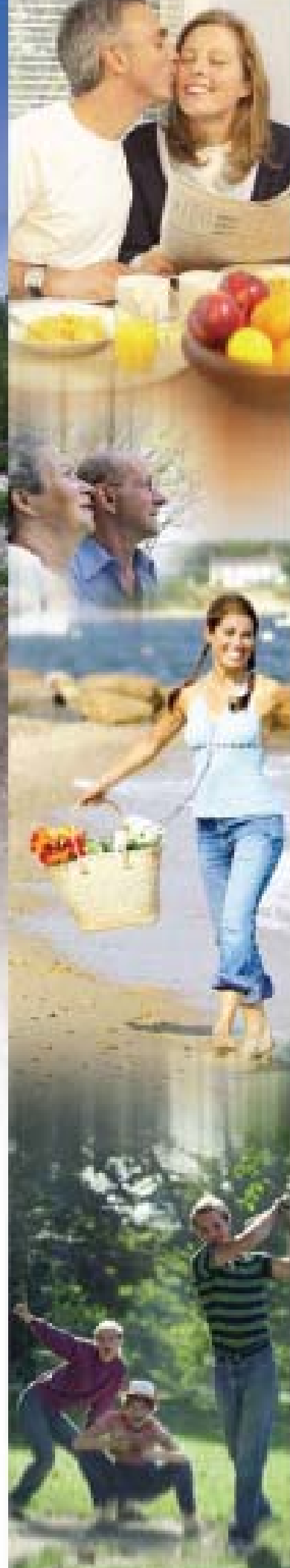


Agence de la santé  
et des services sociaux  
de la Côte-Nord

Québec 

# Stratégie intégrative en prévention et promotion de la santé 2007-2012

Incluant le  
*Plan d'action  
sur les saines  
habitudes de vie*



*Ensemble, pour une action intégrative, saine et efficace, pour une Côte-Nord en santé!*

*Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord (Agence)  
Direction de santé publique, Service de prévention et promotion de la santé*

*Stratégie intégrative en prévention  
et promotion de la santé 2007-2012  
(SIPPS)*

*(incluant le Plan d'action sur les saines habitudes de vie)*

*Rédaction*

Line Caron, chef de service en prévention et promotion de la santé, en collaboration avec :

- ✓ Karine Bujold, agente de plan., progr. et de rech. (programme *Dépendances*)
- ✓ Pierre Catellier, dentiste-conseil
- ✓ Sylvie Desjardins, agente de plan., progr. et de rech. (approche *École en santé*)
- ✓ Pierre Gosselin, médecin-conseil (pratiques cliniques préventives)
- ✓ Marielle Richard, agente de plan., progr. et de rech. (SHV et traumatismes non intentionnels)
- ✓ Stéphane Talbot, agent de plan., progr. et de rech. (conseiller Kino-Québec)
- ✓ Guy Tremblay, agent de plan., progr. et de rech. (approche *École en santé*)
- ✓ Ellen Ward, agente de plan., progr. et de rech. (nutrition)

*Conception graphique et mise en page*

Renée Minville, agente administrative

*1<sup>re</sup> édition – Mai 2008*

© Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, Baie-Comeau

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2008  
Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Canada, 2008  
ISBN : 978-2-89003-187-6



# SIPPS 2007-2012

*Dans ce document, le masculin est employé de façon épicière.*





## *Mot du directeur de santé publique*



La Stratégie intégrative en prévention et promotion de la santé (SIPPS) est un pas pour répondre au défi d'assurer une meilleure coordination des interventions en prévention et promotion. Ce n'est pas un coup d'éclat, mais un travail sur le terrain qui touche le quotidien afin de conserver une perspective globale et intégrée, de consolider les actions efficaces et de maintenir les liens avec nos partenaires.

À l'intérieur de la stratégie, la conception d'un plan d'action sur les saines habitudes de vie (PASHV) constitue une étape importante dans le déploiement du Plan d'action régional (PAR) de santé publique. En effet, ce plan d'action permettra l'intégration des interventions touchant l'adoption de saines habitudes de vie, soit l'alimentation et l'activité physique avec le Programme de lutte au tabagisme.

La stratégie qui guidera le plan d'action est basée sur les bienfaits pour la santé et la sensation de plaisirs découlant d'une bonne santé. Nous cherchons à faire prendre conscience à la population que de bien s'alimenter, de cesser de fumer, de jouer, de s'activer représentent une expérience positive, une source de plaisirs renouvelables.

Cette approche intégrative a été conçue et sera déployée en fonction de nos moyens. Ceci implique une fusion des ressources déjà consenties dans différents dossiers et une association avec les programmes qui rejoignent les mêmes clientèles. De plus, les professionnels de la santé qui interviennent en première ligne seront mis à contribution, notamment par les pratiques cliniques préventives (PCP). Des sessions de formation seront mises en place pour que les actions soient connues et appliquées. Le défi sera d'intégrer la prévention et la promotion de la santé au quotidien de la gamme des services.

Pour se concrétiser, le plan d'action devra s'articuler autour des centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui assumeront le leadership sur le terrain. D'ailleurs, ce plan se veut un appui pour un projet clinique en santé publique et a été conçu dans cette optique. Il favorise le partenariat tant avec les autres programmes du réseau de la santé qu'avec les partenaires intersectoriels tels que le milieu scolaire, l'Unité régionale Loisir et Sport Côte-Nord (URLS), les municipalités, etc.

Cet effort d'intégration s'inscrit comme une base solide pour l'orientation des interventions de prévention et de promotion de la santé et c'est avec fierté que je vous invite à l'action.

Le directeur de santé publique,

Raynald Cloutier, m.d.





## *Acronymes*

ARSE	Association régionale du sport étudiant
ATR	Association touristique régionale
CAT	Centre d'abandon tabagique
CCR-SP	Comité de concertation régional - Santé publique
CRÉ	Conférence régionale des élus
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSP	Direction de santé publique
FADOQ	Fédération de l'Âge d'Or du Québec
FTE	Fumée de tabac dans l'environnement
GMF	Groupe de médecine de famille
IMC	Indice de masse corporelle
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MCV	Maladies cardiovasculaires
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
PAL	Plan d'action local
PAR	Plan d'action régional
PASHV	Plan d'action sur les saines habitudes de vie
PCP	Pratiques cliniques préventives
PNPS	Programme national de santé publique
SÉPAQ	Société des établissements de plein air du Québec
SIPPS	Stratégie intégrative en prévention et promotion de la santé
TRIPPS	Table régionale intersectorielle sur la promotion, la prévention et les services en milieu scolaire
TROC	Table régionale des organismes communautaires
UMF	Unité de médecine familiale
URLS	Unité régionale Loisir et Sport Côte-Nord





## *Table des matières*

INTRODUCTION .....	1
1. Les enjeux incontournables de la mise en œuvre de la stratégie.....	3
2. Les centres de santé et de services sociaux avec le soutien de la Direction de santé publique au cœur de l'action .....	5
3. Domaine <i>Habitudes de vie et maladies chroniques</i> .....	7
3.1 Plan d'action sur les saines habitudes de vie .....	7
3.1.1 Pourquoi agir?.....	8
3.1.2 Tabagisme .....	10
3.1.3 Alimentation.....	11
3.1.4 Activité physique .....	12
3.1.5 Objectifs de santé et vision.....	12
3.1.6 Modèle nord-côtier du Programme 0•5•30 <i>Combinaison Prévention</i> .....	14
a) Pratiques cliniques préventives .....	14
b) Actions éducatives.....	16
c) Actions environnementales.....	20
d) Processus d'implantation .....	23
e) Reddition de comptes .....	24
3.2 Programme régional de santé dentaire publique .....	24
4. Domaine <i>Développement - Adaptation - Intégration sociale</i> .....	25
4.1 Approche <i>École en santé</i> .....	25
4.1.1 Plan d'action intersectoriel pour la prévention et la promotion de la santé et ses liens avec l'approche <i>École en santé</i> .....	27
4.1.2 Sexualité des jeunes .....	29
4.2 Dépendances .....	30
4.2.1 Prévention de la toxicomanie .....	30
4.2.2 Prévention du jeu excessif .....	31
4.2.3 Actions préventives .....	33
5. Domaine <i>Traumatismes non intentionnels</i> .....	35
5.1 Prévention des traumatismes liés à l'usage du réseau routier .....	36
5.2 Prévention des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées vivant à domicile .....	37
5.3 Prévention des traumatismes liés aux traumatismes récréatifs ou sportifs.....	37
6. Campagnes promotionnelles médiatiques.....	39
CONCLUSION .....	41
BIBLIOGRAPHIE .....	43





## *Introduction*

Actualiser des services de prévention et de promotion de la santé, dans le contexte actuel, est un défi en soi. Depuis de nombreuses années, l'importance de prendre un virage préventif en santé est reconnue par les diverses instances concernées. Le contexte de restrictions budgétaires en vigueur depuis les années 1990, le questionnement sur l'efficacité des mesures et la nécessité de transformer l'organisation des services ont fait en sorte que le réseau se situe encore à l'entrée du virage.

Un jalon important a cependant été franchi en 2003 avec l'adoption du Programme national de santé publique (PNSP) qui prescrit une série de mesures efficaces à mettre en œuvre. Il permet de regrouper les ressources autour d'actions reconnues efficaces qui ont été adaptées régionalement dans le PAR de santé publique et les plans d'action locaux (PAL) de santé publique.

**Le contexte budgétaire, encore difficile, ne permet toujours pas de financer adéquatement ces mesures. Cet état de fait nous oblige donc à revoir l'ensemble des actions proposées, à les prioriser et à proposer une stratégie qui, tout en respectant nos moyens, aura un impact positif sur la santé.**

Pour surmonter le défi, il est nécessaire de mettre en œuvre une stratégie proposant des actions globales et intégrées qui permettra d'assurer une meilleure couverture des facteurs de risque et de protection communs à plusieurs problématiques ou maladies. Une approche intégrée selon laquelle les nombreux acteurs oeuvreront ensemble pour atteindre des buts communs et assurer une meilleure harmonisation et coordination de leurs efforts. Il s'agit d'unir les efforts pour créer une synergie dans un contexte où la complexité du travail et des réalités socioéconomiques et géographiques domine.

**La stratégie globale et intégrée en prévention et promotion de la santé propose une série de mesures ciblées en fonction de leur efficacité, de leur potentiel d'action sur un ensemble de facteurs de risque et de protection, de leur effet de synergie et de la capacité du réseau nord-côtier de les mettre en place.**

Dans un premier temps, afin de respecter les structures organisationnelles, autant régionales que locales, ainsi que les ressources disponibles, la stratégie portera sur l'adoption de saines habitudes de vie, les services préventifs auprès des jeunes en milieu scolaire, les traumatismes non intentionnels et les campagnes promotionnelles. Les autres cibles d'action en prévention et promotion, dans le domaine de la périnatalité, de la santé mentale, de la violence et des personnes âgées, seront exposées lors de la révision du PAR de santé publique.





## 1. *Les enjeux incontournables de la mise en œuvre de la stratégie*

Si un consensus existe sur la nécessité de bien cibler et intégrer les services préventifs et de promotion de la santé à offrir à la population, les moyens nécessaires pour obtenir des résultats probants dans sa mise en œuvre sont moins bien connus. Cette section fait la lumière sur certains enjeux avec lesquels il faudra composer.

La mise en place de services préventifs intégrés nécessitera un changement dans les pratiques professionnelles. Pour que cette modification se fasse harmonieusement, certaines conditions doivent être respectées. L'expérience de l'implantation de l'approche *École en santé* a permis de dégager certaines de ces conditions.

Il en ressort que le changement dans les pratiques professionnelles est relié à un enjeu majeur : une entente des intervenants concernés autour des mesures proposées, associée à la confiance dans la pratique des professionnels de services différents ou d'organisations différentes. Ce sont les éléments incontournables de la coopération entre les individus, les groupes et les organisations. Ces éléments se mettent en place à travers un processus d'apprentissage collectif continu et d'actions communes répétées à travers lesquels les personnes tissent des relations de confiance. L'expérience nous a démontré que les milieux où étaient observés un haut niveau de confiance et un consensus sur les actions arrivaient à des résultats plus qu'intéressants. À titre d'exemple, citons le partage de ressources entre organisations différentes.

Ceci implique qu'il sera essentiel de prévoir un processus de mise en œuvre comportant des sessions d'appropriation et de la formation continue auprès de l'ensemble des professionnels concernés au niveau local. Il faudra également créer des occasions qui permettent aux professionnels d'organisations ou de services différents de travailler ensemble afin de développer une confiance et une cohésion dans l'action.

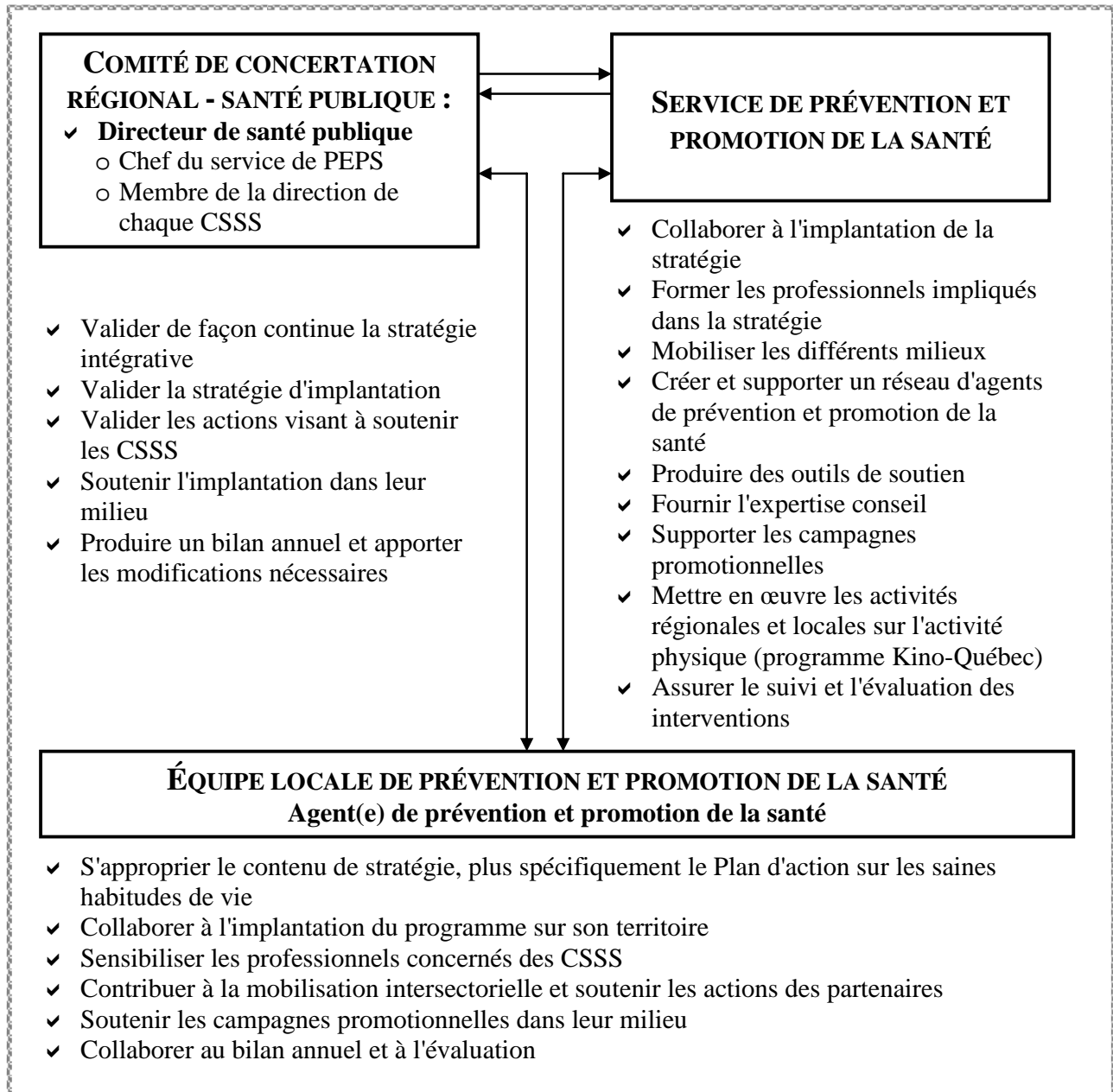
Les modifications dans les pratiques sont aussi étroitement reliées à l'appui des dirigeants des organisations qui auront à prendre des décisions qui faciliteront le changement. Un processus d'implantation planifié, autant local que régional, est donc au cœur du succès. **Le Comité de concertation régional - Santé publique (CCR-SP), composé d'un membre de la direction de chaque CSSS, du directeur de santé publique et du chef du service en prévention et promotion de la santé, sera responsable d'avaliser ce changement et de s'assurer des résultats.**

L'autre enjeu déterminant réside dans la variété et le nombre de disciplines professionnelles qui sont touchées, couplées à une réalité nord-côtière spécifique : la mobilité du personnel. Cet enjeu nous amène à considérer la formation de réseaux et la présence d'un leadership clinique crédible. Pour consolider l'expertise autant locale que régionale et assurer une mobilisation continue, un support solide, reposant sur une équipe régionale et un agent de liaison local, est



nécessaire. Le service de prévention et promotion de la santé de l'Agence aura la responsabilité d'assurer un leadership régional (coordination - mobilisation - expertise) et de soutenir les CSSS et les partenaires dans la mise en œuvre de la stratégie.

Un dernier enjeu porte sur les différences importantes entre les territoires de la région. Ceci implique que la forme du changement doit émerger du milieu et être soutenue par une impulsion régionale continue.



## 2. *Les centres de santé et de services sociaux avec le soutien de la Direction de santé publique au cœur de l'action*

Les transformations actuelles du réseau de la santé, introduisant la notion de responsabilité populationnelle et ciblant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services pour tous, représentent un moment opportun pour situer les efforts de prévention. Dans l'élaboration de son projet clinique, le CSSS doit définir l'offre de service de prévention et de promotion de la santé à travers le continuum de services et revoir ses actions et ses investissements. Afin de réduire à moyen terme l'affluence des personnes atteintes de problèmes ou de maladies, il est plus que nécessaire d'intensifier les actions préventives et de promotion de la santé.

Les experts s'entendent sur le fait qu'au-delà des traditionnelles actions d'éducation à la santé, centrées sur l'individu, il faut aussi agir sur les environnements (voir tableau de la page suivante). Les efforts déployés pour inciter à l'adoption de SHV doivent être appuyés par des interventions visant à rendre les milieux de vie plus compatibles à des choix santé. Des changements à l'environnement interpellent nécessairement différents acteurs de la société pour faciliter l'intégration de la notion de santé aux services qu'ils offrent. Pour orchestrer ce changement, il faut assurer un leadership local et régional fort et constant.

Considérant les particularités de la Côte-Nord (dispersion de la population, rareté des équipes locales dédiées à la promotion de la santé, limitation des ressources humaines et financières, mobilité du personnel, etc.), il est souvent nécessaire, pour un meilleur coût/bénéfice, de centraliser des actions. Les exemples de Kino-Québec et de *École en santé* démontrent la pertinence de telles approches. Aussi, la Direction de santé publique (DSP), avec le service de prévention et promotion de la santé, continuera de mener des actions régionales, à portée locale, pour soutenir les CSSS dans leur mandat.

Pour arriver à un résultat, il sera nécessaire de :

- ✓ Mettre en place, former et accompagner des équipes locales dédiées à la promotion de la santé.
- ✓ Consolider le service régional de prévention et promotion de la santé afin de soutenir les équipes locales.
- ✓ Mobiliser les acteurs des divers secteurs concernés afin d'intégrer la préoccupation de la prévention et la promotion de la santé à l'intérieur de leurs services.
- ✓ Accompagner les milieux intéressés par une démarche visant à créer des environnements favorables à de saines habitudes de vie par le déploiement d'approches et de programmes tels que *École en santé*, *0·5·30 Combinaison Prévention*, *Alcochoix +*, etc.



## Plus que jamais, travaillons sur les environnements



Source : DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DES LAURENTIDES. *À notre santé : Rapport de la directrice de santé publique*, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, page 30, 2005.

### 3. *Domaine Habitudes de vie et maladies chroniques*

#### 3.1 *Plan d'action sur les saines habitudes de vie*

On perçoit que la mise en place d'un continuum de services, allant de la promotion de la santé jusqu'aux soins palliatifs, en passant par la prise en charge des malades chroniques, nécessitera une coordination dans l'offre de service pour assurer la continuité tout en évitant la redondance. À titre d'exemple, les activités de dépistage pourront être incluses dans les interventions en prévention et promotion ou se retrouver dans les activités cliniques d'un GMF ou d'un CSSS. Le principe guidant l'action est d'offrir une accessibilité optimale à la population pour qu'elle puisse bénéficier de la gamme de services disponibles pour les maladies chroniques.

Les actions relatives aux PCP, au Programme régional de santé dentaire publique et au Programme intégré de promotion des saines habitudes de vie seront regroupées en un tout cohérent et intégrateur à l'intérieur de la SIPPS. L'actuel PASHV rassemblera donc les actions incontournables pour améliorer la santé de la population.

La mise en œuvre de ce plan présente plusieurs défis dont celui de développer une perspective globale et intégrée, d'entretenir une combinaison de stratégies et de consolider des liens entre les différents partenaires pour amorcer une dynamique régionale et locale essentielle à l'atteinte des objectifs. Ce défi est d'autant plus important qu'il devra s'actualiser en fonction des ressources disponibles et du contexte général prévalant dans chacun des territoires locaux.

L'orientation donnée au plan d'action consiste principalement à soutenir la mise en œuvre du Programme *0-5-30 Combinaison Prévention*, développé dans la région de la Capitale-Nationale, adopté et adapté dans la majorité des régions du Québec. Spécifiquement, ce programme repose sur la promotion de trois habitudes de vie quotidiennes, soit : le non-usage du tabac, la consommation quotidienne d'au moins cinq portions de fruits et de légumes, la pratique journalière d'au moins 30 minutes d'activité physique. Il présente l'avantage de proposer une série de mesures pouvant être facilement adaptables à la réalité de chacun des territoires de la Côte-Nord. Aussi, la région pourra bénéficier de l'impulsion donnée au plan national.



### 3.1.1 Pourquoi agir?

Tout simplement parce que trois habitudes de vie (tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité) expliquent, en grande partie, la hausse de morbidité et de mortalité liée aux maladies chroniques dans la population québécoise. Ces habitudes de vie agissent comme facteur étiologique, synergique ou aggravant face aux maladies chroniques. Le tableau suivant illustre, en un coup d'œil, les liens entre ces trois habitudes de vie et l'apparition de diverses maladies chroniques. (Voir le site Internet *0-5-30.com*)

**Liens entre les habitudes de vie et les principales maladies chroniques**

Maladie chronique \ Habitude de vie	MCV	Diabète	Cancer	Maladie respiratoire	Ostéoporose	Maladie bucco-dentaire	Obésité
Tabagisme	Lien direct	Lien de synergie	Lien direct	Lien direct	Lien direct	Lien direct	Lien de synergie
Alimentation	Lien direct	Lien direct	Lien direct	Facteur aggravant	Lien direct	Lien direct	Lien direct
Activité physique	Lien direct	Lien direct	Lien direct	Facteur aggravant	Lien direct	Lien direct	Lien direct
Consommation d'alcool	Lien direct	Lien de synergie	Lien direct	Lien direct	Lien direct	Lien direct	Lien direct
Hygiène bucco-dentaire	Lien direct	Autre	Lien direct	Lien direct	Autre	Lien direct	Lien direct
Maintien d'un poids santé	Lien direct	Lien direct	Lien direct	Facteur aggravant	Lien direct	Lien direct	Lien direct

Lien direct
  Lien de synergie
  Facteur aggravant
  Autre

Tiré de Déry, V. et Lachance, B. Habitudes de vie et maladies chroniques : une amorce de vision commune, Présentation faite aux directeurs de santé publique dans le cadre du PNSP, 16 novembre 2001

En adoptant de saines habitudes de vie, non seulement on améliore notre qualité de vie, mais on réduit également nos risques de développer une maladie chronique. Selon l'Organisation mondiale de la santé, ce sont 80 % des maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires (MCV) et le diabète qui auraient pu être évitées par l'adoption de saines habitudes de vie. (Réf. : Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2002*, Genève, 2002)

Les déterminants des maladies chroniques sont nombreux. Certains facteurs de risque individuels ne sont pas modifiables, comme le sexe, l'âge et l'hérédité; toutefois, d'autres le sont, par exemple le mode de vie et l'environnement.

Des liens évidents ont été établis entre le tabagisme, la mauvaise alimentation, dont la faible consommation de fruits et légumes, la sédentarité et certaines maladies chroniques. Selon l'étude Interhear, menée dans 52 pays :

*« Neuf facteurs de risque modifiables (dyslipidémies, tabagisme, hypertension, diabète, obésité abdominale, stress psychosocial, consommation régulière d'alcool, faible consommation de fruits et légumes et sédentarité) **prédisent 90 %** du risque populationnel de faire un infarctus du myocarde. À eux seuls, le **non-tabagisme, la consommation de fruits et légumes et la pratique régulière d'activité physique réduisent de 80 %** le risque relatif de faire un infarctus du myocarde (comparativement à un fumeur sédentaire qui a de mauvaises habitudes alimentaires). »* (Voir le site Internet : 0-5-30.com)

La promotion de saines habitudes alimentaires et la mise en place d'actions pour assurer la sécurité alimentaire aux personnes plus vulnérables sont des priorités incontournables, puisque la saine alimentation constitue une des mesures les plus efficaces de protection de la santé contre le cancer et les MCV.

D'autres liens, tout aussi évidents, existent entre la qualité de l'environnement et plusieurs maladies chroniques, en particulier certains cancers et les maladies respiratoires. Tous ces liens font de la promotion des saines habitudes de vie un domaine d'intervention majeur en santé publique.

Au Québec, comme ailleurs en Occident, le nombre de personnes atteintes d'une maladie chronique connaît une augmentation sans précédent depuis environ 50 ans. Quatre maladies chroniques, à savoir les MCV, les cancers, les maladies respiratoires et le diabète, sont responsables des trois quarts des décès au Québec. De 2000 à 2003, les tumeurs constituent la première cause de décès (32,1 %), suivies des maladies de l'appareil circulatoire (30 %) et des traumatismes (6,4 %).<sup>1</sup>

En Côte-Nord, de 2000 à 2003, les tumeurs représentent la première cause de décès dans la région (37,9 %), devançant ainsi les maladies de l'appareil circulatoire (aussi appelées MCV) (24,7 %) et l'ensemble des traumatismes (10,4 %). La supplantation des maladies de l'appareil circulatoire par le cancer, au titre de principale cause de décès sur la Côte-Nord et au Québec, constitue un phénomène relativement récent puisqu'elles ont occupé le premier rang jusque vers la fin des années 1980.<sup>2</sup>

L'état de santé de la population de la Côte-Nord laisse entrevoir certains problèmes pour les années à venir. Le cancer y est fréquent. Chaque année, en moyenne, on recense un peu plus de 400 nouveaux cas de cancers sur le territoire nord-côtier. De 1996 à 2001, le taux d'incidence

<sup>1</sup> Bulletin *La santé recherchée*, vol. 5, no 4, septembre 2006, article *Le cancer sur la Côte-Nord*.

<sup>2</sup> Idem



des cancers sur la Côte-Nord était plus important que celui du Québec; toutefois, il semble que cela soit attribuable à l'effet combiné de la décroissance démographique et du vieillissement de la population de la Côte-Nord. Il est à noter que pour ces mêmes années, le cancer du poumon était le plus important type de tumeurs malignes sur la Côte-Nord.

La prévalence du diabète est particulièrement élevée sur la Côte-Nord. Le taux ajusté de prévalence du diabète pour la population nord-côtière de 20 ans et plus a connu une augmentation de 25 % de 1999-2000 à 2003-2004, passant de 6,2 % à 7,7 %, alors que le taux pour l'ensemble du Québec passait de 5,3 % à 6,4 %. Le taux de la Côte-Nord est significativement plus élevé que celui pour l'ensemble du Québec.

Un autre élément de l'état de santé des Nord-Côtiers mérite d'être mentionné : en 2003, lors de la dernière Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, la proportion de la population nord-côtière de 18 ans et plus, présentant un surplus de poids significativement plus élevé qu'ailleurs au Québec, était de 54,7 % (16,4 % souffrant d'obésité et 38,3 % d'embonpoint) alors que 47,4 % des Québécois présentaient un surplus de poids (14 % souffrant d'obésité et 33,4 % d'embonpoint).

La dernière Enquête Santé Côte-Nord 2005 est porteuse d'une bonne nouvelle. Ainsi, on note qu'au cours des 12 derniers mois, 60 % de la population a pris des mesures pour améliorer sa santé, que ce soit perdre du poids, cesser de fumer ou faire plus d'exercice. Malgré ces améliorations, la population nord-côtière démontre encore certaines caractéristiques préoccupantes en ce qui a trait aux habitudes de vie, notamment en ce qui concerne la consommation de tabac.

### ***3.1.2 Tabagisme***

L'Enquête Santé Côte-Nord 2005 montre que le nombre de fumeurs réguliers a chuté de 30,1 % à 23,8 % au cours des cinq dernières années. Les actions nationales et régionales en matière de lutte contre le tabagisme, l'augmentation du prix du tabac, ainsi que l'apparition de lois restreignant de plus en plus les endroits où il est permis de fumer ont contribué, sans aucun doute, à la diminution du tabagisme sur la Côte-Nord.

En considérant à la fois les fumeurs réguliers et occasionnels, 31,6 % de la population nord-côtière fume la cigarette en 2005. Les jeunes âgés de 18 à 29 ans sont encore très affectés par cette habitude néfaste (40 %). Au Québec, en 2003, selon l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, 25,9 % de la population fumait. La Côte-Nord se démarque de façon significative au Québec pour la proportion de jeunes qui ont grillé leur première cigarette avant l'âge de 12 ans (CN : 11 %, Qc : 7,3 %). Alors que la population totale compte 29,4 % de fumeurs réguliers ou occasionnels, cette même enquête montre que la proportion de fumeurs varie selon l'âge : chez les 12-19 ans, c'est un jeune sur cinq (20,1 %) qui fume alors que chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans, ils sont deux sur cinq (39,5 %) à avoir cette même habitude.

Les jeunes sont non seulement témoins de cette habitude, mais sont également exposés à la fumée de tabac dans leur environnement. À ce titre, parmi les répondants à l'Enquête Santé Côte-Nord 2005, 60,3 % des gens ont dit être exposés quotidiennement à la fumée de cigarette à l'intérieur de leur maison, dans un véhicule automobile, dans les lieux publics ou à leur travail. Bien que les jeunes âgés de moins de 18 ans n'étaient pas ciblés par cette enquête, on peut conclure qu'en se retrouvant dans l'un ou l'autre de ces endroits, ils subissaient une exposition involontaire à cette fumée.

Malgré tout, depuis 2000, la baisse du tabagisme dans la région a eu un certain impact sur l'exposition de la population à la fumée de cigarette qui est passée de 42 % à 37 % dans les domiciles privés, alors qu'elle atteint 51 % dans les lieux publics en 2005. L'entrée en vigueur de la Loi sur le tabac devrait améliorer cette situation qui est particulièrement inquiétante quand l'on prend en considération les risques pour la santé que la fumée présente dans l'environnement. À noter que, dans les milieux de travail, l'exposition à la fumée de tabac est passée de 28,9 % à 19,7 % entre 2000 et 2005. La mise en application, en décembre 1999, de la législation prohibant la cigarette dans ces lieux a sûrement contribué à diminuer ce phénomène. Cette exposition demeure tout de même assez importante.

### **3.1.3 Alimentation**

Selon l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois (2004), une très faible proportion (entre 6 % et 11 %) des jeunes âgés de 6 à 16 ans consomment les quantités minimales recommandées de chacun des groupes du Guide alimentaire canadien (version 1992). De plus, les aliments camelotes (sucreries, croustilles, frites, boissons gazeuses et énergétiques) contribuent à eux seuls à 22 % de l'apport énergétique, à 28 % de l'apport en gras et à 24 % de l'apport en glucides pour l'ensemble de ces jeunes.

D'autre part, lors de l'Enquête Santé Côte-Nord 2005, un peu plus de la moitié (54,7 %) de la population déclarait consommer au moins cinq fois par jour des fruits ou des légumes. Cependant, les Nord-Côtiers sont moins enclins à le faire que les Nord-Côtières (45,2 % c. 64,9 %).



Des efforts sont donc à faire afin d'améliorer la qualité de l'apport nutritionnel des Nord-côtiers, particulièrement pour 13 % de la population régionale ayant un apport en fruits et légumes inférieur à trois fois par jour. Cette faible consommation est particulièrement remarquée chez les groupes suivants :

- ✓ les gens n'ayant pas obtenu un diplôme de 5<sup>e</sup> secondaire (18,8 %);
- ✓ l'ensemble de la population masculine nord-côtière (17,7 %);
- ✓ les personnes vivant seules (17,6 %);
- ✓ les fumeurs réguliers ou occasionnels (15,9 %);
- ✓ les personnes disposant d'un revenu familial entre 20 000 \$ à 50 000 \$ (15,5 %).

Le principe de base du Guide alimentaire canadien repose sur la consommation quotidienne d'aliments provenant de chacun des quatre groupes alimentaires : légumes et fruits, produits céréaliers, lait et substituts, et viandes et substituts. Le nouveau guide situe bien l'importance du groupe des légumes et fruits dans le modèle d'une saine alimentation en lui allouant un plus grand nombre de portions que dans les autres groupes.

### ***3.1.4 Activité physique***

L'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2003 nous indique que 62,6 % de la population adulte nord-côtière n'inclut pas assez d'activité physique quotidiennement pour en retirer des bénéfices pour la santé<sup>3</sup>. Par contre, on note une diminution de 5 %, par rapport à 2001 (67,6 %), à ce chapitre. Il n'y a toutefois pas d'écart significatif avec la moyenne provinciale.

Les principales contraintes mentionnées face à la pratique régulière d'activité physique par la population nord-côtière s'avèrent être les horaires surchargés (41,7 %), suivis des handicaps et de la maladie (10,9 %). Cette préoccupation pour les contraintes d'horaire était déjà très présente lors de l'Enquête Santé Côte-Nord 2000, mais elle était alors de moindre importance (32,7 %). Le défi pour la santé publique est donc de faciliter l'intégration de la pratique de l'activité physique avec les obligations du travail et la vie familiale.

Par ailleurs, d'autres résultats encourageants, concernant le niveau d'activité physique, ressortent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. La proportion de la population de 12-17 ans moins active<sup>4</sup> (26,6 %) se retrouve aussi en deçà de la moyenne nationale (29,6 %).

<sup>3</sup> On inclut « sédentaire », « un peu actif » et « moyennement actif »

<sup>4</sup> Regroupement des niveaux « sédentaire », « peu actif », et « moyennement actif »

### 3.1.5 Objectifs de santé et vision

Puisque la région dispose de peu de moyens humains et financiers pour agir, il est essentiel pour atteindre des résultats de mobiliser et concerter tous les milieux concernés. Cette mobilisation intersectorielle doit s'orienter vers une action commune, intégrée et bien ciblée pour garantir une efficacité. Notre leitmotiv :

« **Ensemble pour une action intégrée, ciblée et efficace pour une Côte-Nord en santé!** »

La stratégie vise l'atteinte de résultats quant aux trois habitudes de vie qui ont une influence importante sur plusieurs maladies chroniques soit : le non-usage du tabac, l'alimentation et l'activité physique. S'appuyant notamment sur les données mentionnées au chapitre précédent, l'objectif santé, vers lequel l'ensemble des actions seront dirigées, est : « **Améliorer les trois habitudes de vie ayant une influence marquante sur la santé des individus** ».

En s'appuyant sur les données de l'Enquête Santé Côte-Nord 2005 et de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2003<sup>5</sup>, d'ici 2012, nous aspirons à :

<b>0</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Réduire de 31,6 % à 20 % la proportion de fumeurs réguliers et occasionnels.</li> <li>✓ Réduire de 40 % à 30 % la proportion de fumeurs réguliers et occasionnels âgés de 18 à 29 ans.</li> <li>✓ Réduire de 36,8 % à 25 % la proportion de personnes exposées quotidiennement à la fumée secondaire dans leur domicile.</li> <li>✓ Réduire de 36,3 % à 25 % la proportion de personnes exposées quotidiennement à la fumée secondaire dans une automobile ou un autre véhicule privé.</li> </ul>
<b>5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Augmenter de 54,7 % à 58 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq fois par jour des fruits et des légumes.</li> <li>✓ Diminuer de 13 % à 10 % la proportion des personnes consommant des fruits et des légumes moins de trois fois par jour.</li> </ul>
<b>30</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Augmenter de 58,6 % à 62 % la proportion d'adultes qui sont actifs physiquement.</li> <li>✓ Augmenter de 52,2 % à 61,8 % la proportion de jeunes<sup>6</sup> qui atteignent le niveau d'activité physique recommandé pour leur âge.</li> <li>✓ Augmenter de 78,8 % à 83,8 % la proportion de jeunes qui passent du niveau d'activité physique recommandé pour les adultes au niveau recommandé pour leur âge<sup>7</sup>.</li> </ul>

Pour atteindre ces résultats, le Programme intégré de promotion des saines habitudes de vie **0-5-30** *Combinaison Prévention* a été choisi par la DSP et appuyé par les directeurs de programmes des CSSS. Ce programme a l'avantage de proposer un message unifié comportant

<sup>5</sup> La population autochtone n'est pas incluse dans les données de ces enquêtes.

<sup>6</sup> Jeunes compris entre 12 et 17 ans.

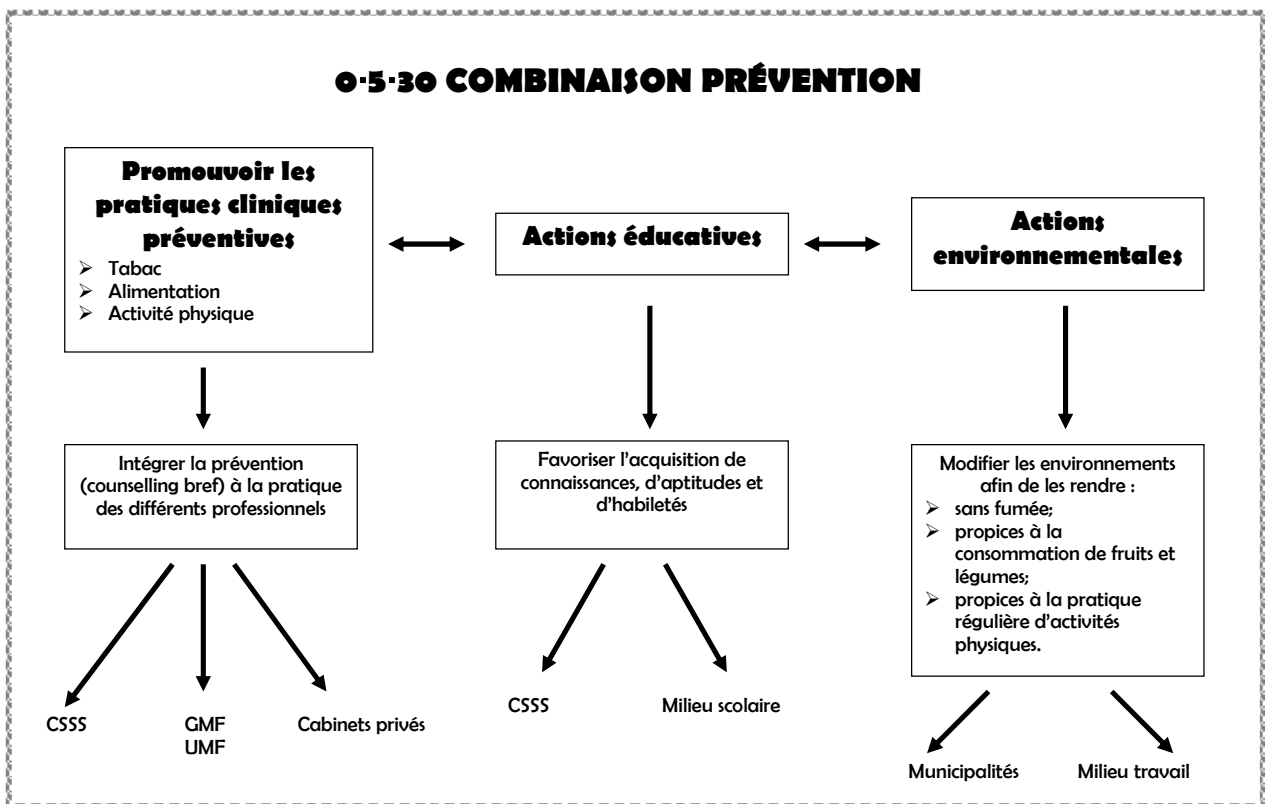
<sup>7</sup> Pour les jeunes sédentaires qui désirent devenir actifs, il est préférable de cheminer progressivement vers le niveau recommandé pour leur groupe d'âge. Atteindre d'abord le niveau recommandé pour les adultes, car le volume recommandé est le double pour les 12-17 ans versus les adultes.



une combinaison de stratégies impliquant la participation de partenaires et fondé sur des principes d'efficacité reconnus. Il comporte aussi l'avantage de mettre l'emphase sur les bienfaits ressentis par l'adoption de saines habitudes de vie en rendant le tout simple et accessible. Il a été développé par la DSP de la Capitale-Nationale et il est en implantation dans la majorité des régions du Québec.

### 3.1.6 *Modèle nord-côtier du Programme 0-5-30 Combinaison Prévention*

Le Programme 0-5-30 *Combinaison Prévention* repose sur trois stratégies : la promotion des PCP, des actions éducatives et des actions environnementales.



SOURCE : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. *Prévenir les maladies chroniques en Montérégie par de saines habitudes de vie : Programme 0-5-30 Combinaison Prévention*, 2005.

#### a) *Pratiques cliniques préventives*

Les PCP réfèrent à toute interaction individuelle entre un professionnel de la santé (clinicien) et un patient qui favorise la santé et prévient les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux. L'efficacité des PCP est déterminée sur la base des preuves issues d'études scientifiques ou établies selon des consensus d'experts. Les PCP touchent les grands axes de la prévention soit : le dépistage, le counselling et la vaccination.

Bien que les médecins comptent parmi les professionnels de la santé les plus susceptibles d'influencer les comportements de leurs patients, d'autres professionnels de la santé (infirmières, nutritionnistes, physiothérapeutes, intervenants sociaux, etc.), lorsque habilités, sont tout aussi en mesure d'influencer le comportement de la personne qui consulte. Malheureusement, les actions préventives en milieu clinique ne sont pas offertes de façon optimale. Selon une étude canadienne menée par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, chez les médecins ontariens, les recommandations de catégorie A (données suffisantes pour recommander l'intervention) ne sont appliquées que dans 65 % des cas. Cette proportion diminue à 31 % pour les recommandations de catégorie B (données acceptables). L'amélioration des pratiques préventives passe donc par la promotion des PCP auprès des médecins et des autres professionnels de la santé. Afin d'atteindre cet objectif, l'utilisation du Programme 0•5•30 *Combinaison Prévention* permettra de favoriser et soutenir les pratiques démontrées efficaces dans le counselling sur l'arrêt du tabac, une saine alimentation et la pratique régulière d'activité physique. Puisque notre région est particulièrement touchée par la consommation d'alcool, une PCP portant sur la consommation d'alcool a été ajoutée au Programme 0•5•30 *Combinaison Prévention*.

Le défi ici est d'intégrer la prévention à la pratique quotidienne des différents professionnels. Pour adopter de telles pratiques préventives, les cliniciens doivent effectuer un changement de comportement, influencé par des déterminants cognitifs et affectifs. Les principales contraintes à la mise en place de ces pratiques sont : l'inefficacité perçue par les professionnels de leurs actions de promotion ou de prévention auprès de leur clientèle, le manque de temps et la non-observance des patients à leurs conseils. Différentes interventions sont donc nécessaires pour surmonter les contraintes identifiées afin de modifier la pratique du clinicien et lui permettre l'intégration des PCP dans sa pratique de tous les jours. Ces interventions sont axées principalement sur l'acquisition de nouvelles connaissances (formation continue) et le soutien à la pratique (matériel éducatif, algorithme décisionnel, feuille de suivi préventif, etc.). C'est en comprenant l'importance et l'efficacité de l'utilisation des PCP et en lui donnant des outils à la fois simples et efficaces que le professionnel pourra incorporer à sa pratique cette nouvelle façon de faire. Pour l'usager, c'est souvent moins de trois minutes qui font la différence entre le statu quo et le premier pas vers l'amélioration de sa santé.

Plusieurs études ont montré que la mise en place d'un processus formel pour actualiser une PCP augmente en effet la prestation de services préventifs. De plus, la stratégie doit être taillée sur mesure et adaptée aux réalités de chaque milieu afin d'obtenir des résultats optimaux. La sensibilisation des médecins des groupes de médecine de famille (GMF), des unités de médecine familiale (UMF) et de certains CSSS de la région, de même que des infirmières qui y sont rattachées, sera la première étape du processus. L'appropriation des PCP par les CSSS et l'intégration de ces pratiques préventives, à même les projets cliniques, permettront de systématiser une stratégie de prévention par territoire, de l'adapter au milieu et de soutenir l'ensemble des professionnels concernés. Un leadership régional est également essentiel afin de diffuser de la formation et préparer différents outils pratiques nécessaires aux professionnels.



Ces ingrédients sont nécessaires afin de mieux outiller le professionnel et l'aider à mettre en oeuvre les plus récentes recommandations en regard des mesures de prévention et promotion de la santé.

<b>IMPLANTER LES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES 0-5-30 <i>COMBINAISON PRÉVENTION</i></b> <b>AUPRÈS DES MÉDECINS OEUVRANT EN 1<sup>RE</sup> LIGNE</b>				
<b>Résultat attendu</b>	<b>Action</b>	<b>Partenaire</b>	<b>Outil</b>	<b>indicateur</b>
Intégration des PCP 0-5-30 <i>Combinaison Prévention</i> et <i>Alcool</i> dans la pratique professionnelle des médecins	Présenter les PCP 0-5-30 <i>Combinaison Prévention</i> et <i>Alcool</i> à des groupes cibles de médecins (GMF, UMF, CSSS Haute-Côte-Nord, Fermont et Blanc-Sablon) dans le cadre d'un atelier de formation sur l'examen médical périodique de l'adulte Désigner un responsable de l'implantation des PCP dans chaque CSSS	CSSS	À développer	Nombre de médecins appliquant la PCP 0-5-30 <i>Combinaison Prévention</i> sur le nombre de médecins ayant participé à la formation Nombre de médecins appliquant la PCP <i>Alcool</i> sur le nombre de médecins ayant participé à la formation
Intégration des PCP 0-5-30 <i>Combinaison Prévention</i> et <i>Alcool</i> dans la pratique professionnelle des infirmières et des autres professionnels ciblés oeuvrant en 1 <sup>re</sup> ligne	Présenter la PCP 0-5-30 <i>Combinaison Prévention</i> à des groupes cibles d'infirmières et de professionnels (GMF, UMF), des CSSS de la Côte-Nord Désigner un responsable de l'implantation des PCP dans chaque CSSS	CSSS	À développer	Nombre d'infirmières en 1 <sup>re</sup> ligne appliquant la PCP 0-5-30 <i>Combinaison Prévention</i> sur le nombre d'infirmières ayant participé à la formation Nombre d'infirmières en 1 <sup>re</sup> ligne appliquant la PCP <i>Alcool</i> sur le nombre d'infirmières ayant participé à la formation

## 6) *Actions éducatives*<sup>8</sup>

Les actions éducatives ou l'éducation à la santé visent à ce que chaque citoyen acquiert, tout au long de sa vie, les compétences et les moyens lui permettant de préserver sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de sa collectivité par :

- ✓ l'acquisition de connaissances, d'aptitudes et d'habiletés favorisant la prise en charge de sa santé par le maintien ou la modification de comportement;
- ✓ l'implication dans les choix relatifs à sa propre santé et à celle de la collectivité.

Un programme d'éducation à la santé comporte des actions de trois natures différentes, articulées entre elles de façon cohérente et complémentaire :

- ✓ des campagnes de communication visant à sensibiliser la population à de grandes questions de santé et à modifier les représentations et les normes sociales (ex. : changement de la norme sociale concernant la fumée de tabac dans l'environnement (FTE);
- ✓ des renseignements scientifiquement validés et disponibles sur la promotion de la santé, les actions préventives, les maladies et leurs traitements ainsi que sur les services de santé, en utilisant des outils et des formulations variés adaptés à chaque groupe de la population;
- ✓ des actions éducatives qui aident chaque personne, en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses compétences, à comprendre l'information et à se l'approprier pour être en mesure de l'utiliser dans sa vie.

**(Voir tableaux *Actions éducatives RÉGIONALES et LOCALES pour améliorer les saines habitudes de vie*, pages 18 et 19)**

<sup>8</sup> La définition des actions éducatives est reprise intégralement du document *Prévenir les maladies chroniques en Montérégie par de saines habitudes de vie : Programme 0-5-30 Combinaison Prévention*, de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.



ACTIONS ÉDUCATIVES RÉGIONALES POUR AMÉLIORER LES SAINES HABITUDES DE VIE PROGRAMME 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION					
Résultat attendu	Action	Cible	Partenaire	Outil	Indicateur
Réduire la proportion de fumeurs réguliers et occasionnels	Soutenir les actions de promotion du non-usage du tabac et de cessation tabagique des CAT : <ul style="list-style-type: none"> <li>• aide à la cessation tabagique</li> <li>• Défi J'arrête, j'y gagne</li> <li>• Gang allumée</li> <li>• counselling bref</li> <li>• autres</li> </ul>	Population CSSS (personnel et usagers) Ecoles primaires et secondaires	CSSS TRIPPS	Matériel promotionnel de Gang allumée, Défi J'arrête, j'y gagne	Nombre de clients ayant reçu des services d'aide à la cessation tabagique Nombre d'inscriptions au Défi J'arrête, j'y gagne Nombre de projets Gang allumée présentés Nombre d'intervenants ayant reçu une formation sur le counselling bref
Réduire la proportion de personnes exposées à la FTE	Collaborer aux activités nationales portant sur les dangers de la FTE (ex. : campagne Rouler sans fumée)	Population générale Famille avec jeunes enfants	CSSS Municipalités	Outils promotionnels développés par les organismes promoteurs	Nombre d'organismes ayant participé Nombre d'organismes ayant réalisé une activité
Augmenter la proportion des personnes qui adoptent des saines habitudes de vie (le non-usage du tabac, la consommation d'au moins 5 fruits et légumes par jour, la pratique quotidienne d'au moins 30 minutes d'activités physiques)	Initier les actions de promotion de saines habitudes de vie dont des campagnes promotionnelles régionales en appui aux campagnes de communication nationales telles que le Défi Santé 5/30, la campagne Fruits et légumes en vedette, mois thématiques, etc.	Population générale Famille avec jeunes enfants Milieux de travail Milieu de l'éducation Milieu de la restauration	CSSS CRÉ TRIPPS ARSE URLS Organismes communautaires	Matériel promotionnel national Sites Internet du Défi Santé 5/30, Kino-Québec, Gang allumée, Défi J'arrête, j'y gagne Matériel promotionnel et éducatif produit par les organismes promoteurs	Nombre d'organisations ayant réalisé une activité promotionnelle Nombre d'activités promotionnelles Nombre de participants
	Mettre en œuvre les campagnes nationales de Kino-Québec : Rendez-vous d'automne, Plaisirs d'hiver, Journées actives, École active	Ecoles primaires et secondaires Population générale Milieux de travail Municipalités	Kino-Québec national URLS ARSE CSSS Municipalités TRIPPS	Matériel promotionnel produit par Kino-Québec	Nombre d'écoles, de municipalités et d'entreprises qui participent aux activités de Kino-Québec
	Consolider et implanter une programmation d'activités physiques pour les aînés telle que Viaactive	Population de 55 ans et +	Clubs FADOQ Municipalités	Matériel Viaactive	Nombre d'organisations qui appliquent un programme d'activités physiques pour les aînés Nombre d'animateurs Viaactive

ACTIONS ÉDUCATIVES LOCALES POUR AMÉLIORER LES SAINES HABITUDES DE VIE PROGRAMME 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION					
Résultat attendu	Action	Cible	Partenaire	Outil	Indicateur
Réduire la proportion de fumeurs réguliers et occasionnels	Réaliser des activités de promotion du non-usage du tabac et de la cessation tabagique des CAT, telles que : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Défi J'arrête, j'y gagne</li> <li>• Gang allumée</li> <li>• Autres</li> </ul>	CSSS (personnel et usagers) Milieux de travail Écoles primaires et secondaires Cégeps Éducation aux adultes	Cégep Comité École en santé Mécanisme local MSSS-MELS Organismes communautaires	Matériel régional et national de promotion de la cessation tabagique Matériel du Conseil québécois sur le tabac et la santé et d'Acti-Menu	Nombre de clients ayant reçu des services d'aide à la cessation tabagique Nombre d'inscriptions au Défi j'arrête, j'y gagne Nbre de projets Gang allumée réalisés
Réduire la proportion des personnes exposées à la FTE	Collaborer aux activités nationales et régionales sur les dangers de la FTE	Milieux de travail Population	DSP (soutien) Médias locaux	Matériel sur la FTE	Nombre d'activités réalisées
Augmenter la proportion des personnes qui adoptent des saines habitudes de vie (le non-usage du tabac, la consommation d'au moins 5 fruits et légumes par jour, la pratique quotidienne d'au moins 30 minutes d'activités physiques)	Réaliser les activités de promotion de saines habitudes de vie dont les campagnes promotionnelles régionales telles que le Défi Santé 5/30, la campagne Fruits et légumes en vedette, les activités relatives aux mois thématiques, etc.	CSSS (personnel et usagers) Milieu de l'éducation (personnel et élèves) Milieu de la restauration Milieux de travail	Mécanisme local MSSS-MELS Comité École en santé Organismes communautaires Restaurateurs Entreprises privées Municipalités	Matériel promotionnel national et régional Sites internet du Défi Santé 5/30, Kino-Québec, Gang allumée, Défi j'arrête, j'y gagne Matériel promotionnel et éducatif produit par les organismes promoteurs	Nombre d'organisations ayant réalisé une activité promotionnelle Nombre d'activités promotionnelles
	Soutenir les écoles à introduire la dimension des habitudes de vie dans leur planification en prévention et promotion (ex. : politique alimentaire, promotion de programmes ou d'activités tels que ISO ACTIF, Moi j'croque 5 fruits et légumes, etc.)	Écoles primaires et secondaires	Comité École en santé Mécanisme local MSSS-MELS ARSE	Guide École en santé Actualisation des meilleures pratiques au regard de l'approche École en santé Défi Moi j'croque	Portrait des activités en prévention et promotion de la santé 2012



**c) *Actions environnementales***<sup>9</sup>

Les actions environnementales visent à modifier divers types d'environnement (physique, politique, législatif, économique et socioculturel) de façon à favoriser l'adoption des habitudes de vie quotidiennes préconisées par le programme. Ces actions comportent notamment la mise en place d'infrastructures, l'aménagement de milieux et l'adoption de politiques et de réglementations. Par ailleurs, bien que des actions de santé publique s'imposent sur les plans local et régional, il n'en demeure pas moins que des actions complémentaires, visant à modifier divers facteurs environnementaux, devront être envisagées au niveau national, notamment sur le plan social, économique et politique, de façon à faciliter l'adoption de saines habitudes de vie. Parmi les facteurs environnementaux pouvant faire l'objet d'actions, on retrouve :

- ✓ la disponibilité et l'accessibilité des aliments sains et nutritifs (ex. : jardins communautaires, cuisines collectives, etc.);
- ✓ l'environnement bâti (ex. : aménagement de parcs publics sécuritaires);
- ✓ les structures sociales et politiques (ex. : politique de conciliation travail/famille, politique familiale municipale, mesures pour contrer la pauvreté et les inégalités).

**(Voir tableaux *Actions environnementales RÉGIONALES et LOCALES pour améliorer les saines habitudes de vie*, pages 21 et 22)**

---

<sup>9</sup> La définition des actions environnementales est reprise intégralement du document *Prévenir les maladies chroniques en Montérégie par de saines habitudes de vie : Programme 0•5•30 Combinaison Prévention*, de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

ACTIONS ENVIRONNEMENTALES RÉGIONALES POUR AMÉLIORER LES SAINES HABITUDES DE VIE PROGRAMME 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION					
Résultat attendu	Action	Cible	Partenaire	Outil	Indicateur
Augmenter la proportion des personnes qui adoptent des saines habitudes de vie (le non-usage du tabac, la consommation d'au moins 5 fruits et légumes par jour, la pratique quotidienne d'au moins 30 minutes d'activités physiques)	Soutenir les CAT	CSSS	MSSS		
	Promouvoir l'offre d'aliments sains et nutritifs prioritairement dans les établissements du réseau de la santé, dans le milieu de l'éducation et le milieu de travail	Établissements du réseau de la santé et de l'éducation Milieux de travail intéressés	CSSS TRIPPS ARSE	Ex. : Defi Moi j'croque	Nombre d'organisations ayant réalisé des activités de promotion
	Mobiliser et soutenir les milieux de la santé et de l'éducation dans l'appropriation d'une politique alimentaire cadre	Établissements du réseau de la santé et de l'éducation	CSSS Établissements du réseau de l'éducation TRIPPS	Politique alimentaire cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif Guide d'application volet alimentation Politique cadre (à venir)	Nombre de CSSS appliquant une politique alimentaire cadre Nombre d'établissements scolaires appliquant une politique alimentaire cadre
	Proposer des mesures incitatives à l'activité physique auprès des milieux de travail et des municipalités	Milieux de travail intéressés Municipalités	CSSS URLS CRÉ CSST	Matériel promotionnel de Kino-Québec	Nombre de municipalités qui auront réalisé des mesures incitatives Nombre de milieux de travail qui auront réalisé des mesures incitatives
	Soutenir les municipalités dans la réalisation des campagnes et interventions de Kino-Québec	Municipalités	MRC URLS CRÉ	Matériel promotionnel de Kino-Québec	Nombre de municipalités qui auront participé aux campagnes de Kino-Québec
	Développer des interventions en activité physique fondées sur les particularités des petites municipalités de moins de 1 000 habitants	Municipalités de moins de 1 000 habitants	URLS	Matériel promotionnel de Kino-Québec	Nombre de municipalités de moins de 1 000 habitants qui offriront des activités physiques
	Promouvoir et soutenir le développement d'environnements favorables aux saines habitudes de vie (pistes cyclables, sentiers pédestres, machines distributrices, jardins communautaires, etc.)	Population	Municipalités URLS SEPAQ Gestionnaires des parcs ATR Centre d'expérimentation et de développement en forêt boréale	Matériel promotionnel de Kino-Québec Guide des sentiers de la Côte-Nord	Nombre de milieux soutenus
Soutenir l'implantation d'actions concertées visant à améliorer l'accessibilité et la disponibilité d'aliments sains et nutritifs pour les personnes vulnérables	Coordonner le programme de subvention en matière de sécurité alimentaire	Population vulnérable	CRÉ Organismes communautaires CSSS	Guide de gestion régional	Nombre de projets

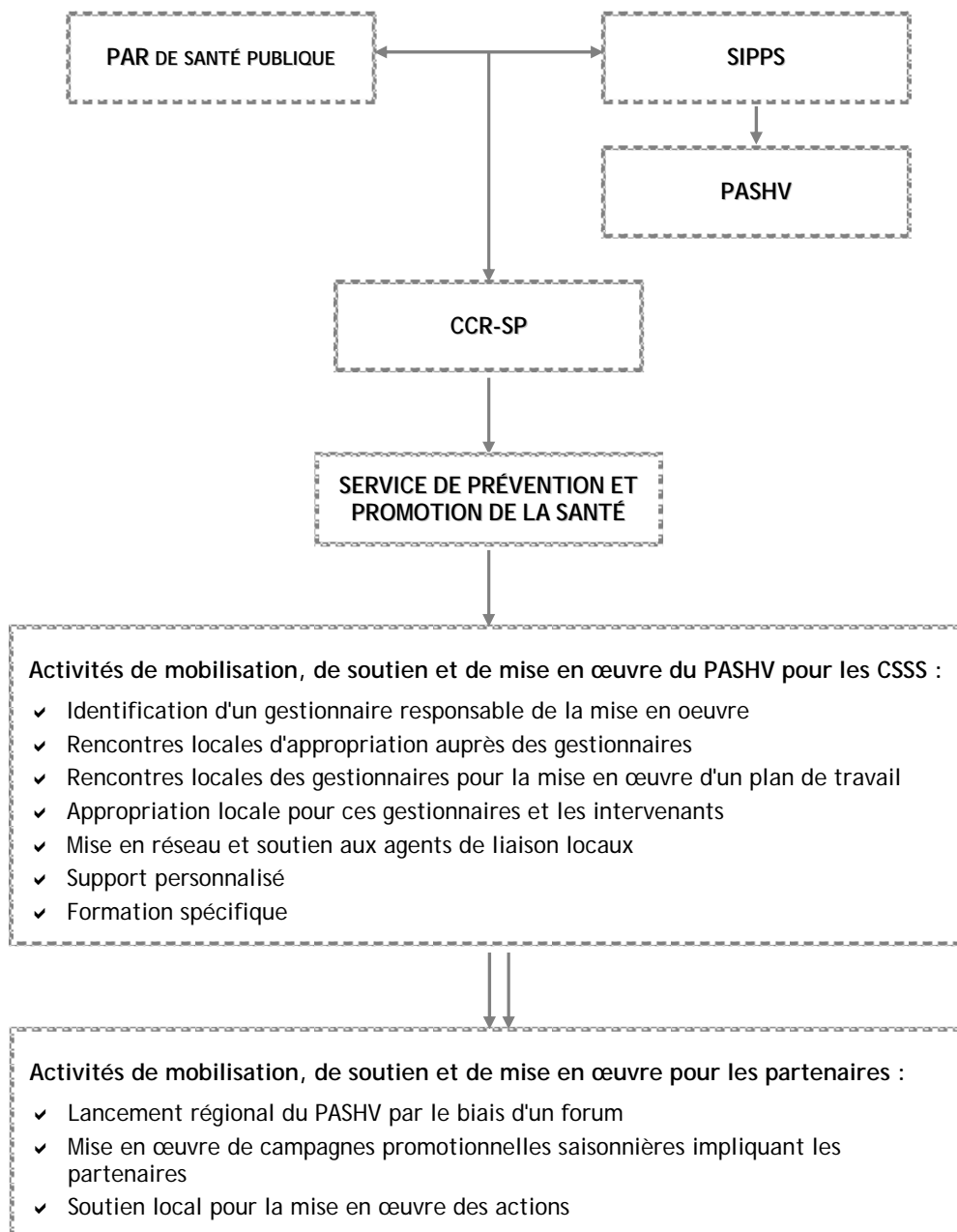


ACTIONS ENVIRONNEMENTALES LOCALES POUR AMÉLIORER LES SAINES HABITUDES DE VIE PROGRAMME 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION					
Résultat attendu	Action	Cible	Partenaire	Outil	Indicateur
Augmenter la proportion des personnes qui adoptent des saines habitudes de vie (le non-usage du tabac, la consommation d'au moins 5 fruits et légumes par jour, la pratique quotidienne d'au moins 30 minutes d'activités physiques d'intensité modérée)	<p>Pour le personnel et les usagers de leur établissement, tous les CSSS verront à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>réaliser une activité annuelle de promotion de la cessation tabagique</li> <li>implanter une politique alimentaire cadre</li> <li>mettre en place pour les employés un environnement favorisant la pratique de l'activité physique (ex. : rappel de l'utilisation des escaliers)</li> </ul>	CSSS	Syndicats	Matériel promotionnel national et régional Sites Internet du Défi Santé 5/30, Kino-Québec, Gang allumée, Défi J'arrête, j'y gagne	<p>Nombre de CSSS qui auront réalisé une activité de cessation tabagique pour leur personnel et les usagers</p> <p>Nombre de CSSS qui auront implanté une politique alimentaire cadre</p> <p>Nombre de mesures que les CSSS auront implantées pour un environnement favorisant l'activité physique</p>
	Promouvoir l'offre d'aliments sains et nutritifs dans les établissements scolaires	Milieu de l'éducation	Mécanisme local MSSS-MELS ARSE	Actualisation des meilleures pratiques au regard de l'approche École en santé	
	Soutenir les écoles dans l'actualisation de leur politique alimentaire	Écoles primaires et secondaires	Mécanisme local MSSS-MELS	Politique alimentaire cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif	
	Soutenir les campagnes promotionnelles de Kino-Québec	Municipalité Milieu de l'éducation Milieu de travail		Matériel promotionnel de Kino-Québec	Nombre de CSSS qui collaboreront aux campagnes

## d) *Processus d'implantation*

L'expérience nous démontre qu'un plan d'action qui n'est pas soutenu par un plan de déploiement impliquant des activités précises et échelonnées dans le temps, risque de demeurer au niveau des vœux pieux. Tout le monde est pour la vertu, mais il faut souvent une incitation intéressante pour la pratiquer.

Le plan proposé requiert l'implication, dans le processus, des gestionnaires des CSSS, d'abord, et de leurs équipes. Parallèlement, des actions sont planifiées pour susciter la participation des partenaires intersectoriels.



### e) *Reddition de comptes*

Dans un contexte où la signature d'ententes de gestion et d'imputabilité, la révision des actions prioritaires au PAR de santé publique et le développement des projets cliniques sont en cours, il devient incontournable d'inscrire le PASHV dans ces démarches. Cette étape devient nécessaire afin de respecter l'esprit d'efficacité visant à mesurer le niveau d'atteinte de ces objectifs de santé en cours au MSSS.

Pour ce faire, les activités du PASHV seront inscrites aux ententes de gestion et dans les actions prioritaires du PAR de santé publique 2007-2010.

### 3.2 *Programme régional de santé dentaire publique*

Les actions en santé dentaire publique sont déterminées par le Plan national de santé dentaire publique. Les actions nord-côtières consistent principalement à dépister les enfants à risque de carie à la maternelle, selon des critères scientifiquement validés, et d'un suivi individuel de trois ans comprenant l'application et l'enseignement de différentes mesures préventives. En 2006-2007, les enfants de 2<sup>e</sup> année qui avaient été dépistés à la maternelle pourront bénéficier de l'application de scellants. Un réseau d'hygiénistes dentaires soutient le programme.

Le programme national prévoit également la promotion de la fluoration des eaux de consommation auprès des municipalités. Cette responsabilité est assurée par le dentiste-conseil de l'Agence. Actuellement, deux municipalités sont ciblées, Sept-Îles et Baie-Comeau. Des démarches sont en cours avec ces dernières.

Le Programme *Clés en mains* est offert aux CSSS pour les personnes vivant en CHSLD afin d'améliorer leur santé buccodentaire.

Dans le contexte de la stratégie, les hygiénistes dentaires souhaitent s'associer aux autres professionnels quant aux actions communes concernant la promotion des saines habitudes de vie, notamment l'alimentation et le non-tabagisme dans le cadre de l'approche *École en santé*.

## 4. *Domaine Développement – Adaptation - Intégration sociale*

### 4.1 *Approche École en santé*

L'approche *École en santé* correspond à un ensemble planifié et intégré de programmes, de politiques, de services et d'activités de promotion et de prévention de la santé qui prennent place dans les écoles et leur environnement immédiat dans le but de favoriser le développement physique, émotionnel, social et cognitif de l'enfant ou du jeune. Les stratégies d'actions utilisées sont multiples et se renforcent mutuellement afin d'optimiser la réussite éducative, personnelle, sociale et la santé et le bien-être des jeunes.

Ces stratégies visent à :

- ✓ développer chez les jeunes des attitudes, des comportements et des compétences favorisant leur santé et leur réussite éducative;
- ✓ offrir aux enfants et aux jeunes un environnement scolaire positif, sain et sécuritaire où règne un climat social basé sur des valeurs d'entraide, de respect et de confiance;
- ✓ créer des liens entre l'école, la famille et la communauté afin que tous travaillent conjointement à l'épanouissement personnel, à l'intégration sociale et à la réussite des enfants.

L'approche *École en santé* nécessite la mise en place d'une coalition ou d'une équipe composée d'acteurs du milieu scolaire, de parents, d'intervenants du réseau de la santé ainsi que de membres de la communauté immédiate dans laquelle vivent les jeunes. Ces acteurs s'associent dans le but de planifier et de mettre en œuvre, en collégialité, une planification globale comprenant des objectifs à court, moyen et long terme. La planification s'appuie sur les acquis et les expériences passés dans l'école et la communauté et tient compte des préoccupations et des priorités identifiées.

*École en santé* est une approche qui englobe et oriente l'ensemble de la prévention et de la promotion de la santé pour la clientèle jeunesse.

L'approche *École en santé* convie les écoles et ses partenaires à faire une démarche d'analyse en vue de mettre en place les meilleures pratiques en prévention-promotion pour agir sur la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes. Pour réaliser la démarche, des outils sont proposés par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). L'un d'eux permet aux intervenants scolaires de revoir les actions et pratiques implantées à l'école visant le développement des compétences des jeunes en matière d'activité physique et d'alimentation. À la suite de ce questionnement fondé sur de solides connaissances des facteurs d'efficacité en



promotion de la santé, des actions pourront être continuées, améliorées, ajoutées ou cessées. L'outil proposé pour faire cet exercice s'avère utile autant pour les écoles et leurs partenaires qui sont impliqués dans l'approche *École en santé*, que pour celles qui ne le sont pas, mais qui souhaitent revoir leurs actions relatives à de saines habitudes de vie.

Dans les écoles de la Côte-Nord, l'implantation graduelle de l'approche *École en santé* contribuera à la SIPPS dans les domaines de saines habitudes de vie et de prévention des traumatismes, puisque dans la démarche de planification de l'implantation de l'approche, des facteurs-clés du développement des jeunes y sont présents, tels que :

- ✓ les **habitudes de vie** qui incluent l'activité physique, l'alimentation, le non-usage du tabac, les comportements responsables face à l'alcool et aux drogues, l'hygiène dentaire, la relaxation et le sommeil;
- ✓ les **comportements sains et sécuritaires** qui visent trois aspects particuliers : les comportements préventifs sur le plan sexuel, dans les loisirs et les sports, dans les déplacements routiers et piétonniers;
- ✓ les **environnements favorables** comprennent notamment l'environnement physique, c'est-à-dire des édifices et des lieux, l'aménagement de l'espace, les ressources récréatives et sportives, les conditions physiques; l'environnement familial qui tient compte des conditions de vie des familles et en complémentarité avec l'environnement communautaire pour des conditions de vie de l'ensemble des membres de la communauté;
- ✓ les **services préventifs** font référence notamment aux programmes des services éducatifs complémentaires déployés dans le réseau de l'éducation; les services éducatifs complémentaires comprennent quatre programmes dont le Programme de services de prévention et promotion. Les services de santé et les services sociaux reflètent l'offre de services des CSSS, soit des activités et des services de promotion de la santé favorisant le développement de saines habitudes de vie, de comportements et d'environnements sains et sécuritaires, de même que des activités et des services de prévention des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux; les CSSS fournissent aussi des services de type « clinique jeunesse », destinés à prévenir les grossesses à l'adolescence et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que les services de vaccination et des services de prévention en matière de santé dentaire.

De plus, l'approche *École en santé* se mobilise à quatre niveaux : les jeunes, l'école, la famille et la communauté pour que les actions se renforcent mutuellement et soient complémentaires.

Pour des situations préoccupantes qui sont particulières à certains milieux (toxicomanie, violence, etc.), des activités ou programmes adaptés pourront être développés et offerts à la clientèle jeune.

#### **4.1.1 Plan d'action intersectoriel pour la prévention et la promotion de la santé et ses liens avec l'approche École en santé**

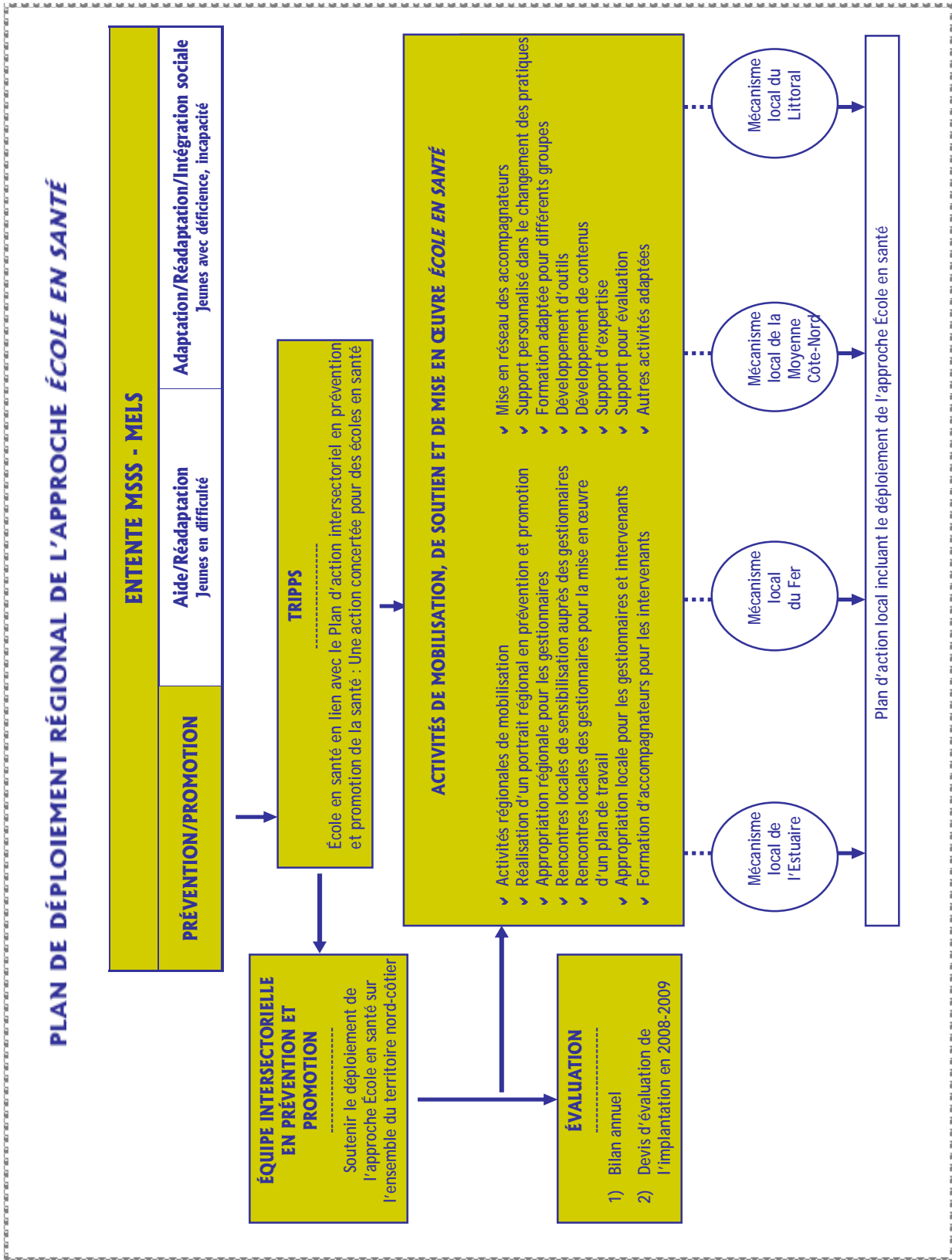
L'approche globale et concertée est la philosophie de l'actuel Plan d'action intersectoriel pour la prévention et la promotion de la santé qui propose un mode de déploiement de ce type d'approche adaptée à la région nord-côtière.

Une **première** action propose d'intégrer la prévention et la promotion à l'intérieur de la planification stratégique des partenaires travaillant en milieu scolaire afin d'en assurer la pérennité et l'ancrage des actions dans les différents milieux de vie des jeunes comme le suggère *École en santé*.

Une **deuxième** action favorise l'implantation d'une planification concertée dans chaque école. Pour ce faire, l'école doit se doter d'une structure de concertation et procéder à une démarche opérationnelle qui passe par la mobilisation et une analyse du milieu, la détermination d'objectifs et de priorités, l'actualisation et l'évaluation. Il s'agit de la même démarche qui est proposée dans le guide pour la mise en œuvre de l'approche *École en santé*.

Le Plan d'action intersectoriel pour la prévention et la promotion de la santé a été un levier qui a favorisé la mise en place de structures de concertation autour de projets communs en milieu scolaire (formation, programme, activités, etc.). Le déploiement de l'approche *École en santé*, ainsi que sa contribution à la SIPPS, permettra d'intégrer ces actions dans un projet global et concerté.





## 4.1.2 Sexualité chez les jeunes

La mise en place du renouveau pédagogique dans le réseau de l'éducation prévoit une éducation sexuelle des jeunes, planifiée et concertée, à travers différentes situations d'apprentissage, et ce, dans divers domaines disciplinaires. Ceci constitue une façon différente de faire l'éducation sexuelle de nos jeunes, celle-ci n'étant plus identifiée comme une « matière à enseigner » à travers un cours précis.

La mise en œuvre des objectifs MSSS-MELS (document *L'éducation à la sexualité dans le cadre de la réforme de l'éducation*) constitue l'orientation en matière d'éducation sexuelle des jeunes. Il s'agit d'un changement majeur étant donné que l'éducation sexuelle n'est plus la responsabilité d'un individu dans l'école, mais bien d'un ensemble de partenaires (enseignant, parent, infirmière, etc.) qui doivent la planifier en collégialité. Les changements majeurs vécus par le milieu de l'éducation depuis de nombreuses années font en sorte que le soutien du réseau de la santé et des services sociaux aux écoles est essentiel, pour une réelle mise en œuvre de ces nouvelles façons de faire.

Les données nationales les plus récentes, quant à l'âge moyen lors de la première relation sexuelle, proviennent de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes de 2003. L'âge moyen des répondants, lors de leur première relation sexuelle, est de 16,5 ans tant chez les garçons que chez les filles. On y présume également que le pourcentage de jeunes qui ont eu une relation sexuelle augmente et que l'âge moyen, lors de première relation sexuelle, diminue constamment. Cette enquête ainsi que d'autres sondages canadiens indiquent qu'au moins deux tiers des jeunes ont connu leur première relation sexuelle à l'adolescence.

Les grossesses à l'adolescence constituent une situation préoccupante dans notre région. Selon le Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, la Côte-Nord présente un des taux de grossesses (25,7 - taux annuel moyen pour 1 000) les plus élevés au Québec, après le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Aussi, on sait que l'utilisation du condom est une méthode de contraception efficace et qu'elle réduit le risque de transmission des ITSS. Les données de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2003 indiquent que le recours au condom diminue avec l'âge chez les adolescents et les jeunes adultes. En effet, 85,2 % des garçons de 15-17 ans déclarent avoir utilisé le condom au cours de leur dernière relation sexuelle. Ce pourcentage chute à 74,8 % chez les 18-19 ans et 60,9 % chez les 20-24 ans. Ces données laissent entendre que les adolescents plus âgés encourent des risques plus élevés de contracter des ITSS.

Plusieurs auteurs s'entendent pour affirmer qu'une éducation sexuelle adéquate constitue un moyen efficace de promotion de comportements sains et sécuritaires en matière de sexualité et, ainsi, prévenir des ITSS en plus des grossesses à l'adolescence.

Au cours des prochaines années, une préoccupation plus soutenue de la sexualité des jeunes se traduira, sur le plan régional, à travers diverses activités de formation et de mobilisation.



## 4.2 Dépendances

La SIPPS permettra la mise en oeuvre de deux objectifs pour agir efficacement en prévention des dépendances :

- ✓ améliorer l'accès de la population à une information cohérente et crédible sur les dépendances;
- ✓ renforcer la prévention directement auprès des personnes ayant des besoins particuliers ou par l'entremise des milieux d'intervention privilégiés.

### 4.2.1 Prévention de la toxicomanie

Le Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 s'inscrit dans la foulée de nombreuses approches et initiatives en promotion de la santé et en prévention telles que : *École en santé*, *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie* et le PNSP 2003-2012.

La prévention de la toxicomanie vise à empêcher l'émergence d'un problème lié à la consommation de psychotropes au sein de la population ou à limiter les conséquences de ce problème chez les personnes toxicomanes.

Une intervention préventive efficace exige des actions variées, intensives et continues qui visent, d'une part, à rendre les personnes aptes à faire des choix responsables au regard de leur consommation et, d'autre part, à réduire les conséquences ou l'aggravation des problèmes liés à leur consommation.

De nombreuses expériences de promotion réalisées au Québec et ailleurs dans le monde ont permis de constater que si l'information est nécessaire, elle ne suffit pas : les actions efficaces misent également sur l'augmentation des compétences personnelles et sociales et l'élaboration de stratégies intégrées. Cela s'explique par le fait que le comportement de consommation, chez l'adolescent comme chez d'autres personnes, est le résultat d'interactions entre les facteurs personnels (histoire d'utilisation antérieure, habiletés, recherche de soutien, réaction physiologique), situationnels (influence d'autres personnes et de groupes modulant l'usage de drogue, pression ou offre pour consommer, soutien des pairs et de la famille et communication entre eux, changement de groupe de pairs) et environnementaux (influence des médias, ressources, politiques et normes de la communauté, facteurs démographiques).

Prévenir la toxicomanie exige également d'intervenir auprès des personnes présentant à cet égard des risques particuliers. L'intervention préventive cherchera avant tout à développer chez elles les compétences leur permettant de faire face aux risques qu'entraîne parfois la consommation de psychotropes. À titre d'exemple, une intervention auprès des jeunes

cherchera à développer leur habileté à résister à la pression des pairs de même que leur capacité à évaluer les situations où les produits sont utilisés. Les approches préventives qui s'avèrent efficaces sont celles qui agissent sur les individus (sur leur affirmation d'eux-mêmes notamment), sur leur situation (en particulier sur l'influence qu'ils subissent de la part d'autrui et de la société) et sur leur environnement (par exemple en combinant les programmes dans les écoles avec des programmes déployés pour les parents, les médias et la communauté).

À l'instar de la stratégie nord-côtière, le MSSS souhaite que la promotion de la santé s'inscrive dans une perspective « santé » et non de problème. Elle s'adresse à toute la population ou à des groupes cibles. Elle vise à mettre en place des conditions et des environnements favorisant chez les individus l'adoption d'habitudes de vie saines et sécuritaires.

### Situation sur la Côte-Nord

Selon le deuxième Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec réalisé par l'INSPQ, tiré du Portrait de santé du Québec et ses régions 2006, certaines composantes des habitudes de vie et des comportements des Nord-Côtières sont plutôt négatives. Mais c'est surtout la relation avec l'alcool qui semble être problématique : une part importante de la population (23,5 %, soit une personne sur quatre) prend cinq verres ou plus en une même occasion, douze fois ou plus par année. Cet écart est statistiquement significatif entre notre région et la population québécoise qui adopte ce comportement dans une proportion de 16,7 %.

La consommation excessive régulière d'alcool est davantage présente chez les hommes de la Côte-Nord comparativement à l'ensemble de la population masculine québécoise (34,3 % contre 24,8%). (Réf. : INSPQ 2006)

Selon le bulletin d'information sur l'état de santé de la population nord-côtière *La santé recherchée*, de mars 2006, la présence de buveurs atteint son plus haut niveau chez la population nord-côtière âgée de 20 à 24 ans (100 %). Ces jeunes constituent d'ailleurs le seul groupe d'âge où un écart significatif avec le Québec est observé (91,3 %)

#### 4.2.2 Prévention du jeu excessif

Les effets du jeu excessif sur la santé peuvent engendrer stress, anxiété, dépression, idéations suicidaires.

La prévention agit sur les facteurs de risque qui peuvent mener à un usage inapproprié des jeux de hasard et d'argent. Dans le cas où le problème existe déjà, la prévention peut aussi réduire les méfaits découlant d'un usage inapproprié des jeux de hasard et d'argent.



La prolifération des casinos virtuels sur Internet, qui est source de fraudes et de blanchiment d'argent par des réseaux criminels qui se les approprient clandestinement, comporte également un défi en matière de prévention pour les organismes de réglementation et ceux de la santé, dans la mesure où les joueurs sont difficiles à dépister.

Les mesures de prévention suggérées reposent sur les stratégies retenues comme les plus efficaces dans la littérature. Elles sont les plus utilisées dans les milieux d'intervention. Ces mesures de prévention sont : l'information, l'éducation et la protection.

Plusieurs études tendent à démontrer que les familles et les proches sont des sources informelles vers lesquelles se tourneront les joueurs pour obtenir de l'aide. Pour cette raison, ils constituent des acteurs-clés dans la prévention et le dépistage de problèmes causés par le jeu excessif.

De même que pour la toxicomanie, il est aussi constaté que la multiplicité des facteurs qui peuvent intervenir dans les choix des individus, tant au niveau de l'usage des jeux d'hasard et d'argent qu'au niveau de la santé en général, demande d'intervenir sur plusieurs facteurs à la fois, sur différentes cibles et avec de multiples stratégies.

### **Situation sur la Côte-Nord**

Une majorité de Québécois s'adonnent aux jeux de hasard et d'argent, une fraction d'entre eux (1 %) éprouvent des difficultés avec le jeu et certains atteignent le stade de pathologie.

L'Enquête Santé Côte-Nord 2005 révèle que 12,7 % des joueurs de jeux de loterie vidéo disent avoir parié à cinq reprises ou plus durant les quatre semaines précédant l'enquête, ce qui représente 0,8 % de la population nord-côtière.

## 4.2.3 Actions préventives

DÉVELOPPEMENT - ADAPTATION - INTÉGRATION SOCIALE					
Résultat attendu	Action	Cible	Partenaire	Outil	Indicateur
Rendre accessible à la population une information cohérente et crédible en matière de dépendances	Assurer une cohérence et la crédibilité des messages de prévention des dépendances	Population	<p>CSSS Centre Le Canal Organismes communautaires Écoles secondaires Cégep</p>	<p>Sites web offrant de l'information et des outils sur la prévention des dépendances (calage, drogue de synthèse, Jeu excessif)</p> <p>Matériel national et régional</p>	<p>Nombre d'outils développés et diffusés</p>
	<p>Soutenir une campagne de prévention des dépendances (alcool, drogues, Jeux de hasard et d'argent)</p> <p>Adopter une approche de stratégies multiples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ informer sur les produits</li> <li>✓ permettre le développement de compétences des jeunes et des parents</li> <li>✓ favoriser le développement du milieu</li> <li>✓ avoir des mesures de contrôle</li> </ul> <p>Favoriser les approches qui associent les jeunes à la préparation et à l'animation des contenus de programmes, qui les incitent à réfléchir sur le phénomène</p>	<p>Population Cégep</p> <p>Jeunes du secondaire</p>	<p>Écoles secondaires TRIPPS Mécanismes locaux MSSS-MELS CSSS Centre Le Canal</p>	<p>Matériel Educ'alcool Guide École en santé Formation adaptée Matériel de la Société de l'assurance automobile du Québec Actualisation des meilleures pratiques de l'approche École en santé</p>	<p>Nombre d'activités réalisées</p>
Renforcer la prévention directement auprès des personnes ayant des besoins particuliers ou par l'entremise des milieux d'intervention privilégiés	Développer une action préventive concertée en matière de conduite avec facultés affaiblies dans les milieux plus vulnérables	<p>Conducteurs MRC ciblées Cégep</p>	<p>CSSS Centre Le Canal Sûreté du Québec</p>	<p>Matériel national et régional</p>	<p>Nombre d'activités de sensibilisation mises en oeuvre</p>
	Participer à des activités de transfert de connaissances	<p>Intervenants des différents milieux concernés</p>	<p>MELS CSSS Sûreté du Québec</p>	<p>Rencontre annuelle des partenaires</p>	<p>Nombre de participants</p>
	Implanter un programme visant la consommation modérée d'alcool tel que le Programme Alcochoix + à l'intérieur des services	<p>Clientèle adulte vulnérable</p>	<p>CSSS</p>	<p>Formation Alcochoix + Outils Alcochoix +</p>	<p>Nombre de CSSS offrant le programme Nombre d'usagers ayant participé au Programme Alcochoix +</p>
	Implanter une PCP dépendances	<p><u>Particulièrement</u> auprès des : Hommes adultes Femmes enceintes et jeunes mères</p>	<p>Médecins, infirmières et intervenants psychosociaux des CSSS Médecins en cabinet privé</p>	<p>Formation à développer</p>	<p>Nombre de médecins, d'infirmières et d'intervenants psychosociaux appliquant une PCP dépendances</p>
	Développer le dépistage de la clientèle à risque	<p>Clientèle adolescente et adulte vulnérable</p>	<p>CSSS</p>	<p>Outils de dépistage, tels que le DEBA-Alcool/Drogues, DEBA-Jeu, etc. Formation à développer</p>	<p>Nombre de participants à la formation</p>





## 5. *Domaine Traumatismes non intentionnels*

Le domaine d'intervention se rapportant aux traumatismes non intentionnels regroupe l'ensemble des blessures et des empoisonnements qui surviennent involontairement et qui, dans la plupart des cas, sont évitables. L'Organisation mondiale de la santé décrit le traumatisme comme :

*« Une lésion corporelle provoquée de manière subite ou brève par une énergie violente sur l'organisme. Il peut s'agir d'une lésion physique résultant d'un transfert soudain ou excessif d'énergie qui dépasse le seuil de tolérance physiologique ou de l'atteinte d'une fonction résultant d'une privation d'un ou plusieurs éléments vitaux (air, eau, chaleur) comme en cas de noyade, de strangulation ou d'hypothermie. Le laps de temps entre l'exposition et l'apparition du traumatisme est bref. »* (Réf. : INSPQ. *La mortalité par traumatismes non intentionnels chez les jeunes québécois de moins de 20 ans*, 2006, P. 13)

Cette définition inclut les accidents de décompression, d'hyperpression et les empoisonnements.

Le Portrait de santé du Québec et de ses régions (2006) présente un portrait peu reluisant de la Côte-Nord en ce qui a trait aux décès et aux hospitalisations reliés aux traumatismes non intentionnels.

Bien que de manière générale la proportion de décès liés aux traumatismes non intentionnels ait diminué au cours de la dernière décennie, cette cause de mortalité demeure importante au Québec et particulièrement sur le territoire nord-côtier. Le taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels pour la Côte-Nord, pour la période 2000-2003, est significativement plus élevé que celui pour l'ensemble du Québec (38,2 pour 100 000 comparativement à 26). Pour les accidents de véhicules à moteur, le taux nord-côtier est, de façon significative, plus élevé que celui du Québec (15,8 comparativement à 9,2). Pour les chutes accidentelles, le taux régional est plus élevé que le taux provincial (4,2 comparativement à 3,3), mais cette donnée doit être interprétée avec prudence compte tenu de son coefficient de variation.

Le taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatismes non intentionnels pour la période 2000-2004 est significativement plus élevé en Côte-Nord que pour le Québec : il est de 106,8 pour 10 000 sur la Côte-Nord comparativement à 67,7 pour le Québec. Le taux est significativement plus élevé pour les catégories de traumatismes suivantes :

- ✓ occupants de véhicule à moteur
- ✓ intoxication accidentelle
- ✓ chute accidentelle
- ✓ incendie
- ✓ brûlure



Les trois grands objectifs du PNSP 2003-2012 concernant le domaine des traumatismes non intentionnels visent :

- ✓ la réduction de la mortalité chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route;
- ✓ la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile;
- ✓ la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs.

### ***5.1 Prévention des traumatismes liés à l'usage du réseau routier***

Au niveau régional, ces activités se caractérisent par une collaboration intersectorielle à l'intérieur des deux principaux mécanismes de concertation, soit la Table régionale de concertation en sécurité routière et le Comité de sécurité de la route 389. Le principal projet mis de l'avant par la Table régionale de concertation en sécurité routière consiste en la poursuite d'un projet relatif à l'impact du camionnage sur la sécurité routière sur la route 138. Le choix d'analyser cette problématique, plutôt qu'une autre, se justifie par les constats issus de l'Enquête Santé Côte-Nord 2005 et par le Profil des accidents de camions lourds en Côte-Nord et sur la route 138 (Bruneau, 2006). Ainsi, l'Enquête Santé Côte-Nord 2005 souligne les préoccupations exprimées par la population à l'égard de la circulation lourde et des accidents de camions. Ce sondage révèle que près de la moitié (43 %) de la population nord-côtière se sent à risque lorsqu'elle circule sur la route 138. Cette impression est encore plus marquée chez les camionneurs (62 %). Le fait saillant du profil est la reconnaissance du fait que les accidents de camions représentent une composante majeure, en termes de sécurité régionale, puisque ce type d'accident cause davantage de blessures graves et mortelles aux usagers impliqués. Plus du tiers (35 %) des accidents mortels sur la route 138, en Côte-Nord, impliquent un camion lourd. Ce nombre est deux fois plus élevé que dans les autres régions du Québec, même celles qui ressemblent à la Côte-Nord, de par leur géographie et le type de trafic qu'on y retrouve (Bruneau, 2006). Ayant pour assise ces connaissances sur les perceptions et la réalité des accidents et du risque global, le projet met l'emphase sur l'identification des méthodes les plus prometteuses pour prévenir les accidents de camions, et ainsi améliorer le bilan routier régional. Ces mesures d'intervention préventives devront faire l'objet d'un consensus au sein de l'ensemble des intervenants concernés par cette problématique.

La poursuite des activités locales touchant principalement la promotion auprès de l'ensemble des usagers de la route, de l'utilisation d'équipements de sécurité tels le port de la ceinture de sécurité pour tous les conducteurs et passagers dans les véhicules routiers, l'utilisation adéquate des dispositifs de retenue pour les enfants dans les voitures, le port du casque pour les cyclistes, la prévention de la conduite avec facultés affaiblies, etc., doit être maintenue.

## ***5.2 Prévention des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées vivant à domicile***

Un état de situation portant sur la problématique nord-côtière des chutes chez les personnes âgées résidant à domicile a été réalisé à l'automne 2006.

Les principaux constats sont :

- ✓ l'ampleur du problème :
  - chutes fréquentes
  - nombre de chutes en augmentation
  - avec de graves conséquences pour les victimes
  - coûts importants pour le système de santé
  - etc.
- ✓ l'état des services de prévention :
  - intervenants très sensibilisés et préoccupés par la problématique
  - réalisation peu structurée et non systématisée d'interventions préventives
  - programmation de services dans les CSSS quasi inexistante
  - manque de professionnels en réadaptation
  - etc.

La recommandation finale du rapport est à l'effet que la région en vienne à un consensus autour d'un ensemble de mesures préventives en s'inspirant des interventions ayant démontré leur efficacité et que ces mesures soient intégrées dans un plan stratégique supporté par une coordination régionale. Ces mesures multifactorielles devront être adaptées à la réalité organisationnelle de chaque territoire de CSSS.

## ***5.3 Prévention des traumatismes liés aux traumatismes récréatifs ou sportifs***

Au niveau régional, l'activité principale se veut conjointe avec l'URLS et consiste au maintien de l'offre de formations sur la norme de sécurité existante, concernant l'aménagement des aires et des équipements de jeux (municipalités, écoles, etc.) et sur la promotion des règles de sécurité concernant l'utilisation de ces équipements.





## 6. *Campagnes promotionnelles médiatiques*

Les campagnes promotionnelles comptent parmi les éléments importants qui complètent et renforcent une stratégie globale. Elles viennent appuyer les actions éducatives et environnementales en introduisant auprès de la population un message de changement de certaines habitudes de vie et de modifications de la norme sociale.

Les données probantes issues des recherches sur des activités promotionnelles portant sur différents sujets se rejoignent pour dégager certains éléments-clés permettant aux campagnes promotionnelles de livrer leur plein potentiel. Les voici :

- ✓ Les campagnes de communication sont plus efficaces lorsqu'elles font partie d'une stratégie multidimensionnelle proposant des actions diverses. Par exemple, elles gagnent à être en lien avec des actions sur les politiques publiques, la création d'environnements favorables, l'action communautaire touchant la clientèle cible, etc.
- ✓ Elles doivent adopter une approche de responsabilisation, c'est-à-dire respecter la capacité de l'être humain de faire ses propres choix de vie et de les assumer. Ceci implique que les campagnes basées sur l'interdiction sont à utiliser avec grande prudence.
- ✓ Les approches portant sur les facteurs de protection plutôt que les facteurs de risque sont plus prometteuses. Il est donc préférable de travailler sur l'appropriation d'un comportement ou sur une vision positive de la santé que sur un problème. Par exemple, il est plus prometteur de proposer des comportements responsables dans le domaine de la consommation de psychotropes que d'informer uniquement sur le produit ou d'en interdire la consommation.
- ✓ Les messages éducatifs devraient viser le changement de comportement précis (ex. : manger cinq portions de fruits et légumes), au lieu d'être axés sur l'acquisition de connaissances.

Une attention particulière devrait être portée afin de s'assurer que l'ensemble des campagnes promotionnelles, menées par l'Agence en collaboration avec les CSSS, aient une cohérence dans les messages divulgués.

Le service des communications et affaires corporatives aura comme responsabilité d'élaborer une planification triennale des campagnes promotionnelles, en collaboration avec le service de prévention et promotion de la santé de la DSP. Ces campagnes s'échelonneront tout au cours de l'année et les CSSS auront comme mandat de les soutenir sur leur territoire.





## *Conclusion*

Bien qu'un consensus existe sur la nécessité de mieux intégrer les services, il demeure que les moyens nécessaires pour favoriser l'intégration sont encore à l'essai. Cependant, certains enseignements tirés des dernières expériences permettront d'assurer une meilleure implantation locale de la SIPPS 2007-2012.

**En premier lieu**, l'appui des gestionnaires locaux est incontournable pour qu'une modification des pratiques s'ancre dans un milieu.

**En deuxième lieu**, pour consolider l'expertise, et s'assurer d'un soutien et d'une mobilisation qui durent dans le temps, il est nécessaire de désigner un intervenant pivot dans chaque CSSS, soutenu par une équipe régionale assurant un leadership clinique crédible.

**En dernier lieu**, un processus d'apprentissage collectif continu et des actions de mobilisation seront mis en place.

C'est donc dans un esprit de mobilisation que la stratégie sera mise en œuvre, mettant à contribution les acteurs des différents milieux qui seront appelés à travailler ensemble et à influencer le processus d'implantation en faveur de la santé, du bien-être et de la qualité de vie de la population nord-côtière.





## *Bibliographie*

- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES. *Rapport de la Directrice de santé publique : À notre santé*, Novembre 2005, 64 pages.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Programme 0-5-30 Combinaison Prévention*, Guide d'utilisation de la marque, Répertoire des pièces promotionnelles de la DRSP de la Capitale-Nationale, Version 3, 2006, 46 pages.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD. *Enquête Santé Côte-Nord 2005*, Baie-Comeau, 2005.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD. *La santé recherchée*, bulletin d'information sur l'état de santé de la population nord-côtière, volume 5, numéro 1, Baie-Comeau, mars 2006, p. 16.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Prévenir les maladies chroniques en Montérégie par de saines habitudes de vie : Programme 0-5-30 Combinaison Prévention*, Stratégie régionale d'implantation du Programme 0-5-30 Combinaison Prévention, Direction de santé publique de la Montérégie, Mars 2006, 43 pages.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Les cahiers de la directrice : Pour faire contrepoids à l'obésité en milieu scolaire*, Direction de santé publique de la Montérégie, 2007, p.17.
- ARCAND, Lyne et Catherine MARTIN. *École en santé : Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires*, Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes, 2005.
- BANVILLE, Lyse. *La grossesse chez les adolescentes de la Côte-Nord : état de situation et perspective de prévention du phénomène*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, octobre 2001.
- CARON, Line, Roger MONTIGNY, Louise PRÉVOST, Sylvie DESJARDINS, Guy TREMBLAY et Karine BUJOLD. *Portrait des activités et des programmes en prévention et promotion de la santé en milieu scolaire 2005*, Baie-Comeau, Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, 2006.
- CHABOT, Anne, Groupe de travail de l'unité promotion-prévention. *Programme intégré de promotion de saines habitudes de vie: Programme 0-5-30 Combinaison Prévention*, Plan d'action 2005-2007, Document synthèse, Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Laval, Septembre 2005, 23 pages.
- CÔTÉ, Isabelle (chargée de projet pour le soutien à l'implantation du 0-5-30 Combinaison Prévention). *Bilan de l'implantation au Québec du 0-5-30 Combinaison Prévention*, Table de concertation nationale en promotion de la santé et en prévention, Septembre 2006, 57 pages.
- MCQUEEN, David V. et Laurie M. ANDERSON. *Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé*, article traduit, Revue transdisciplinaire en santé, vol. 7, no 1, 2000, pages 79 à 98.
- DESCHÊNES, M. et L. LEFORT. *Portrait des initiatives québécoises de type « École en santé » au niveau primaire*, Direction du développement des individus et des communautés, INSPQ, Montréal, 2004, 51 pages.




- DUGAL, Sonia (conseillère Kino-Québec). *Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012 dans la région de la Capitale-Nationale - Population adulte : Programme 0·5·30 Combinaison Prévention*, Équipes Habitudes de vie/Maladies chroniques, Direction régionale de la santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Mars 2004, 76 pages.
- DUQUET, Francine. *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation*, ministère de l'Éducation, 2003.
- INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ. *Efficacité de la promotion de la santé* (actes du colloque organisé par l'Inpes avec la collaboration de l'UIPES), Revue Promotion & Éducation, Hors série, 1, supplément édition spéciale, 2004.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de santé du Québec et ses régions 2006 : les statistiques*, deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, 2006, p. 81 et 438.
- LAVALLÉE, C. *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, volet nutrition*, Institut de la statistique du Québec, Québec, 2004.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, Québec, 2006, p. 45.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie*, Québec, 2001, 57 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Direction générale de la santé publique, Québec, 2003, 133 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Agir ensemble, Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005*, Québec, p. 21.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC. *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes*, Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, 2003.
- SCHAEFER, Carmen. *Prévenir les maladies chroniques en Montérégie par de saines habitudes de vie : Programme 0·5·30 Combinaison Prévention*, Cadre de référence, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Avril 2005, 52 pages.
- SECÉTARIAT DU RÉSEAU INTERSECTORIEL DE PROMOTION DES MODES DE VIE SAINS. *La stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*, En partenariat avec le Groupe de travail F-P-T sur les modes de vie sains et le Comité consultatif F-P-T sur la santé de la population et la sécurité de la santé (CCSPSS), 2005, 55 pages.
- SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Faits et statistiques : santé sexuelle et jeunes canadiens*, [www.masexualite.ca/enseignants/indicateurs-5.aspx](http://www.masexualite.ca/enseignants/indicateurs-5.aspx), 5 janvier 2007.
- CÔTÉ, Isabelle (chargée de projet pour le soutien à l'implantation du 0·5·30 Combinaison Prévention). *Bilan de l'implantation au Québec du 0·5·30 Combinaison Prévention*, Table de concertation nationale en promotion de la santé et en prévention, Septembre 2006, 57 pages.





**Agence de la santé  
et des services sociaux  
de la Côte-Nord**

**Québec** 

**681, rue Jallibert  
Baie-Comeau (Québec)  
G5C 2A1**