *Plan régional de surveillance, région de la Chaudière-Appalaches*, décembre 2005

Liste des indicateurs suivis plus spécifiquement par les professionnels de la DSPE de Chaudière-Appalaches et indicateurs particuliers à la région, pour le *Plan régional de surveillance*, selon les versions du *Plan commun de surveillance* du 28 octobre 2003 et de février 2005

En regard de l'analyse différenciée selon les sexes, dans la mesure du possible toujours considérer la variable « sexe » dans la collecte de données, la description, l'analyse et l'interprétation.

Répartition des indicateurs, selon les domaines et la surveillance générale du Programme national de santé publique, *Plan régional de surveillance*, région de la Chaudière-Appalaches, 2006

Domaines et surveillance générale	Sigle utilisé	Nombre d'indicateurs différents, par domaine ¹
Santé au travail	SAT	52
Surveillance générale	SURV	115
Développement, adaptation et intégration sociale	DAIS	57
Habitudes de vie et maladies chroniques	HVMC	64
Traumatismes non intentionnels	TNI	9
Développement des communautés	DEVC	7
Maladies infectieuses	MI	35
Santé et environnement	SE	27
Total		366

¹ : à noter que les indicateurs sont différents par domaine, mais peuvent se répéter, d'un domaine à l'autre.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, 2006

Quant aux statuts des indicateurs présentés dans le prochain tableau, ils correspondent à :

- D** pour disponibles
- C** pour consolider
- É** pour élaborer

Enfin, les indicateurs particuliers à la région sont soulignés par une bande grisée 

Santé au travail (SAT)

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS				
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »	
				Diminuer la prévalence ainsi que la durée et la gravité des incapacités liées aux lésions musculo-squelettiques.						
35		—	SAT-01	Blessures	Proportion de la population déclarant s'être blessée à cause de mouvements répétitifs	X				
36		—	SAT-01	Blessures	Proportion de la population déclarant s'être blessée non attribuables à des mouvements répétitifs	X				
521		497	SAT-01	Lésions musculo-squelettiques (d'origine professionnelle)	Nombre de cas incidents (indemnisés) et taux d'incidence des lésions musculo-squelettiques (par secteur d'activité, sexe, âge et profession)	X	X			
522		498	SAT-01	Lésions musculo-squelettiques (d'origine professionnelle)	Répartition, moyenne et étendue des durées d'indemnisation (des lésions musculo-squelettiques par secteur d'activité, sexe, âge et profession).	X				
523		499	SAT-01	Lésions musculo-squelettiques (d'origine professionnelle)	Répartition et étendue des atteintes permanentes (APIPP)	X				
524		500	SAT-01	Lésions musculo-squelettiques (d'origine professionnelle)	Répartition des coûts d'indemnisation (pour des lésions musculo-squelettiques par secteur d'activité, sexe, âge et profession)	X		X		
				Diminuer l'incidence de la béryllose (...) chez les travailleurs par la réduction de l'exposition au béryllium (...).						
525		501	SAT-02	Béryllose	N de cas incidents indemnisés de béryllose (par secteur d'activité, sexe, âge et profession).	X		X MADO		
527		503	SAT-02	Béryllose	Décès reconnus d'origine professionnelle (par béryllose selon le sexe et l'âge).	X				
529		505	SAT-02	Exposition au risque chimique	Répartition des établissements et des travailleurs ciblés selon l'exposition au béryllium.	X		X		

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
				Diminuer l'incidence de la silicose (...) chez les travailleurs par la réduction de l'exposition à la silice					
525		501	SAT-03	Silicose	N de cas incidents indemnisés de silicose (par secteur d'activité, sexe, âge et profession).	X		X	
527		503	SAT-03	Silicose	Décès reconnus d'origine professionnelle (par silicose selon le sexe et l'âge).	X		X	
528		504	SAT-03		Taux de mortalité par silicose (selon la cause par sexe et par âge).	X			
				Diminuer l'incidence de l'amiantose (...) chez les travailleurs des mines et du secteur de la construction par la réduction de l'exposition à l'amiante (...).					
525		501	SAT-04	Amiantose	N de cas incidents d'amiantose (par secteur d'activité, sexe, âge et profession).	X	X	X	
527		503	SAT-04	Amiantose	Décès reconnus d'origine professionnelle (par amiantose selon le sexe et l'âge).	X	X		
528		504	SAT-04	Amiantose	Taux de mortalité par amiantose (selon la cause par sexe et par âge).	X			
529		505	SAT-04	Exposition au risque chimique	Répartition des établissements et des travailleurs ciblés selon l'exposition à l'amiante.	X	X	X	
				Diminuer l'incidence de l'asthme professionnel liée aux isocyanates, à la farine et à ses composantes ou aux protéines de crustacés ainsi que la sévérité des manifestations de cette maladie.					
532		508	SAT-05	Asthme professionnel	Nombre de cas incidents et taux d'incidence de l'asthme professionnel (dus aux isocyanates et à la farine).	X	X	X	
533		509	SAT-05	Asthme professionnel	Décès reconnus d'origine professionnelle (par asthme professionnel)	X	X		
534		510	SAT-05	Asthme professionnel	Répartition et étendue des atteintes permanentes	X	X		
535		511	SAT-05	Exposition aux risques chimiques liés à l'asthme professionnel (certains risques chimiques. ex. : isocyanates)	Répartition des établissements et des travailleurs (ciblés) selon l'exposition à certains risques chimiques spécifiques (par secteur d'activité)	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
				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.					
506		482	SAT-06	Exposition aux risques retenus en milieu de travail	Répartition des établissements selon les risques retenus (Plastique renforcé)	X		X	
508		483	SAT-06	Exposition aux risques retenus en milieu de travail	Répartition des établissements selon les indices d'exposition aux risques évalués (Plastique renforcé)	X		X	
509		484	SAT-06	Exposition aux risques retenus en milieu de travail	Répartition des travailleurs selon les indices d'exposition aux risques évalués (Plastique renforcé)	X		X	
511		487	SAT-06	État de santé des travailleurs ciblés	Répartition des travailleurs selon le résultat d'une activité médicale (Plastique renforcé : N de travailleurs avec surveillance médicale dans les établissements avec postes en surexposition).	X		X	
536		512	SAT-06	Intoxications professionnelles causées par l'oxyde de carbone, l'hydrogène sulfuré, les pesticides et les gaz irritants	N de cas incidents et taux d'incidence des intoxications professionnelles (causés par le monoxyde de carbone, l'hydrogène sulfurés, les pesticides et les gaz irritants par secteur d'activité).	X	X	X	
538		514	SAT-06	Intoxications professionnelles causées par l'oxyde de carbone, l'hydrogène sulfuré, les pesticides et les gaz irritants	Nombre de décès (par intoxication à l'oxyde de carbone ou à l'hydrogène sulfuré)	X	X	X Ont.	
539		515	SAT-06	Intoxications par le plomb	Nombre de cas incidents et taux d'incidence des intoxications par le plomb (plombémies).	X	X	X	
540		516	SAT-06	Intoxications par le plomb	Prévalence des intoxications par le plomb répartie selon les niveaux d'intoxication	X	X	X	
541		517	SAT-06	Exposition significative à l'ammoniac	Nombre d'événements et de travailleurs exposés (significativement) à l'ammoniac.	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
				Diminuer l'incidence de maladies infectieuses professionnelles chez les travailleurs exposés à des agents biologiques. (incluant réactions allergiques aux piqûres d'insectes et les infections au VNO chez les travailleurs de la forêt)					
442		420	SAT-07	Infections au virus du Nil occidental	Taux d'incidence annuelle des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon les principales causes (VNO), selon le groupe d'âge, sexe, code postal, CLSC, mois	X			
443		—	SAT-07	Infections au virus du Nil occidental	Nombre de cas humain infectés	X			
544		520	SAT-07	Maladies infectieuses professionnelles	N de cas incidents d'e maladies transmissibles par le sang .	X	X		
545		521	SAT-07	Maladies infectieuses professionnelles	N de cas incidents d'infection à la tuberculose (tuberculose infection, tuberculose maladie).	X	X		
546		522	SAT-07	Moyens préventifs dans les entreprises – Mise en place	Couverture vaccinale pour l'hépatite B pour les travailleurs ciblés par l'intervention	X		X	
Nouveau SAT1		—	SAT-07		Décès reconnus par réaction allergique due aux piqûres d'insectes pour les travailleurs de la forêt d'origine professionnelle selon le sexe et l'âge.	X			D-> rapport semestriel planif-bilan
Nouveau SAT2		—	SAT-07		Nombre de réactions allergiques générale graves contrôlées par l'intervention adéquate des secouristes désignés.	X			D-> rapport semestriel planif-bilan
				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.					
547		523	SAT-08	Cas incidents de cancers des voies respiratoires liés à l'exposition à la silice ou à l'amiante	Taux d'incidence de cancer selon le siège et/ou le type (Cas incidents de cancers des voies respiratoires liés à l'exposition à la silice ou à l'amiante).		X	X	
548		524	SAT-08	Mésothéliomes, cancers de la plèvre et du péritoine	Taux d'incidence selon le siège ou le type de cancer (mésothéliomes, cancers de la plèvre et du péritoine)	X	X	X Ont.	
549		525	SAT-08	Cancers de la plèvre et du péritoine	Taux de mortalité selon la cause (âge & sexe. Cancer de la plèvre et du péritoine)	X		X Ont.	

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
550		526	SAT-08	Mésothéliome et cancer pulmonaire professionnel	N de décès selon la cause (par secteur d'activité, sexe, âge [Cancer]. Mésothéliome et cancer pulmonaire professionnel).	X	X		
551		527	SAT-08	Mésothéliomes, cancers de la plèvre et du péritoine	N de cas incidents selon le siège ou le type (mésothéliomes et cancers de la plèvre et du péritoine).	X	X		
				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					
555		531	SAT-09	Surdité professionnelle	N de cas incidents de surdité professionnelle(secteur d'activité, sexe, âge et profession).	X		X	
556		532	SAT-09	Surdité professionnelle	Répartition des atteintes permanentes (APIPP).	X			
558		534	SAT-09	Exposition aux risques physiques (bruit en milieu de travail)	Répartition des travailleurs et des établissements selon l'exposition aux risques physiques (situations extrêmes, bruit)	X	X	X	
				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.					
513		489	SAT-10	Clientèle du programme «Pour une maternité sans danger» (PMSD)	Répartition des demandes de PMSD selon la raison de la demande.	X		X	
514		490	SAT-10	Clientèle du programme «Pour une maternité sans danger» (PMSD)	N moyen de semaines de grossesse au moment de la demande.	X		X	
515		491	SAT-10	Clientèle du programme «Pour une maternité sans danger» (PMSD)	Répartition des recommandations selon les risques ou agresseurs à éviter.	X		X	
561		537	SAT-10	Grossesse - Facteurs de risque des issues de la grossesse liés au travail (physiques, chimiques, biologiques, ergonomiques, organisationnels, risques à la sécurité)	Répartition des demandes de retraits préventifs selon les facteurs de risque retenus par le médecin conseil (secteur d'activité, profession, n. de sem. gross. et période recomm. de réaffectation).	X		X	

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
				Prévenir les coups de chaleur des travailleurs oeuvrant dans les milieux de travail où il y a présence de chaleur susceptible d'occasionner des contraintes thermiques lors des procédés courants, lors de canicules.					
566		542	SAT-13-C	Coup de chaleur	N de décès par coup de chaleur.	X		X	
				Réduire la mortalité en milieu de travail					
516		492	SAT-14	Mortalité liée au travail	Répartition des décès reliés au travail selon la cause	X	X	X MSSS/ Ont.	
				Prévenir l'apparition de problèmes de santé mentale reliés directement au milieu de travail					
20		—	SAT-17	Perception du stress au travail	Proportion de la population percevant stressantes la plupart des journées au travail	X			
22		—	SAT-17	Stress au travail	Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice de stress professionnel	X			
23		—	SAT-17	Stress au travail	Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice de latitude de décision-compétence	X			
24		—	SAT-17	Stress au travail	Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice de latitude de décision-autorité	X			
25		—	SAT-17	Stress au travail	Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice de demande psychologique	X			
26		—	SAT-17	Stress au travail	Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice d'effort physique	X			
27		—	SAT-17	Stress au travail	Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice d'insécurité d'emploi	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
28		—	SAT-17	Stress au travail	Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice de soutien social	X			

Surveillance générale (SURV)

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS				
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »	
				Surveillance générale						
107	107 268	86 252	SURV-05	Tabagisme	Proportion de fumeurs actuels	X			Remplacerait les nouveaux numéros 210, 223 et 231 (anciens numéros : 192, 205 et 213)	
268	107 268	86 252	SURV-05	Tabagisme	Proportion de fumeurs actuels	X			Remplacerait les nouveaux numéros 210, 223 et 231 (anciens numéros : 192, 205 et 213)	
113	113 217 250 283	91 199 229 267	SURV-05	Activité physique	Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X				
217	113 217 250 283	91 199 229 267	SURV-05	Activité physique	Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X				
250	113 217 250 283	91 199 229 267	SURV-05	Activité physique	Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X				
283	113 217 250 283	91 199 229 267	SURV-05	Activité physique	Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X				

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
121	121 142	97 115	SURV-05	Insuffisance de poids	Proportion des naissances vivantes de faible poids	X			
142	121 142	97 115	SURV-05	Insuffisance de poids	Proportion des naissances vivantes de faible poids	X			
122	122 140	98 113	SURV-05	Prématurité	Proportion des naissances vivantes prématurées	X			
140	122 140	98 113	SURV-05	Prématurité	Proportion des naissances vivantes prématurées	X			
17	17 174	13 153	SURV-05	Perception de l'état de santé mentale	Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé mentale	X			
174	17 174	13 153	SURV-05	Perception de l'état de santé mentale	Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé mentale	X			
21	21 175	14 154	SURV-05	État de santé mentale	Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice de détresse psychologique	X			
175	21 175	14 154	SURV-05	État de santé mentale	Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice de détresse psychologique	X			
50	50 236 238	32 218 220	SURV-05	Poids corporel	Proportion de la population adulte de 20 à 64 ans se situant dans chacune des catégories de poids (IMC, norme canadienne 1988)	X			
236	50 236 238	32 218 220	SURV-05	Poids corporel	Proportion de la population adulte de 20 à 64 ans se situant dans chacune des catégories de poids (IMC, norme canadienne 1988)	X			
238	50 236 238	32 218 220	SURV-05	Poids corporel	Proportion de la population adulte de 20 à 64 ans se situant dans chacune des catégories de poids (IMC, norme canadienne 1988)	X			
1		1	SURV-05	Médicaments	Proportion de la population ayant consommé des médicaments	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
3		3	SURV-05	Professionnels de la santé	Proportion de la population ayant consulté un professionnel de la santé	X			
7		7	SURV-05	Service Info-Santé CLSC	Volume des appels répondus	X			
8		8	SURV-05	Aidants naturels	Proportion de personnes prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées	X			
11		11	SURV-05	Mortalité évitable par les soins	Taux de mortalité évitable	X			
12		12	SURV-05	Perception de l'état de santé	Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé	X			
13		—	SURV-05	Perception de l'état de santé bucco-dentaire	Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé bucco-dentaire	X			
14		—	SURV-05	Dépression	Proportion de la population se retrouvant à un seuil où la dépression est probable	X			
15		—	SURV-05	État de santé général	Indice de l'état de santé	X			
16		—	SURV-05	État de santé général	Indice fonctionnel de l'état de santé	X			
18		—	SURV-05	Perception de la satisfaction dans la vie	Proportion de la population se disant insatisfaite de sa vie	X			
19		—	SURV-05	Perception du stress dans la vie	Proportion de la population percevant stressantes la plupart des journées de sa vie	X			
20		—	SURV-05	Perception du stress au travail	Proportion de la population percevant stressantes la plupart des journées au travail	X			
22		—	SURV-05	Stress au travail	Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice de stress professionnel	X			
23		—	SURV-05	Stress au travail	Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice de latitude de décision-compétence	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
24		—	SURV-05	Stress au travail	Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice de latitude de décision-autorité	X			
25		—	SURV-05	Stress au travail	Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice de demande psychologique	X			
26		—	SURV-05	Stress au travail	Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice d'effort physique	X			
27		—	SURV-05	Stress au travail	Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice d'insécurité d'emploi	X			
28		—	SURV-05	Stress au travail	Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice de soutien social	X			
29		15	SURV-05	Problèmes de santé	Prévalence des principaux problèmes de santé	X			
30		—	SURV-05	Problèmes de santé chroniques	Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques	X			
31		16	SURV-05	Incapacité	Proportion de la population ayant une limitation d'activités à long terme	X			
33		18	SURV-05	Incapacité	Taux d'incapacité	X			
35		—	SURV-05	Blessures	Proportion de la population déclarant s'être blessée à cause de mouvements répétitifs	X			
36		—	SURV-05	Blessures	Proportion de la population déclarant s'être blessée non attribuables à des mouvements répétitifs	X			
38		—	SURV-05	ITS	Proportion de la population qui déclare avoir été diagnostiquée pour une maladie transmise sexuellement	X			
40		22	SURV-05	Mortalité générale	Espérance de vie	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
45		27	SURV-05	Mortalité générale	Espérance de vie sans incapacité	X			
47		29	SURV-05	Mortalité foeto-infantile	Taux de mortalité infantile	X			
48		30	SURV-05	Mortalité foeto-infantile	Taux de mortalité périnatale	X			
49		31	SURV-05	Mortalité prématurée	Taux des années potentielles de vie perdues	X			
51		33	SURV-05	Poids corporel	Proportion de la population adulte de 20 à 64 ans se situant dans chacune des catégories de poids (IMC, norme OMS 1997)	X			
52		—	SURV-05	Poids corporel	Proportion de la population se déclarant faire de l'embonpoint	X			
53		—	SURV-05	Poids corporel	Proportion de la population se déclarant être trop maigre	X			
54		34	SURV-05	Structure de la population	Effectif de population	X			
55		35	SURV-05	Population des travailleuses et des travailleurs	Effectif de population en milieu de travail	X			
56		36	SURV-05	Clientèle scolaire	Effectif de population en milieu scolaire	X			
58		38	SURV-05	Clientèle handicapée	Effectif de population avec un handicap	X			
59		39	SURV-05	Clientèle routière	Nombre de titulaires de permis de conduire	X			
60		40	SURV-05	Structure de la population	Rapport de masculinité	X		X	
61		41	SURV-05	Structure de la population	Indice de dépendance totale	X		X	
62		42	SURV-05	Structure de la population	Indice de dépendance des jeunes	X		X	

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
63		43	SURV-05	Structure de la population	Indice de dépendance des aînés	X		X	
64		44	SURV-05	Structure de la population	Indice de vieillesse	X		X	
65		45	SURV-05	Mouvement de la population	Taux d'accroissement de la population	X		X	
66		46	SURV-05	Mouvement de la population	Taux d'accroissement naturel	X		X	
68		48	SURV-05	Mobilité géographique	Proportion de la population âgée de 5 ans et plus ayant déménagé cinq ans auparavant	X			
69		49	SURV-05	Mobilité géographique	Proportion de la population âgée de 1 ans et plus ayant déménagé 1 an auparavant	X			
70		50	SURV-05	État matrimonial	Répartition de la population selon l'état matrimonial de fait	X			
71		—	SURV-05	Union libre	Proportion de la population vivant en union libre	X			
72		51	SURV-05	Famille	Répartition des familles selon la présence d'enfants à la maison	X			
73		52	SURV-05	Famille	Répartition des familles avec enfants à la maison selon la structure de famille et l'âge des enfants	X			
74		53	SURV-05	Famille	Répartition des enfants selon le type de famille	X			
75		54	SURV-05	Ménage	Proportion de la population vivant seule dans les ménages privés	X			
76		55	SURV-05	Ménage	Proportion de la population de 65 ans et plus vivant en ménage privé	X			
77		56	SURV-05	Ménage	Proportion des ménages privés selon le mode d'occupation du logement	X			
79		58	SURV-05	Langue parlée à la maison	Répartition de la population selon la langue parlée à la maison	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
80		59	SURV-05	Langue maternelle	Répartition de la population selon la langue maternelle	X			
81		60	SURV-05	Qualité du logement	Proportion de logements privés nécessitant des réparations majeures	X			
82		61	SURV-05	Immigration	Proportion d'immigrants reçus	X			
83		62	SURV-05	Scolarité	Proportion de la population sans diplôme d'études secondaires	X			
86		65	SURV-05	Activité	Taux d'emploi	X			
87		66	SURV-05	Activité	Taux de chômage	X			
88		67	SURV-05	Activité	Taux d'activité	X			
89		68	SURV-05	Revenu	Proportion de la population selon la tranche de revenu	X			
90		69	SURV-05	Revenu	Revenu moyen des particuliers	X			
91		70	SURV-05	Revenu	Proportion des familles selon la tranche de revenu	X			
92		71	SURV-05	Revenu	Revenu moyen des familles selon le type de familles	X			
93		72	SURV-05	Revenu	Proportion des ménages privés selon la tranche de revenu	X			
94		73	SURV-05	Revenu	Revenu moyen des ménages privés	X			
95		74	SURV-05	Revenu	Revenu personnel disponible par habitant	X			
96		75	SURV-05	Revenu	Revenu personnel par habitant	X			
97		76	SURV-05	Revenu	Proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
98		77	SURV-05	Revenu	Proportion des familles vivant sous le seuil de faible revenu	X			
100		79	SURV-05	Revenu	Proportion de prestataires de l'assistance-emploi	X			
101		80	SURV-05	Revenu	Indice de dépendance économique	X			
102		81	SURV-05	Revenu	Proportion de personnes de 65 ans et plus bénéficiant du supplément de revenu garanti	X			
103		82	SURV-05	Insécurité alimentaire	Proportion de la population vivant en situation d'insécurité alimentaire	X			
108		87	SURV-05	Tabagisme	Répartition des anciens fumeurs selon le moment de l'arrêt de l'usage de tabac	X			
109		—	SURV-05	Tabagisme	Proportion de la population qui se déclare avoir une dépendance à la nicotine	X			
110		88	SURV-05	Consommation d'alcool	Proportion de buveurs actuels	X			
111		89	SURV-05	Consommation d'alcool	Proportion de la population prenant 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine	X			
112		90	SURV-05	Consommation d'alcool	Proportion de la population présentant une consommation élevée (5 verres ou plus) d'alcool 12 fois et plus au cours d'une année	X			
114		92	SURV-05	Activité physique	Exigences physiques reliées aux activités quotidiennes ou aux habitudes de travail	X			
117		95	SURV-05	Port du casque de sécurité	Taux de port du casque de sécurité	X			
118		—	SURV-05	Test de Pap	Proportion de la population féminine qui ont passé un test Pap selon le temps écoulé depuis le dernier test	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
119		—	SURV-05	Test de l'antigène spécifique prostatique (PSA)	Proportion de la population masculine de 40 ans et plus qui ont subi le test PSA selon le temps écoulé depuis le dernier test	X			
120		96	SURV-05	Naissances vivantes	Taux de natalité	X			
123		99	SURV-05	Retard de croissance	Proportion des naissances vivantes ayant un retard de croissance intra-utérine	X			
124		100	SURV-05	Fécondité	Taux de fécondité	X			
125		101	SURV-05	Fécondité	Âge moyen des mères	X			
126		102	SURV-05	Grossesse	Taux de grossesse à l'adolescence		X		Exception, pcq. Très pertinent
127		103	SURV-05	Interruption volontaire de grossesse	Taux d'interruption volontaire de grossesse		X		
128		—	SURV-05	Contraception	Taux d'utilisation des moyens contraceptifs	X			
129		104	SURV-05	Soutien social	Indice de soutien social	X		X Enquête	
131		—	SURV-05	Sentiment d'appartenance à la communauté	Proportion de la population qui déclare un faible sentiment à la communauté locale	X			
132		—	SURV-05	Sentiment d'appartenance à la communauté	Proportion de la population qui déclare être membre d'un organisme à but non lucratif	X			

Domaine de développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale (DAIS)

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
				Prévention des grossesses à l'adolescence					
48		30	DAIS-01	Mortalité foeto-infantile (Prévention des grossesses à l'adolescence)	Taux de mortalité périnatale	X			
120		96	DAIS-01	Naissances vivantes	Taux de natalité	X			
				Réduire le taux de prématurité					
121	121 142	97 115	DAIS-02-1	Insuffisance de poids à la naissance (poids inférieur à 2 500 g)	Proportion des naissances vivantes de faible poids	X			
142	121 142	97 115	DAIS-02-1	Insuffisance de poids à la naissance (poids inférieur à 2 500 g)	Proportion des naissances vivantes de faible poids	X			
122	122 140	98 113	DAIS-02-1	Prématurité	Proportion des naissances vivantes prématurées	X			
140	122 140	98 113	DAIS-02-1	Prématurité	Proportion des naissances vivantes prématurées	X			
123		99	DAIS-02-1	Retard de croissance	Proportion des naissances vivantes ayant un retard de croissance intra-utérine	X			
146		119	DAIS-02-2	Anomalies congénitales	Prévalence de certaines anomalies congénitales	X			
146		119	DAIS-02-3	Anomalies congénitales (SAF)	Prévalence de certaines anomalies congénitales	X			
318	318 328	297 307	DAIS-02-4	Infection de rubéole indigène et de rubéole congénitale	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (rubéole)	X			
328	318 328	297 307	DAIS-02-4	Infection de rubéole indigène et de rubéole congénitale	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (rubéole)	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
146		119	DAIS-02-5	Anomalies congénitales (phénylcétonurie, hypothyroïdie congénitale)	Prévalence de certaines anomalies congénitales	X			
				Réduire les infections respiratoires, les infections gastro-intestinales					
157		129	DAIS-02-6	Infections (respiratoires et gastro-intestinales) chez les nourrissons	Taux d'hospitalisation des nourrissons selon la cause	X			
351		330	DAIS-02-6	Infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (Infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans)	X			
158		130	DAIS-02-7	Anémie ferriprive chez les nourrissons	Prévalence de l'anémie ferriprive (populations défavorisées, autochtones, etc.)			X	
				Allaitement maternel					
198		177	DAIS-03	Allaitement maternel (Réseau « Amis des bébés »)	Taux d'initiation de l'allaitement maternel			X	
199		178	DAIS-03	Allaitement maternel (Réseau « Amis des bébés »)	Taux d'allaitement à 2 jours, 2 semaines ainsi qu'à 2, 4, 6 et 12 mois;			X	
200		179	DAIS-03	Allaitement maternel (Réseau « Amis des bébés »)	Durée d'allaitement du dernier enfant, population féminine de 15 à 55 ans.			X	
				Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (NÉ-GS/PSJP)					
47		29	DAIS-04/05	Mortalité foeto-infantile	Taux de mortalité infantile	X			
48		30	DAIS-04/05		Taux de mortalité périnatale	X			
97		76	DAIS-04/05	Revenu	Proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu	X			
98		77	DAIS-04/05	Revenu	Proportion des familles vivant sous le seuil de faible revenu	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
99		78	DAIS-04/05	Revenu	Proportion de la population se percevant pauvre ou très pauvre	X		X	
100		79	DAIS-04/05	Naissances vivantes	Proportion des prestataires de l'assistance-emploi	X			
120		96	DAIS-04/05	Fécondité	Taux de natalité	X			
124		100 106	DAIS-04/05	Fécondité	Taux de fécondité	X			
125		101	DAIS-04/05		Âge moyen des mères	X			
133		100 106	DAIS-04/05	Grossesse à l'adolescence	Taux de fécondité	X			
160		134	DAIS-04/05	Abus physique et psychologique, agression sexuelle et négligence à l'endroit des enfants et adolescents	Taux d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse	X			
161		137 141	DAIS-04/05	Abus physiques et psychologiques, agression sexuelle et négligence à l'endroit des enfants et des adolescents	Taux de signalements retenus selon la problématique	X		X	
164		137 141	DAIS-04/05	Troubles de la conduite	Taux de signalements retenus selon la problématique	X		X	
464		440	DAIS-04/05	Famille	Répartition des familles avec enfants à la maison selon la structure de famille et l'âge des enfants	X			
				Intervention visant le développement des habiletés sociales des enfants (Programme expérimental de Montréal – Fluppy					
56		36	DAIS-06	Clientèle scolaire	Effectif de population en milieu scolaire	X		X Ont.	
160		134	DAIS-06	Abus physiques et psychologiques, agression sexuelle et négligence à l'endroit des enfants et adolescents	Taux d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
163		138	DAIS-06	Troubles de conduite chez les enfants et adolescents	Taux des jeunes de 12 à 17 ans ayant contrevenu au code criminel et aux lois	X			
167		147	DAIS-06	Consommation de drogues	Répartition de la population selon le type de consommateurs de drogues au cours d'une période de 12 mois (ESQ)	X		X ISQ	
170		144	DAIS-06	Consommation d'alcool	Proportion de la population présentant une consommation élevée (5 verres ou plus) d'alcool 12 fois et plus au cours d'une année	X			
Nouveau EHDA			DAIS-06		Élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation et d'apprentissage, EHDA, disponibles /année/Commission scolaire	X			X
				Intervention globale et concertée					
54		34	DAIS-07	Structure de population	Effectif de population	X		X RAMQ	
56		36	DAIS-07	Clientèle scolaire	Effectif de population en milieu scolaire	X		X Ont.	
111		89	DAIS-07	Consommation d'alcool	Proportion de la population prenant 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine	X			
116		94	DAIS-07	Consommation de drogues	Proportion de consommateurs actuels	X		X	
160		134	DAIS-07	Abus physiques et psychologiques, agression sexuelle et négligence à l'endroit des enfants et adolescents	Taux d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse	X			
163		138	DAIS-07	Troubles de la conduite chez les enfants et les adolescents	Taux des jeunes de 12 à 17 ans ayant contrevenu au code criminel et aux lois (TC)	X			
176		155	DAIS-07	Troubles mentaux	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal (troubles mentaux)	X	X ICIS		
177		156	DAIS-07	Suicide	Taux de mortalité selon la cause (suicide).	X	X Coroner		

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
185		164	DAIS-07	Agression sexuelle	Nombre de plaintes pour agressions sexuelles enregistrées par les corps policiers au cours d'une année	X			
187		166	DAIS-07	Violence conjugale	Taux de victimisation pour violence conjugale	X			
Nouveau EHDA			DAIS-07		Élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation et d'apprentissage, EHDA, disponibles /année/Commission scolaire	X			X
				Promotion des habiletés personnelles et sociales des enfants et des adolescents, et sur la prévention des problèmes psychosociaux					
54		34	DAIS-08	Structure de population	Effectif de population	X			
56		36	DAIS-08	Clientèle scolaire	Effectif de population en milieu scolaire	X		X Ont.	
111		89	DAIS-08	Consommation d'alcool	Proportion de la population prenant 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine	X			
116		94	DAIS-08	Consommation de drogues	Proportion de consommateurs actuels	X		X	
160		134	DAIS-08	Abus physiques et psychologiques, agression sexuelle et négligence à l'endroit des enfants et adolescents	Taux d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse	X			
163		138	DAIS-08	Troubles de la conduite chez les enfants et les adolescents	Taux des jeunes de 12 à 17 ans ayant contrevenu au code criminel et aux lois (TC)	X			
176		155	DAIS-08	Troubles mentaux	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal (troubles mentaux)	X	X ICIS		
177		156	DAIS-08	Suicide	Taux de mortalité selon la cause (suicide)	X	X Coroner		
185		164	DAIS-08	Agression sexuelle	Nombre de plaintes pour agressions sexuelles enregistrées par les corps policiers au cours d'une année	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
187		166	DAIS-08	Violence conjugale	Taux de victimisation pour violence conjugale	X			
Nouveau EHDA			DAIS-08		Élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation et d'apprentissage, EHDA, disponibles /année/Commission scolaire	X			X
				Prévention de la violence conjugale et agressions					
54		34	DAIS-09	Structure de la population	Effectifs de population	X		E RAMQ	
184		163	DAIS-09	Agression sexuelle	Proportion des femmes déclarant avoir été victimes d'agression sexuelle			X	
185		164	DAIS-09	Agression sexuelle	Nombre de plaintes pour agression sexuelle enregistrées par les corps policiers au cours d'une année	X			
186		165	DAIS-09	Violence conjugale	Proportion des femmes déclarant avoir été victimes de violence conjugale sur une période donnée			X	
187		166	DAIS-09	Violence conjugale	Taux de victimisation pour violence conjugale	X			
				Troubles anxieux et dépressifs, santé mentale					
17	17 174	153 13	DAIS-10	Perception de l'état de santé mentale	Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé mentale	X			
174	17 174	153 13	DAIS-10	Perception de l'état de santé mentale	Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé mentale	X			
21	21 175	154 14	DAIS-10	État de santé mentale	Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice de détresse psychologique	X			
175	21 175	154 14	DAIS-10	État de santé mentale	Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice de détresse psychologique	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
14		---	DAIS-10	Dépression	Proportion de la population se retrouvant à un seuil où la dépression est probable	X			
				Promotion et soutien sur consommation alcool					
110		88	DAIS-11	Consommation d'alcool	Proportion de buveurs actuels	X			
111		89	DAIS-11	Consommation d'alcool	Proportion de la population prenant 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine	X			
112		90	DAIS-11	Consommation d'alcool	Proportion de la population présentant une consommation élevée (5 verres ou plus) d'alcool, 12 fois et plus au cours de l'année	X			
			DAIS 12	Promotion de la diminution d'accessibilité à l'alcool aux moins de 18 ans	Aucun indicateur retenu				
				Intervention visant la consommation modérée chez les buveurs					
110		88	DAIS-13	Consommation d'alcool	Proportion de buveurs actuels	X			
111		89	DAIS-13	Consommation d'alcool	Proportion de la population prenant 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine	X			
112		90	DAIS-13	Consommation d'alcool	Proportion de la population présentant une consommation élevée (5 verres ou plus) d'alcool, 12 fois et plus au cours de l'année	X			
			DAIS 14 (Qc)	Sensibilisation des ministères aux effets négatifs vs plus grande accessibilité	Aucun indicateur retenu				
			DAIS 15	Accessibilité au traitement à la méthadone	Aucun indicateur retenu				

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
				Consommation inappropriée de psychotropes chez les personnes âgées					
172		151	DAIS-16 (QC)		Proportion de la population ayant consommé des médicaments psychotropes			X	
173		152	DAIS-16 (QC)		Proportion de personnes assurées ayant au moins une ordonnance active d'anxiolytiques, sédatifs ou hypnotiques une journée donnée		X		
				Prévention du suicide					
21	21 175	154 14	DAIS-17	État de santé mentale	Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice de détresse psychologique	X			
175	21 175	154 14	DAIS-17	État de santé mentale	Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice de détresse psychologique	X			
37		20	DAIS-17	Morbidité hospitalière/ Hospitalisation selon le diagnostic principal	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal (suicide)	X	X ICIS		
177		156	DAIS-17	Suicide	Taux de mortalité selon la cause (suicide)	X	X Coroner		
181		160	DAIS-17	Suicide	Proportion de la population qui a songé au suicide au cours de sa vie	X	X Enquête		
182		161	DAIS-17	Suicide	Proportion de la population qui a songé au suicide au cours des 12 derniers mois	X	X Enquête		
183		162	DAIS-17	Suicide	Prévalence annuelle des appels aux organismes donnant des services d'écoute téléphonique		X		
				Réduire les problèmes d'abus et de négligence à l'endroit des personnes âgées; réduire les problèmes d'agressions sexuelles et de violence conjugale affectant les femmes					
188		167	DAIS-18	Abus et négligence à l'endroit des personnes âgées	Proportion de la population déclarant avoir été victime d'abus et de négligence			X	

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
				Réduire la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes					
185		164	DAIS-19	Agressions sexuelles	Nombre de plaintes pour agressions sexuelles enregistrées par les corps policiers au cours d'une année	X			
187		166	DAIS-19	Violence conjugale	Taux de victimisation pour violence conjugale	X			
n/a		n/a	DAIS 20	Intervention auprès des enfants témoins de violence conjugale	Suivi en monitoring (via le cahier des charges et les ententes de gestion MSSS et les établissements) mais pas par le Plan de surveillance				
				Participation des aînés à des activités de prévention et promotion					
129		104	DAIS-21	Soutien social	Indice de soutien social	X		X Enquête	
				Programme de prévention des abus					
160		134	DAIS-22	Abus physiques et psychologiques, agression sexuelle et négligence à l'endroit des enfants et adolescents (Programme de prévention des abus)	Taux d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse	X			
161		137 141	DAIS-22	Abus physiques et psychologiques, agression sexuelle et négligence à l'endroit des enfants et des adolescents	Taux de signalements retenus selon la problématique	X		X	
164		137 141	DAIS-22	Troubles de la conduite	Taux de signalements retenus selon la problématique	X		X	
			DAIS 24	Services d'accouchement, sages-femmes	Ne s'applique pas				
			DAIS 25	Rencontres prénatales	Ne s'applique pas				

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
				Allaitement maternel					
198		177 178	DAIS-26	Plan d'action, allaitement maternel	Taux d'initiation de l'allaitement maternel			X	
199		177 178	DAIS-26	Plan d'action, allaitement maternel	Taux d'allaitement à 2 jours, 2 semaines ainsi qu'à 2, 4, 6 et 12 mois;			X	
200		179	DAIS-26	Plan d'action, allaitement maternel	Durée d'allaitement du dernier enfant, population féminine de 15 à 55 ans.			X	
				Plan d'action global de prévention du suicide					
21	21 175	154 14	DAIS-27	État de santé mentale	Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice de détresse psychologique	X			
175	21 175	154 14	DAIS-27	État de santé mentale	Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice de détresse psychologique	X			
37		20	DAIS-27	Morbidité hospitalière/ Hospitalisation selon le diagnostic principal	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal (suicide)	X	X ICIS		
177		156	DAIS-27	Suicide	Taux de mortalité selon la cause (suicide)	X	X Coroner		

Habitudes de vie et maladies chroniques (HVMC)

VERSION DU PCS				Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003	No fiche du PAR			D	C	É	« Nouveau »
				Promotion de saines habitudes de vie, dont : la saine alimentation (consommation quotidienne d'au moins cinq portions de fruits et légumes).					
37		20	HVMC-01	Morbidité hospitalière/ hospitalisation selon le diagnostic principal	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal (cancers côlon, rectum, prostate)	X	X ICIS		
39		21	HVMC-01	Tumeurs	Taux d'incidence de (...) selon le siège et/ou le type de cancer	X		X Ont.	
46		28	HVMC-01	Mortalité générale	Taux de mortalité selon la cause (cancer côlon, rectum, prostate)	X	C Coroner	X Ont.	
273		257	HVMC-01		Proportion de la population selon la consommation quotidienne totale de fruits et légumes	X			
				Promotion de saines habitudes de vie, dont la pratique régulière d'activité physique					
113	113 217 250 283	91 199 229 267	HVMC-02		Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X			
217	113 217 250 283	91 199 229 267	HVMC-02		Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X			
250	113 217 250 283	91 199 229 267	HVMC-02		Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X			
283	113 217 250 283	91 199 229 267	HVMC-02		Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
214	214 247 280	196 226 264	HVMC-02		Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de loisir	X			
247	214 247 280	196 226 264	HVMC-02		Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de loisir	X			
280	214 247 280	196 226 264	HVMC-02		Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de loisir	X			
215	215 248 281	197 227 265	HVMC-02		Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de transport	X			
248	215 248 281	197 227 265	HVMC-02		Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de transport	X			
281	215 248 281	197 227 265	HVMC-02		Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de transport	X			
235	235 240	217 222	HVMC-02	Poids corporel	Proportion de la population de moins de 20 ans se situant dans chacune des catégories de poids en fonction des diverses méthodes de classification du poids (85e -95e percentiles, indice de Cole, ou autres définitions)	X			
240	235 240	217 222	HVMC-02	Poids corporel	Proportion de la population de moins de 20 ans se situant dans chacune des catégories de poids en fonction des diverses méthodes de classification du poids (85e -95e percentiles, indice de Cole, ou autres définitions)	X			
37	37 203	20 184	HVMC-02		Taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
203	37 203	20 184	HVMC-02		Taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque	X			
46	46 201	28 180	HVMC-02		Taux de mortalité par AVC	X			
201	46 201	28 180	HVMC-02		Taux de mortalité par AVC	X			
46	46 202	28 183	HVMC-02		Taux de mortalité par insuffisance cardiaque	X			
202	46 202	28 183	HVMC-02		Taux de mortalité par insuffisance cardiaque	X			
46	46 204	28 185	HVMC-02		Taux de mortalité par infarctus du myocarde	X			
204	46 204	28 185	HVMC-02		Taux de mortalité par infarctus du myocarde	X			
46	46 205	28 186	HVMC-02		Taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde	X			
205	46 205	28 186	HVMC-02		Taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde	X			
50	50 236 238	32 218 220	HVMC-02	Poids corporel	Proportion de la population adulte de 20 ans et plus se situant dans chacune des catégories de poids (IMC, norme canadienne 1988)	X			
236	50 236 238	32 218 220	HVMC-02	Poids corporel	Proportion de la population adulte de 20 ans et plus se situant dans chacune des catégories de poids (IMC, norme canadienne 1988)	X			
238	50 236 238	32 218 220	HVMC-02	Poids corporel	Proportion de la population adulte de 20 ans et plus se situant dans chacune des catégories de poids (IMC, norme canadienne 1988)	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
56		36	HVMC-02	Clientèle scolaire	Effectif de la population en milieu scolaire	X		X Ont.	
206		187	HVMC-02		Prévalence des principaux problèmes de santé (HTA)	X			
				Promotion de saines habitudes de vie, dont le non-usage du tabac					
107	107 268	86 252	HVMC-03		Proportion de fumeurs actuels	X			
268	107 268	86 252	HVMC-03		Proportion de fumeurs actuels	X			
211	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-03		Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X			
224	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-03		Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X			
229	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-03		Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X			
270	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-03		Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X			
37	37 203	20 184	HVMC-03		Taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque	X			
203	37 203	20 184	HVMC-03		Taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
37	37 222	20 204	HVMC-03		Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal	X			
222	37 222	20 204	HVMC-03		Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal	X			
37	37 227	20 209	HVMC-03		Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal	X			
227	37 227	20 209	HVMC-03		Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal	X			
37	37 205	20 186	HVMC-03		Taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde	X			
205	37 205	20 186	HVMC-03		Taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde	X			
46	46 201	28 180	HVMC-03	Indicateurs MCV	Taux de mortalité par AVC	X			
201	46 201	28 180	HVMC-03		Taux de mortalité par AVC	X			
46	46 202	28 183	HVMC-03		Taux de mortalité par insuffisance cardiaque	X			
202	46 202	28 183	HVMC-03		Taux de mortalité par insuffisance cardiaque	X			
46	46 204	28 185	HVMC-03		Taux de mortalité par infarctus du myocarde	X			
204	46 204	28 185	HVMC-03		Taux de mortalité par infarctus du myocarde	X			
46	46 221	28 203	HVMC-03	Indicateurs MPOC	Taux de mortalité selon la cause	X			
221	46 221	28 203	HVMC-03	Indicateurs MPOC	Taux de mortalité selon la cause	X			
46	46 226	28 208	HVMC-03	Indicateurs asthme	Taux de mortalité selon la cause	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
226	46 226	28 208	HVMC-03	Indicateurs asthme	Taux de mortalité selon la cause	X			
37		20	HVMC-03	Morbidité hospitalière/ Hospitalisation selon le diagnostic principal	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal (cancers cavité buccale, larynx, poumon, œsophage, estomac, pancréas, vessie, rein)	X	X ICIS		
39		21	HVMC-03	Tumeurs	Taux d'incidence selon le siège et/ou le type de cancer	X		X Ont.	
46		28	HVMC-03	Mortalité générale	Taux de mortalité selon la cause (cancers cavité buccale, larynx, poumon, œsophage, estomac, pancréas, vessie, rein)	X	X Coroner		
206		187	HVMC-03		Prévalence des principaux problèmes de santé (HTA)	X			
260		244	HVMC-03	Indicateurs maladies parodontales : Consultation d'un dentiste	Proportion de la population ayant visité un dentiste au cours des 12 derniers mois	X			
				Révision de la Politique québécoise en matière de nutrition					
56		36	HVMC-04	Clientèle scolaire	Effectif de population en milieu scolaire (disponible MEQ)	X		X Ont.	
273		257	HVMC-04		Proportion de la population selon la consommation quotidienne totale de fruits et légumes	X			
				Inspection quant à la Loi sur le tabac					
107	107 268	86 252	HVMC-05	Tabagisme	Proportion de fumeurs actuels	X			
268	107 268	86 252	HVMC-05	Tabagisme	Proportion de fumeurs actuels	X			
211	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-05		Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
224	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-05		Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X			
229	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-05		Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X			
270	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-05		Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X			
37	37 203	20 184	HVMC-05	Indicateurs MCV	Taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque	X			
203	37 203	20 184	HVMC-05	Indicateurs MCV	Taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque	X			
37	37 222	20 204	HVMC-05	Indicateurs MPOC	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal	X			
222	37 222	20 204	HVMC-05	Indicateurs MPOC	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal	X			
37	37 227	20 209	HVMC-05	Indicateurs MPOC	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal	X			
227	37 227	20 209	HVMC-05	Indicateurs MPOC	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal	X			
37	37 205	20 186	HVMC-05	Indicateurs MCV	Taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde	X			
205	37 205	20 186	HVMC-05	Indicateurs MCV	Taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde	X			
46	46 201	28 180	HVMC-05	Indicateurs MCV	Taux de mortalité par AVC	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
201	46 201	28 180	HVMC-05	Indicateurs MCV	Taux de mortalité par AVC	X			
46	46 202	28 183	HVMC-05	Indicateurs MCV	Taux de mortalité par insuffisance cardiaque	X			
202	46 202	28 183	HVMC-05	Indicateurs MCV	Taux de mortalité par insuffisance cardiaque	X			
46	46 204	28 185	HVMC-05	Indicateurs MCV	Taux de mortalité par infarctus du myocarde	X			
204	46 204	28 185	HVMC-05	Indicateurs MCV	Taux de mortalité par infarctus du myocarde	X			
46	46 221	28 203	HVMC-05	Indicateurs MPOC	Taux de mortalité selon la cause	X			
221	46 221	28 203	HVMC-05	Indicateurs MPOC	Taux de mortalité selon la cause	X			
46	46 226	28 208	HVMC-05	Indicateurs MPOC	Taux de mortalité selon la cause	X			
226	46 226	28 208	HVMC-05	Indicateurs MPOC	Taux de mortalité selon la cause	X			
37		20	HVMC-05	Indicateurs cancer	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal (cancers cavité buccale, larynx, poumon, œsophage, estomac, pancréas, vessie, rein)	X			
46		28	HVMC-05	Indicateurs cancer	Taux de mortalité selon la cause (cancers cavité buccale, larynx, poumon, œsophage, estomac, pancréas, vessie, rein)	X			
206		187	HVMC-05	Indicateurs MCV	Prévalence des principaux problèmes de santé (HTA)	X			
260		244	HVMC-05	Indicateurs maladies parodontales	Proportion de la population ayant visité un dentiste au cours des 12 derniers mois	X			
258		237	HVMC-06	Promotion des mesures optimales de fluoration	Proportion de la population desservie en eaux fluorées	X			En collaboration avec l'équipe SE

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
103	103 277	82 261	HVMC-07	Réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8%	Proportion de la population vivant en situation d'insécurité alimentaire	X			
277	103 277	82 261	HVMC-07	Réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8%	Proportion de la population vivant en situation d'insécurité alimentaire	X			
				Promotion de la création d'environnements et de contextes d'activités sécuritaires et accessibles					
113	113 217 250 283	91 199 229 267	HVMC-08		Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X			
217	113 217 250 283	91 199 229 267	HVMC-08		Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X			
250	113 217 250 283	91 199 229 267	HVMC-08		Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X			
283	113 217 250 283	91 199 229 267	HVMC-08		Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X			
214	214 247 280	196 226 264	HVMC-08		Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de loisir	X			
247	214 247 280	196 226 264	HVMC-08		Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de loisir	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
280	214 247 280	196 226 264	HVMC-08		Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de loisir	X			
215	215 248 281	197 227 265	HVMC-08		Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de transport	X			
248	215 248 281	197 227 265	HVMC-08		Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de transport	X			
281	215 248 281	197 227 265	HVMC-08		Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de transport	X			
235	235 240	217 222	HVMC-08	Indicateurs poids corporel	Proportion de la population de moins de 20 ans se situant dans chacune des catégories de poids en fonction des diverses méthodes de classification du poids (85e -95e percentiles, indice de Cole, ou autres définitions)	X			
240	235 240	217 222	HVMC-08	Indicateurs poids corporel	Proportion de la population de moins de 20 ans se situant dans chacune des catégories de poids en fonction des diverses méthodes de classification du poids (85e -95e percentiles, indice de Cole, ou autres définitions)	X			
37	37 203	120 184	HVMC-08	Indicateurs MCV	Taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque	X			
203	37 203	20 184	HVMC-08	Indicateurs MCV	Taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque	X			
37	37 205	20 186	HVMC-08	Indicateurs MCV	Taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde	X			
205	37 205	20 186	HVMC-08	Indicateurs MCV	Taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
46	46 201	28 180	HVMC-08	Indicateurs MCV	Taux de mortalité par AVC	X			
201	46 201	28 180	HVMC-08	Indicateurs MCV	Taux de mortalité par AVC	X			
46	46 202	28 183	HVMC-08	Indicateurs MCV	Taux de mortalité par insuffisance cardiaque	X			
202	46 202	28 183	HVMC-08	Indicateurs MCV	Taux de mortalité par insuffisance cardiaque	X			
46	46 204	28 185	HVMC-08	Indicateurs MCV	Taux de mortalité par infarctus du myocarde	X			
204	46 204	28 185	HVMC-08	Indicateurs MCV	Taux de mortalité par infarctus du myocarde	X			
50	50 236 238	32 218 220	HVMC-08	Indicateurs poids corporel	Proportion de la population adulte de 20 et plus se situant dans chacune des catégories de poids	X			
236	50 236 238	32 218 220	HVMC-08	Indicateurs poids corporel	Proportion de la population adulte de 20ans et plus se situant dans chacune des catégories de poids (IMC, norme canadienne 1988) .	X			
238	50 236 238	32 218 220	HVMC-08	Indicateurs poids corporel	Proportion de la population adulte de 20ans et plus se situant dans chacune des catégories de poids (IMC, norme canadienne 1988) .	X			
56		36	HVMC-08	Clientèle scolaire	Effectif de la population en milieu scolaire	X		X Ont.	
206		187	HVMC-08	Indicateurs MCV	Prévalence des principaux problèmes de santé (HTA)	X			
				Conception et organisation dans les écoles primaires et secondaires d'activités axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie					
107	107 268	86 252	HVMC-09		Proportion de fumeurs actuels	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
268	107 268	86 252	HVMC-09		Proportion de fumeurs actuels	X			
113	113 217 250 283	91 199 229 267	HVMC-09		Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X			
217	113 217 250 283	91 199 229 267	HVMC-09		Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X			
250	113 217 250 283	91 199 229 267	HVMC-09		Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X			
283	113 217 250 283	91 199 229 267	HVMC-09		Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X			
211	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-09		Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X			
224	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-09		Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X			
229	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-09		Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
270	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-09		Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X			
214	214 247 280	196 226 264	HVMC-09		Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de loisir	X			
247	214 247 280	196 226 264	HVMC-09		Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de loisir	X			
280	214 247 280	196 226 264	HVMC-09		Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de loisir	X			
215	215 248 281	197 227 265	HVMC-09		Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de transport	X			
248	215 248 281	197 227 265	HVMC-09		Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de transport	X			
281	215 248 281	197 227 265	HVMC-09		Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de transport	X			
235	235 240	217 222	HVMC-09		Proportion de la population de moins de 20 ans se situant dans chacune des catégories de poids en fonction des diverses méthodes de classification du poids (85e-95e percentiles, indice de Cole, ou autres définitions).	X			
240	235 240	217 222	HVMC-09		Proportion de la population de moins de 20 ans se situant dans chacune des catégories de poids en fonction des diverses méthodes de classification du poids (85e-95e percentiles, indice de Cole, ou autres définitions).	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
255	255 288	234 273	HVMC-09	Consultation d'un dentiste	Pourcentage annuel de la population des enfants de 9 ans et moins ayant participé au programme de services dentaires	X			
288	255 288	234 273	HVMC-09	Consultation d'un dentiste	Pourcentage annuel de la population des enfants de 9 ans et moins ayant participé au programme de services dentaires	X			
56		36	HVMC-09	Clientèle scolaire	Effectif de population en milieu scolaire	X		X Ont.	
233		215	HVMC-09		Prévalence du diabète	X			
273		257	HVMC-09		Proportion de la population selon la consommation quotidienne totale de fruits et légumes	X			
287		271	HVMC-09	Consultation d'un dentiste	Proportion de la population (12-18 ans) ayant visité un dentiste au cours des douze derniers mois	X			
				Counselling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires, l'activité physique et l'utilisation de fluorure					
108		87	HVMC-10	Tabagisme	Répartition des anciens fumeurs selon le moment de l'arrêt de l'usage de tabac	X			
109		--	HVMC-10	Tabagisme	Proportion de la population qui se déclare avoir une dépendance à la nicotine	X			
107	107 268	86 252	HVMC-10	Tabac	Proportion de fumeurs actuels	X			
268	107 268	86 252	HVMC-10	Tabac	Proportion de fumeurs actuels	X			
113	113 217 250 283	91 199 229 267	HVMC-10	Activité physique	Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
217	113 217 250 283	91 199 229 267	HVMC-10	Activité physique	Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X			
250	113 217 250 283	91 199 229 267	HVMC-10	Activité physique	Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X			
283	113 217 250 283	91 199 229 267	HVMC-10	Activité physique	Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X			
210	210 223 231 261 267	192 205 213 245 251	HVMC-10	Tabagisme	Répartition de la population selon le type de fumeurs	X			
223	210 223 231 261 267	192 205 213 245 251	HVMC-10	Tabagisme	Répartition de la population selon le type de fumeurs	X			
231	210 223 231 261 267	192 205 213 245 251	HVMC-10	Tabagisme	Répartition de la population selon le type de fumeurs	X			
261	210 223 231 261 267	192 205 213 245 251	HVMC-10	Tabagisme	Répartition de la population selon le type de fumeurs	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
267	210 223 231 261 267	192 205 213 245 251	HVMC-10	Tabagisme	Répartition de la population selon le type de fumeurs	X			
211	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-10	Tabac	Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X			
224	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-10	Tabac	Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X			
229	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-10	Tabac	Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X			
270	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-10	Tabac	Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X			
214	214 247 280	196 226 264	HVMC-10	Activité physique	Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de loisir	X			
247	214 247 280	196 226 264	HVMC-10	Activité physique	Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de loisir	X			
280	214 247 280	196 226 264	HVMC-10	Activité physique	Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de loisir	X			
215	215 248 281	197 227 265	HVMC-10	Activité physique	Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de transport	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
248	215 248 281	197 227 265	HVMC-10	Activité physique	Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de transport	X			
281	215 248 281	197 227 265	HVMC-10	Activité physique	Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de transport	X			
235	235 240	217 222	HVMC-10		Proportion de la population de moins de 20 ans se situant dans chacune des catégories de poids en fonction des diverses méthodes de classification du poids (85e-95e percentiles, indice de Cole, ou autres définitions).	X			
240	235 240	217 222	HVMC-10		Proportion de la population de moins de 20 ans se situant dans chacune des catégories de poids en fonction des diverses méthodes de classification du poids (85e-95e percentiles, indice de Cole, ou autres définitions).	X			
255	255 288	234 273	HVMC-10	Hygiène dentaire	Pourcentage annuel de la population des enfants de 9 ans et moins ayant participé au programme de services dentaires	X			
288	255 288	234 273	HVMC-10	Hygiène dentaire	Pourcentage annuel de la population des enfants de 9 ans et moins ayant participé au programme de services dentaires	X			
37	37 203	20 184	HVMC-10		Taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque	X			
203	37 203	20 184	HVMC-10		Taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque	X			
37	37 222	20 204	HVMC-10		Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal	X			
222	37 222	20 204	HVMC-10	Poids corporel	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
37	37 205	20 186	HVMC-10		Taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde	X			
205	37 205	20 186	HVMC-10		Taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde	X			
37	37 227	20 209	HVMC-10	Asthme	Taux d'hospitalisation pour asthme	X			
227	37 227	20 209	HVMC-10	Asthme	Taux d'hospitalisation pour asthme	X			
46	46 201	28 180	HVMC-10		Taux de mortalité par AVC	X			
201	46 201	28 180	HVMC-10		Taux de mortalité par AVC	X			
46	46 202	28 183	HVMC-10		Taux de mortalité par insuffisance cardiaque	X			
202	46 202	28 183	HVMC-10		Taux de mortalité par insuffisance cardiaque	X			
46	46 204	28 185	HVMC-10		Taux de mortalité par infarctus du myocarde	X			
204	46 204	28 185	HVMC-10		Taux de mortalité par infarctus du myocarde	X			
46	46 221	28 203	HVMC-10		Taux de mortalité selon la cause	X			
221	46 221	28 203	HVMC-10	MPOC	Taux de mortalité selon la cause	X			
46	46 226	28 208	HVMC-10	Asthme	Taux de mortalité selon la cause par asthme	X			
226	46 226	28 208	HVMC-10	Asthme	Taux de mortalité selon la cause	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
50	50 236 238	32 218 220	HVMC-10		Proportion de la population adulte de 20 ans et plus se situant dans chacune des catégories de poids (IMC, norme canadienne 1988) .	X			
236	50 236 238	32 218 220	HVMC-10		Proportion de la population adulte de 20 ans et plus se situant dans chacune des catégories de poids (IMC, norme canadienne 1988) .	X			
238	50 236 238	32 218 220	HVMC-10		Proportion de la population adulte de 20ans et plus se situant dans chacune des catégories de poids (IMC, norme canadienne 1988) .	X			
37		20	HVMC-10	Morbidité hospitalière/Hospitalisation selon le diagnostic principal	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal (pour les principaux sièges de cancers)	X	X ICIS		
39			HVMC-10	Tumeurs	Taux d'incidence de (...) selon le siège et/ou le type de cancer	X		X Ont.	
46		28	HVMC-10	Mortalité générale	Taux de mortalité selon la cause pour les principaux sièges de cancers	X			
206		187	HVMC-10		Prévalence des principaux problèmes de santé (HTA)	X			
233		215	HVMC-10		Prévalence du diabète	X			
252		231	HVMC-10		Ligne 231 : Indicateur à élaborer ostéoporose			X	
260		244	HVMC-10	Consultation d'un dentiste	Proportion de la population ayant visité un dentiste au cours des 12 derniers mois	X			
273		257	HVMC-10	Alimentation	Proportion de la population selon la consommation quotidienne totale de fruits et légumes	X			
287		271	HVMC-10	Hygiène dentaire	Proportion de la population (12-18 ans) ayant visité un dentiste au cours des douze derniers mois	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
				Intégration des services de consultation brève concernant l'arrêt de la consommation de tabac					
107	107 268	86 252	HVMC-11		Proportion de fumeurs actuels	X			
268	107 268	86 252	HVMC-11		Proportion de fumeurs actuels	X			
211	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-11		Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X			
224	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-11		Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X			
229	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-11		Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X			
270	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-11		Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X			
37	37 203	20 184	HVMC-11	Indicateurs MCV	Taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque	X			
203	37 203	20 184	HVMC-11	Indicateurs MCV	Taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque	X			
37	37 222	20 204	HVMC-11	Indicateurs MPOC	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal	X			
222	37 222	20 204	HVMC-11	Indicateurs MPOC	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
37	37 227	20 209	HVMC-11	Indicateurs asthme	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal	X			
227	37 227	20 209	HVMC-11	Indicateurs asthme	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal	X			
37	37 205	20 186	HVMC-11	Indicateurs MCV	Taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde	X			
205	37 205	20 186	HVMC-11	Indicateurs MCV	Taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde	X			
46	46 201	28 180	HVMC-11	Indicateurs MCV	Taux de mortalité par AVC	X			
201	46 201	28 180	HVMC-11	Indicateurs MCV	Taux de mortalité par AVC	X			
46	46 202	28 183	HVMC-11	Indicateurs MCV	Taux de mortalité par insuffisance cardiaque	X			
202	46 202	28 183	HVMC-11	Indicateurs MCV	Taux de mortalité par insuffisance cardiaque	X			
46	46 204	28 185	HVMC- 11	Indicateurs MCV	Taux de mortalité par infarctus du myocarde	X			
204	46 204	28 185	HVMC-11	Indicateurs MCV	Taux de mortalité par infarctus du myocarde	X			
46	46 221	28 203	HVMC-11	Indicateurs MPOC	Taux de mortalité selon la cause	X			
221	46 221	28 203	HVMC-11	Indicateurs MPOC	Taux de mortalité selon la cause	X			
46	46 226	28 208	HVMC-11	Indicateurs asthme	Taux de mortalité selon la cause	X			
226	46 226	28 208	HVMC-11	Indicateurs asthme	Taux de mortalité selon la cause	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
37		20	HVMC-11	Indicateurs cancer	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal (cancers cavité buccale, larynx, poumon, œsophage, estomac, pancréas, vessie, rein)	X	C ICIS		
46		28	HVMC-11	Indicateurs cancer	Taux de mortalité selon la cause (cancers cavité buccale, larynx, poumon, œsophage, estomac, pancréas, vessie, rein)	X	X Coroner	X Ont.	
56		36	HVMC-11		Effectif de la population en milieu scolaire	X		X Ont.	
206		187	HVMC-11	Indicateurs MCV	Prévalence des principaux problèmes de santé (HTA)	X			
260		244	HVMC-11	Indicateurs maladies parodontales	Proportion de la population ayant visité un dentiste au cours des 12 derniers mois	X			
				Soutien des cliniciens pour la détection précoce des maladies chroniques suivantes : cancer du sein, cancer du col utérin (par le test de Papanicolaou) et hypertension artérielle, chez les adultes et les personnes âgées, ainsi que pour la prise en charge des personnes atteintes					
37	37 203	20 184	HVMC-12	Maladies cardiovasculaires	Taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque	X			
203	37 203	20 184	HVMC-12	Maladies cardiovasculaires	Taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque	X			
46	46 201	28 180	HVMC-12	Maladies cardiovasculaires	Taux de mortalité par AVC	X			
201	46 201	28 180	HVMC-12	Maladies cardiovasculaires	Taux de mortalité par AVC	X			
46	46 202	28 183	HVMC-12	Maladies cardiovasculaires	Taux de mortalité par insuffisance cardiaque	X			
202	46 202	28 183	HVMC-12	Maladies cardiovasculaires	Taux de mortalité par insuffisance cardiaque	X			
46	46 204	28 185	HVMC-12	Maladies cardiovasculaires	Taux de mortalité par infarctus du myocarde	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
204	46 204	28 185	HVMC-12	Maladies cardiovasculaires	Taux de mortalité par infarctus du myocarde	X			
46	46 218	28 200	HVMC-12	Cancer du sein	Taux de mortalité selon la cause	X		X Ont.	
218	46 218	28 200	HVMC-12	Cancer du sein	Taux de mortalité selon la cause	X		X Ont.	
118		—	HVMC-12	Cancer du col	Proportion de la population féminine qui ont passé un test Pap selon le temps écoulé depuis le dernier test	X			
206		187	HVMC-12	HTA	Prévalence des principaux problèmes de santé (HTA)	X			
207		188	HVMC-12	HTA	Proportion de la population selon le délai depuis la dernière prise de TA	X		X	
208		189	HVMC-12	Maladies cardiovasculaires	Taux de mortalité selon la cause (hypertension)	X		X Ont.	
219		201	HVMC-12	Mammographie	Proportion de femmes ayant déclaré avoir passé une mammographie selon le temps écoulé depuis la dernière mammographie	X			
220		202	HVMC-12	Mammographie	Proportion de femmes de 59-69 ans ayant reçu le service de mammographie	X			
				Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans					
255	255 288	234 273	HVMC-13	Hygiène dentaire	Pourcentage annuel de la population des enfants de 9 ans et moins ayant participé au programme de services dentaires	X			
255	255 288	234 273	HVMC-13	Carie dentaire	Pourcentage annuel de la population des enfants de 9 ans et moins ayant participé au programme de services dentaires	X			
288	255 288	234 273	HVMC-13	Hygiène dentaire	Pourcentage annuel de la population des enfants de 9 ans et moins ayant participé au programme de services dentaires	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
288	255 288	234 273	HVMC-13	Carie dentaire	Pourcentage annuel de la population des enfants de 9 ans et moins ayant participé au programme de services dentaires	X			
56		36	HVMC-13		Effectif de population en milieu scolaire	X			
287		271	HVMC-13	Hygiène dentaire	Proportion de la population (12-18 ans) ayant visité un dentiste au cours des douze derniers mois	X			
				Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.					
255	255 288	234 273	HVMC-14	Consultation d'un dentiste	Pourcentage annuel de la population des enfants de 9 ans et moins ayant participé au programme de services dentaires	X			
288	255 288	234 273	HVMC-14	Consultation d'un dentiste	Pourcentage annuel de la population des enfants de 9 ans et moins ayant participé au programme de services dentaires	X			
56		36	HVMC-14		Effectif de la population en milieu scolaire	X			
				Mise en place du Programme québécois de dépistage du cancer du sein dans toutes les régions et consolidation du volet portant sur l'assurance qualité au niveau régional.					
46	46 218	28 200	HVMC-15	Cancer du sein	Taux de mortalité selon la cause	X			
218	46 218	28 200	HVMC-15	Cancer du sein	Taux de mortalité selon la cause	X			
39		21	HVMC-15	Tumeurs	Taux d'incidence selon le siège ou le type de cancer	X		X Ont.	
219		201	HVMC-15	Mammographie	Proportion de femmes ayant déclaré avoir passé une mammographie selon le temps écoulé depuis la dernière mammographie	X			
220		202	HVMC-15	Mammographie	Proportion de femmes de 50-69 ans ayant reçu le service de mammographie	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS				
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »	
				Intervention préventives intégrées dans le cadre du programme de lutte contre le cancer						
107	107 268	86 252	HVMC-16	Tabac	Proportion de fumeurs actuels	X				
268	107 268	86 252	HVMC-16	Tabac	Proportion de fumeurs actuels	X				
113	113 217 250 283	91 199 229 267	HVMC-16	Activité physique	Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X				
217	113 217 250 283	91 199 229 267	HVMC-16	Activité physique	Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X				
250	113 217 250 283	91 199 229 267	HVMC-16	Activité physique	Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X				
283	113 217 250 283	91 199 229 267	HVMC-16	Activité physique	Répartition de la population selon la fréquence de la pratique des activités de loisirs	X				
211	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-16	Tabac	Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X				
224	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-16	Tabac	Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X				
229	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-16	Tabac	Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X				

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
270	211 224 229 270	193 206 211 254	HVMC-16	Tabac	Proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement	X			
214	214 247 280	196 226 264	HVMC-16	Activité physique	Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de loisir	X			
247	214 247 280	196 226 264	HVMC-16	Activité physique	Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de loisir	X			
280	214 247 280	196 226 264	HVMC-16	Activité physique	Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de loisir	X			
215	215 248 281	197 227 265	HVMC-16	Activité physique	Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de transport	X			
248	215 248 281	197 227 265	HVMC-16	Activité physique	Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de transport	X			
281	215 248 281	197 227 265	HVMC-16	Activité physique	Proportion de la population selon le niveau d'activités physiques de transport	X			
37	37 483 484 488	20 459 460 464	HVMC-16	Morbidité hospitalière/ Hospitalisation selon le diagnostic principal	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal (mésothéliome de la plèvre et du péritoine, cancer du poumon, cancer de la peau en lien avec l'exposition professionnelle et environnementale)	X	X ICIS		
483	37 483 484 488	20 459 460 464	HVMC-16	Morbidité hospitalière/ Hospitalisation selon le diagnostic principal	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal (mésothéliome de la plèvre et du péritoine, cancer du poumon, cancer de la peau en lien avec l'exposition professionnelle et environnementale)	X	X ICIS		

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
484	37 483 484 488	20 459 460 464	HVMC-16	Morbidité hospitalière/ Hospitalisation selon le diagnostic principal	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal (mésothéliome de la plèvre et du péritoine, cancer du poumon, cancer de la peau en lien avec l'exposition professionnelle et environnementale)	X	X ICIS		
488	37 483 484 488	20 459 460 464	HVMC-16	Morbidité hospitalière/Hospitalisation selon le diagnostic principal	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal (mésothéliome de la plèvre et du péritoine, cancer du poumon, cancer de la peau en lien avec l'exposition professionnelle et environnementale)	X	X ICIS		
46	46 483 484 488 549 550	28 459 460 464 525 526	HVMC-16	Mortalité générale	Taux de mortalité selon la cause (mésothéliome, cancer de la plèvre, du péritoine et de la peau, en lien avec l'exposition professionnelle et environnementale)	X		X Ont.	
483	46 483 484 488 549 550	28 459 460 464 525 526	HVMC-16	Mortalité générale	Taux de mortalité selon la cause (mésothéliome, cancer de la plèvre, du péritoine et de la peau, en lien avec l'exposition professionnelle et environnementale)	X		X Ont.	
484	46 483 484 488 549 550	28 459 460 464 525 526	HVMC-16	Mortalité générale	Taux de mortalité selon la cause (mésothéliome, cancer de la plèvre, du péritoine et de la peau, en lien avec l'exposition professionnelle et environnementale)	X		X Ont.	
488	46 483 484 488 549 550	28 459 460 464 525 526	HVMC-16	Mortalité générale	Taux de mortalité selon la cause (mésothéliome, cancer de la plèvre, du péritoine et de la peau, en lien avec l'exposition professionnelle et environnementale)	X		X Ont.	

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
549	46 483 484 488 549 550	28 459 460 464 525 526	HVMC-16	Mortalité générale	Taux de mortalité selon la cause (mésothéliome, cancer de la plèvre, du péritoine et de la peau, en lien avec l'exposition professionnelle et environnementale)	X		X Ont.	
550	46 483 484 488 549 550	28 459 460 464 525 526	HVMC-16	Mortalité générale	Taux de mortalité selon la cause (mésothéliome, cancer de la plèvre, du péritoine et de la peau, en lien avec l'exposition professionnelle et environnementale)	X		X Ont.	
118		---	HVMC-16	Test de Pap	Proportion de la population féminine qui ont passé un test Pap selon le temps écoulé depuis le dernier test	X			
119		---	HVMC-16	Test de l'antigène spécifique prostatique (PSA)	Proportion de la population masculine de 40 ans et plus qui ont subi le test PSA selon le temps écoulé depuis le dernier test	X			
273		257	HVMC-16	Alimentation	Proportion de la population selon la consommation quotidienne totale de fruits et légumes	X			
548		524	HVMC-16	Tumeurs	Taux d'incidence selon le siège et/ou le type de cancer (Taux d'incidence pour mésothéliomes, cancers de la plèvre et du péritoine, en lien avec l'exposition professionnelle et environnementale)	X		X Ont.	
551		527	HVMC-16	Mésothéliomes, cancers de la plèvre et du péritoine	Nombre de cas incidents (mésothéliomes, cancers de la plèvre et du péritoine, en lien avec l'exposition professionnelle et environnementale)	X	X dossiers services médicaux		

Traumatismes non intentionnels (TNI)

VERSION DU PCS				Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003	No fiche du PAR			D	C	É	« Nouveau »
				Réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route.					
59		39	TNI-01	Clientèle routière	Nombre de titulaire de permis de conduire	X			
294		277	TNI-01	Accidents de véhicules hors route	Nombre de décès selon la cause et le type de véhicule (motoneige, VTT)		X		
295		278	TNI-01	Accidents de la route	Nombre de décès selon la cause (sur les routes)	X	X SAAQ	X Ont.	
				Réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route.					
59		39	TNI-02	Clientèle routière	Nombre de titulaire de permis de conduire	X			
294		277	TNI-02	Accidents de véhicules hors route	Nombre de décès selon la cause et le type de véhicule (motoneige, VTT)		X		
295		278	TNI-02	Accidents de la route	Nombre de décès selon la cause (sur les routes)	X	X SAAQ	X Ont.	
				Promotion de l'utilisation d'équipement de sécurité pour les usagers de la route					
59		39	TNI-03		Nombre de titulaire de permis de conduire	X			
294		277	TNI-03		Nombre de décès selon la cause et le type de véhicule (motoneige, VTT)		X		
295		278	TNI-03		Nombre de décès selon la cause (sur les routes)	X	X SAAQ	X Ont.	
				Stratégie intersectorielle : conduite avec facultés affaiblies					
59		39	TNI-04		Nombre de titulaire de permis de conduire	X			
294		277	TNI-04		Nombre de décès selon la cause et le type de véhicule (motoneige, VTT)		X		

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
295		278	TNI-04		Nombre de décès selon la cause (sur les routes)	X	X SAAQ	X Ont.	
				Intervention préventive : réduire les risques associés aux drogues et à l'alcool					
59		39	TNI-05		Nombre de titulaire de permis de conduire	X			
294		277	TNI-05		Nombre de décès selon la cause et le type de véhicule (motoneige, VTT)		X		
295		278	TNI-05		Nombre de décès selon la cause (sur les routes)	X	X SAAQ	X Ont.	
				Réduire de 30 % les décès chez les usagers du réseau routier et hors route					
59		39	TNI-06		Nombre de titulaire de permis de conduire	X			
294		277	TNI-06		Nombre de décès selon la cause et le type de véhicule (motoneige, VTT)		X		
295		278	TNI-06		Nombre de décès selon la cause (sur les routes)	X	X SAAQ	X Ont.	
				Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile (NEGS)					
300		283	TNI-07	Blessures à domicile	Taux de mortalité selon la cause (blessures à domicile)	X	X Coroner	X Ont.	
301		285	TNI-07	Blessures à domicile	Taux d'hospitalisations pour traumatismes non intentionnels	X	X ICIS		
303		—	TNI-07	Chutes non intentionnelles	Taux de mortalité (chutes non intentionnelles)	X		X Ont.	
305		—	TNI-07	Chutes non intentionnelles	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal	X	X ICIS		
				Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.					
300		283	TNI-08	Blessures à domicile	Taux de mortalité selon la cause (blessures à domicile)	X	X Coroner	X Ont.	

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
301		285	TNI-08	Blessures à domicile	Taux d'hospitalisations pour traumatismes non intentionnels (blessures à domicile)	X	X ICIS		
303		—	TNI-08	Chutes non intentionnelles	Taux de mortalité (chutes non intentionnelles)	X		X Ont.	
305		—	TNI-08	Chutes non intentionnelles	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal	X	X ICIS		
				Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile					
300		283	TNI-09	Blessures à domicile	Taux de mortalité selon la cause (blessures à domicile)	X	X Coroner	X Ont.	
301		285	TNI-09	Blessures à domicile	Taux d'hospitalisations pour traumatismes non intentionnels (blessures à domicile)	X	X ICIS		
303		—	TNI-09	Chutes non intentionnelles	Taux de mortalité (chutes non intentionnelles)	X		X Ont.	
305		—	TNI-09	Chutes non intentionnelles	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal	X	X ICIS		
				Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.					
300		283	TNI-10	Blessures à domicile	Taux de mortalité selon la cause (blessures à domicile)	X	X Coroner	X Ont.	
301		285	TNI-10	Blessures à domicile	Taux d'hospitalisations pour traumatismes non intentionnels	X	X ICIS		
303		—	TNI-10	Chutes non intentionnelles	Taux de mortalité (chutes non intentionnelles)	X		X Ont.	
305		—	TNI-10	Chutes non intentionnelles	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal	X	X ICIS		
				Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile					
300		283	TNI-11	Blessures à domicile	Taux de mortalité selon la cause (blessures à domicile)	X	X Coroner	X Ont.	
301		285	TNI-11	Blessures à domicile	Taux d'hospitalisations pour traumatismes non intentionnels	X	X ICIS		

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
303		—	TNI-11	Chutes non intentionnelles	Taux de mortalité (chutes non intentionnelles)	X		X Ont.	
305		—	TNI-11	Chutes non intentionnelles	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal	X	X ICIS		
				Mise en œuvre de programmes d'application sélective (PAS)					
59		39	TNI-12		Nombre de titulaire de permis de conduire	X			
294		277	TNI-12		Nombre de décès selon la cause et le type de véhicule (motoneige, VTT)		X		
295		278	TNI-12		Nombre de décès selon la cause (sur les routes)	X	X SAAQ	X Ont.	
				Réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs					
307		287	TNI-13	Traumatismes récréatifs ou sportifs	Taux de mortalité selon la cause (traumatismes récréatifs ou sportifs)	X	X Coroner	X Ont.	
308		288	TNI-13	Traumatismes récréatifs ou sportifs	Taux d'hospitalisations par traumatismes récréatifs ou sportifs	X	X ICIS		
				Promotion de l'application de la norme de sécurité concernant les aménagements des aires et des équipements de jeu					
307		287	TNI-14	Traumatismes récréatifs ou sportifs	Taux de mortalité selon la cause (traumatismes récréatifs ou sportifs)	X	X Coroner	X Ont.	
308		288	TNI-14	Traumatismes récréatifs ou sportifs	Taux d'hospitalisations par traumatismes récréatifs ou sportifs	X	X ICIS		

Développement des communautés et lutte à la pauvreté (DEVC)

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau
				Chaudière-Appalaches en santé					
97		76	DEVC-01	Revenu	Proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu	X			
98		77	DEVC-01	Revenu	Proportion des familles vivant sous le seuil de faible revenu	X			
100		79	DEVC-01	Revenu	Proportion de prestataires de l'assistance-emploi	X			
103		82	DEVC-01	Insécurité alimentaire	Proportion de la population vivant en situation d'insécurité alimentaire	X			
129		104	DEVC-01	Soutien social	Indice de soutien social	X		X	
130		105	DEVC-01	Soutien social	Proportion de la population insatisfaite de sa vie sociale	X		X	
131			DEVC-01	Sentiment d'appartenance à la communauté	Proportion de la population qui déclare un faible sentiment à la communauté locale	X			

Maladies infectieuses (MI)

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
			MI-01A MI-24A	Vigie, 1,5, urgences infectieuses	Aucun indicateur retenu				
			MI-01A MI-24A MI-16A	Vigie, 1,5, urgences infectieuses	Aucun indicateur retenu				
			MI-01A MI-24A	1, vigie, 1,4 , post-exposition	Aucun indicateur retenu				
			MI-01 MI-29	Infections nosocomiales	Aucun indicateur retenu				
				Zoonoses					
311		290	MI-01 MI-28 MI-30 MI-34 MI-35	Infections de diphtérie, poliomyélite, tétanos, rage	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (diphtérie, poliomyélite, tétanos, rage)	X			
425		404	MI-01 MI-28 MI-30 MI-34 MI-35	Zoonoses - Cas sporadiques de fièvre Q, de tularémie, et brucellose	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (fièvre Q, tularémie et brucellose)	X			
443		---	MI-01 MI-28 MI-30 MI-34 MI-35	Infections au virus du Nil occidental	Nombre de cas humain infectés (VNO)	X			
				Immunisation- Immunisation activités de support au dossier					
311		290	MI-01 MI-11 MI-12 MI 14	Infections de diphtérie, poliomyélite, tétanos, rage	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (diphtérie, poliomyélite, tétanos, rage)	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
318		297	MI-01 MI-11 MI-12 MI-14	Infections de la rougeole, de la rubéole et des oreillons	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (rougeole, rubéole et oreillons)	X			
321		300	MI-01 MI-11 MI-12 MI-14	Infections invasives à Haemophilus influenza de type b	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (infections invasives à Haemophilus influenza de type b)	X			
325		304	MI-01 MI-11 MI-12 MI-14	Infections de coqueluche	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (coqueluche)	X			
450		426	MI-01 MI-11 MI-12 MI-14	Vaccination	Distribution de fréquence des manifestations cliniques survenues après une vaccination selon le type de vaccins				
				Vigie, enquêtes épidémiologiques et interventions : tuberculose					
419		398	MI-01 MI-31 MI-33	Tuberculose	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (tuberculose)	X			
422		401	MI-01 MI-31 MI-33	Tuberculose	Nombre de spécimens positifs pour Mycobacterium tuberculosis par profil de résistance aux médicaments anti- tuberculeux	X			
				V1, Vigie; 1,6 Dépistage clientèles ciblées					
328		297	MI-01A MI-17A MI-36A MI-25A MI-32A	Infections de la rougeole, de la rubéole et des oreillons	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (rougeole, rubéole et oreillons)	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
419		398	MI-01A MI-17A MI-36A MI-25A MI-32A	Tuberculose	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (tuberculose)	X			
337		316	MI-01A MI-17A MI-36A MI-25A MI-32A	Hépatite B aiguë	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (hépatite B aiguë)	X			
				Immunisation- Immunisation de base des enfants au Québec					
318		307	MI-02 MI-03 MI-06 MI-04 MI-08	Infections de rubéole indigène et de rubéole congénitale	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (Infections de rubéole indigène et de rubéole congénitale)	X			
325		304	MI-02 MI-03 MI-06 MI-04 MI-08	Infections de coqueluche	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie de (coqueluche)	X			
328		307	MI-02 MI-03 MI-06 MI-04 MI-08	Infections de rubéole indigène et de rubéole congénitale	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (Infections de rubéole indigène et de rubéole congénitale)	X			
311		290	MI-02 MI-03 MI-06 MI-04 MI-08	Infections de diphtérie, poliomyélite, tétanos, rage	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (diphtérie, poliomyélite, tétanos, rage)	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
342		321	MI-02 MI-03 MI-06 MI-04 MI-08	Infections invasives à méningocoque de sérogroupe C (et autres sérogroupe)	Nombre de cas et taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (infections invasives à méningocoques de sérogroupe C et d'autres sérogroupe)	X			
351		330	MI-02 MI-03 MI-06 MI-04 MI-08	Infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (Infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans)	X			
321		300	MI 02 MI 03 MI 06 MI 04 MI 08	Infections invasives à Haemophilus influenza de type b	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (infections invasives à Haemophilus influenza de type b)	X			
				Immunisation des clientèles vulnérables					
333		312	MI-05 MI-06 MI-07 MI-09 MI-10	Hépatite A – nouveaux cas	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire	X			
337		316	MI-05 MI-06 MI-07 MI-09 MI-10	Hépatite B aiguë	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (hépatite B aiguë)	X			
346		325	MI-05 MI-06 MI-07 MI-09 MI-10	Infections invasives à pneumocoque	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (infections invasives à pneumocoque)	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
360		339	MI-05 MI-06 MI-07 MI-09 MI-10	Vaccination contre l'influenza	Proportion de la population ayant reçu un vaccin contre la grippe	X			
			MI-13 MI-27	Santé voyage	Aucun indicateur retenu				
			MI-15	2. Immunisation ; 2,3 Gestion produits immunisants	Aucun indicateur retenu				
				Prévention Ado. VIH/SIDA, VHC et ITS					
368		348	MI-18 MI-26	Infection au VIH – cas déclarés	Nombre de spécimens positifs pour le VIH	X			
376		356	MI-18 MI-26	Infections à Chlamydia trachomatis	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (Chlamydia trachomatis)	X			
377		357	MI-18 MI-26	Infections à Chlamydia trachomatis	Taux de grossesse ectopique	X		X RAMQ, Ont.	
378		358	MI-18 MI-26	Infections à Chlamydia trachomatis chez les jeunes de 15 à 24 ans	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (Chlamydia trachomatis chez les jeunes de 15 à 24 ans)	X			
379		359	MI-18 MI-26	Infections à Chlamydia trachomatis chez les jeunes filles de 15 à 24 ans	Taux de grossesse ectopique (jeunes filles de 15 à 24 ans)	X		X RAMQ, Ont.	
380		360	MI-18 MI-26	Syphilis infectieuse	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie	X			
386		366	MI-18 MI-26	Chancre mou, granulome inguinal, lymphogranulomatose vénérienne	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (chancre mou, granulome inguinal, lymphogranulomatose vénérienne)	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
394		374	MI-18 MI-26	Infection à Neisseria gonorrhoeae	Taux d'incidence annuelle des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (infection à Neisseria gonorrhoeae)	X			
396		376	MI-18 MI-26	Infection à Chlamydia trachomatis chez les femmes en âge de procréer	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (infection à Chlamydia trachomatis chez les femmes en âge de procréer)	X			
397		377	MI-18 MI-26	Infection à Neisseria gonorrhoeae chez les femmes en âge de procréer	Taux d'incidence annuelle des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (infection à Neisseria gonorrhoeae chez les femmes en âge de procréer)	X			
429		407	MI-18 MI-26	Infections à Neisseria gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques	Nombre et proportion de cas de Neisseria gonorrhoeae résistant aux antibiotiques	X			
470		446	MI-18 MI-26	Traitement des ITSS	Distribution de fréquence de type d'antibiotiques prescrits	X			
471		447	MI-18 MI-26	Traitement des ITSS	Nombre de bénéficiaires selon le type	X			
				Programme et services accès au matériel injection sécurisée					
387		367	MI-19 MI-20	Hépatite C	Fréquence de nouvelles déclarations d'infection au virus de l'hépatite C	X	X Labo		
				Programme, dépistage, prévention, VIH, VHC et ITSS, 4,2					
376		356	MI-21 MI-22 MI-23	Infections à Chlamydia trachomatis	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (Chlamydia trachomatis)	X			
378		358	MI-21 MI-22 MI-23	Infections à Chlamydia trachomatis chez les jeunes de 15 à 24 ans	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (Chlamydia trachomatis chez les jeunes de 15 à 24 ans)	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
380		360	MI-21 MI-22 MI-23	Syphilis infectieuse	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie	X			
394		374	MI-21 MI-22 MI-23	Infection à Neisseria gonorrhoeae	Taux d'incidence annuelle des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (infection à Neisseria gonorrhoeae)	X			
				Enquêtes épidémiologiques (E. coli, salmonella enteritidis et campylobacter)					
402		382	MI-(?)	Infection à E. coli 0157 et à Salmonella enteritidis, et à Campylobacter	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire selon la maladie (E. coli 0157 et à Salmonella enteritidis, et à Campylobacter)	X			
				Autres maladies infectieuses non couvertes par le PNSP					
438		416	MI-(?)	Autres maladies infectieuses à déclaration obligatoire signalées aux DSP	Fréquence de déclaration selon la maladie	X			
				Virus du Nil					
443		---	MI-(?)	Infections au virus du Nil occidental	Nombre de cas humain infectés	X			
444		421	MI-(?)	Exposition au virus du Nil occidental	Proportion des moustiques infectés au virus du Nil occidental	X			
445		422	MI-(?)	Exposition au virus du Nil occidental	Proportion des oiseaux infectés au virus du Nil occidental	X			
446		423	MI-(?)	Exposition au virus du Nil occidental	Proportion des chevaux infectés au virus du Nil occidental	X			
			MI-(?)	Maladies infectieuses transmises par le sang	Aucun indicateur retenu				
			MI-(?)	Pneumocoque résistant aux antibiotiques	Aucun indicateur retenu				

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
				Tuberculose	Aucun indicateur retenu				
				Vaccination	Aucun indicateur retenu				
				MADO	Aucun indicateur retenu				
				Voyages	Aucun indicateur retenu				
				ITSS	Aucun indicateur retenu				
				UDI	Aucun indicateur retenu				

Santé et environnement (SE)

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
				Réduire les problèmes de santé liés à la pollution atmosphérique					
477	477 478	453 454	SE-01	Réduire les problèmes de santé liés à la pollution atmosphérique	Principales émissions atmosphériques de polluants conventionnels et de certaines substances cancérigènes (sources fixes)			X	
478	477 478	453 454	SE-01	Réduire les problèmes de santé liés à la pollution atmosphérique	Principales émissions atmosphériques de polluants conventionnels et de certaines substances cancérigènes (sources mobiles)			X	
226		208	SE-01	Réduire les problèmes de santé liés à la pollution atmosphérique	Taux de mortalité de maladies du système respiratoire dont l'asthme.	X			
227		209	SE-01	Réduire les problèmes de santé liés à la pollution atmosphérique	Taux d'hospitalisation de maladies du système respiratoire dont l'asthme.	X			
474		450	SE-01	Réduire les problèmes de santé liés à la pollution atmosphérique	Nombre de jours avec un mauvais indice de qualité de l'air (IQA)			X	
				Réduire la morbidité imputable au pollen de l'herbe à poux					
480		456	SE-02	Réduire la morbidité imputable au pollen de l'herbe à poux	Prévalence de la rhinite allergique			X	
				Aéroallergènes dans les écoles et CPE					
157		129	SE-03	Réduire la morbidité imputable au pollen de l'herbe à poux	Infections respiratoires chez les nourrissons	X	X		
226		208	SE-03	Aéroallergènes dans les écoles et CPE	Mortalité du système respiratoire dont l'asthme chez les jeunes d'âge scolaire et pré-scolaire.	X			
227		209	SE-03	Aéroallergènes dans les écoles et CPE	Hospitalisations (taux) de maladies du système respiratoire dont l'asthme chez les jeunes d'âge scolaire et pré-scolaire.	X			
				Norme de ventilation dans les nouveaux immeubles	Dossier traité au national seulement. Suivre le dossier et rapporter l'état d'avancement.				

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
				Organisation de la réponse régionale en QAI					
211	211 224 229 270	193 206 211 254	SE-05	Organisation de la réponse régionale en QAI	Exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (domicile)	X			
224	211 224 229 270	193 206 211 254	SE-05	Organisation de la réponse régionale en QAI	Exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (domicile)	X			
229	211 224 229 270	193 206 211 254	SE-05	Organisation de la réponse régionale en QAI	Exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (domicile)	X			
270	211 224 229 270	193 206 211 254	SE-05	Organisation de la réponse régionale en QAI	Exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (domicile)	X			
77		56	SE-05	Organisation de la réponse régionale en QAI	Ménages privés selon le mode d'occupation (ex: % de locataires)	X			
81		60	SE-05	Organisation de la réponse régionale en QAI	Proportion de logements privés nécessitant réparations majeures	X			
				Procédure d'enquête lors de problèmes de QAI dans des édifices publics					
211	211 224 229 270	193 206 211 254	SE-06	Organisation de la réponse régionale en QAI	Exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (domicile)	X			
224	211 224 229 270	193 206 211 254	SE-06	Organisation de la réponse régionale en QAI	Exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (domicile)	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
229	211 224 229 270	193 206 211 254	SE-06	Organisation de la réponse régionale en QAI	Exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (domicile)	X			
270	211 224 229 270	193 206 211 254	SE-06	Organisation de la réponse régionale en QAI	Exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (domicile)	X			
226		208	SE-06	Procédure d'enquête lors de problèmes de QAI dans des édifices publics	Mortalité (taux) de maladies du système respiratoire dont l'asthme.	X			
227		208	SE-06	Procédure d'enquête lors de problèmes de QAI dans des édifices publics	Hospitalisations (taux) de maladies du système respiratoire dont l'asthme.	X			
				Amiante dans les bâtiments scolaires et de santé					
483	483 484	459 460	SE-07	Amiante dans les bâtiments scolaires et de santé	Taux de mortalité selon la cause (mésothéliome ,cancer de la plèvre et du péritoine).	X			
483	483 484	460 459	SE-07	Amiante dans les bâtiments scolaires et de santé	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal (mésothéliome, cancer de la plèvre et du péritoine)	X			
484	483 484	459 460	SE-07	Amiante dans les bâtiments scolaires et de santé	Taux de mortalité selon la cause (mésothéliome, cancer de la plèvre et du péritoine, cancer du poumon).	X			
484	483 484	460 459	SE-07	Amiante dans les bâtiments scolaires et de santé	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal (cancer du poumon).	X			
				Radon domiciliaire					
484	483 484	459 460	SE-08	Radon domiciliaire	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal (cancer du poumon).	X			
484	483 484	459 460	SE-08	Radon domiciliaire	Taux de mortalité selon la cause (cancer du poumon).	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
				Rayons UV (diminuer l'incidence du cancer de la peau)					
37		20	SE-09	Rayons UV (diminuer l'incidence du cancer de la peau)	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal (cancer de la peau)	X			
39		21	SE-09	Rayons UV (diminuer l'incidence du cancer de la peau)	Taux d'incidence de (...) selon le siège et/ou le type de cancer (cancer de la peau)	X			
46		28	SE-09	Rayons UV (diminuer l'incidence du cancer de la peau)	Taux de mortalité selon la cause (cancer de la peau)	X			
				Prévention des maladies d'origine hydrique					
491		467	SE-10	Prévention des maladies d'origine hydrique	Nombre d'éclosions d'origine hydrique et nombre de personnes concernées		X		
				Réduire la morbidité et mortalité dues aux maladies d'origine hydrique					
492		468	SE-11	Réduire la morbidité et mortalité dues aux maladies d'origine hydrique	Nombre d'avis d'ébullition pour contamination microbiologique	X		X	
494		470	SE-11	Réduire la morbidité et mortalité dues aux maladies d'origine hydrique	Nombre d'avis de non-consommation de l'eau	X		X	
			SE-12	Utilisation de détecteurs de CO	Aucun indicateur retenu				
				Suivi des déclarations de MADO chimiques					
497		473	SE-13	Suivi des déclarations de MADO chimiques	Nombre annuel et taux de décès par intoxication au CO	X	X		
498		474	SE-13	Suivi des déclarations de MADO chimiques	Nombre de cas traités en chambre hyperbare pour intoxication au CO	X			
499		475	SE-13	Suivi des déclarations de MADO chimiques	Nombre d'intoxications au CO inscrites au fichier MADO	X	X		
500		476	SE-13	Suivi des déclarations de MADO chimiques	Nombre de cas d'exposition au CO signalés au centre Anti-Poison.	X			

VERSION DU PCS			No fiche du PAR	Domaine ou objet	Indicateurs	STATUTS			
No ind. Fév. 2004	No ind. multiple	No ind. Oct. 2003				D	C	É	« Nouveau »
503		479	SE-13	Suivi des déclarations de MADO chimiques	Nombre de cas signalés au Centre Anti-Poison selon le type d'exposition	X			
504		480	SE-13	Suivi des déclarations de MADO chimiques	Nombre de cas inscrits au fichier MADO selon le type d'intoxication environnementale	X	X		

Source : Liste des éléments à considérer pour de « nouveaux indicateurs régionaux » présentés à l'annexe 2 et complétés par Lucie Larose avec les collaborations de Richard Martin, Alain Desranleau et Chantal Lavoie Dumont ainsi que des membres de la Direction de santé publique et de l'évaluation de Chaudière-Appalaches.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, 2006

Annexe III : Les particularités régionales : définition et proposition de critères

Note : au terme du rapport nous parlons maintenant des « **indicateurs particuliers à la région** ».



Qu'est-ce qu'on entend par particularités régionales ?

Associées au Plan régional de surveillance, les particularités régionales sont des préoccupations spécifiques, partagées et reconnues, pour la population de la région de la Chaudière-Appalaches, leurs représentants ou les organismes concernés, et pour lesquelles la Direction de santé publique et de l'évaluation désire assurer un suivi de surveillance particulier, soit sous forme de surveillance plus poussée (à partir des indicateurs de la base commune), soit à partir d'indicateurs nouveaux qui ne font aucunement partie de la base commune.

Proposition de critères de détermination des particularités régionales :

- Besoin essentiel pour générer de l'information nouvelle (hors base commune) qui sera **utilisée** par les porteurs de dossier en santé publique ou par des partenaires identifiés et qui pourraient changer le cours des interventions planifiées ou prévisibles; apport prévu significatif de l'information nouvelle pour *changer* les actions terrain; on devrait alors déjà pouvoir déterminer quels produits de surveillance on en fera et à quels clients ils s'adresseront;

ET

- Faisabilité : la faisabilité peut être graduée de la façon suivante :
 - o Critère 1 :
 - Données source disponibles et accessibles (les données sont déjà existantes et donc ne devront pas être générées ; si elles sont produites par des partenaires, une entente d'accessibilité existe déjà) : **Disponible**
 - Données source disponibles, mais non accessibles immédiatement (les données sont déjà existantes et donc ne devront pas être générées ; elles sont produites par des partenaires et une entente d'accessibilité reste à faire) : **Consolider**
 - Données source non disponibles et donc accessibles immédiatement (les données sont à générées à partir d'une nouvelle source de données) : **Élaborer**
 - o Critère 2 :

Quelles sont les ressources nécessaires pour générer le nouvel indicateur, l'analyser et en tirer des produits de surveillance.

Il importe également de se rappeler que pour tout nouvel objet ou indicateurs devant faire partie de notre plan de surveillance régional, ces dossiers devront être documentés, soumis au Comité d'éthique et défendu par le demandeur auprès de ce dernier et enfin obtenir l'avis de la CAI dans le cas où l'on prévoirait une communication de renseignements personnels (art. 36, LSQ).

Annexe IV : Liste des éléments à considérer pour de « nouveaux indicateurs » régionaux

Source : *Guide pour la soumission des projets de plans de surveillance et d'enquêtes sociosanitaires*, 2004

Description des éléments à considérer

1. Description et pertinence du projet

Finalités (essentiel pour notre région seulement)

Objectifs

Liens avec d'autres Plans de surveillance

Objets de surveillance documentés

Population visée

Méthodologie

Plan d'analyse

Plan de diffusion

Parties impliquées dans le projet

Qui soumet le projet?

Autorité responsable

Professionnels responsables du suivi avec CESP

Partenaires et implication

Ententes existantes avec eux

Mandat confié à un tiers?

Normes s'appliquant au projet

Légales ou autres balisant le projet (ex. CAI)

2. Alimentation en données

Sources et types de données utilisés

Description

Utilisation secondaire (préciser)

Création d'un système de surveillance

Collecte de données

Comment sont assurés la validité et la fiabilité des données?

Protection de la vie privée et des renseignements personnels

Mesures de confidentialité et de protection des renseignements personnels

Mesures de conservation sécuritaire de données nominales ou non

Données sensibles

Utilisation de données sensibles? Identification

Conséquences anticipées

3. Production de l'information

Plan d'analyse envisagé

4. Perspective de diffusion des résultats

Plans ou perspectives de diffusion des résultats

Considérations au regard de la sur ou sous-information

Risque de stigmatisation

Comment sont prises en compte les considérations éthiques du projet?

5. Autres préoccupations éthiques particulières

Doutes ou malaises quant aux orientations et choix à faire?

Lien avec la population, surtout dans le cas de sous-groupes dans le projet

6. Documents/outils fournis au CESP

Plan lui-même (objets, indicateurs, sources)

Fiches-sources

Fiches indicateurs

Plan d'analyse

Ententes ou contrats

Plan de diffusion (perspectives)

Outils promotionnels du projet

Protocole de confidentialité

Particularités régionales

Questionnement en abrégé, quant aux particularités régionales, adopté le 29 septembre 2003

Qu'est-ce qu'une particularité régionale?

Préoccupation spécifique, partagée et reconnue pour la population de la région (détailler)

La DSP souhaite en assurer un suivi particulier (documenter)

Plus poussé que le PCS

Entièrement nouveau

Critères de détermination des particularités régionales

Besoin essentiel

Information nouvelle
Utile aux porteurs de dossier et partenaires
Ayant un impact sur les interventions
Influant directement sur l'action terrain
Détermination des produits qui en découlent
Détermination des clients

Faisabilité

Source disponible, accessible
Entente si produites par des tiers
À consolider ou à élaborer?
Quelles ressources nécessaires pour générer l'indicateur, l'analyser et fournir les produits?

Liste des éléments à considérer
nouveau_xindicateurs.doc

LL, PD/II, le 7 février 2005

Annexe V : Justification des indicateurs particuliers à la région

Vous trouverez ci-dessous, une synthèse de la liste des objets, indicateurs et sources de données traités, en vue de répondre au *Guide pour la soumission des projets de plans de surveillance et d'enquêtes sociosanitaires* (Bouthillier et Filiatrault, 2004), dans le cadre de notre présentation du *Plan régional de surveillance de la région de la Chaudière-Appalaches* au Comité d'éthique de santé publique.

Pour chacun de ces indicateurs, on retrouvera dans les sections suivantes : 1. la description et la pertinence du projet, 2. l'alimentation en données, 3. la production de l'information, 4. les perspectives de diffusion de résultats, ainsi, qu'au besoin, les autres préoccupations éthiques particulières.

Indicateur : Nombre d'élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation et d'apprentissage (EHDA)

Objet : Facteurs de risque ou incapacités (dans Éco-santé 2005); clientèle handicapée dans le *Plan commun de surveillance*.

1. Description et pertinence du projet

Résumé du projet :

L'indicateur « Nombre d'élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation et d'apprentissage (EHDA) », constitue une préoccupation spécifique, partagée et reconnue dans le cadre de notre concertation intersectorielle (scolaire, sanitaire et communautaire) dans la région. Cet indicateur n'est présentement pas inclus dans le *Plan commun de surveillance*. Il rejoint l'activité « d'intervention globale et concertée (IGC), pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'adaptation sociale de ces derniers » du PNSP (2003). Son objectif est d'augmenter la réussite scolaire tout en faisant la promotion de la santé et du bien-être de l'enfant. Nous croyons que cette information est essentielle notamment dans notre concertation intersectorielle et elle est partagée avec les partenaires du milieu scolaire de la région de la Chaudière-Appalaches, déjà depuis au moins 5 ans. De plus, cet indicateur est déjà généré en surveillance, utilisé et diffusé, en prévention et en promotion dans notre région depuis 1989-1990, en ce qui a trait aux programmes et projets jeunesse. Puisque le PNSP a pour objectif de diminuer notamment les difficultés d'apprentissage et les troubles de conduite et de comportement c'est, selon notre expérience, l'une des sources d'information très utile sur le sujet. Également, l'information est disponible sur le site internet du MELS, c'est donc une information déjà générée par des tiers et réutilisée par nos groupes intersectoriels régionaux.

Comme toutes les régions ont à déployer les activités du PNSP dans le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, dont le programme *École en santé*, nous sommes d'avis que cet indicateur serait pertinent pour toutes les régions du Québec. En effet, il se situe, selon nous, davantage en amont des problèmes. Il se distingue de l'indicateur portant sur les enfants handicapés reconnus par la Régie des rentes du Québec et dont le handicap est permanent, donc moins propice aux actions de prévention et de promotion de la santé et du bien-être. Il diffère également des estimations de l'Office des personnes handicapées du Québec, ainsi que des résultats d'enquêtes, portant, souvent, sur des clientèles plus âgées. Notamment grâce au type de handicaps qu'il différencie, il permet d'assurer précocement, le suivi spécifique de ce domaine du PNSP.

Enfin, outre le lien de cet indicateur avec le PNSP, il est présenté dans *Le portrait de santé : le Québec et ses régions* (indicateur 80 de l'édition 2001) ainsi que dans *Éco-Santé* 2004 et 2005 dont on connaît la large diffusion.

Objets de surveillance documentés :

Population visée : Élèves de la maternelle, du préscolaire, du primaire et du secondaire des écoles publiques et privées.

Méthodologie : Nombre d'élèves selon le type de handicap
(handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage, EHDA)
déclarés par les commissions scolaires, selon le niveau scolaire

Nombre total d'élèves déclarés par les commissions scolaires selon le niveau
(excluant la formation professionnelle)

Plan d'analyse : Nombre et pourcentage par type de handicaps/niveau scolaire/commission scolaire/région/Québec

Plan de diffusion : Les résultats de l'indicateur seront diffusés au milieu scolaire, au réseau de santé et de services sociaux ainsi qu'au milieu communautaire, qui représentent tous des acteurs liés à l'approche globale et concertée. Ils seront également diffusés dans le cadre du *Plan régional de surveillance*.

Parties impliquées dans le projet :

Qui soumet le projet? DSPE, par son approche d'intervention globale et concertée (IGC) dont *École en santé* (partenariat santé-éducation)

Autorité responsable : Directeur de santé publique et de l'évaluation et ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) (au régional comme au provincial)

Professionnel responsable du suivi avec CESP : Alain Desranleau

Partenaires et implication : MELS 03-12 : producteur des données et partenaire responsable du déploiement d'*École en santé* (au national : MSSS et MELS)
DSP et MELS : coordination régionale
CSSS : accompagnement
Commissions scolaires : accompagnement
Écoles : mise en œuvre de l'approche *École en santé*
Milieu communautaire : collaborateurs au projet.

Ententes existantes avec eux : Entente de complémentarité des services en santé, services sociaux et ceux de l'éducation (entente cadre MSSS/MELS) et l'entente de partenariat régional concernant le déploiement de l'approche *École en santé*.

Normes s'appliquant au projet :

Ce projet est lié à la *Loi de l'instruction publique*, à la *Loi de la santé et des services sociaux* et à la *Loi sur la santé publique*, dans le cadre du PNSP.

2. Alimentation en données

Sources et types de données utilisés :

Données fournies :

- régionalement et annuellement par le MELS;
- par niveau scolaire, type de handicaps et commissions scolaires.

Dans le déploiement de l'approche d'intervention globale et concertée (ICG), vraisemblablement cette information devrait être suivie régulièrement. Elle ne nécessite aucune collecte de données, outre ce qui est déjà colligé et fourni par le MELS. La validité et la fiabilité des données sont assurées puisqu'elles constituent l'information de base à la structuration des services spécialisés en éducation.

Protection de la vie privée et des renseignements personnels :

Concernant les mesures de confidentialité et de protection des renseignements personnels, ces données non nominatives nous sont fournies et diffusées, sous forme agrégée (écoles, commissions scolaires) par le MELS. Nos mesures consistent à combiner l'information afin d'assurer la confidentialité et le respect des renseignements personnels (masquage de petits chiffres s'il y a lieu).

Données sensibles :

L'information pourrait être sensible à titre personnel (personne handicapée) ou encore si rapportée en taux, ce qui pourrait amener à un souci de comparaison entre écoles. Cependant, l'information étant compilée par commission scolaire et par niveau, les nombres sont suffisants pour éviter cet écueil. Comme conséquences anticipées, il est important de maintenir le souci d'éviter de stigmatiser ce groupe de clientèle.

À noter que ces données détaillées sont déjà présentes sur le site internet (<http://www.mels.gouv.qc.ca/stat/index.htm>, site consulté le 7 décembre 2005) du MELS, dans la section *Publications*, *Le portrait statistique de l'Éducation par région*. Chacun des documents régionaux comporte différentes sections dont l'une portant sur l'intégration des élèves handicapés. Avant la venue du site internet du MELS, la demande d'information s'adressait directement aux bureaux régionaux 03-12, qui nous fournissait l'information, généralement sur support papier.

3. *Production de l'information*

Plan d'analyse envisagé : Type d'handicaps/niveau scolaire/commission scolaire/région/Québec. Le détail de l'indicateur et de sa source sont disponibles dans *Éco-santé* et le *Portrait du Québec et ses régions*.

4. *Perspective de diffusion des résultats*

Nous prévoyons produire notamment un bilan annuel au Comité régional MSSS/MELS ainsi qu'aux instances concernées, telles le Comité de gestion du réseau régional (CGRR) ou encore de la Table régionale des responsables en santé publique (TRRSP) des centres de santé et de services sociaux et des commissions scolaires de la région, ainsi qu'aux autres organismes concernés.

5. *Autres préoccupations éthiques particulières*

Aucune autre préoccupation éthique particulière.

Indicateurs :

- **Nombre de réactions allergiques générales graves contrôlées par l'intervention adéquate des secouristes désignés.**
- **Nombre de décès reconnus, d'origine professionnelle, par réaction allergique due aux piqûres d'insectes pour les travailleurs de la forêt.**

Objet : Affections liées au milieu de travail : réactions allergiques générales graves dues aux piqûres d'insectes.

1. *Description et pertinence du projet*

Résumé du projet :

Ces indicateurs sont en lien avec un programme existant, à l'intérieur du volet « Premiers secours premiers soins » des programmes de santé spécifiques en milieu de travail (LSST, L.R.Q., c. S-2.1, art. 113) de certains établissements du secteur forestier. Ce programme porte sur la formation de secouristes désignés visant à les habiliter à reconnaître une réaction allergique générale grave encore inconnue chez un travailleur forestier et à utiliser adéquatement l'adrénaline présente dans les trousse de secourisme, visant à éviter ainsi le décès par anaphylaxie. L'objectif du programme est donc de contrôler les conséquences parfois mortelles des réactions allergiques générales graves aux piqûres d'insectes chez les travailleurs de la forêt.

Pendant cinq ans, la Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) de la région a effectué auprès du Collège des médecins du Québec²¹, un suivi de ces indicateurs, grâce aux ressources actuelles en place. Depuis 2004, ce suivi est assuré par le directeur médical des services préhospitaliers d'urgence. Ces indicateurs ne sont donc pas nouveaux, ils sont nécessaires à l'intervention terrain et sont reconnus comme utiles aux porteurs du dossier ainsi qu'aux partenaires concernés, notamment le Collège des médecins, le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence, la Commission de la Santé et de la Sécurité au travail, (CSST), les travailleurs et employeurs de la forêt. Ces indicateurs sont nécessaires pour l'évaluation et le suivi des secouristes désignés dans le cadre du programme à l'intention des travailleurs forestiers ainsi que pour répondre aux obligations du Collège des médecins (voir annexe VII). Les autres DSP qui ont des interventions auprès des travailleurs forestiers produisent les mêmes données, bien qu'elles ne sont pas intégrées dans le PCS. Le programme étant maintenant suivi par le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence, un rapport provincial incluant les deux indicateurs régionaux proposés doit lui être fourni annuellement. Il s'agit donc d'utiliser l'information déjà colligée dans notre PRS.

Objets de surveillance documentés :

Population visée : Travailleurs de la forêt

Méthodologie : Enquêtes (questionnaire annuel) auprès des employeurs responsables de la santé et sécurité au travail ou des secouristes désignés et dépouillement de dossiers d'établissements.

Plan d'analyse : Collecte manuelle et intégrée dans les rapports de suivi de planification annuelle.

Plan de diffusion : Les résultats des indicateurs seront diffusés pour répondre aux obligations du Collège des médecins, dans un rapport annuel au directeur médical national du préhospitalier ainsi que dans un rapport de planification interne et dans le cadre des activités de diffusion du *Plan régional de surveillance*.

Parties impliquées dans le projet :

Qui soumet le projet? DSP

Autorité responsable : Directeur de santé publique et de l'évaluation

Professionnel responsable du suivi avec CESP : François Cloutier

Partenaires et implication : CSSS, Directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence, Comité médical provincial en santé au travail, CSST, travailleurs de la forêt et leurs employeurs.

Ententes existantes avec eux : planification annuelle et contrat avec l'Agence (DSP)

Mandat confié à un tiers? CSSS

21. Voir la lettre du Collège des médecins à l'annexe VI adressée notamment à M. Pierre Deshaies.

Normes s'appliquant au projet :

Demande de suivi du programme exigé par le Collège des médecins et assuré par le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence.

2. Alimentation en données

Sources et types de données utilisés :

La collecte de données se fait annuellement, de façon manuelle. L'information est intégrée dans les rapports de suivi de planification. De plus, la validité et la fiabilité des données sont assurées grâce à la supervision locale, par deux personnes (infirmière et médecin).

Protection de la vie privée et des renseignements personnels :

Les mesures de confidentialité et de protection des renseignements personnels ainsi que les mesures de conservation sécuritaire de données nominales ou non seront assurées puisqu'il s'agit d'un dossier constitué en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LSST) et conservé selon les normes en vigueur au sein de la DSPE. Seules les données dénominalisées au niveau des personnes et des établissements sont transmises au régional.

Données sensibles :

Les données nominales sont préservées dans les dossiers soumis aux règles en vigueur dans le réseau de la santé et seules des données agrégées font l'objet des rapports. Ainsi, aucune conséquence n'est anticipée.

3. Production de l'information

Plan d'analyse envisagé : plan d'analyse simple, basé sur le nombre d'événements de chacun des deux indicateurs. Suivi dans le temps des deux indicateurs. Comparaisons entre les régions et le Québec.

4. Perspective de diffusion des résultats

Nous prévoyons produire les données annuellement qui seront intégrées à un rapport national soumis au directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence, notamment pour répondre aux exigences du Collège des médecins. De plus, un retour d'information aux travailleurs de la forêt et leurs employeurs sera effectué lors de sessions de formation et d'information. Ces données seront également intégrées dans des documents ou produits élaborés dans le cadre du *Plan régional de surveillance*.

5. *Autres préoccupations éthiques particulières*

Aucune autre préoccupation éthique particulière.

Suite aux travaux réalisés, trois indicateurs ont été retenus comme particularités régionales soit : le nombre d'élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation et d'apprentissage (EHDA), le nombre de réactions allergiques générales graves contrôlées par l'intervention adéquate des secouristes désignés et le nombre de décès reconnus par réaction allergique due aux piqûres d'insectes pour les travailleurs de la forêt, d'origine professionnelle.

Annexe VI : Accord à participer au Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants, lettre du Dr Philippe Lessard, 23 avril 2004

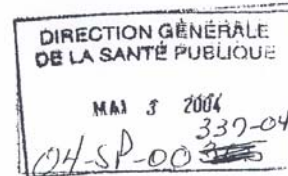
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec



Chaudière-Appalaches

Le 23 avril 2004



Monsieur Alain Poirier
Directeur national de santé publique
Direction général de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 2^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Objet : Accord à participer au Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants

Monsieur le Directeur national,

Pour faire suite à votre lettre du 5 avril dernier, nous avons le plaisir de vous confirmer notre participation au plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants.

Nous vous assurons de notre collaboration dans l'actualisation de ce projet commun et nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur national, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le directeur de santé publique,

Philippe Lessard

PL/dm

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec)
G6E 3E2
Téléphone : (418) 386-3363
Télécopieur : (418) 386-3361
www.rssss12.gouv.qc.ca

Sainte-Marie
Beauceville
Lévis
Montmagny

Annexe VII : Lettre du Collège des médecins

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux

Québec

Direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence

09 JUIN 2004

Québec, le 4 juin 2004

D^r Pierre Deshaies
Direction de santé publique
de Chaudière-Appalaches
100, rue Monseigneur-Bourget, Bur. 400
Lévis (Québec) G6V 2Y9

D^r Denis Laliberté
Direction de santé publique de
la Capitale nationale
2400, avenue d'Estimauville
Beauport (Québec) G1E 7G9

Objet : Cadre de fonctionnement de l'utilisation de l'adrénaline en situation
d'urgence par les secouristes désignés en santé au travail

Docteurs,

La présente fait suite à notre rencontre du 20 mai dernier sur le sujet en titre. Cette rencontre s'inscrivait en suivi de la correspondance que le Collège des médecins du Québec (CMQ) avait transmise au D^r Pouliot du Comité médical à propos de l'objet en titre. Un certain nombre de constats ont été faits lors de notre rencontre :

1. Le CMQ ne fait pas d'encadrement de programme une fois qu'un projet-pilote est complété. Dans le cas de l'utilisation de l'adrénaline par les secouristes désignés dans les milieux de travail, l'encadrement professionnel est donc sous la responsabilité des médecins du réseau de la santé au travail qui devront faire, une fois l'an, une reddition de compte au directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence.
2. Cette reddition de compte se fera selon le même format que celui qui avait été développé dans le cadre du projet-pilote et permettra au directeur médical des services préhospitaliers d'urgence de suivre une démarche intégrée touchant les processus d'assurance-qualité relatifs au fonctionnement du programme.

Le rapport comprendra donc un tableau synthèse provincial de l'utilisation de l'adrénaline par les secouristes désignés, ainsi que les comptes rendus régionaux qui expliquent les circonstances entourant les réactions sévères identifiées ainsi que leur suivi auprès des secouristes concernés. Le comité médical verra à transmettre également, le cas échéant, les modifications apportées, en cours d'année, au guide de formation.

1075, chemin Sainte-Foy
7^e étage
Québec (Québec) G1S 2N1
Téléphone : (418) 256-5805
Télécopieur : (418) 256-4605
www.msssgouv.qc.ca

/2

Source : ADRLSSSS DE l'Outaouais (2005), annexe 15 : 80, lettre de M. Daniel Lefrançois à Messieurs Pierre Deshaies et Denis Laliberté, médecins

**Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches**

Québec 

363, route Cameron

Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2

Téléphone : (418) 386-3546

Télécopie : (418) 386-3362

Messagerie : <http://www.rrssl2.gouv.qc.ca/>