



PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE	2016 2021
GASPÉSIE — ÎLES-DE-LA-MADELEINE	

*Pour
améliorer
ensemble
notre santé*



Pour améliorer ensemble notre santé

Plan d'action régional
de santé publique
2016-2021

Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Ce plan d'action régional de santé publique a été adopté par le conseil d'administration du CISSS des Îles le 20 septembre 2016 et par celui du CISSS de la Gaspésie le 21 septembre 2016.

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

Rédaction du document

Nathalie Dubé, agente de recherche sociosanitaire

Sous la coordination du comité d'élaboration du plan d'action régional de santé publique

Sonia Belvin, adjointe au directeur de santé publique (par intérim)

Yv Bonnier Viger, directeur de santé publique

Ariane Courville, médecin-conseil et coordonnatrice médicale de l'équipe des maladies infectieuses

Nathalie Dubé, agente de recherche sociosanitaire

Estelle Lapierre, chef d'administration du programme Santé publique au CISSS des Îles-de-la-Madeleine

Steve Pontbriand, adjoint au directeur de santé publique

Définition de l'offre de service en santé publique (de l'équipe régionale de santé publique)

Sonia Belvin, santé au travail

Éloïse Bourdon, saine alimentation

Marie Chagnon, santé environnementale

Jocelyne Côté, périnatalité, allaitement, SIPPE
École en santé et services de garde

Ariane Courville, pratiques cliniques préventives,
maladies infectieuses et protection de la santé

Wilber Deck, dépistage du cancer du sein, du
cancer du col et maladies chroniques

Marie Ducharme, *Pour une maternité sans danger*

Nathalie Dubé, surveillance de l'état de santé

Ingrid Fleurant, activité physique et prévention du
tabagisme

Sylvie Gagnon, santé dentaire

Suzanne Gérin-Lajoie, développement des
communautés, sécurité alimentaire et travail de
milieu

Danielle Haché, Programme québécois de
dépistage du cancer du sein et cessation du
tabagisme

Danic Joncas, maladies à déclaration obligatoire et
enquêtes épidémiologiques

Lise Leblanc, immunisation

Michelle Leblanc, maladies infectieuses

Charles Lemieux, santé des aînés et traumatismes

Francine Maltais, suicide et santé mentale

Christine Minville, infections transmissibles
sexuellement ou par le sang

Barbara O'Farrell, immunisation

Claude Parent, surveillance de l'état de santé

Marie-Claude Tremblay, sexualité et infections
transmissibles sexuellement ou par le sang chez
les jeunes

Avec la collaboration de tous les acteurs locaux de santé publique du CISSS de la Gaspésie et du CISSS des Îles-de-la-Madeleine

Révision orthographique et linguistique

Suzie Fortin, agente administrative

Production et diffusion

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

144, boulevard Gaspé

Gaspé (Québec) G4X 1A9

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN : 978-2-550-76893-7 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-76894-4 (version PDF)

Mot du directeur régional de santé publique

Le bonheur, cette harmonie intérieure, ce sentiment profond d'être en accord avec ce que nous percevons être, avec ce que nous pensons, avec ce que nous faisons, avec les relations que nous établissons avec les autres, la nature et notre environnement, c'est ce que toute personne recherche pendant son bref passage sur notre Terre. Mais le bonheur ne va pas de soi. Pour l'atteindre et le conserver, il est essentiel d'avoir ou de développer de bonnes capacités physiques, de bonnes capacités mentales et de bonnes capacités relationnelles. Le système de santé et de services sociaux est à notre disposition pour nous aider à optimiser nos capacités.

Ce qui est vrai pour chacun et chacune d'entre nous, l'est aussi pour nos familles, nos communautés, nos milieux de vie et de travail, et nos populations. Le système de santé et de services sociaux, que nous nous sommes donné, a développé les capacités de nous aider non seulement individuellement mais aussi collectivement. La santé publique réunit un groupe de personnes qui se sont formées pour travailler avec la population et les collectivités pour les aider à maintenir et améliorer leurs capacités à se donner un milieu de vie physiquement, émotionnellement et relationnellement stimulant et agréable. C'est aussi le service que nous nous sommes donné pour lutter collectivement contre les maladies, physiques ou mentales, et les traumatismes qui peuvent nous affecter en grand nombre.

Ce plan d'action régional, pour améliorer la santé et le bien-être de la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, est d'abord un appel à la mobilisation. La santé et le bien-être d'une population relèvent de chacune des personnes, de chacune des familles, de chacune des communautés, de chaque milieu de travail, de chaque école, de chaque municipalité et de tous les moyens d'interaction qu'une population se donne. La Direction de santé publique agit comme une facilitatrice, recueille des données, les analyse et produit un portrait toujours changeant de la santé et du bien-être de la population. Elle propose des solutions aux problèmes identifiés, facilite leur mise en œuvre, évalue le chemin parcouru, etc. Mais elle ne peut être seule pour améliorer la santé et le bien-être de la population gaspésienne et madelinienne.

Ce plan propose de grandes orientations. Il sera rapidement suivi d'une planification plus fine qui sera mise à jour annuellement. Il faut voir le plan d'action régional comme un processus itératif, toujours renouvelé, basé sur les apprentissages découlant des interventions sur le terrain et sur les leçons tirées des interventions des équipes de santé publique des autres régions du Québec, des autres provinces et territoires du Canada et des expériences qui se déroulent dans d'autres pays.

Ce qui se dégage du portrait de santé de la Gaspésie et des Îles c'est que la décroissance démographique entraîne un vieillissement accéléré de la population et une pauvreté accrue. La concertation requise pour inverser ces tendances devient donc prioritaire. Tout en maintenant ses interventions traditionnelles, l'équipe de santé publique se mobilisera avec les leaders de la région pour recréer un environnement qui favorisera le retour et l'arrivée de jeunes familles, assurer des revenus suffisants aux personnes pour combler leurs besoins de base et faire de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine un milieu de vie attirant, agréable, sain et riche.

Yv Bonnier Viger

Table des matières

Liste des acronymes	vii
---------------------------	-----

Introduction	1
--------------------	---

Le plan d'action régional de santé publique	2
---	---

La consultation sur le plan d'action régional de santé publique	3
---	---

Le contenu du plan d'action régional de santé publique	3
--	---

Partie 1

Le contexte global dans lequel évolue la population gaspésienne et madelinienne	5
---	---

La démographie	5
----------------------	---

Le contexte économique et les inégalités sociales de santé	7
--	---

L'environnement naturel et les changements climatiques	8
--	---

La réalité particulière des autochtones	10
---	----

La réalité particulière des anglophones	10
---	----

L'insularité	10
--------------------	----

Partie 2

L'état de santé de la population gaspésienne et madelinienne	13
--	----

Le développement global des enfants et des jeunes	15
---	----

Les modes de vie sains et sécuritaires et les environnements favorables à la santé	19
---	----

Les maladies infectieuses	29
---------------------------------	----

Partie 3

L'offre de service en santé publique	33
--	----

La surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants	35
--	----

Le développement global des enfants et des jeunes	37
---	----

Les services en périnatalité	39
------------------------------------	----

Les services en petite enfance	44
--------------------------------------	----

Les services pour les jeunes de 6 à 17 ans	47
--	----

Les services pour l'ensemble des enfants et des jeunes	54
--	----

L'adoption de modes de vie sains et sécuritaires et la création d'environnements favorables à la santé	56
Les services s'adressant à l'ensemble de la population.....	59
Les services pour les personnes de 65 ans et plus	77
Les services pour les travailleurs.....	81
La prévention des maladies infectieuses	87
Les services pour prévenir de manière globale les maladies infectieuses.....	88
Les services pour prévenir les maladies évitables par la vaccination	92
Les services pour prévenir les ITSS.....	99
Les services pour prévenir l'exposition aux risques infectieux dans les milieux de vie et les milieux de soins.....	104
La gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires	106
 Partie 4	
La mise en œuvre et l'évaluation du PAR 2016-2021.....	123
La mise en œuvre du plan d'action régional de santé publique	123
L'évaluation du plan d'action régional de santé publique	126
 Partie 5	
Le plan de mobilisation des ressources.....	127
 Conclusion.....	133
 Références.....	135
Références spécifiques aux parties 1 et 2.....	137

Liste des acronymes

ACIA	Agence canadienne d'inspection des aliments	DSM-D-SPG	Direction de la santé mentale, des dépendances et des services psychosociaux généraux
ARCADE	Aînés à risque de chute à domicile et dans l'environnement	DSPro	Direction des services professionnels
ASP	Association sectorielle paritaire	ÉES	École en santé
ASPC	Agence de santé publique du Canada	GMF	Groupe de médecine de famille
BDCAS	Baie-des-Chaleurs active et en santé	GPI	Gestionnaire des produits immunisants
CAMI	Council for Anglophone Magdalen Islanders	ICIDJE	Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes
CAP	Chef d'administration de programmes	IMP	Intervention multifactorielle personnalisée
CAPQ	Centre antipoison du Québec	INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
CASA	Committee for Anglophone social action	IOC	Intervenant en organisation communautaire
CAT	Centre d'abandon du tabagisme	IPI	Infirmière en prévention des infections
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	IPSL	Infirmière praticienne spécialisée en 1 ^{re} ligne
CIRADD	Centre d'initiation à la recherche et d'aide au développement durable	IRSST	Institut de recherche en santé et sécurité du travail
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux	ITSS	Infection transmissible sexuellement ou par le sang
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	LGBT	Lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres
CLE	Centre local d'emploi	LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
CLSC	Centre local de services communautaires	MADA	Municipalité Amie des Aînés
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	MADO	Maladie à déclaration obligatoire
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail	MAMOT	Ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire
CPE	Centre de la petite enfance	MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
CPI	Comité de prévention des infections	MCI	Manifestation clinique inhabituelle
CS	Commission scolaire	MDDELCC	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte aux changements climatiques
DC	Développement des communautés		
DGSP	Direction générale de santé publique		
DJ	Direction jeunesse		
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques		
DRSP	Direction régionale de santé publique		
DSI	Direction des soins infirmiers		

MEESR	Ministère de l'Éducation, des Études supérieures et de la Recherche	RESSORT	Réseau solidaire pour le rayonnement des territoires
MFA	Ministère de la Famille	RGLM	Regroupement gaspésien du loisir municipal
MFFP	Ministère des Forêts, de la Faune et des Parcs	RLS	Réseau local de services
MI	Maladie infectieuse	ROCGÎM	Regroupement des organismes communautaires de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique	RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
MRC	Municipalité régionale de comté	RSPSAT	Réseau de santé publique en santé au travail
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux	SAD	Soins à domicile
MTESS	Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale	SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
MTQ	Ministère du Transport du Québec	SAT	Santé au travail
OGPAC	Organisme gaspésien des personnes atteintes de cancer	SE	Santé environnementale
OLO	Œuf-Lait-Orange (programme)	SHV	Saines habitudes de vie
PAAC	Programme d'aide à l'action concertée	SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS
PACE	Programme d'action communautaire pour les enfants	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
PAR	Plan d'action régional de santé publique (2016-2021)	SISAT	Système d'information en santé au travail
PCI	Prévention et contrôle des infections	SPA	Substance psychoactive
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale	TAGA	Analyseur de gaz atmosphérique à l'état de traces (laboratoire mobile)
PDG	Présidente-directrice générale	TDA/H	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
PDGA	Présidente-directrice générale adjointe	TIR	Table intersectorielle régionale
PETRAAS	Programme d'Évaluation, de Traitement et de Recherche pour les Auteurs d'Agression Sexuelle	TMS	Trouble musculosquelettique
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique	UMF	Unité de médecine familiale
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec	URLS	Unité régionale des loisirs et des sports
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein	USLD	Unité de soins de longue durée
PQI	Programme québécois d'immunisation	VHB	Virus de l'hépatite B
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec	VHC	Virus de l'hépatite C
		VHR	Véhicule hors route
		VIH	Virus de l'immunodéficience acquise
		VGPN	Vision Gaspé Perce Now
		Y'APP	Y'a personne de parfait

Introduction

La santé de la population gaspésienne et madelinienne s'est améliorée au cours des dernières décennies. On a qu'à penser aux progrès majeurs qu'a faits la région, comme le reste du Québec, au chapitre de la scolarité, de la maternité à l'adolescence et du tabagisme. Nous avons assisté à une baisse marquée de la mortalité cardiovasculaire et par traumatismes, ainsi qu'à une régression de la mortalité par cancers chez les hommes. Conséquemment, l'espérance de vie de la population s'est accrue de manière sensible depuis le début des années 80.

Malgré tous ces progrès, il faut poursuivre nos efforts de prévention. Le diabète et l'obésité, deux problèmes en hausse dans la région, ont atteint des prévalences supérieures à celles du Québec. Deux problèmes de santé publique qu'il est possible de prévenir par une saine alimentation et une pratique régulière d'activité physique. La mortalité par cancers chez les hommes et la mortalité cardiovasculaire en général ont régressé, mais des gains sont encore possibles par la promotion de saines habitudes de vie et la réduction de l'obésité, de même que par des actions efficaces pour prévenir le tabagisme ou favoriser sa cessation. On ne peut passer sous silence les problèmes psychosociaux et de santé mentale qui affectent la population tout au long de la vie. Chez les enfants, la négligence dont ils sont victimes ne peut être ignorée, pas plus que la violence que s'infligent les jeunes entre eux, à l'école ou dans leurs relations amoureuses. La consommation problématique d'alcool et de drogues, ainsi que les conduites rebelles, imprudentes ou délinquantes doivent aussi faire partie des préoccupations en raison de leur ampleur chez nos jeunes gaspésiens et madelinots, mais aussi des conséquences qu'elles peuvent entraîner dans leur vie, même à l'âge adulte. Les agressions sexuelles, la violence conjugale, la dépression, le suicide, etc., sont autant de problèmes qui frappent encore une partie non négligeable de notre population, des problèmes qui, par surcroît, affectent durement la qualité de vie des personnes qui les vivent de même que leur capacité à s'épanouir et à contribuer activement à la vie collective. Les personnes de 65 ans et plus ne sont pas non plus épargnées par les problèmes psychosociaux et de santé mentale, en plus d'être souvent aux prises avec une maladie chronique ou invalidante, et confrontées au deuil du conjoint, à l'isolement et à la solitude. Dans une région comme la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine où l'on estime à 25 % la proportion des aînés, nous ne devons en aucun cas oublier ce groupe à la réalité à la fois complexe et particulière.

Enfin, il faut rappeler que même en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, des inégalités sociales sont présentes et créent des écarts de santé systématiques entre les individus selon notamment leur revenu. On sait par exemple que le tabagisme est deux fois plus fréquent chez les personnes vivant dans des ménages au revenu inférieur que chez celles évoluant dans des ménages au revenu supérieur. Les inégalités sociales de santé en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine se traduisent aussi par des écarts dans les prévalences de la carie dentaire chez les enfants, de l'obésité, de la détresse psychologique et des limitations d'activités; dans le recours aux services préventifs comme le test de dépistage du cancer du col et la vaccination contre la grippe saisonnière; dans la satisfaction face à la vie et dans la perception qu'ont les gens de leur santé. Plusieurs études québécoises ont aussi montré des écarts importants entre l'espérance de vie des plus riches et celle des plus pauvres. Or, « parce qu'elles

résultent de la répartition de la richesse et du pouvoir, ces inégalités sont évitables » (Le Blanc, Raynault et Lessard, 2011, page 3). Outre le revenu, d'autres facteurs ou déterminants, qui ont une influence majeure sur la santé, ne sont pas équitablement distribués entre les individus dont la scolarité, l'accès aux soins et à l'éducation, l'accès à une alimentation de qualité et l'exposition à des polluants dans l'environnement [ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2015]. Et ici encore, il est possible d'agir sur ces déterminants sociaux et ainsi de réduire les écarts de santé qu'ils produisent.

Ce n'est là qu'un aperçu de la réalité sociosanitaire de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, au cœur des préoccupations des autorités de santé publique. S'il est vrai que la santé est une richesse individuelle et collective, force est de constater qu'elle n'est pas encore équitablement partagée entre tous et que des progrès restent à faire pour qu'elle profite au plus grand nombre, et ce, tout au long de la vie et le plus longtemps possible. Nous sommes d'avis que par son action individuelle et collective, la santé publique peut contribuer à faire encore des progrès en ce sens et à réduire les inégalités sociales de santé. Il ne faut pas perdre de vue que :

« ... une population en bonne santé constitue la base d'une société dynamique au sein de laquelle tous les individus peuvent exploiter leur plein potentiel et contribuer au développement collectif. » (MSSS, 2012, page 4)

C'est entre autres ce qui a motivé et animé la Direction régionale de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (DRSP) lors de l'élaboration du présent plan d'action régional de santé publique 2016-2021 (PAR).

Le plan d'action régional de santé publique

Au sein du système de santé et de services sociaux, la santé publique se caractérise par des services qui visent, pour la plupart d'entre eux, à agir avant que ne surviennent les problèmes, les maladies et les blessures. Plus précisément, les services de santé publique consistent à :

- **surveiller l'état de santé de la population**, c'est-à-dire recueillir, analyser et diffuser des données pertinentes sur la santé de la population et les déterminants de la santé afin de soutenir les différents acteurs qui agissent sur la santé dans la planification et l'organisation de leurs actions, et d'informer la population sur son état de santé.
- **prévenir les maladies, les problèmes psychosociaux et les blessures**, c'est-à-dire agir le plus précocement possible afin de réduire les déterminants ou les facteurs de risque à l'origine des maladies, problèmes et blessures, en portant une attention particulière aux groupes les plus vulnérables.
- **promouvoir la santé de la population**, c'est-à-dire influencer positivement les déterminants ou les facteurs de protection afin de permettre aux individus, aux groupes ou aux communautés d'avoir une plus grande emprise sur leur santé, en améliorant notamment leurs conditions et modes de vie, et les environnements dans lesquels ils évoluent.
- **protéger la santé de la population**, c'est-à-dire détecter les situations présentant des risques à la santé et réagir à une menace réelle ou appréhendée à la santé.

Pour actualiser et opérationnaliser ces quatre grands objectifs, qui traduisent en fait les quatre grandes fonctions de la santé publique, le PAR 2016-2021 définit l'offre de service que déploieront dans les prochaines années les acteurs régionaux et locaux de santé publique œuvrant au CISSS de la Gaspésie et au CISSS des Îles-de-la-Madeleine. Ultimement, par le déploiement de cette offre de service, le PAR 2016-2021 vise à contribuer au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine et à la réduction des inégalités sociales de santé. Précisons que conformément à la Loi sur la santé publique, l'offre de service de notre plan respecte les orientations du *Programme national de santé publique 2015-2025* (MSSS, 2015) et est adaptée aux particularités de notre population. À ce sujet, mentionnons que depuis l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, la région sociosanitaire de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est maintenant couverte par deux CISSS, celui de la Gaspésie et celui des Îles-de-la-Madeleine. Bien que la DRSP soit rattachée administrativement au CISSS de la Gaspésie, elle continue à desservir toute la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Ce plan d'action couvre donc l'ensemble de cette région sociosanitaire.

La consultation sur le plan d'action régional de santé publique

Avant sa publication, le PAR 2016-2021 a été soumis à la consultation. Au cours de l'été 2016, les 18 professionnels, médecins-conseils et dentiste-conseil de l'équipe régionale de santé publique ont été invités à la consultation, de même que 62 partenaires de la santé publique provenant de 37 organisations ou groupes différents. Parmi les 80 personnes invitées, 30 ont répondu à l'appel en remplissant seules ou en équipe la grille conçue à cet effet ou en transmettant la demande à un autre membre de leur organisation. Ainsi, au moins 40 personnes provenant de 18 organisations ou groupes différents nous ont donné leur avis sur le PAR. Les participants proviennent de l'équipe régionale de santé publique (7 personnes), du CISSS de la Gaspésie (7 personnes), du CISSS des Îles (2 personnes) et les autres, des 15 organisations ou groupes suivants : Cégep de la Gaspésie, MDDELCC, MAMOT, MAPAQ, MTESS, MFA, URLS, Québec en Forme, Complice - Persévérance scolaire Gaspésie-Les Îles, Groupe ressource en logements collectifs Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine, BDCAS, Regroupement Santé jeunesse de la Côte-de-Gaspé, Réseau en développement social du Rocher-Percé, Démarche intégrée en développement social de la MRC de La Haute-Gaspésie et la MRC de La Haute-Gaspésie.

Les participants ont émis de nombreux commentaires, suggestions et questionnements très pertinents au sujet du plan d'action 2016-2021, dont plusieurs ont été retenus par le comité d'élaboration du PAR et intégrés dans la version définitive du PAR. La plupart des autres commentaires et suggestions seront, pour leur part, tenus en compte lors de la mise en œuvre du PAR, c'est-à-dire dans les différentes mesures qui seront prises d'ici 2021 pour soutenir l'implantation des services de santé publique en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Mais déjà, la forte participation à la consultation et la richesse des résultats qui s'en dégagent témoignent de l'intérêt des divers acteurs de la région pour les actions de santé publique et de leur volonté de poursuivre et intensifier même la mobilisation pour améliorer la santé de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Le contenu du plan d'action régional de santé publique

Nous commençons ce document en présentant quelques éléments de contexte auxquels la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine devra faire face dans les années à venir, en raison de leur influence sur la santé de la population,

dont la démographie et les changements climatiques. Nous enchaînons ensuite avec un portrait, plus complet que celui dressé plus tôt, de l'état de santé de la population gaspésienne et madelinienne. La troisième partie constitue le cœur du document puisqu'il présente l'offre de service qu'entend déployer la santé publique d'ici 2021 tant à l'échelle régionale que locale. Quant à la quatrième partie, elle présente brièvement la façon selon laquelle le PAR 2016-2021 sera mis en œuvre dans la région et propose quelques modalités d'évaluation. La cinquième et dernière partie présente le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de la région, lorsque la santé de la population est menacée et que les capacités d'intervention de la DRSP sont dépassées. Nous terminons le document par une courte conclusion.

Partie 1

Le contexte global dans lequel évolue la population gaspésienne et madelinienne

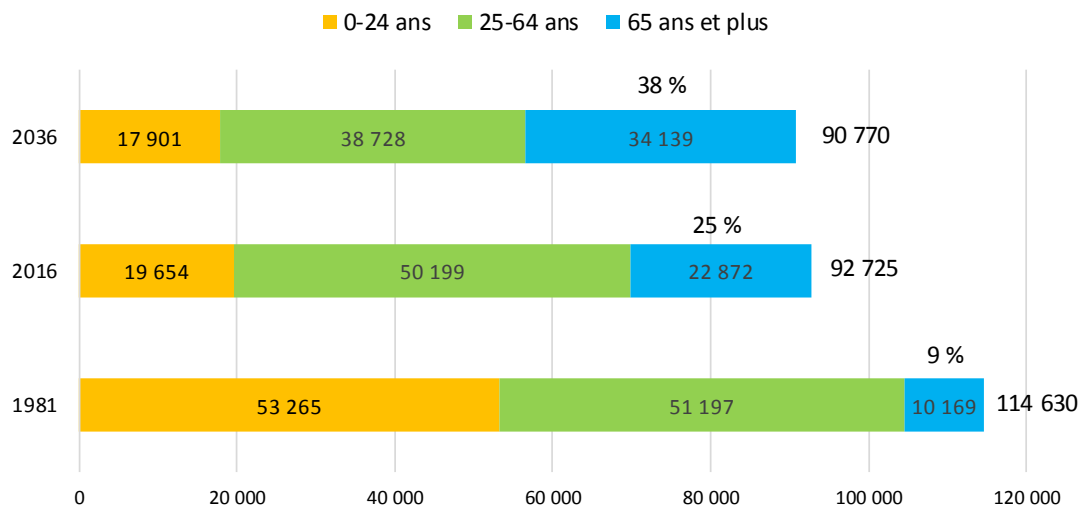
Le contexte global dans lequel évolue une société exerce une influence sur la santé de sa population¹. Le contexte démographique, économique et l'environnement naturel sont déterminants pour la santé de la population. Le contexte social et culturel propre aux communautés autochtones et anglophones de la région influence la santé de ces populations et doit être pris en compte dans l'organisation et la dispensation des services. L'insularité que vivent les Madelinots et Madelinien(ne)s semble aussi influencer de façon particulière sur la santé de cette population.

La démographie

Alors qu'en 1981, 114 630 personnes habitaient le territoire gaspésien et madelinot, ce nombre est estimé à 92 725 en 2016², soit une perte d'environ 22 000 personnes en 35 ans. Et même si le déclin a ralenti depuis 2006, il se poursuivra dans les prochaines années. Selon les projections faites à partir du scénario de référence (scénario moyen), c'est-à-dire le scénario qui regroupe les hypothèses les plus plausibles compte tenu des tendances récentes de la mortalité, de la fécondité et de la migration³, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comptera 90 770 personnes en 2036, soit une perte anticipée d'environ 2 000 personnes (figure 1). Pour que ce scénario de faible décroissance se réalise, il faut que le taux de fécondité ou le nombre d'enfants par femme en âge de procréer, qui était de 1,69 en 2008, 2009 et 2011, se maintienne à 1,65 jusqu'en 2036; que la mortalité globale continue à s'infléchir lentement; et que le solde migratoire positif d'une centaine de personnes obtenu en 2009-2010 et 2010-2011 augmente graduellement pour se situer à plus de 500 en 2036. En clair, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine doit être plus attractive que ce qu'elle a été dans les dernières décennies. Il est encore tôt pour se prononcer sur la vraisemblance de ce scénario, mais les données des années plus récentes suggèrent que ce scénario de faible décroissance est trop optimiste. En effet, déjà nous savons que la fécondité des dernières années est en deçà du seuil de 1,65, l'indice synthétique de fécondité se situant entre 1,47 et 1,54 de 2012 à 2014⁴. De même, les années 2012-2013 à 2014-2015 ont été marquées par un solde migratoire négatif dans la région avec des pertes variant de 200 à 435 selon les années⁵, les pertes les plus marquées ayant été enregistrées chez les jeunes de 15-24 ans.

Figure 1

Nombre d'habitants selon les groupes d'âge et proportion (en %) de personnes de 65 ans et plus, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 1981, 2016 et 2036



Source : Institut de la statistique du Québec, Perspectives démographiques 2011-2061, septembre 2014, données compilées par la DSP de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Cela dit, bien qu'il soit difficile d'en prédire l'ampleur, il est raisonnable de s'attendre à un déclin de la population gaspésienne et madelinienne au cours des vingt prochaines années, le plus important de toutes les régions du Québec selon l'Institut de la statistique du Québec⁶. Dans le contexte où les projections prévoient un accroissement d'un peu plus d'un million de la population québécoise d'ici 2036, le poids démographique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine au sein du Québec continuera donc vraisemblablement de s'amoinrir si l'on ne peut redresser la situation.

Parallèlement à la décroissance prévue de la population gaspésienne et madelinienne, le vieillissement se poursuivra. À mesure que les cohortes de baby-boomers avanceront en âge, que celles des plus jeunes seront moins nombreuses en raison de la faiblesse des naissances et de l'exode, et que l'espérance de vie continuera d'augmenter, la part des aînés ira en grandissant⁷. Ce phénomène est observé partout au Québec, mais c'est en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine que le rythme du vieillissement est le plus rapide. Déjà, en 2016, le quart de la population régionale (25 %) a 65 ans et plus (figure 1) (18 % au Québec). Selon les projections, cette proportion grimpera à 38 % d'ici les vingt prochaines années en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, alors que le Québec dépassera tout juste la proportion actuelle de la région (26 %). Près de 23 000 personnes de 65 ans et plus vivent actuellement en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Dans vingt ans, en 2036, on estime que ce nombre passera à plus de 34 000. En d'autres mots, nous serons de moins en moins nombreux à soutenir collectivement ce groupe

d'âge dans lequel les besoins, notamment en matière de services de santé et de services sociaux, sont les plus élevés, particulièrement après 75 ans¹.

Le phénomène du vieillissement, amorcé depuis des décennies, amplifiera au cours des prochaines années certains problèmes auxquels la société québécoise est déjà confrontée, et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sans doute avec plus d'acuité encore : « baisse de productivité, augmentation des dépenses publiques en soins de santé, adaptation des infrastructures et des services qui ont un impact sur la qualité de vie des aînés dans les communautés, comme le logement, les transports, les loisirs et l'accès aux bâtiments »⁸. Voilà autant d'implications socioéconomiques avec lesquelles il faudra composer si nous ne voulons pas que la santé de la population, particulièrement celle des aînés, en paie le prix.

Le contexte économique et les inégalités sociales de santé

Depuis de nombreuses années, le contexte économique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine se caractérise notamment par un faible taux d'emploi, un niveau élevé de chômage, une faible diversité des secteurs d'activité et des coûts de transport et de certains produits de consommation élevés. Ce contexte économique a un impact direct sur les conditions socioéconomiques des habitants de la région, lesquelles exercent à leur tour une influence sur la santé de la population :

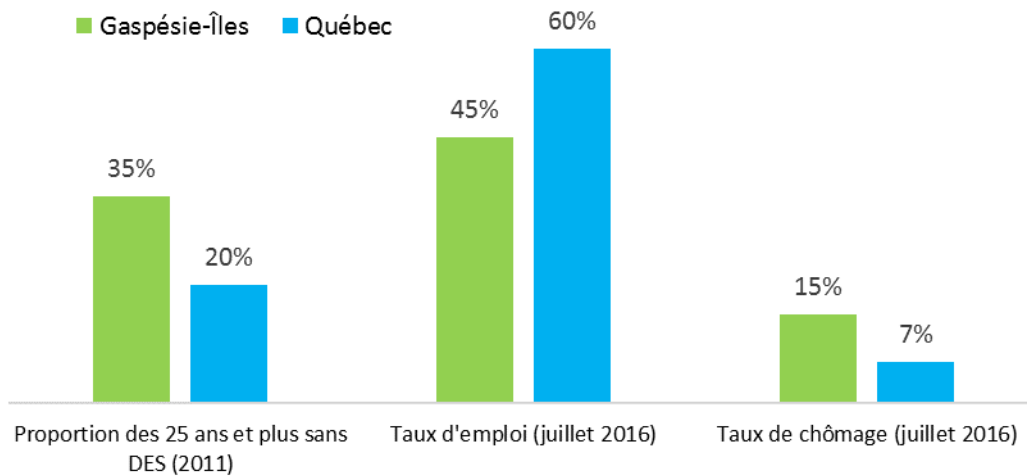
« Les conditions socioéconomiques sont un déterminant incontournable de la santé d'une population. Elles peuvent directement influencer la santé à travers les conditions matérielles de subsistance des individus, soit leur capacité à bien se nourrir, la qualité de leur logement, leur capacité à recourir à certains soins et services de santé, etc. Mais elles agissent aussi par leurs effets sur un grand nombre d'autres déterminants tels que les comportements individuels et les habitudes de vie ou l'épanouissement social, qui sont autant de facteurs auxquels un individu est exposé au cours de sa vie (MSSS, 2010a). »⁹

En 2011, plus du tiers (35 %) de la population de 25 ans et plus dans la région n'a pas de diplôme d'études secondaires (DES)¹⁰. Bien que ce pourcentage représente une amélioration notable depuis les vingt dernières années, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine accuse encore un retard important par rapport au Québec (20 %). De plus, en juillet 2016, de toutes les régions du Québec, c'est en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qu'on enregistre le plus bas taux d'emploi (45 %) et le plus fort taux de chômage (15 %)¹¹. Conséquemment, le revenu disponible par habitant, qui traduit le pouvoir d'achat des individus, est parmi les plus faibles du Québec¹² (figure 2).

¹ Il est d'usage de décrire le vieillissement de la population en prenant le groupe des 65 ans et plus, ce que nous avons fait ici. Mais en complément d'information, il faut savoir qu'en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, la proportion des 75 ans et plus passera de 10 % en 2016 à 22 % en 2036, alors que la part des 65-74 ans changera peu au cours des vingt prochaines années. Ainsi, l'augmentation anticipée du nombre d'aînés d'ici 2036 s'observera presque uniquement chez les 75 ans et plus.

Figure 2

Quelques indicateurs socioéconomiques, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec



Source : Recensement du Canada 2011, Statistique Canada et Infocentre de santé publique, INSPQ.

Cela dit, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine n’échappe pas pour autant aux inégalités sociales. Même à l’intérieur de la région, les conditions socioéconomiques ne sont pas équitablement partagées entre les individus. Et comme nous le disions en introduction, ces inégalités sociales créent des écarts de santé entre les plus favorisés et les moins favorisés de la région.

« Or, les inégalités sociales de santé résultent de déterminants de la santé sur lesquels il est possible d’agir. De fait, on peut réduire les écarts dans l’exposition ou la distribution de ceux-ci, notamment au moyen de politiques publiques. Celles-ci peuvent rééquilibrer la répartition des déterminants au profit des personnes ou des populations désavantagées et réduire les iniquités de santé entre les mieux nantis et les plus pauvres. Il importe de souligner que les inégalités sociales de santé touchent l’ensemble de la société, en raison de leur impact sur la prospérité et le bien-être collectif. »¹³

L’environnement naturel et les changements climatiques

La pollution atmosphérique, la contamination de l’air à l’intérieur des domiciles, l’exposition aux rayons du soleil, la désuétude des logements et la présence de microorganismes ou de contaminants dans l’eau sont autant de facteurs qui agissent sur la santé, soit en causant ou en aggravant des maladies comme les maladies circulatoires, respiratoires et gastro-intestinales, et certains cancers comme les cancers pulmonaires et de la peau. Au sujet d’abord de la pollution atmosphérique, « certaines installations industrielles comportent des risques pour la santé des populations qui sont exposées de manière chronique aux contaminants qu’elles relâchent dans l’environnement »¹⁴, les enfants, les personnes âgées et les personnes atteintes d’une maladie respiratoire étant particulièrement vulnérables aux polluants atmosphériques. En 2000, les industries de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine émettaient plus de 52 000 tonnes métriques de polluants et contribuaient à

7,3 % des émissions de polluants produites par les industries du Québec¹⁵. Avec la fermeture de la cartonnerie Smurfit-Stone à New Richmond et de la fonderie de Murdochville, la quantité d'émissions atmosphériques a radicalement chuté en 2002 et 2003, pour se situer à environ 6 600 tonnes métriques en 2011¹⁶, soit à peine 1 % du total des émissions générées par le Québec. Par ailleurs, les pollens, particulièrement le pollen de l'herbe à poux, sont parmi les principales causes de la rhinite allergique. En 2008, plus d'un résidant sur huit de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (13 %) a ressenti les symptômes de la rhinite allergique au cours de l'année, c'est tout de même un peu moins qu'au Québec (17 %)¹⁷.

La qualité de l'air intérieur affecte aussi la santé. Le radon, un gaz radioactif présent naturellement dans le sol, est responsable d'environ 10 % des cancers pulmonaires. L'exposition à la fumée secondaire constitue un autre risque à la santé, qui a toutefois grandement diminué depuis la réglementation gouvernementale. Alors qu'en 2003, 23 % des non-fumeurs de 12 ans et plus dans la région étaient exposés tous les jours ou presque à la fumée secondaire à la maison et 28 % dans les lieux publics, ces pourcentages sont de 7,7 % et 10,9 % respectivement en 2013-2014 (6,2 % et 11,4 % au Québec)¹⁸.

Le Québec a été frappé, dans les dernières décennies, par des événements météorologiques et climatiques extrêmes, la crise du verglas étant un exemple notoire. Les impacts des changements climatiques, qui entraînent notamment une augmentation moyenne des températures à l'échelle planétaire, n'épargnent pas la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Les vagues de froid, les redoux, les tempêtes accompagnées de pluies violentes et d'inondations ou la fluctuation des niveaux d'eaux relatifs aux crues ou à l'érosion des côtes¹⁹ sont des événements auxquels les Gaspésiens et Madelinots sont de plus en plus confrontés. « Les conséquences de ces phénomènes sur la santé de la population et sur la qualité de vie peuvent être directes, entraînant des urgences sanitaires, ou indirectes, par l'intermédiaire des modifications qu'elles provoquent sur les écosystèmes. Ainsi, l'évolution des précipitations et de la température sur certaines portions du territoire québécois a pour effet d'accroître les risques liés aux inondations et aux pluies abondantes, pouvant occasionner des impacts sur la santé humaine tels que des blessures ou des décès, de même que des maladies liées à la contamination de l'eau »²⁰. En raison de l'élévation du niveau marin à l'échelle mondiale, les communautés côtières de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine sont de plus en plus exposées à des épisodes de submersion. La concentration de nombreuses structures bâties (résidences, routes, etc.) à proximité de la côte rend certaines communautés encore plus vulnérables. De plus, les risques de feux de forêt augmentent avec le réchauffement des températures²¹. Par ailleurs, les changements climatiques peuvent aussi amener des modifications dans la longueur des périodes d'allergies saisonnières et la concentration de pollens allergènes, sans oublier leurs impacts possibles sur la propagation de maladies transmissibles par certains insectes et tiques, comme la maladie de Lyme et les infections par le virus du Nil occidental. Ajoutons enfin que certains groupes de la population sont plus vulnérables aux impacts des changements climatiques, notamment les bébés et les personnes souffrant de maladies chroniques. Les personnes défavorisées au plan socioéconomique y sont aussi plus vulnérables puisque souvent, elles ne disposent pas des moyens pour se protéger des épisodes de chaleur ou de froid extrême²².

La réalité particulière des autochtones

Trois groupes autochtones micmacs sont présents sur le territoire gaspésien : la communauté de Listuguj, située à l'embouchure de la rivière Ristigouche, celle de Gesgapegiag, sise à l'embouchure de la rivière Cascapédia, et la bande de Gespeg, hors réserve, dont les membres vivent principalement à Gaspé²³. Les communautés autochtones sont régies, pour la protection de la santé, par la Loi sur la santé publique. La Direction de santé publique de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine est donc responsable des enquêtes en lien avec une menace à la santé (maladies à déclaration obligatoire ou autres), de communiquer l'information concernant ces menaces à la population autochtone, et peut être interpellée par les communautés lors de situations à risque. En ce qui concerne la promotion de la santé et de la prévention des maladies, l'expertise de la Direction de santé publique peut être mise à profit dans les communautés, lorsqu'elles le souhaitent, en soutien aux objectifs des communautés et dans le respect des responsabilités de Santé Canada²⁴. Considérant la réalité particulière des communautés autochtones, la Direction de santé publique entend, au cours de la période couverte par le présent plan d'action régional, consolider les liens qu'elle entretient avec les différents acteurs de ces communautés afin de bien comprendre les enjeux liés à la santé de ces populations.

La réalité particulière des anglophones

La communauté anglophone représente environ 9 % de la population régionale. Nous l'avons vu plus tôt, les conditions socioéconomiques exercent une influence déterminante sur la santé de la population. Or, le portrait socioéconomique de la communauté anglophone est moins favorable encore que celui que nous avons dépeint pour l'ensemble de notre population. Les anglophones de la région se distinguent aussi des francophones pour d'autres déterminants de la santé. Des données plus précises sur la population anglophone de la Gaspésie et celle des Îles-de-la-Madeleine sont disponibles en cliquant sur les liens suivants :

[CASA Portrait des anglophones Gaspésie](#), [CHSSN Portrait des anglophones Îles-de-la-Madeleine](#), [DSP GÎM Portrait des anglophones en Gaspésie-Îles](#).

L'insularité²

Les Îles-de-la-Madeleine, situées en plein cœur du golfe Saint-Laurent, à quelque 216 km de la côte gaspésienne, à 90 km du Cap-Breton, 160 km de Terre-Neuve et 105 km de l'Île-du-Prince-Édouard, présentent des particularités liées à l'insularité qui ont un impact sur la santé de la population.

Certaines études identifient des caractéristiques communes aux milieux insulaires et trois d'entre elles sont plus spécifiques pour les Îles-de-la-Madeleine. Premièrement la **discontinuité**, c'est-à-dire une île entourée d'eau, la séparant du milieu terrestre auquel on peut la rattacher. Plus cette coupure est importante, plus on est éloigné et isolé, plus le phénomène de l'insularité prend toute son importance. Deuxièmement, l'**espace restreint et clos**, l'exiguïté, ce qui entraîne la rareté et le manque de ressources à plusieurs niveaux tels que les matières premières, les infrastructures, les ressources humaines et matérielles. Troisièmement, la **fragilité du milieu** à cause de l'espace restreint, la vulnérabilité de l'environnement naturel et la biodiversité, ainsi que l'exposition à

² Le texte sur l'insularité a été écrit par M^{me} Estelle Lapierre, chef d'administration du programme Santé publique au CISSS des Îles-de-la-Madeleine, à partir du document : *Les Îles-de-la-Madeleine, caractéristiques, contraintes et enjeux insulaires*. Document argumentaire produit par M. Germain Chevarie, député des Îles-de-la-Madeleine, et M. Jonathan Lapierre, président du conseil d'agglomération des Îles-de-la-Madeleine, avril 2015, 28 pages.

l'érosion par la mer. En raison de ces caractéristiques relatives à l'insularité, les habitants des îles-de-la-Madeleine font face à différents enjeux afin de maintenir un niveau de vie acceptable, dont les suivants :

- Le lien de transport avec le continent;
- La gestion du territoire et la protection de l'environnement plus difficiles en raison de la faible superficie;
- L'eau potable, ressource limitée et vulnérable;
- La gestion des déchets, un enjeu environnemental et financier majeur;
- L'érosion des berges, une île entourée d'eau;
- La dépendance énergétique (les hydrocarbures);
- Le coût des infrastructures et équipements publics (institution d'enseignement par exemple);
- Les services sociaux et de santé (difficulté de recrutement de professionnels, formation, transfert des patients);
- Le défi démographique (baisse de population depuis 1986).

La reconnaissance de ces particularités par le gouvernement du Québec le 4 mai 2016, associée à la solidarité, à la collaboration et à l'implication dont ont toujours fait preuve les Madelinots et Madeliniennes, permettront sûrement à la population de l'Archipel de continuer à se développer au plan socioéconomique et à être fière de vivre sur de petites îles éloignées du continent. Pour en savoir plus sur l'état de santé de la population madelinienne, veuillez consulter le document : [État de santé de la population des îles-de-la-Madeleine](#).

Partie 2

L'état de santé de la population gaspésienne et madelinienne

Nous le disions en introduction, la santé de la population gaspésienne et madelinienne a fait des progrès à plusieurs égards au cours des dernières années. L'espérance de vie s'est accrue de manière sensible depuis le début des années 80, en partie en raison de la baisse de la mortalité pour des problèmes de santé évitables, dont les maladies cardiovasculaires et les traumatismes non intentionnels. Ces progrès ne sont sans doute pas étrangers aux avancées de la science et des technologies médicales, mais aussi aux gains que nous avons faits au chapitre de la scolarité et du tabagisme, ainsi qu'aux mesures de prévention efficaces en matière de sécurité routière dont tout le Québec a bénéficié²⁵. Car, on le sait, l'amélioration de la santé des populations n'est pas uniquement tributaire de l'accès et de la qualité des soins qu'elles reçoivent. La santé est en effet aussi influencée par un ensemble de déterminants (schéma 1) que sont :

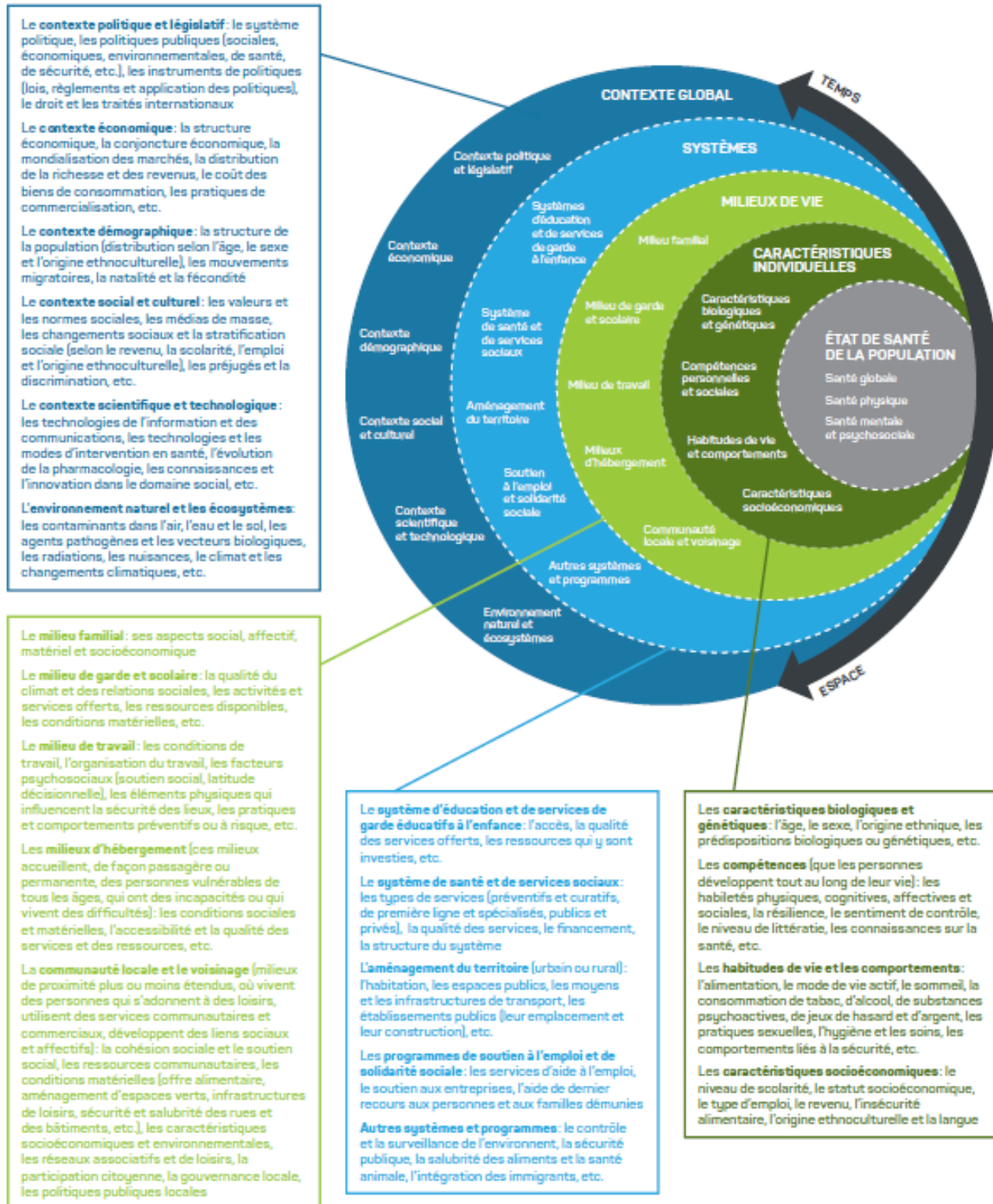
- Les caractéristiques individuelles comme l'âge, le niveau de scolarité, le revenu, les compétences sociales, les habitudes de vie et les comportements;
- Les milieux de vie dans lesquels nous évoluons au quotidien;
- Les grands systèmes administrés par l'État, comme le système de santé et de services sociaux et le système d'éducation;
- Et le contexte global qui influence la vie en société, comme les contextes économique, politique et démographique, et l'environnement naturel, contexte que nous avons sommairement décrit pour la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine à la partie 1.

Ainsi, la lutte contre la maladie, si essentielle soit-elle, n'est pas suffisante :

« ... si l'intervention se limitait au traitement des maladies, le combat serait perdu d'avance puisque rien n'empêcherait le développement de problèmes de santé chez des personnes jusqu'alors bien portantes. Il faut aussi intervenir en amont des problèmes, en ciblant l'ensemble des déterminants qui influencent, positivement ou négativement, la santé de la population ou de groupes particuliers au sein de celle-ci. »²⁶

Schéma 1

Carte de la santé et ses déterminants



Source : MSSS, 2015.

Cela dit, plusieurs problèmes de santé qui pourraient être évités, en agissant en amont, continuent de toucher la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ou certains groupes particuliers. C’est ce que nous voyons dans ce qui suit selon les trois premiers axes d’intervention du PAR, pour lesquels il est pertinent et possible de présenter des données sociosanitaires, à savoir le développement global des enfants et des jeunes, les modes de vie sains et sécuritaires et les environnements favorables à la santé, et enfin, les maladies infectieuses.

Le développement global des enfants et des jeunes

En 2016, 13 500 enfants et jeunes de moins de 18 ans peuplent la péninsule et l’Archipel²⁷. Ce nombre n’a cessé de diminuer dans les dernières décennies en bonne partie à cause de la baisse des naissances. Rappelons en effet qu’en 1981, plus de 1 800 bébés voyaient le jour en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, un nombre qui se situe plutôt entre 660 et 750 dans les dernières années²⁸ et qui ne permet pas d’assurer le renouvellement naturel de la population.

La période entourant la naissance

La période périnatale est cruciale dans le développement des enfants. Certaines situations vécues durant cette période peuvent être déterminantes pour les années à venir. On pense tout particulièrement aux enfants qui naissent avant terme et qui sont, de ce fait, plus à risque de développer des problèmes de santé, d’avoir des retards de développement et des troubles d’apprentissage à l’école, sans oublier leur risque accru de décéder durant leur première année de vie. Or, il est encourageant de constater que la hausse de la prématurité que la région a connue dans les décennies antérieures, comme ce fut aussi le cas au Québec, s’est interrompue pour faire place à une certaine stabilité des taux. Malgré cela, le taux de prématurité demeure tout de même relativement élevé avec 8,0 % en 2012-2014 (7,0 % au Québec)²⁹ (figure 3). Quant à l’insuffisance de poids, elle se situe entre 6,0 et 7,5 % en moyenne depuis les vingt dernières années³⁰ (6,2 % en 2012-2014), sans qu’aucune tendance à la baisse ou à la hausse ne se dégage. La même situation est observée pour le Québec à la différence que son taux se maintient à un niveau plus bas, soit entre 5,5 et 6,0 % selon les années (5,8 % en 2012-2014). Par contre, au chapitre de la mortalité infantile, un indicateur qui reflète le niveau d’état de santé des tout-petits et de prestation des soins de santé d’une population, mais aussi l’efficacité des soins préventifs et l’attention accordée à la santé de la mère et de l’enfant³¹, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine n’accuse pas de retard par rapport au Québec.

Dans un autre ordre d’idées, on connaît les bienfaits de l’allaitement maternel sur la santé des bébés, la relation mère-enfant de même que la protection que ce mode d’alimentation peut procurer contre les effets dévastateurs de la pauvreté chez les tout-petits³². En 2014-2015, les deux tiers (67 %) des bébés de mères gaspésiennes ou madeliniennes sont allaités dans le mois suivant leur naissance, soit de manière exclusive (53 %) ou non (14 %). Chez les clientèles de services spécifiques en périnatalité (SIPPE, OLO et PCNP), le pourcentage d’allaitement chute toutefois à 41 % et à 34 % dans le cas de l’allaitement exclusif, montrant ainsi les progrès qui restent à faire pour réduire les inégalités sociales de santé dans la région. Au Québec, 81 % des bébés sont allaités dans leur premier mois de vie et une forte proportion l’est de manière exclusive (62 %)³³.

La petite enfance et l'entrée à la maternelle

Si la période périnatale est, comme nous le disions, une période cruciale du développement des enfants, il en va de même de la petite enfance : « Les expériences vécues et l'environnement dans lequel les enfants évoluent durant cette période peuvent être déterminants et influencer grandement la santé, l'acquisition de compétences personnelles et sociales, l'éducation, de même que les perspectives socioéconomiques de toute une vie »³⁴. À ce sujet, les enfants de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qui ont fréquenté régulièrement un service de garde avant d'entrer à la maternelle sont, en 2012, deux fois moins nombreux à présenter une vulnérabilité dans au moins un des cinq domaines de leur développement global (santé physique et bien-être, compétences sociales, maturité affective, développement cognitif et langagier, habiletés de communication et connaissances générales). En effet, de manière générale, le quart des élèves de la maternelle dans la région est considéré comme vulnérable, c'est-à-dire susceptible d'être moins bien outillé que les autres pour profiter pleinement de ce que l'école peut offrir³⁵. Or, cette proportion est de 18 % chez les enfants ayant fréquenté régulièrement un service de garde, tandis qu'elle grimpe à 37 % chez les autres. Les garçons sont aussi plus nombreux que les filles à présenter une vulnérabilité à cet égard³⁶. Et bien que ces résultats ne se différencient pas de ceux du Québec, ils méritent tout de même réflexion.

L'école primaire

Les seules données dont nous disposons sur la santé des élèves du primaire en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont trait à leur santé buccodentaire. À ce chapitre, il est heureux de constater les gains qu'a connus la région au cours des dernières décennies chez les élèves de 6^e année du primaire. En 2012-2013, les élèves de ce groupe ont en moyenne 1,70 dent permanente affectée par la carie, alors que quelque quinze années plus tôt, cette moyenne était de 2,20 par enfant. Cette baisse de la prévalence de la carie s'est traduite par une hausse de la proportion d'élèves n'ayant jamais expérimenté la carie en dentition permanente (35 % en 1996-1997 à 43 % en 2012-2013) et à l'opposé, par une baisse d'élèves cumulant une expérience élevée de carie (35 % en 1996-1997 à 25 % en 2012-2013). Également, cette période a été marquée par une popularité de plus en plus grande des scellants, l'une des mesures les plus efficaces pour prévenir la carie sur les faces avec puits et fissures. Alors que seulement 23 % des élèves de 6^e année bénéficiaient de cette mesure préventive en 1996-1997, c'est près de la moitié (49 %) qui en sont porteurs en 2012-2013. Malgré ces gains, les élèves de 6^e année de la région ont encore en 2012-2013 une moins bonne santé dentaire que les élèves du Québec³⁷.

Pourtant, en 2010-2011, les élèves du secondaire en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont en général de meilleures habitudes d'hygiène buccale que les jeunes québécois : ils sont un peu plus nombreux à se brosser les dents au moins deux fois par jour (81 % contre 78 %) et à utiliser la soie dentaire au moins une fois par jour (26 % contre 24 %)³⁸. Mais, faut-il le rappeler, la carie dentaire est associée à plusieurs facteurs dont l'hygiène dentaire, mais aussi à la présence de scellants, au niveau socioéconomique, au niveau d'exposition aux fluorures et à l'utilisation des services dentaires.

L'adolescence

On le sait, l'adolescence est une période de transitions majeures au cours de laquelle il est normal, en quelque sorte, que les jeunes expérimentent divers comportements. Mais c'est aussi une étape critique en ce sens que

les comportements vécus, les habitudes de vie et les habilités sociales et intellectuelles développées durant cette période peuvent être déterminants pour le reste de la vie³⁹. Ainsi, au chapitre des habitudes alimentaires des élèves du secondaire, 70 % ne rencontrent pas les recommandations du Guide alimentaire canadien en matière de consommation de fruits et légumes⁴⁰. Une part non négligeable de jeunes consomme régulièrement des aliments de moindre qualité. Plus du tiers des élèves (35 %) consomme en effet des boissons sucrées, des grignotines ou des sucreries tous les jours et 32 % mangent de la malbouffe dans un restaurant ou un casse-croûte à raison de trois fois ou plus sur une semaine de classe. Pour ce qui est de l'activité physique, un peu plus du quart seulement des élèves du secondaire (26 %) est actif physiquement dans leurs loisirs et déplacements, tandis qu'à l'opposé, 27 % sont sédentaires. Or, l'activité physique de même que les habitudes alimentaires ont un impact sur le sentiment de bien-être, le surplus de poids et le risque de développer des maladies chroniques à l'âge adulte⁴¹. À ce sujet, on ne peut passer sous silence le fait que 28 % des élèves du secondaire en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont un surplus de poids (19 % font de l'embonpoint et 9,1 % souffrent d'obésité), une proportion supérieure à celle du Québec (21 %) et qui atteint 33 % chez les garçons ainsi que chez les jeunes dont les parents n'ont pas fait d'études collégiales ou universitaires. Avec de tels pourcentages, le surplus de poids est un problème de santé publique bien présent en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. C'est sans parler de la préoccupation importante qu'ont les jeunes à l'égard de leur poids, qui se traduit, pour 63 % d'entre eux, par des tentatives pour perdre du poids ou le contrôler, non seulement chez les élèves avec un surplus de poids, mais aussi chez ceux au poids normal et même au poids insuffisant.

Depuis la fin des années 90, le Québec a fait des gains relativement à l'usage de la cigarette chez les jeunes et il semble que ce soit aussi le cas en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Néanmoins, 16 % des élèves du secondaire fumaient la cigarette en 2010-2011 (11 % au Québec). Compte tenu des dommages physiques sans équivoque causés par la fumée du tabac, ces résultats indiquent l'importance de poursuivre nos efforts de prévention du tabagisme, d'autant que cette proportion de fumeurs ne rend pas compte de la consommation de cigarillos ni de l'utilisation de la cigarette électronique, deux produits très populaires auprès des jeunes. À titre indicatif, au Québec, en 2013, plus du quart des élèves du secondaire dit avoir déjà fait usage de la cigarette électronique⁴². La consommation régulière ou abusive d'alcool et de drogues est aussi relativement répandue chez les jeunes gaspésiens et madelinots, plus qu'au Québec. En 2010-2011, 12 % des élèves du secondaire consomment du cannabis toutes les semaines, 20 % boivent de l'alcool à cette même fréquence et 9,3 % ont une consommation d'alcool telle qu'ils se classent comme des buveurs excessifs (5 consommations ou plus en une même occasion au moins 12 fois au cours d'une année). Compte tenu des effets néfastes possibles de ces substances sur la santé des jeunes, leur fonctionnement, leur comportement et leur réussite scolaire, ces résultats méritent qu'on s'y attarde. De fait, la consommation problématique de substances psychotropes chez les jeunes de la région est clairement associée à l'adoption de plusieurs problèmes antisociaux, comme la violence et les conduites délinquantes, et à un risque élevé de décrochage scolaire⁴³. Par exemple, 35 % des jeunes en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont commis une conduite rebelle ou imprudente en 2010-2011 (sortir une nuit complète sans permission, s'être enfui de la maison ou s'être fait interroger par des policiers pour un méfait soupçonné) et 33 %, une conduite délinquante, c'est-à-dire une conduite enfreignant la loi comme le vandalisme, un vol ou la vente de drogues. Or, ces proportions, déjà relativement élevées, atteignent environ 90 % chez les jeunes qui ont des problèmes importants de consommation et pour qui une intervention spécialisée serait nécessaire.

Au chapitre de la violence qui peut s'exercer à l'école, par voie électronique ou dans les relations amoureuses, les données régionales invitent aussi à la réflexion. En 2010-2011, près du tiers des élèves du secondaire (32 %) affirme avoir été victime de violence à l'école ou sur le chemin de l'école, les jeunes garçons étant particulièrement vulnérables à cette violence avec 37 %. Toutefois, la cyberintimidation, un problème en émergence, fait davantage de victimes chez les filles (7,4 %) que chez les garçons (3,9 %). Les jeunes du secondaire ne sont pas non plus épargnés par la violence dans leurs relations amoureuses : en 2010-2011, 36 % disent avoir vécu une forme de violence (psychologique, physique ou sexuelle) dans leur relation des 12 derniers mois, soit comme victime, comme auteur ou les deux. Au sujet plus précisément de la violence sexuelle, plus d'une fille sur dix affirme avoir été forcée par un partenaire amoureux des douze derniers mois à l'embrasser, à le caresser ou à avoir des attouchements ou une relation sexuelle alors qu'elle ne voulait pas (3,4 % chez les garçons).

Les filles sont aussi, de manière générale, plus nombreuses que les garçons à souffrir d'anxiété, de dépression ou d'un trouble alimentaire (anorexie, boulimie) (15 % contre 9,0 %), alors que ceux-ci sont plus souvent aux prises avec un trouble déficitaire de l'attention (TDA/H) (19 % contre 10 % chez les filles). Cette situation particulière des garçons n'est pas négligeable connaissant les conséquences du TDA/H notamment sur la réussite éducative et la persévérance scolaire.

Les grossesses précoces sont de moins en moins fréquentes chez les jeunes gaspésiennes et madelinienes. À ce sujet, il est intéressant de noter qu'en 2008, 85 % des jeunes femmes de 15-19 ans actives sexuellement ont généralement eu recours à la contraception au cours des 12 derniers mois, une proportion ne se différenciant pas du Québec (90 %). Cela dit, encore en 2011-2013, la région obtient un taux de grossesses chez les 15-19 ans inférieur à celui du Québec, comme ce fut toujours le cas depuis les trente dernières années. Néanmoins, les jeunes femmes de la région ont traditionnellement eu tendance à davantage poursuivre leur grossesse que les jeunes québécoises, si bien qu'à terme, le taux de jeunes femmes devenant mères dans la région s'est maintenu à un niveau généralement supérieur à celui du Québec, à tout le moins jusqu'à la fin des années 2000. Après quoi, le taux régional annuel est tout à fait dans les ordres de grandeur de celui du Québec (7,6 pour 1 000 contre 8,1 en 2012-2014)⁴⁴.

Parallèlement à ces résultats extrêmement positifs, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a connu, comme c'est aussi le cas au Québec, une recrudescence des déclarations d'infections génitales à chlamydia depuis la fin des années 90⁴⁵. Les jeunes étant un groupe particulièrement touché par ces infections, ils n'ont pas été épargnés par cette hausse. Sur ce point, mentionnons qu'en 2010-2011, plus du tiers des élèves du secondaire (36 %) dans la région n'a pas fait usage du condom à leur dernière relation sexuelle consensuelle (32 % au Québec).

En terminant, certaines caractéristiques personnelles et sociales chez les jeunes sont intimement liées à l'adoption de comportements problématiques à l'adolescence et la santé mentale des jeunes. Par exemple, la maîtrise de soi exerce un rôle majeur dans la survenue de tous les problèmes psychosociaux dont les jeunes sont auteurs à l'adolescence. Les jeunes moins bien pourvus à cette compétence sociale sont clairement plus nombreux à recourir à l'agressivité dans leur relation avec leur entourage, à commettre des actes imprudents ou rebelles ou des actes délinquants, et à infliger de la violence à leur partenaire amoureux. L'estime de soi est aussi associée à tous ces problèmes, mais l'est davantage avec les problèmes dont les jeunes sont « victimes », si

l'on veut, comme la détresse psychologique, la violence à l'école ou par voie électronique et le décrochage scolaire. De plus, l'environnement social dans lequel évoluent les jeunes joue un rôle déterminant sur leur santé et leur développement global. En 2010-2011, les élèves pouvant compter sur un niveau élevé de soutien, notamment dans leur famille, sont en général moins touchés par les problèmes psychosociaux et de santé mentale, particulièrement par la détresse psychologique et le risque de décrochage scolaire. En ce sens, il est extrêmement positif de constater qu'en 2010-2011, une forte majorité de jeunes du secondaire en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (76 %) peuvent compter sur un soutien élevé de la part de leurs parents ou d'un adulte responsable dans leur milieu familial (75 % au Québec)⁴⁶. Le sentiment d'appartenance à son école semble aussi une variable clé du développement harmonieux des jeunes. Ces quelques constats indiquent l'importance de continuer et même d'intensifier les efforts pour développer l'estime de soi des jeunes et les diverses compétences sociales, notamment l'autocontrôle, mais également d'offrir aux jeunes des environnements de qualité dans lesquels ils peuvent s'impliquer et trouver le soutien dont ils ont besoin tout au long de ce passage qu'est l'adolescence⁴⁷.

Les modes de vie sains et sécuritaires et les environnements favorables à la santé

Les modes de vie des individus, vus ici sous l'angle des habitudes de vie et des comportements, de même que les environnements dans lesquels ils évoluent ont une influence majeure sur leur santé et leur bien-être, et ce, à tout âge. En agissant sur ces déterminants de la santé, il est possible d'éviter la survenue de blessures et de plusieurs problèmes de santé et le développement de problèmes psychosociaux ou de santé mentale. D'ailleurs, nous le disions en introduction, l'état de santé de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine n'a cessé de s'améliorer au cours des dernières décennies, comme ce fut le cas pour l'ensemble du Québec, et les diverses mesures de prévention mises en place, dont la vaccination et les actions pour réduire le tabagisme et améliorer la sécurité routière, n'y sont certainement pas étrangères⁴⁸. Avant d'examiner plus attentivement la situation régionale eu égard aux modes de vie et aux environnements dans lesquels nous vivons, nous présentons préalablement comment se situe la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine au chapitre de l'espérance de vie et des maladies, blessures et problèmes de santé évitables.

L'espérance de vie

Les hommes et les femmes de la péninsule et de l'Archipel peuvent espérer vivre de plus en plus longtemps, soit 78,2 ans et 82,8 ans respectivement en 2010-2012⁴⁹. Il y a 30 ans, l'espérance de vie des hommes de la région était de 70,8 ans et celle des femmes, de 79,0 ans. Au cours des années 2000, la progression chez les femmes a cependant ralenti, si bien qu'elles accusent depuis quelques années un retard d'environ une année par rapport à l'espérance de vie des Québécoises. Quant aux hommes, leur espérance de vie continue en 2010-2012 d'être inférieure à celle de leurs homologues provinciaux (78,2 ans contre 79,5 ans), comme ce fut généralement le cas depuis la fin des années 90, et ce, principalement en raison de leur surmortalité par cancers, par traumatismes et par suicide⁵⁰.

Les maladies chroniques

Première cause de décès depuis le tournant des années 2000, le cancer demeure un problème de santé publique dont il faut continuer à se préoccuper partout au Québec et de façon toute particulière dans notre région. En effet, les hommes et les femmes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine enregistrent des taux d'incidence et de mortalité par cancers parmi les plus élevés du Québec, notamment à cause du cancer pulmonaire. De plus, alors que le taux d'incidence du cancer chez les Québécois régresse depuis le milieu des années 80, celui des Gaspésiens et Madelinots ne s'est pas encore infléchi. Par contre, la mortalité masculine associée au cancer diminue dans la région. Chez les femmes, une légère progression de l'incidence se poursuit, comme c'est aussi le cas chez les Québécoises, principalement en raison du cancer du sein, mais aussi du cancer du poumon. Pour ce qui est toutefois de la mortalité par cancers, tout type de cancers confondus, elle progresse dans la région, contrairement aux Québécoises qui ont vu leur taux de décès par cancers régresser légèrement depuis une dizaine d'années⁵¹.

L'utilisation des données brutes et des données ajustées selon l'âge

Pour analyser les indicateurs de santé, on utilise à la fois les données brutes et les données ajustées. Les premières permettent de mesurer l'ampleur réelle d'un problème dans la population ou le fardeau qu'il représente et de suivre dans le temps son évolution, peu importe si ce fardeau est attribuable au vieillissement de la population. Les données ajustées permettent, quant à elles, d'éliminer l'influence de la structure d'âge dans les comparaisons des taux dans le temps ou entre les territoires⁵².

Par exemple, le taux ajusté de mortalité par cancer chez les hommes de la région a diminué d'environ 18 % de la fin des années 90 à 2012-2014, alors que le taux brut a progressé de près de 30 %. On peut donc dire que la mortalité masculine par cancer régresse, mais que le fardeau de ces maladies sur la société gaspésienne et madelinienne s'accroît. Le plus souvent dans le présent portrait de santé, on utilise les données ajustées pour rendre compte de l'évolution des problèmes dans le temps ou des comparaisons avec le Québec.

Maintenant au deuxième rang des causes de décès, la mortalité par maladies cardiovasculaires a régressé de manière importante au cours des quelque trente dernières années au Québec comme dans la région⁵³. La baisse du tabagisme, la détection plus précoce de ces maladies de même qu'une prise en charge et des traitements plus efficaces expliqueraient une bonne partie de ces résultats positifs⁵⁴. Toutefois, depuis une dizaine d'années, les Gaspésiennes et Madeliniennes meurent davantage de ces maladies que les Québécoises. Bien que moins mortelles qu'auparavant, les maladies cardiovasculaires affectent tout de même trois personnes sur dix en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (20 % au Québec)⁵⁵.

Depuis le début des années 2000, le taux de mortalité par maladies des voies respiratoires inférieures, plus précisément l'asthme et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), a diminué au Québec, un gain dont la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine n'a pas bénéficié. Malgré cela, la population gaspésienne et madelinienne n'enregistre pas, en 2012-2014, de surmortalité pour ces maladies par rapport à la population

québécoise, comme ce fut généralement le cas au cours des trente dernières années⁵⁶. Par contre, la prévalence des MPOC progresse chez les femmes de 35 ans et plus de la région de même chez que les Québécoises, à ce point qu'elles sont maintenant presque aussi touchées que les hommes par ces affections. En 2013-2014, 12 % des femmes en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine sont atteintes d'une MPOC (contre 13 % des hommes), une proportion par surcroît supérieure à celle des Québécoises (10 %)⁵⁷.

Le diabète est une autre maladie chronique qui a connu une augmentation constante depuis le début des années 2000 tant en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec. Cette hausse n'est pas uniquement associée au vieillissement de la population : « la sédentarité trop répandue, combinée à de mauvaises habitudes alimentaires, est en grande partie responsable de la progression de cette maladie »⁵⁸. En 2013-2014, 12 % de la population gaspésienne et madelinienne de 20 ans et plus souffrent de diabète, un peu plus d'hommes que de femmes, et cette proportion atteint 26 % chez les 65 ans et plus⁵⁹. De manière générale, la population régionale est davantage affectée par cette maladie chronique que celle du Québec.

Les problèmes liés au poids

Parallèlement à la hausse du diabète, l'obésité progresse de manière sensible, voire alarmante, depuis les vingt-cinq dernières années. De 7,8 % en 1987⁶⁰, la prévalence atteint 22 % en 2013-2014 chez la population de 18 ans et plus en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, soit plus d'une personne sur cinq (18 % au Québec)⁶¹. En raison des risques accrus que courent les personnes obèses de développer un diabète de type 2, une maladie cardiovasculaire ou de l'hypertension, cette situation laisse même craindre un ralentissement des gains au chapitre de l'espérance de vie : « les gains anticipés en longévité avec le recul du tabagisme pourraient être remis en question par l'épidémie d'obésité ».⁶² D'autant que les jeunes du secondaire ne sont pas épargnés : en 2010-2011, 9,1 % d'entre eux dans la région souffrent d'obésité, une proportion supérieure à celle du Québec (6,8 %)⁶³. Ajoutons que 11 % des garçons et 26 % des hommes dans la région sont obèses, un problème qui les affecte en plus grand nombre que les filles et les femmes.

Les problèmes de santé buccodentaire

En 2008, 18 % de la population régionale de 15 ans et plus n'avait plus aucune dent naturelle en bouche, une proportion nettement supérieure à celle du Québec (11 %), et ce, peu importe le sexe, le groupe d'âge et le revenu. De plus, l'édentation complète augmente considérablement avec l'âge pour se situer à 51 % chez les aînés gaspésiens et madelinots. Le revenu du ménage semble aussi exercer une influence puisque 26 % des personnes au revenu inférieur n'ont plus de dents naturelles contre 7,8 % chez les personnes au revenu supérieur⁶⁴.

Les blessures accidentelles

Comme au Québec, les décès par accidents de véhicules à moteurs n'ont cessé de diminuer en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine depuis le début des années 80⁶⁵. De plus, alors que la région a pratiquement toujours enregistré une surmortalité pour cette cause par rapport au Québec, cela n'a pas été le cas en 2009-2011 ni en 2012-2014⁶⁶. Également, sur les 32 personnes de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine qui ont perdu la vie dans un accident de véhicules à moteurs au cours des six années 2009 à 2014, une seule avait moins de 25 ans. Ainsi, si

les jeunes sont généralement surreprésentés dans les statistiques des décès routiers par rapport aux autres groupes d'âge, ce n'est pas le cas pour cette dernière période. De plus, le nombre d'accidents entraînant des blessures graves, c'est-à-dire nécessitant une hospitalisation, a aussi diminué au cours des dernières années. Alors qu'en 2009-2011, 58 accidents de ce type survenaient en moyenne par année, la moyenne annuelle est plutôt de 32 en 2013-2015⁶⁷. Les accidents de véhicules hors route (VHR), comme les motoneiges et les véhicules tout-terrain, ont aussi fait moins de décès par année en 2009-2014 qu'en 2000-2008 dans la région⁶⁸. En effet, trois personnes en moyenne chaque année sont mortes des suites d'un accident de VHR en 2000-2008 (27 au total), une moyenne annuelle qui a diminué à 1,3 décès pour la période la plus récente 2009-2014 (8 au total). Malgré cette baisse, le taux régional de décès par accidents de VHR demeure supérieur à celui du Québec (1,4 contre 0,6 pour 100 000)⁶⁹. Cet écart est uniquement attribuable aux hommes, ces derniers comptabilisant 33 des 35 décès survenus dans la région depuis 2000.

Les jeunes enfants de 0 à 4 ans sont, pour leur part, particulièrement vulnérables aux intoxications consécutives à l'ingestion de médicaments ou de produits domestiques. Sur les 1 333 appels faits au Centre antipoison du Québec (CAPQ) par des résidents de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine en 2012-2014, environ le tiers avait trait à des tout-petits. Dans la grande majorité des cas, l'agent en cause était un médicament (49 % des cas) ou un produit domestique (45 %)⁷⁰.

Quant aux chutes accidentelles, durant la période 2012-2014, elles ont été la cause d'environ 500 hospitalisations en moyenne par année pour les résidents de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, dont près des trois quarts concernent des personnes de 65 ans et plus, le plus souvent des femmes⁷¹.

Les problèmes d'adaptation et de santé mentale

De 1997 à 2010, le taux de déclarations de violence conjugale de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a suivi d'assez près celui du Québec. Mais en 2011 et 2012, avec 297 et 311 déclarations respectivement par année, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine enregistrait ses plus hauts taux de déclarations de violence en contexte conjugal depuis 1997, des taux qui dépassaient de 30 % ceux du Québec, du jamais vu. Après quoi, en 2013 et 2014, le taux régional est redescendu à un niveau assez semblable à celui du Québec. Cela dit, encore aujourd'hui, les femmes sont surreprésentées dans les statistiques de déclarations pour ces types de crimes avec environ 75 à 80 % des déclarations, et ce, dans la région comme au Québec⁷².

Les femmes sont également plus touchées que les hommes par les infractions sexuelles signalées à la police, et de façon particulière, les jeunes filles de moins de 18 ans. Pour ces crimes, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a souvent enregistré depuis 2005 des taux globaux de déclarations supérieurs à ceux du Québec et ce fut encore le cas en 2013. Pour cette dernière année, 99 déclarations d'infractions sexuelles ont été signalées aux autorités policières de la région, soit un taux de 106 pour 100 000 contre 66 pour 100 000 au Québec, un écart surtout attribuable au taux élevé chez les jeunes filles⁷³.

De manière générale, depuis une dizaine d'années, la consommation excessive d'alcool, c'est-à-dire boire cinq verres ou plus d'alcool en une même occasion à au moins douze reprises sur une période d'une année, n'est pas un comportement plus répandu au sein de la population gaspésienne et madelinienne qu'il ne l'est au

Québec. Néanmoins, compte tenu des conséquences graves que peut avoir la consommation excessive d'alcool sur les buveurs eux-mêmes, mais aussi sur leur famille et leur entourage, le fait que 19 % de la population de 12 ans et plus boive avec excès³ invite à la réflexion⁷⁴. Dans la région comme au Québec, les hommes, particulièrement ceux âgés entre 18 et 44 ans, et les mieux nantis sont plus nombreux à boire de l'alcool avec excès.

Par ailleurs, la prévalence des troubles mentaux dans la population d'un an et plus a augmenté d'environ 30 % entre 2000-2001 et 2013-2014 en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, une hausse attribuable aux jeunes de moins de 18 ans⁷⁵. Dans ce groupe, la prévalence des troubles mentaux a en effet pratiquement doublé durant cette période, en raison notamment du nombre croissant de diagnostics de TDA/H⁷⁶, et a ainsi rejoint la prévalence observée chez les 18-64 ans. Cela dit, en 2013-2014, on estime qu'une personne d'un an et plus sur huit (12 %) a un diagnostic de trouble mental dans la région, une proportion dans les mêmes ordres de grandeur que celle du Québec⁷⁷. Dans 60 % des cas environ, il s'agit d'un trouble anxio-dépressif dont les femmes sont plus susceptibles d'être atteintes (9,3 % contre 5,2 % chez les hommes de la région). De plus, les femmes sont, encore en 2013-2014, plus nombreuses que les hommes à se situer au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique⁷⁸. Le stress quotidien intense ou élevé touche par contre autant les femmes que les hommes. En 2013-2014, 16 % de la population gaspésienne et madelinienne de 15 ans et plus ressent un stress quotidien élevé, une proportion moindre qu'au Québec (26 %) depuis au moins le début des années 2000⁷⁹. Au Québec comme dans la région, c'est dans le groupe des 25-44 ans qu'on retrouve la proportion la plus élevée de stress intense.

Au chapitre des décès par suicide, les hommes dominent les statistiques : de 80 à 85 % des suicides sont commis par des hommes. Au cours des trois années 2009-2011, 56 personnes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine se sont enlevé la vie, ce qui correspond à un taux de suicide de 19,7 pour 100 000, un taux supérieur à celui du Québec (14,3 pour 100 000)⁸⁰, comme c'est le cas depuis le tournant des années 2000⁸¹. Rappelons en terminant que la progression qu'a connue le taux de suicide à partir du milieu des années 70 s'est interrompue en 2003-2005 dans la région. Depuis, il tarde toutefois à s'incliner, alors que celui du Québec est à la baisse depuis une dizaine d'années.

Les problèmes associés aux milieux de travail

À l'image de la situation observée à l'échelle provinciale, le nombre de lésions professionnelles déclarées et acceptées par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST⁴) en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, a chuté d'environ 40 % entre 1997 et 2013⁸². Au cours des trois années 2011 à 2013, 844 lésions professionnelles ont été déclarées et acceptées par la CNESST en moyenne par année pour les travailleurs de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les hommes représentant bon an, mal an, environ les deux tiers des indemnisations. Plus précisément, environ 55 % des lésions professionnelles sont des traumatismes, le plus souvent liés à un effort excessif, aux contacts avec des objets ou de l'équipement ou consécutifs à une chute. Les autres lésions professionnelles (45 %) sont des problèmes de santé parmi lesquels les troubles

³ Depuis 2014, le seuil chez les femmes est de quatre verres ou plus en une même occasion alors qu'antérieurement, le seuil était de cinq verres ou plus.

⁴ Anciennement la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).

musculosquelettiques (TMS) apparaissent au premier rang. En effet, sur les quelque 370 cas de problèmes de santé déclarés et acceptés par la CNESST chaque année pour des travailleurs de la région, 84 % sont des TMS⁸³. Ajoutons que les travailleurs de la santé et des services sociaux cumulent plus du tiers des TMS indemnisés par la CNESST en 2011-2013. Finalement, contrairement aux lésions attribuables à un traumatisme ou à un TMS qui sont en baisse chez les travailleurs de la région, le nombre de cas de surdité professionnelle est en hausse depuis les quinze dernières années. En 2011-2013, 74 cas de surdité professionnelle ont été déclarés et acceptés par la CNESST annuellement pour des travailleurs de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, alors qu'à la fin des années 90, cette moyenne était plutôt de 40 par année⁸⁴.

Les limitations d'activités

Nous venons de voir la situation régionale eu égard à plusieurs maladies, blessures et problèmes qui peuvent affecter de diverses manières la santé de la population. Nous abordons maintenant la proportion des personnes de 12 ans et plus, vivant en ménage privé, qui sont limitées dans leur participation à des activités en raison d'une maladie ou d'un problème de santé physique ou mentale persistant depuis au moins six mois. En 2013-2014, 34 % des personnes de ce groupe en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont une maladie ou un problème de santé qui réduit la quantité ou le genre d'activités qu'elles peuvent faire à la maison, au travail, à l'école ou dans d'autres circonstances (ex. : loisirs, déplacements). En raison du poids démographique plus élevé des aînés dans notre région qu'au Québec et du fait que les limitations augmentent avec l'âge, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine compte davantage de personnes souffrant d'incapacité qu'au Québec (29 %). Le revenu du ménage exerce aussi un gradient très net sur cet indicateur, la proportion à avoir une incapacité progressant avec la baisse du revenu. Pour plusieurs personnes, la limitation est telle qu'elles ont besoin d'aide d'une autre personne pour accomplir certaines activités. Dans la région, en 2013-2014, 12 % des personnes de 12 ans et plus en ménage privé ont besoin d'aide d'autrui pour les activités de la vie quotidienne, à cause d'un problème de santé physique ou mentale (8 % au Québec).

Comme nous le mentionnions précédemment, il est possible de prévenir la survenue ou le développement de plusieurs maladies, blessures et problèmes que nous venons de voir en agissant sur les modes de vie des individus, plus précisément leurs habitudes de vie et leurs comportements, ainsi que sur les environnements dans lesquels ils vivent.

Les habitudes de vie et les comportements liés à la santé

Les habitudes de vie sont déterminantes dans le développement de la plupart des maladies chroniques et leur lien avec la santé et le bien-être n'est plus à démontrer. Or, bien que des gains aient été faits, notamment eu égard au tabagisme, beaucoup de progrès restent à faire. En effet, le niveau d'activité physique chez la population adulte a très peu changé depuis le début des années 2000, et ce, tant dans la région qu'au Québec. Ainsi, en 2013-2014, à peine plus du tiers (34 %) des 18 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine bouge suffisamment dans leurs loisirs pour atteindre les bienfaits sur la santé, tandis qu'à l'autre bout du spectre, le quart est sédentaire⁸⁵. De la même manière, la proportion de personnes mangeant au moins cinq fois par jour des fruits et légumes n'a pas progressé au cours des dernières années dans la région. En 2013-2014, la moitié seulement de la population de 12 ans et plus atteint ce seuil⁸⁶. Pour ce qui est du tabagisme, des gains importants ont été faits et méritent d'être soulignés. La proportion de fumeurs en Gaspésie-Îles-de-la-

Madeline est passée de 43 % en 1987 à 27 % en 2008⁸⁷. Par la suite, les progrès ont été plus modestes, si bien qu'en 2013-2014, 24 % de la population de 12 ans et plus fait usage de la cigarette⁸⁸. Cela dit, les hommes de même que les moins nantis ont, en général, de moins bonnes habitudes de vie, sauf pour l'activité physique où les hommes sont plus enclins que les femmes à être actifs dans leurs loisirs.

En 2013-2014, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine se positionne moins bien que le Québec eu égard à l'usage de la cigarette (24 % de fumeurs contre 21 %) et la pratique d'activité physique dans les loisirs (34 % contre 40 %). Par contre, elle présente de meilleurs résultats pour le brossage de dents. En 2008, 84 % des Gaspésiens et Madelinots se brossent les dents au moins deux fois par jour (79 % au Québec)⁸⁹. Pour ce qui est de l'usage de la soie dentaire et la consommation de fruits et légumes, la région ne se démarque pas du Québec. De même, la proportion de la population de 15 ans et plus à utiliser la marche comme mode de transport pour se rendre au travail est du même ordre de grandeur qu'au Québec en 2006 (6,9 % contre 6,6 %)⁹⁰.

La participation aux jeux de hasard et d'argent est relativement répandue en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. En 2013-2014, les trois quarts des adultes (75 %) se sont adonnés à ces jeux au cours des 12 derniers mois, une proportion légèrement supérieure à celle des adultes québécois (68 %)⁹¹. Et même si de manière générale, les jeux de hasard et d'argent sont considérés comme une forme de loisir, ils peuvent s'avérer problématiques pour certains. En 2013-2014, environ 2 % des adultes de la région rencontrent les critères du jeu à risque ou du jeu pathologique probable.

Les comportements des conducteurs sont déterminants dans la survenue des accidents de la route, qu'on pense à la vitesse excessive, à la conduite avec les facultés affaiblies et à l'utilisation des systèmes de retenue. De toutes les infractions au Code de la sécurité routière, la vitesse excessive est la plus fréquente⁹². En 2013, sur les quelque 8 645 infractions perpétrées par un résident de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, plus de 7 000 étaient pour excès de vitesse, soit plus de 80 % des infractions. Bien que ce type d'infraction soit à la baisse dans la région, particulièrement depuis 2007, et qu'elle soit moins souvent commise par les conducteurs gaspésiens et madelinots que par ceux du Québec, il reste qu'elle est encore passablement fréquente : 11 infractions pour 100 titulaires de permis de conduire ont été commises en 2013 dans la région. Pour ce qui est des infractions reliées à l'alcool, elles ont diminué de moitié entre 2004 et 2013 chez les titulaires de permis de conduire de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. De 328 infractions en 2004, elles sont passées à 160 en 2013. Malgré ce résultat des plus positifs, le taux d'infractions reliées à l'alcool demeure encore largement supérieur à celui du Québec en 2013 (239 pour 100 000 titulaires de permis de conduire contre 157 pour 100 000 au Québec) comme c'est le cas depuis au moins les vingt dernières années. Enfin, bien que la ceinture de sécurité soit reconnue comme un moyen efficace pour prévenir les décès et les blessures sur les routes, 997 infractions relatives à l'omission de porter la ceinture de sécurité ont été commises par les conducteurs de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine en 2013, un nombre qui varie depuis 2007 entre 711 et 1 173 sans présenter de tendance à la hausse ou à la baisse.

Les comportements à l'égard du poids sont d'autres comportements ayant une influence sur la santé. En 2008, plus du tiers de la population de 15 ans et plus dans la région (35 %) a tenté de perdre du poids ou de le maintenir sur une période de six mois, une proportion supérieure chez les femmes que chez les hommes⁹³. En fait, les femmes sont en général plus enclines que les hommes à entreprendre des actions à l'égard de leur poids, peu importe leur statut pondéral. Ceci n'est pas sans rappeler le fait que les femmes au poids normal ont

davantage tendance que les hommes à se percevoir trop grasses. Cela dit, près du quart des personnes qui a tenté de perdre ou de maintenir leur poids a suivi une diète ou un programme d'amaigrissement de type Weight Watchers ou Minçavie : « Ce constat peut être préoccupant, compte tenu de la faible efficacité d'une bonne partie de ces diètes et programmes, qui entraînent une perte de poids, suivie d'une reprise du poids perdu. »⁹⁴

Les effets nocifs de l'exposition prolongée aux rayons du soleil sont bien connus. En 2009-2010, parmi les personnes de 12 ans et plus exposées au moins 30 minutes au soleil entre 11 et 16 h durant l'été, 84 % ont habituellement utilisé au moins une méthode pour se protéger contre les rayons ultraviolets (77 % au Québec)⁹⁵. Plus précisément, 41 % ont souvent ou toujours porté un chapeau, 32 % un pantalon ou une jupe longue, 47 % se sont appliquée un écran solaire avec un facteur de protection d'au moins 15 sur le visage, et 43 % ont généralement fait de même sur le corps. Malgré cela, en 2009-2010, 37 % de la population régionale a eu un coup de soleil au cours de l'année (36 % au Québec)⁹⁶.

Les environnements ou milieux dans lesquels nous vivons⁵

Les individus interagissent quotidiennement, apprennent, travaillent et vivent dans divers lieux : d'abord à la maison, puis à l'école, au bureau ou à l'usine, puis encore dans le quartier, le village ou la ville. Ils entretiennent des relations sociales au sein de ces milieux et y sont exposés à des conditions matérielles et socioéconomiques particulières. Tous ces environnements [...] exercent donc une influence sur eux : ils favorisent ou entravent leur développement ainsi que leur capacité d'agir et d'accomplir les rôles qu'ils entendent assumer.⁹⁷

Nous avons vu à la section traitant des données sur l'adolescence (réf. : pages 15 à 18) que la famille et l'école jouent un rôle fondamental dans le développement des enfants et des jeunes, notamment dans la survenue de problèmes psychosociaux et de santé mentale à l'adolescence. Un autre aspect du milieu familial a trait à la qualité du logement. À ce sujet, les logements privés en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, qu'ils soient possédés ou loués, nécessitent plus souvent que ceux du Québec des réparations majeures (12 % contre 7,2 % en 2011)⁹⁸. Cette proportion régionale n'a pas varié depuis 2006, mais est tout de même moindre que celle obtenue dix ans plus tôt en 2001 (14 %)⁹⁹.

Le milieu de travail est un milieu de vie significatif pour une bonne partie de la population, qui influence de manière importante la santé. Plusieurs éléments présents en milieu de travail sont à l'origine de maladies chroniques, de problèmes de santé mentale et de blessures. En 2008, 28 % des travailleurs et travailleuses de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail, une proportion supérieure à celle du Québec (23 %)¹⁰⁰. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir un niveau élevé de contraintes physiques dans leur travail (34 % contre 21 % dans la région). Parmi les différentes contraintes auxquelles peuvent être exposés les travailleurs et travailleuses, la position debout prolongée est la plus fréquente : 57 % y sont exposés. Vient ensuite l'exécution de gestes répétitifs avec les mains ou les bras

⁵ L'environnement naturel a été traité à la partie 1 de ce document sous la rubrique : L'environnement naturel et les changements climatiques. L'environnement bâti est pour sa part abordé dans cette section.

(ex. : travail à la chaîne, saisie de données ou rythme imposé par une machine), puis le travail exigeant des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement. Toujours en 2008, 12 % des hommes de la région sont souvent ou tout le temps exposés aux poussières de bois à leur travail, c'est plus que les travailleurs québécois (8,1 %), et 7,8 % le sont aux vapeurs de solvants (9,4 % au Québec)¹⁰¹.

Nous l'avons vu plus tôt, les cas de surdité professionnelle indemnisés par la CNESST sont en hausse. Or, en 2008, 7,3 % des travailleurs et travailleuses en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine sont souvent, voire tout le temps, exposés au bruit intense en milieu de travail, une proportion nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (13 % contre 2,0 %)¹⁰².

L'environnement organisationnel du travail exerce aussi une influence sur la santé. En 2008, près de la moitié des travailleurs et travailleuses de la région (48 %) a une faible latitude décisionnelle à leur travail et environ le tiers (32 %) a des exigences psychologiques élevées (quantité excessive de travail exigée, demandes contradictoires, interruptions et distractions fréquentes dans la réalisation des tâches). Et quand on considère ces deux dimensions de l'environnement organisationnel, 13 % des travailleurs et travailleuses de la région vivent des tensions au travail, c'est-à-dire qu'ils ont à la fois des exigences psychologiques élevées et une faible latitude décisionnelle au travail¹⁰³. Les hommes et les femmes de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ne se différencient pas les uns les autres sur cette dimension particulière du milieu de travail et ne se distinguent pas non plus des Québécois et Québécoises.

La communauté locale et le voisinage sont des milieux de proximité dans lesquels les individus vivent au quotidien. La qualité des relations que les individus entretiennent avec les autres, la participation à la vie communautaire, le désir des individus de coopérer au mieux-être de tous et le sentiment de sécurité et de bien-être à vivre dans un milieu sont tous des facteurs de protection pour la santé¹⁰⁴. En 2013-2014, 81 % de la population gaspésienne et madelinienne a un fort sentiment d'appartenance à sa communauté, une proportion qui s'est toujours maintenue à ce niveau depuis le début des années 2000 et à un niveau toujours nettement supérieur à celui du Québec (58 % en 2013-2014)¹⁰⁵. Cette forte proportion s'observe à tout âge, chez les plus jeunes comme chez les aînés de la région, de même que peu importe le revenu du ménage. De plus, en 2009-2010, 54 % des résidents de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont un niveau très élevé de soutien social, c'est-à-dire des personnes qui ont, en tout temps, quelqu'un pour les écouter et les conseiller en situation de crise, pour leur donner des renseignements, quelqu'un à qui elles peuvent se confier et parler, et quelqu'un qui comprend leurs problèmes. Encore ici, la situation régionale est favorable par rapport à celle des Québécois et Québécoises (44 %)¹⁰⁶.

Au plan social, la situation des aînés présente quelques particularités qu'il importe de préciser. « Les aînés peuvent s'engager socialement de bien des façons, mais ils peuvent également avoir à faire face à l'isolement social, à la solitude, à un accès limité à des services de santé et des services sociaux de même qu'à l'exclusion sociale. Ils peuvent alors devenir plus vulnérables et présenter une santé fragilisée. »¹⁰⁷ En 2011, 84 % des aînés de 75 ans et plus en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine continuent de vivre en ménage privé, les autres vivant en institution, c'est-à-dire 16 %¹⁰⁸. Au Québec, 19 % des personnes de 75 ans et plus vivent en institution, suggérant ainsi que le recours au placement est moins fréquent dans la région qu'au Québec. Ce résultat n'est sans doute pas étranger au fait que la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine compte par ailleurs davantage de

personnes prodiguant sans rémunération des soins ou de l'aide à une personne âgée que le Québec (24 % contre 19 % en 2006)¹⁰⁹. Ce rôle de proche aidant est plus souvent assumé par des femmes (27 % contre 20 % chez les hommes) et celles-ci sont par surcroît plus nombreuses à y consacrer cinq heures ou plus de leur temps par semaine (11 % contre 6,7 % chez les hommes).

Par ailleurs, en 2011, 31 % des personnes de 75 ans et plus dans la région vivent seules (38 % au Québec)¹¹⁰. À partir de cet âge, les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à vivre seules (40 % contre 19 %), principalement en raison de leur plus grande espérance de vie. Après le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James, c'est en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine que les personnes de 75 ans et plus vivent le moins souvent seules. Ce qui constitue un résultat très positif puisque le fait de vivre seul augmente le risque de vivre de l'isolement social. À ce sujet, il est intéressant de relever que les aînés de la région sont plus nombreux que ceux du Québec à bénéficier d'un niveau très élevé de soutien social (58 % contre 43 % en 2009-2010)¹¹¹.

Ces quelques constats sur l'environnement social des aînés mettent en évidence plusieurs éléments favorables à la santé de ce groupe dans la région, des éléments qu'il faudra consolider et même renforcer au cours des années à venir. Mais cette situation particulière des aînés permet aussi d'identifier des zones de vulnérabilité qui pourraient s'amplifier dans les prochaines années dans le contexte du vieillissement de la population et du désir des aînés de rester le plus longtemps possible à la maison. Déjà, le soutien aux proches aidants et la création de formules diversifiées de logements adaptés à la réalité des aînés sont assurément des voies d'action à privilégier au Québec¹¹² et de façon toute particulière en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

La communauté dans laquelle évoluent les individus peut être plus ou moins favorable, sur le plan de l'environnement bâti, à la pratique de l'activité physique, notamment au transport actif. Dans la région, la majorité des secteurs d'habitation offre un faible potentiel piétonnier (55 %) et tous les autres secteurs se situent au niveau faible moyen et moyen. Nulle part, on ne retrouve des secteurs offrant un potentiel piétonnier fort. En dépit de cela, rappelons qu'en 2006, 6,9 % de la population de 15 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine utilise la marche comme mode de transport pour se rendre au travail (6,6 % au Québec).

« Pour quelques secteurs de la [région] (ex. : Gaspé, Chandler), des interventions prometteuses peuvent favoriser la création d'environnements bâtis plus favorables aux transports actifs telles que l'aménagement de noyau municipal plus dense et l'amélioration de l'offre de transport collectif. Pour les secteurs ruraux, le réaménagement des traversées d'agglomération peut favoriser un transport actif et sécuritaire. »

L'accès à des commerces d'alimentation peut être aussi plus difficile pour certaines communautés. En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 43 % des personnes ont un faible accès aux commerces d'alimentation, c'est-à-dire qu'elles résident à 16 km ou plus d'une épicerie ou d'un supermarché¹¹³. Et lorsque ce faible accès géographique se conjugue au fait d'habiter dans un des secteurs faisant partie des 20 % les plus défavorisés matériellement au Québec, on parle de désert alimentaire. Dans la région, on estime que 36 % de la population vit dans un désert alimentaire (5,7 % au Québec)¹¹⁴. Cette proportion régionale est la plus élevée de toutes les régions du Québec.

« Cette réalité souligne l'importance de la présence des petits commerces d'alimentation de proximité dans les municipalités de la région. La fermeture d'une épicerie de village, dans ce contexte, peut avoir des effets importants sur l'accessibilité géographique. »¹¹⁵

Les maladies infectieuses

Les maladies infectieuses sont des maladies transmises par des microorganismes, comme un virus, une bactérie, un parasite ou un champignon, et la contagion implique qu'un agent infectieux soit transmis à une personne réceptive. Les maladies infectieuses comprennent les maladies évitables par la vaccination, les infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS), les maladies entériques, les maladies transmissibles par les animaux ou par des vecteurs, les infections respiratoires et les infections nosocomiales¹¹⁶. Les maladies infectieuses ont, de tout temps, été une menace à la santé, certaines ayant même décimé des populations entières, qu'on pense seulement au choléra et à la peste. Grâce à la vaccination, à l'amélioration des conditions de vie et des conditions d'hygiène, des gains majeurs ont été faits au Québec quant à la fréquence des maladies infectieuses¹¹⁷. Malgré cela, la vigilance s'impose encore puisque les dernières années ont vu des maladies infectieuses resurgir, notamment les ITSS, et de nouvelles apparaître.

Les maladies évitables par la vaccination

Depuis la mise en place des programmes de vaccination au Québec, plusieurs maladies infectieuses sont en baisse¹¹⁸. C'est le cas notamment des oreillons qui n'ont fait que deux cas dans la région depuis 2000, alors qu'on en comptait une quinzaine durant la décennie 90. La rubéole n'a, pour sa part, fait aucun cas depuis près de 20 ans en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. De même, après l'épidémie de coqueluche en 1995 où 165 cas étaient rapportés dans la région, seulement trois à quatre cas sont rapportés en moyenne par année depuis le tournant des années 2000. Bien qu'on ne puisse parler d'éradication, il est clair que ces maladies évitables par la vaccination ont grandement perdu du terrain. Le nombre de nouveaux cas d'infections invasives à *Streptococcus pneumoniae*, des infections qui touchent particulièrement les jeunes enfants et les personnes âgées, est quant à lui relativement stable depuis une quinzaine d'années. Néanmoins, il s'agit de la maladie évitable par la vaccination qui fait le plus de cas par année dans la région (une moyenne de onze cas annuellement en 2011-2015), dont certains n'avaient pas été vaccinés alors qu'ils présentaient les indications pour recevoir le vaccin.

Les infections transmissibles sexuellement ou par le sang

De toutes les maladies à déclaration obligatoire (MADO), les infections génitales à *Chlamydia trachomatis* sont de loin les plus fréquentes¹¹⁹. À elles seules, elles représentent de 55 à 60 % des cas de maladies infectieuses déclarées annuellement dans la région. Après avoir connu une baisse importante, les infections à chlamydia augmentent depuis le début des années 2000, particulièrement chez les jeunes. Bien qu'on ne puisse dire s'il s'agit d'une hausse réelle du problème ou simplement le reflet d'un meilleur accès au test de dépistage ou d'une plus grande demande de test, cette progression des chlamydioses invite à la réflexion en raison du nombre de cas déclarés, du fait que ces infections affectent surtout les jeunes et des conséquences irréversibles qu'elles peuvent entraîner, comme l'infertilité, si elles ne sont pas traitées. À ce sujet, en 2010-2011, plus du tiers des

élèves du secondaire de 14 ans et plus en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (36 %) n’a pas utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle vaginale, une proportion qui grimpe à 43 % à la dernière relation anale¹²⁰. De même, en 2008, chez la population de 15 ans et plus, 62 % des personnes ayant eu deux partenaires sexuels ou plus sur une période de 12 mois n’ont pas toujours eu recours au condom¹²¹. Or, on sait que : « le risque d’être infecté par une telle infection [ITSS] augmente avec le nombre de partenaires (McKay, 2004; Rotermann, 2008). En présence de plus d’un partenaire sexuel, l’usage systématique du condom en tant que moyen de protection, pour soi-même ou pour les autres, est primordial. »¹²²

Les années 2000 ont aussi été marquées par la résurgence des infections gonococciques à l’échelle provinciale et régionale. Alors qu’aucun cas n’avait été déclaré dans la région entre 1990 et 2005, 20 cas ont été signalés au cours des trois années 2013-2015. Malgré cela, il reste que l’incidence régionale de la gonorrhée est beaucoup moindre que celle du Québec. Le Québec a aussi connu une hausse importante des cas de syphilis dans la dernière décennie, une infection qui était pourtant en voie d’élimination¹²³. Bien qu’il s’agisse là aussi d’une infection sensiblement moins fréquente en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine qu’au Québec, la région n’a pas été épargnée par cette résurgence : près de trois cas en moyenne par année ont été signalés aux autorités régionales de santé publique depuis les quelque dix dernières années, avec un pic de douze cas en 2010. Avant cela, la syphilis était une maladie rarement déclarée dans la région (quatre cas seulement entre 1990 et 2003). Au Québec, ce sont surtout les hommes ayant eu des relations sexuelles avec d’autres hommes qui sont touchés par la syphilis infectieuse¹²⁴.

L’incidence de l’hépatite B, une infection aussi transmise sexuellement ou par le sang, a pour sa part régressé dans la région et au Québec, notamment en raison de l’introduction du programme universel de vaccination chez les élèves de 4^e année et chez les groupes vulnérables aux ITSS¹²⁵. L’hépatite C est aussi en baisse au Québec depuis le début des années 2000 et la région semble suivre cette même tendance. Par contre, comme le souligne le MSSS : « les nouveaux cas déclarés chaque année, même s’ils sont en diminution, viennent s’ajouter au bassin de personnes infectées et à risque d’être atteintes d’une infection chronique pouvant mener à des complications importantes. L’hépatite C demeure en augmentation chez les personnes qui font usage de drogues par injection.¹²⁶ »

L’exposition aux risques infectieux dans les milieux de vie et les milieux de soins

Après les infections génitales à *Chlamydia trachomatis*, les infections à *Campylobacter* et la salmonellose sont les deux maladies infectieuses les plus souvent déclarées aux autorités régionales de santé publique¹²⁷. Avec une moyenne de 34 et 30 cas respectivement par année en 2011-2015, ces maladies entériques comptent chacune pour 13 % et 11 % de toutes les MADO rapportées en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine au cours de cette période. Ces maladies se contractent par l’ingestion d’eau ou d’aliments contaminés et se manifestent notamment par des gastroentérites. Les enfants, les personnes âgées et les personnes dont le système immunitaire est affaibli sont plus vulnérables à ces infections. Le taux régional de déclarations des infections à *Campylobacter* ne se différencie généralement pas de celui du Québec, alors que celui de la salmonellose a souvent surpassé celui du Québec au cours des vingt-cinq dernières années, l’écart en 2011-2015 étant particulièrement grand (32 pour 100 000 contre 16 pour 100 000 au Québec).

En Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, les maladies transmissibles par les animaux (zoonoses) ou par des vecteurs, comme les moustiques ou les tiques, sont relativement rares. Les maladies les plus souvent rapportées sont la fièvre Q (quatre cas en 2011-2015) et la tularémie (deux cas). La maladie de Lyme est en recrudescence au Québec. Au cours des trois dernières années, 425 cas ont été déclarés dans l'ensemble de la province dont seulement un habitait en Gaspésie. L'infection avait toutefois été acquise à l'extérieur de la région. Mais en raison notamment de l'impact des changements climatiques, la maladie de Lyme risque de s'étendre dans les années à venir, comme c'est aussi le cas des infections par le virus du Nil occidental¹²⁸.

Enfin, au cours des cinq dernières années, le nombre d'infections à *Clostridium difficile*, l'infection nosocomiale la plus fréquente, a varié de 17 à 36 selon les années dans les installations de la région (pour une moyenne annuelle de 29 cas)¹²⁹. L'incidence de ces infections a longtemps été moindre en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec, ce qui n'est plus le cas en 2014-2015 et 2015-2016 où les taux régionaux ont rejoint ceux de la province. Quant aux bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline, elles ont fait entre un et quatre cas en moyenne chaque année dans la région en 2011-2016. Les entérocoques résistant à la vancomycine sont, pour leur part, très rares dans les installations de la région. Malgré cela, les infections nosocomiales demeurent une préoccupation en raison des conséquences majeures qu'elles peuvent avoir : « Elles ont notamment comme impact une augmentation de la morbidité et de la mortalité, une prolongation de l'hospitalisation et une hausse importante des coûts de santé. »¹³⁰ Finalement, mentionnons que l'incidence des infections contractées lors d'un épisode de soins dans un établissement de santé a diminué au Québec au cours des dernières années¹³¹. Cette baisse serait attribuable à « un ensemble d'actions de prévention et de contrôle réalisées de façon concertée pour rendre les milieux de soins et d'hébergement moins propices à leur éclosion ». ¹³²

Cela termine le survol du portrait de santé de la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Nous passons maintenant à la partie 3 qui présente les services que déploieront les acteurs régionaux et locaux de santé publique en 2016-2021 pour contribuer à maintenir et améliorer la santé de la population régionale et réduire les inégalités sociales de santé.

Partie 3

L'offre de service en santé publique

L'offre de service définit les services que doivent dispenser, dans les prochaines années, les acteurs de santé publique à l'échelle régionale et locale des deux CISSS de la région, et ce, conformément aux orientations du *Programme national de santé publique 2015-2025* (MSSS, 2015) et des particularités de la population régionale. Cette offre de service ne présente pas les services que rendent, par exemple, les organismes communautaires ou les autres partenaires ayant des responsabilités en matière de prévention clinique, de sécurité publique ou de protection de l'environnement, bien que ces personnes et organismes contribuent par leurs actions au mieux-être de la population et au développement des communautés (MSSS, 2015). D'ailleurs, plusieurs des services présentés dans notre offre de service visent à soutenir ces divers partenaires ou à collaborer avec eux à la réalisation de leurs actions. En fait, les services de santé publique sont de deux types (schéma 2), à savoir :

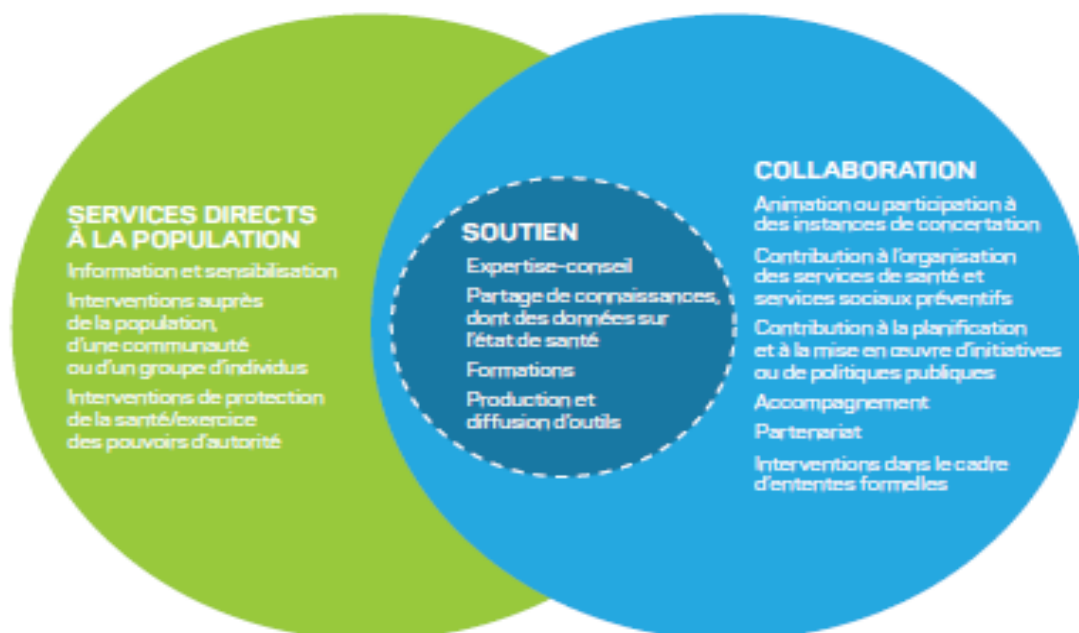
- 1) **Les services directs à la population** qui s'adressent à toute la population, à une communauté ou à un groupe particulier et dont la responsabilité incombe aux acteurs de santé publique des CISSS de la région.
- 2) **Les services de soutien et de collaboration.** Ces services sont nombreux dans le PAR, car les actions sur les déterminants de la santé ne relèvent pas strictement des acteurs de santé publique, mais aussi bien souvent d'autres acteurs du réseau de la santé et de services sociaux, et d'autres secteurs d'activité. Le rôle des acteurs de santé publique est alors de soutenir ces autres acteurs, soit par de l'expertise-conseil ou de la formation par exemple, ou de collaborer avec eux pour la réalisation de leurs actions.

Comme nous le disions à la deuxième partie de ce document, les déterminants qui ont une influence sur la santé sont :

- les caractéristiques individuelles comme l'âge, le niveau de scolarité, le revenu, les compétences sociales, les habitudes de vie et les comportements;
- les milieux dans lesquels nous vivons comme le milieu familial, le milieu de travail et la communauté locale;
- les systèmes mis en place par l'État comme le système d'éducation et le système de santé et de services sociaux;
- le contexte global qui nous entoure comme l'environnement naturel, le contexte économique et le contexte politique (MSSS, 2012).

Schéma 2

Types de services de santé publique



Source : Tiré du MSSS (2015), *Programme national de santé publique 2015-2025*.

Rappelons que conformément aux quatre fonctions de la santé publique, l'offre de service en santé publique propose des services visant à assurer la **surveillance** de l'état de santé de la population gaspésienne et madelinienne, à **promouvoir** la santé de la population, à **prévenir** les problèmes de santé évitables, dont les problèmes d'adaptation et de santé mentale, les maladies chroniques, les traumatismes non intentionnels et les maladies infectieuses, ainsi qu'à **protéger** la population contre les menaces à la santé. Cela dit, l'offre de service se décline selon la structure suivante :

La surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants			
Axe 1 Le développement global des enfants et des jeunes	Axe 2 L'adoption de modes de vie sains et sécuritaires et la création d'environnements favorables à la santé	Axe 3 La prévention des maladies infectieuses	Axe 4 La gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires

Inspiré du *Programme national de santé publique 2015-2025* (MSSS, 2015).

Enfin, précisons que les numéros qui précèdent les services (ex. : S-2, 3-4 et 4-1) correspondent aux numéros des services du *Programme national de santé publique*. Ils n'ont d'autres fonctions que de faciliter la correspondance entre notre plan d'action et celui du MSSS. Les services qui ne sont précédés d'aucun numéro sont des services que nous offrons dans la région, mais qui ne sont pas inscrits au plan national.

Axe transversal

La surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants

La Loi sur la santé publique reconnaît la surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants comme une des quatre fonctions essentielles de la santé publique. Il s'agit d'une fonction transversale aux quatre axes d'intervention, puisque les connaissances que la surveillance génère permettent de soutenir les acteurs de santé publique ainsi que les autres acteurs du système de santé et de services sociaux, et des autres secteurs d'activité qui influencent la santé des personnes et des populations. Elle permet la planification de leurs actions et de les orienter dans leur prise de décision. Précisons que la Loi sur la santé publique confie l'exercice de cette fonction exclusivement au ministre et aux directeurs de santé publique, si bien qu'aucun des services

présentés sous cet axe ne relève des équipes locales.

Objectifs

- Produire de l'information pertinente et de qualité sur l'état de santé de la population et de ses déterminants
- Diffuser en temps opportun l'information adaptée aux différents utilisateurs
- Soutenir l'utilisation de l'information dans une perspective populationnelle

L'offre de service en surveillance

Service	Action de l'équipe régionale de santé publique	Partenaire ou collaborateur
S-1 Sélection et collecte de l'information nécessaire au suivi de l'état de santé de la population et de ses déterminants	Contribuer au besoin aux travaux du MSSS [la sélection et la collecte des données qu'on retrouve dans le Plan national de surveillance (PNS) relèvent principalement du MSSS et des tables de concertation nationales]	
S-2 Analyse et interprétation de l'information	Cible : D'ici 2021, réaliser un portrait global de l'état de santé de la population et de ses déterminants et des portraits thématiques détaillés	
	Élaborer une planification annuelle des productions de surveillance Analyser et interpréter en continu des données aux échelles régionale et locale et dégager les principaux constats Répondre aux demandes <i>ad hoc</i> des acteurs de santé publique et des partenaires Réaliser en 2016-2017 un portrait de l'état de santé et de ses déterminants de la population gaspésienne et un de la population madelinienne	À déterminer selon les données et les thèmes
S-3 Détection de phénomènes émergents	Effectuer, à la suite de la détection de changements inattendus et préoccupants, des analyses complémentaires à l'aide des données disponibles en surveillance	À déterminer selon la nature des phénomènes émergents
S-4 Diffusion de produits de surveillance	Cible : D'ici 2021, toutes les productions planifiées auront fait l'objet d'un plan de diffusion avant leur publication	
	Élaborer et mettre en œuvre un plan de diffusion pour chaque production planifiée en : - Déterminant les publics cibles, en adaptant le format du produit selon le public (vulgarisation, type de documents, etc.) - Identifiant les meilleurs canaux et les moments de diffusion à privilégier	À déterminer selon les productions
S-5 Soutien à la prise de décision	Cible : D'ici 2021, poursuivre les activités de soutien à la prise de décision auprès d'au moins cinq partenaires différents des principaux secteurs d'activité	
	Favoriser l'appropriation et l'utilisation de l'information disponible sur la santé et ses déterminants auprès des acteurs régionaux et locaux ayant un levier d'influence, pour qu'ils intègrent les données de surveillance dans leurs prises de décision en : - Faisant connaître l'offre de service de surveillance, les indicateurs disponibles et l'onglet Statistiques régionales sur le Web - Poursuivant les présentations orales des productions de surveillance	À déterminer selon les productions

Le développement global des enfants et des jeunes

Ce premier axe d'intervention couvre tout particulièrement les premières périodes de vie, soit la grossesse, la période entourant la naissance, la petite enfance, le primaire, le secondaire, ainsi que les transitions jusqu'à l'âge adulte, dont l'entrée à la maternelle et le passage à l'adolescence. Les services sous cet axe visent à agir le plus tôt possible dans la vie des enfants, c'est-à-dire dès la conception et tout au long de la petite enfance. En effet :

« Les expériences vécues et l'environnement dans lequel les enfants évoluent durant cette période peuvent être déterminants et influencer grandement la santé, l'acquisition de compétences personnelles et sociales, l'éducation, de même que les perspectives socioéconomiques de toute une vie. » (MSSS, 2015, page 15)

Compte tenu des conséquences néfastes de la pauvreté sur la santé et le développement des enfants, certains services s'adressent plus particulièrement, ou portent à tout le moins une attention particulière, aux enfants, aux jeunes et aux familles plus vulnérables sur le plan socioéconomique. Plusieurs des services proposés sous cet axe ciblent les déterminants associés aux milieux de vie des enfants et des jeunes comme les centres de la petite enfance et l'école. Cela dit, les services de santé publique sous cet axe se déclinent comme suit :

- Les services en petite enfance;
- Les services pour les jeunes de 6 à 17 ans;
- Les services pour l'ensemble des enfants et des jeunes.

Plus concrètement, les services de santé publique en périnatalité comprennent, par exemple, des services individuels de **soutien aux pratiques parentales** dont la distribution à tous les parents du *Guide mieux vivre avec son enfant*; des services spécifiques pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité, comme des services de visite à domicile et des interventions auprès des jeunes enfants; des **services de nutrition** prénatale et postnatale, dont le programme OLO s'adressant aux femmes enceintes de milieu défavorisé; et des services visant à favoriser l'**allaitement maternel**. La santé publique collaborera aussi, au cours des prochaines années, avec les **services de garde à la petite enfance** pour mettre en œuvre dans ces milieux de vie des interventions de promotion et de prévention portant par exemple sur les compétences sociales ou les habitudes de vie, afin de favoriser le développement global des tout-petits. Ce genre d'interventions devant bien sûr se poursuivre à l'école, la santé publique continuera ses collaborations avec le milieu scolaire pour mettre en place des actions, selon l'approche **École en santé**, au bénéfice de tous les élèves du primaire et du secondaire. Les **cliniques jeunesse** dans les écoles secondaires représentent un autre moyen pour rejoindre les adolescents et leur offrir des

- Les services en périnatalité;

services adaptés à leurs besoins et à leur réalité (ex. : dépistage des ITSS, counseling, interventions visant à promouvoir de saines habitudes de vie, des comportements sains et sécuritaires, des relations harmonieuses). La santé publique poursuivra donc ses efforts de collaboration avec le réseau scolaire pour la mise en place de cliniques jeunesse dans ce milieu de vie important qu'est l'école. Notre plan d'action porte aussi une attention particulière à la **santé dentaire** des enfants et des jeunes, notamment par l'application de scellants chez les enfants plus vulnérables à la carie et des activités de promotion du brossage de dents. Par ailleurs, plusieurs efforts seront investis au cours des prochaines années pour collaborer avec les communautés au développement de projets visant la **création d'environnements favorables au développement des enfants**, notamment pour les plus vulnérables. Enfin, conformément à sa mission, la santé publique collaborera au besoin avec le MSSS à l'élaboration et à la mise en œuvre de **politiques publiques favorables** au développement global des enfants et des jeunes, comme le soutien du revenu des familles pour lutter contre la pauvreté.

Politique publique favorable à la santé

Les décisions et orientations que prennent les autorités gouvernementales, au sujet par exemple du logement, de la pollution atmosphérique, de l'aménagement urbain ou de l'accès aux services de garde, peuvent avoir des impacts sur la santé. Une politique publique favorable à la santé est une politique, une loi, un règlement, un programme qui tient compte, dans son processus décisionnel et sa mise en œuvre, des déterminants de la santé et qui est apte à favoriser une amélioration de la santé et du bien-être de la population ou à réduire les inégalités sociales de santé.¹³³

Cela dit, nous présentons, dans les pages qui suivent, l'offre de service détaillée des acteurs de santé publique des deux CISSS de la région pour ce premier axe d'intervention, dont les objectifs sont les suivants :

Objectifs

- Promouvoir, par des approches intégrées, la création de milieux de vie stimulants et bienveillants pour les enfants et les jeunes, y compris en matière de santé mentale et sexuelle
- Promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sains et sécuritaires, notamment en matière de sexualité, et des relations sociales et amoureuses respectueuses, égalitaires et exemptes de violence et de discrimination
- Prévenir l'apparition des problèmes d'adaptation sociale et leurs conséquences
- Prévenir l'apparition de problèmes de santé buccodentaire

Les services en périnatalité

Quelques-uns des constats du portrait de santé régional
- La hausse qu’a connue la prématurité dans les dernières décennies s’est interrompue pour faire place à une certaine stabilité des taux. Néanmoins, le pourcentage de bébés nés avant terme demeure élevé avec 8,0 % - En 2014-2015, 67 % des bébés sont allaités dans le mois suivant leur naissance. Chez les clientèles de services spécifiques en périnatalité (SIPPE, OLO et PCNP), le pourcentage d’allaitement chute toutefois à 41 %, montrant ainsi les progrès qui restent à faire pour réduire les inégalités sociales de santé dans la région

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
1-1 Services de soutien aux pratiques parentales, dès la grossesse, incluant : - l’information et la sensibilisation de la population - la formation destinée aux parents	Cibles : D’ici 2021, tous les futurs parents et les familles d’accueil ayant des enfants de moins de 2 ans de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine auront reçu le guide <i>Mieux vivre avec notre enfant</i> D’ici 2021, les deux CISSS auront offert des rencontres prénatales optimisées selon les recommandations de l’avis scientifique de l’INSPQ		
	Réaliser des activités de soutien aux habiletés parentales, en cohérence avec les lignes directrices et en fonction des besoins des clientèles et de la réalité territoriale, notamment : poursuivre la distribution du guide <i>Mieux vivre avec notre enfant</i> et offrir des rencontres prénatales (individuelles ou de groupe) gratuites à tous les futurs parents	Infirmières de périnatalité, chefs de programme jeunesse	Répondante régionale en périnatalité, répondante régionale saine alimentation, nutritionnistes au local (DRSP), DJ, DSI, INSPQ
	Collaborer à la planification de rencontres prénatales s’appuyant sur les meilleures pratiques recommandées, adaptées aux besoins des différentes clientèles et de la réalité régionale	Répondante régionale en périnatalité, infirmières de périnatalité, chefs de programme jeunesse	Équipe régionale SHV, médecins-conseils, dentiste-conseil, INSPQ, comités locaux d’allaitement (incluant les groupes d’entraide en allaitement), organismes com. offrant des séances d’information prénatale, médecins-obstétriciens

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
1-2 Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité	Cibles : D'ici 2021, 80 % des femmes admissibles auront été suivies dans le cadre des SIPPE D'ici 2021, toutes les familles suivies dans les SIPPE auront reçu l'intensité de visites à domicile prévues au cadre de référence D'ici 2021, 50 % des femmes enceintes suivies dans les SIPPE auront bénéficié d'une consultation avec une hygiéniste dentaire		
	Poursuivre et bonifier l'offre de service des SIPPE en lien avec l'accompagnement des familles en : Offrant des visites à domicile⁶ comme principale modalité d'intervention jusqu'aux deux ans de vie de l'enfant, en complément à d'autres types d'interventions	Intervenantes pivots SIPPE (DRSP/DJ), infirmières de périnatalité, chefs de programme jeunesse	Répondante régionale SIPPE
	Déployant des activités de soutien et de counseling auprès des parents⁷ en informant notamment les familles des ressources disponibles		Répondante régionale SIPPE, répondant régional traumatismes, répondante régionale sexualité
	Offrant des services préventifs de soins buccodentaires aux femmes enceintes	Hygiénistes dentaires	Dentiste-conseil, répondante régionale SIPPE, répondante régionale saine alimentation, intervenantes pivots SIPPE (DRSP/DJ), infirmières de périnatalité, chefs de programme jeunesse
	Offrant des interventions directes auprès des enfants âgés de 2 à 5 ans, notamment par des protocoles d'entente d'accès aux services de garde pour les enfants de familles suivies dans les SIPPE	Intervenantes pivots SIPPE (DRSP/DJ), chefs de programme jeunesse	Répondante régionale SIPPE, répondante régionale pour les activités de santé publique en services de garde (DRSP), services de garde
	Soutenant le développement continu des compétences et le travail en interdisciplinarité	Répondante régionale SIPPE, chefs de programme jeunesse	INSPQ

⁶ Thématiques abordées : le projet de vie des parents, les habiletés parentales, l'allaitement, l'alimentation de la mère pendant la grossesse, la famille et l'enfant, l'attachement, le développement de l'enfant, la promotion de saines habitudes de vie (alimentation, tabagisme, activité physique, consommation d'alcool et de drogues, hygiène dentaire, etc.).

⁷ Visant la prévention des traumatismes à domicile (ex. : trousse de prévention, promotion de l'utilisation des dispositifs de retenue), la prévention de la violence conjugale ainsi que des grossesses non planifiées et des ITSS.

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 1-2 Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité	Poursuivre et bonifier l'offre de service des SIPPE en lien avec la création d'environnements favorables en : - Soutenant l'élaboration et la réalisation de projets de la communauté axés sur les besoins des familles vivant en contexte de vulnérabilité, en partenariat avec les organismes communautaires et les autres partenaires - Intensifiant l'action intersectorielle portant sur l'amélioration des conditions de vie des familles ainsi que sur la réduction des inégalités sociales de santé⁸, en lien avec le développement des communautés, les politiques publiques et la création d'environnements favorables au développement des enfants (voir services 1-9 et 1-12)	IOC	Répondante régionale DC, répondante régionale SIPPE, organismes communautaires Répondante régionale DC, répondante régionale SIPPE, répondante régionale pour les activités de santé publique en services de garde, tout acteur pertinent de la communauté

⁸ En couvrant, entre autres, la qualification, la scolarisation, l'emploi, la sécurité du revenu, la sécurité alimentaire, le logement, le transport, le loisir, le répit-gardiennage, l'accès aux services de santé et aux services sociaux, l'accès aux services de garde éducatifs à l'enfance, le soutien social et la sécurité des quartiers ou des aires de jeux.

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
1-3 Services de nutrition prénatale et postnatale pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité	Cible : D'ici 2021, 80 % des femmes vivant sous le seuil de faible revenu auront bénéficié de services de nutrition prénatale et postnatale		
	Poursuivre l'offre de service du programme de nutrition prénatale et postnatale auprès des femmes enceintes en situation de faible revenu en :	Infirmières de périnatalité, chefs de programme jeunesse	Fondation OLO, répondante régionale en périnatalité
	Assurant la distribution des coupons OLO et assurer la continuité des services entre les coupons OLO et les activités 1 000 jours (là où elles existent) (voir service 2-14)		Fondation OLO, pharmaciens d'établissement, médecins-conseils, répondante régionale en périnatalité
	Assurant la distribution de suppléments de vitamines et minéraux avec acide folique	Infirmières de périnatalité, nutritionnistes au local, chefs de programme jeunesse	Répondante régionale en périnatalité, répondante régionale saine alimentation, services de comptabilité des RLS et du CISSS, ASPC, INSPQ
	Offrant une intervention sur le plan nutritionnel		Répondante régionale en périnatalité, répondante régionale saine alimentation, services de comptabilité des RLS et du CISSS, ASPC, INSPQ
	Soutenant les femmes en lien avec l'allaitement (voir service 1-4)	Infirmières de périnatalité, chefs de programme jeunesse	Répondante régionale en allaitement, dentiste-conseil, hygiénistes dentaires
	Identifier et mettre en œuvre des stratégies pour favoriser l'appropriation de l'Approche d'intervention nutritionnelle auprès des femmes enceintes en situation de faible revenu par les intervenantes	Répondante régionale en périnatalité, infirmières de périnatalité, chefs de programme jeunesse	Répondante régionale saine alimentation, fondation OLO, dentiste-conseil

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
1-4 Soutien à la mise en œuvre d'interventions favorisant l'allaitement dans les deux CISSS de la région et dans les milieux de vie (Initiative des amis des bébés)	Cible : D'ici 2021, le taux d'allaitement exclusif moyen au premier contact postnatal aura augmenté de 55 % ⁹ à 60 %		
	Mettre en place des activités permettant de favoriser la pratique de l'allaitement et d'allaitement exclusif dans les services offerts en santé communautaire, obstétrique et néonatalogie pour les deux CISSS de la région avec l'objectif d'obtenir la certification de leurs installations dans le cadre de l'Initiative des amis des bébés, et ce, en lien avec l'initiation, la durée et l'exclusivité de l'allaitement	Répondante régionale en allaitement, répondantes locales en allaitement (DRSP/DJ), chefs de programme jeunesse	Comités locaux d'allaitement (incluant les groupes d'entraide en allaitement), infirmières en périnatalité, infirmières en obstétrique, médecins accoucheurs ou faisant du suivi de grossesse, médecins-conseils et dentiste-conseil, DSI, DSPro, DSM-D-SPG
	Promouvoir et fournir l'expertise-conseil afin que les milieux de vie de la dyade mère-enfant soient favorables à l'allaitement et basés sur les meilleures pratiques, notamment les milieux municipaux, les services de garde à l'enfance, les pharmacies communautaires et les centres commerciaux	Répondante régionale en allaitement	Répondantes locales en allaitement (DRSP/DJ), groupes d'entraide en allaitement, équipe régionale SHV, répondante régionale DC, dentiste-conseil

⁹ Le calcul du taux de référence s'appuie sur les années 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015 (données de la RAMQ).

Les services en petite enfance

Quelques-uns des constats du portrait de santé régional

- En 2012, le quart des élèves de la maternelle dans la région est considéré comme vulnérable dans au moins un des cinq domaines de leur développement global (santé physique et bien-être, compétences sociales, maturité affective, développement cognitif et langagier, habiletés de communication et connaissances générales)
- Les enfants qui ont fréquenté régulièrement un service de garde avant d'entrer à la maternelle sont deux fois moins nombreux que les autres enfants à présenter une vulnérabilité, c'est-à-dire qu'ils sont plus susceptibles d'être bien outillés pour profiter pleinement de ce que l'école peut offrir

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
1-8 Collaboration avec les partenaires des services de garde éducatifs à l'enfance pour la planification et la mise en œuvre d'interventions de promotion et de prévention visant le développement global des enfants, particulièrement en contexte de vulnérabilité, et portant sur : - les compétences personnelles et sociales - les saines habitudes de vie et les comportements sains et sécuritaires	Cible : D'ici 2021, les deux CISSS auront convenu des modalités de collaboration formelles avec les services de garde éducatifs à l'enfance pour la mise en œuvre d'interventions de promotion et de prévention		
	Développer des modalités de collaboration formelles avec les partenaires des services de garde éducatifs à l'enfance	Répondante régionale pour les activités de santé publique en services de garde, adjoint au directeur de santé publique	MFA, services de garde, répondante régionale SIPPE, intervenantes pivots SIPPE (DRSP/DJ), tout autre acteur concerné
	Fournir de l'expertise-conseil, du transfert de connaissance et de l'accompagnement à la mise en œuvre des actions efficaces de promotion et de prévention notamment en : Collaborant avec les intervenants sur des programmes de développement des compétences personnelles et sociales portant sur la gestion des émotions et le développement de relations saines et harmonieuses	Répondante régionale pour les activités de santé publique en services de garde	INSPQ, MFA, services de garde
	Renforçant les activités favorisant les transitions harmonieuses du milieu familial vers les milieux de garde ainsi que vers l'école	Répondante régionale pour les activités de santé publique en services de garde, répondante régionale SIPPE	INSPQ, services de garde, CS, organismes com., accompagnatrices ÉES, MFA, tout autre acteur concerné
	Soutenant les intervenants des milieux de garde à l'égard de la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie (ex. : la mise en œuvre du cadre Gazelle et Potiron, et le cadre de référence sur le brossage de dents), de l'application des mesures de prévention des traumatismes et de prévention et contrôle des infections	Répondante régionale pour les activités de santé publique en services de garde	Équipe régionale SHV, dentiste-conseil, hygiénistes dentaires, répondant régional traumatismes, équipe régionale MI, services de garde, MFA, tout autre acteur concerné

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
1-9 Collaboration avec les partenaires de la communauté dans le cadre du déploiement d'initiatives visant la création d'environnements favorables au développement des jeunes enfants (0-5 ans)	Cible : D'ici 2021, les deux CISSS auront participé à la majorité des instances de concertation susceptibles de contribuer à la création d'environnements favorables au développement des enfants		
	Accompagner les divers acteurs de la communauté pour : - l'accès à une variété d'actions (services et activités) efficaces qui répondent aux besoins des familles - soutenir l'émergence d'initiatives favorisant la santé	IOC (DRSP)	Répondante régionale DC, municipalités et leurs comités familles (incluant les parents), MRC, URLS, organismes com., CASA, VGPN, CAMI, DJ des CISSS, CS, Avenir d'enfants, CPE, garderies en milieu familial, MFA
	Fournir aux partenaires l'information pertinente afin de favoriser une compréhension commune des enjeux du territoire	IOC, accompagnatrices ÉES, nutritionnistes locales, équipe SIPPE, autres intervenants de santé publique en 1 ^{re} ligne	Répondante régionale DC, responsable régionale surveillance, répondante régionale périnatalité, MRC, URLS, organismes com., CASA, VGPN, CAMI, DJ des CISSS, CS, Avenir d'enfants, CPE, MFA
	Favoriser l'émergence d'actions concertées entre les acteurs de la communauté qui œuvrent en petite enfance Animer ou participer aux concertations en lien avec le développement des enfants (ICIDJE, persévérance scolaire, villes et villages en santé, entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, tables intersectorielles, avenir d'enfants, etc.) et s'assurer également de l'arrimage de ces interventions	IOC, accompagnatrices ÉES en santé, nutritionnistes locales, autres intervenants de santé publique en 1 ^{re} ligne	Répondante régionale DC, répondante régionale périnatalité, municipalités et leurs comités familles (incluant les parents), MRC, organismes com., DJ des CISSS, équipe SIPPE, CS, Avenir d'enfants, CPE, MFA
	Collaborer à la mise en œuvre et au suivi des programmes fédéraux d'aide communautaire à l'enfance (PAAC, PACE, Y'APP)	Répondante régionale clientèle 5-18 ans	ASPC, MSSS, organismes com., chefs de programme jeunesse responsables d'un projet PACE, répondante régionale clientèle 0-5 ans

Les services pour les jeunes de 6 à 17 ans

Quelques-uns des constats du portrait de santé régional

En 2012-2013, les élèves de 6^e année de la région ont en moyenne 1,70 dent permanente affectée par la carie, une moyenne qui est moindre chez les élèves porteurs de scellants.

En 2010-2011, chez les élèves du secondaire de la région :

- 70 % ne rencontrent pas les recommandations du Guide alimentaire canadien en matière de consommation de fruits et légumes et 35 % consomment des boissons sucrées, des grignotines ou des sucreries tous les jours
- 26 % seulement sont actifs physiquement dans leurs loisirs et déplacements
- 28 % ont un surplus de poids
- 16 % fument la cigarette, 12 % consomment du cannabis toutes les semaines et 20 % boivent de l'alcool à cette même fréquence
- 35 % ont commis une conduite rebelle et 33 %, une conduite délinquante
- 32 % ont été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école et 36 % ont vécu de la violence dans leur relation amoureuse des 12 derniers mois
- 15 % des filles souffrent d'anxiété, de dépression ou d'un trouble alimentaire (anorexie, boulimie) et 19 % des garçons ont un TDA/H

Les grossesses précoces poursuivent leur baisse et encore en 2011-2013, la région obtient un taux de grossesses chez les 15-19 ans inférieur à celui du Québec. Toutefois, on assiste depuis la fin des années 90 à une recrudescence des déclarations d'infections génitales à chlamydia, notamment chez les jeunes. Or, en 2010-2011, 36 % des élèves du secondaire dans la région n'ont pas fait usage du condom à leur dernière relation sexuelle consensuelle.

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
1-7 Services dentaires préventifs adaptés en milieu scolaire auprès des enfants à risque de carie dentaire : • suivis dentaires préventifs individualisés • application d'agents de scellement	Cibles : D'ici 2021, 90 % des enfants de la maternelle à risque de carie dentaire dépistés auront bénéficié d'un suivi dentaire préventif en milieu scolaire D'ici 2021, 85 % des enfants de la 2^e et 3^e année du primaire auront été dépistés pour un besoin de scellement dentaire et 90 % des enfants dépistés avec un besoin de scellant auront reçu l'application d'un scellant dentaire, sur au moins l'une des premières molaires permanentes D'ici 2021, 90 % des enfants de la 2^e année du secondaire auront été dépistés pour un besoin de scellement dentaire et 80 % des enfants dépistés avec un besoin de scellant auront reçu l'application d'un scellant dentaire, sur au moins l'une des deuxièmes molaires permanentes		
	Déployer des activités universelles de promotion et de prévention de la carie dentaire en milieu scolaire telles que le brossage des dents	Hygiénistes dentaires (DRSP)	Dentiste-conseil, CS, directions d'école
	Dépister les enfants de la maternelle à risque de carie dentaire et assurer les suivis dentaires préventifs auprès de ces enfants, jusqu'à la 2^e année du primaire en : • Effectuant des activités de counseling portant sur le brossage des dents, l'utilisation de la soie dentaire et la réduction de la consommation d'aliments cariogènes		
	• Informant les parents sur les services dentaires assurés par la RAMQ		
	• Procédant à des applications topiques de fluorure		
	• Procédant à l'application de scellant dentaire auprès des enfants de maternelle et de 1^{re} année classés à risque selon le critère provincial et ayant au moins une molaire permanente à sceller		

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 1-7 Services dentaires préventifs adaptés en milieu scolaire auprès des enfants à risque de carie dentaire : • suivis dentaires préventifs individualisés • application d'agents de scellement	Dépister les enfants de la 2^e, 3^e et 6^e année du primaire pour un besoin de scellant dentaire et assurer le scellement des puits et fissures nécessaires	Hygiénistes dentaires (DRSP)	Dentiste-conseil, CS, directions d'école, adjoint au directeur de santé publique
	Dépister les enfants de la 2^e année du secondaire pour un besoin de scellant dentaire et assurer le scellement des puits et fissures nécessaires		

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
1-10 Collaboration à la planification et à la mise en œuvre de services de type cliniques jeunesse pour les jeunes et leur famille, notamment en matière de : - saines habitudes de vie et comportements sains et sécuritaires, particulièrement au regard de la santé sexuelle - santé mentale et psychosociale	Cibles : D'ici 2021, les cliniques jeunesse auront adapté leurs services conformément au cadre de référence D'ici 2021, les cliniques jeunesse auront étendu leurs services jusqu'à l'âge de 25 ans (éducation des adultes, cégep et formation professionnelle)		
	Fournir l'expertise-conseil, le transfert de connaissances et l'accompagnement visant à contribuer à la mise en œuvre de cliniques jeunesse selon le cadre de référence, en collaboration avec les partenaires (ex. : réseau de l'éducation, organismes communautaires, etc.) et en tenant compte des besoins des jeunes et leurs familles en : Identifiant les conditions favorables permettant une meilleure adaptation des services	Répondante régionale sexualité, infirmières scolaires, infirmières SIDEPE, travailleurs sociaux, IPSL	Écoles, CS, médecins, GMF, CLSC
	Facilitant la réorganisation des services	Adjoint au directeur de santé publique, CAP en santé publique aux Îles, répondante régionale sexualité, répondante régionale ÉES, infirmières scolaires, infirmières SIDEPE, travailleurs sociaux, IPSL	MSSS, INSPQ, DSI, DSPPro, DJ, médecins-conseils, écoles, CS, accompagnateurs ÉES
	Soutenant le développement des compétences des professionnels (développement d'outils et autres)	Répondante régionale sexualité, équipe régionale MI, infirmières scolaires, infirmières SIDEPE, travailleurs sociaux, IPSL	INSPQ, MSSS
	Mettant en réseau les partenaires concernés	Répondante régionale sexualité, répondante régionale ÉES, membres de la communauté de pratique éducation à la sexualité et ÉES	Organismes com., infirmières SIDEPE, DSM-D-SPG, DSPPro, DSI, accompagnatrices ÉES

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 1-10 Collaboration à la planification et à la mise en œuvre de services de type cliniques jeunesse pour les jeunes et leur famille, notamment en matière de : • saines habitudes de vie et comportements sains et sécuritaires, particulièrement au regard de la santé sexuelle • santé mentale et psychosociale	Associer, de façon complémentaire, les services de clinique jeunesse à la stratégie de l'éducation à la sexualité déjà en cours en milieu scolaire	Répondante régionale sexualité, infirmières scolaires, infirmières SIDEPE, travailleurs psychosociaux, IPSL	Écoles, CS, répondante régionale ÉES, médecins, GMF, CLSC, <i>planning</i> des naissances, chef de services PETRAAS
	Intensifier les efforts de dépistage des ITSS auprès des 12-17 ans et déployer ces services auprès des 18-25 ans	Répondante régionale sexualité, équipe régionale MI, infirmières scolaires, infirmières SIDEPE, travailleurs psychosociaux, IPSL	Écoles, CS, répondante régionale ÉES, médecins, GMF, CLSC

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
Services d'éducation à la sexualité en milieu scolaire	Cible : D'ici 2021, toutes les écoles primaires et secondaires auront offert des services d'éducation à la sexualité de qualité et selon les meilleures pratiques		
	Offrir des services d'éducation à la sexualité dans les écoles primaires et secondaires, en : Animant ou coanimant avec le personnel scolaire des activités de prévention, de sensibilisation et de promotion de la santé sur des thèmes variés (menstruations, puberté, hygiène corporelle et dentaire, saine gestion du poids, image corporelle, contraception, ITSS, etc.)	Infirmières scolaires, hygiénistes dentaires	Écoles, CS, accompagnatrices ÉES, répondante régionale sexualité, répondante régionale ÉES, répondante régionale saine alimentation, dentiste-conseil, médecins-conseils, chef de service PETRAAS, organismes com. jeunesse
	Présentant aux jeunes et à leurs parents les services offerts à l'école (ex. : clinique jeunesse, vaccination) et dans le milieu		
	Planifiant des activités de prévention, de sensibilisation et de promotion de la santé à l'intention des élèves sur différents thèmes	Répondante régionale sexualité, dentiste-conseil	Écoles, CS, accompagnatrices ÉES, répondante régionale ÉES, répondante régionale saine alimentation, chef de service PETRAAS
	Développant et proposant des outils et des activités aux parents, en complément à l'offre des écoles	Répondante régionale sexualité	
	Soutenir les autres milieux fréquentés par les jeunes (hors scolaire)	Répondante régionale sexualité, accompagnatrices ÉES, travailleurs de milieu ou de corridor (DRSP), infirmières SIDE P	Répondante régionale ÉES, organismes com. jeunesse, centre jeunesse
	Créer des environnements favorables à la santé mentale, en : - Favorisant les attitudes respectueuses à l'égard de la diversité sexuelle - Saisissant les opportunités pour promouvoir la santé mentale	Répondante régionale sexualité, répondante régionale santé mentale, infirmières scolaires, accompagnatrices ÉES, travailleurs de milieu ou de corridor (DRSP), organismes com.	INSPQ, écoles, CS, répondante régionale ÉES, associations LGBT

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
1-11 Collaboration dans le cadre d'une entente formelle avec le réseau de l'éducation pour la planification conjointe et la mise en œuvre d'actions de promotion et de prévention (approche École en santé) incluant : - un volet individuel visant le développement des compétences personnelles et sociales des enfants et des jeunes, ainsi que l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sains et sécuritaires - un volet milieu visant la création d'environnements favorables à la santé et à la réussite éducative des enfants et des jeunes	Cible : D'ici 2021, les deux CISSS auront convenu de modalités de collaboration pour la réalisation d'actions de promotion et prévention en contexte scolaire		
	Collaborer à la planification conjointe et la mise en œuvre d'actions de promotion et de prévention en contexte scolaire en : Soutenant les intervenants (expertise-conseil, transfert de connaissances, formation, outils) qui accompagnent les écoles ou collaborent à la planification et la mise en œuvre d'actions	Répondante régionale ÉES	Accompagnatrices ÉES, répondants ÉES du réseau scolaire, infirmières scolaires, CS, directions d'écoles, MSSS, MEESR, INSPQ
	Accompagnant les membres des équipes-écoles du réseau de l'éducation dans une démarche de planification concertée	Accompagnatrices ÉES	Répondante régionale ÉES, répondants ÉES du réseau scolaire, infirmières scolaires, directions d'écoles, enseignants, professionnels des services éducatifs, travailleurs sociaux en milieu scolaire
	Fournir une expertise-conseil, en collaboration avec le réseau de l'éducation, sur les meilleures pratiques de promotion et de prévention de la santé en contexte scolaire auprès d'organismes externes au milieu scolaire	Répondante régionale ÉES, accompagnatrices ÉES	INSPQ, répondants ÉES du réseau scolaire, médecins-conseils, CS, municipalités, services de garde, organismes com. (maisons de la famille, maisons des jeunes, etc.)
	Établir des modalités de collaboration formelles avec les commissions scolaires	Répondante régionale ÉES, directeur de santé publique	Adjoint au directeur de santé publique, accompagnatrices ÉES, MSSS, MEESR, CS, répondants ÉES du réseau scolaire

Les services pour l'ensemble des enfants et des jeunes

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
1-6 Soutien à l'intégration de la prévention dans les pratiques des professionnels de la santé	Cible : Assurer que le guide national de prévention clinique prévu pour 2018 soit connu des professionnels de la santé et des services sociaux du CISSS de la Gaspésie et du CISSS des Îles, pour les outiller en vue de l'intégration de la prévention dans leurs pratiques		
	Contribuer à l'intégration des interventions préventives prioritaires dans les parcours de soins et services à l'échelle territoriale en : Créant des arrimages avec les directions cliniques des deux CISSS si ceux-ci sont pertinents pour favoriser la qualité des soins et renforcer les activités préventives réalisées par les intervenants de santé publique	Directeur de santé publique, adjoint au directeur de santé publique, adjointe au directeur de santé publique, professionnels de la DRSP, médecins-conseils et dentiste-conseil, vaccinateurs, hygiénistes dentaires, CAT, infirmières SIDEPE, intervenants SIPPE et périnatalité	Directeurs cliniques du CISSS, selon les interventions (DJ, DSM-D-SPG, DPJ, SAPA, Déficiences, PETRAAS, DSI, DSPRO, services multidisciplinaires), médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement concernés (chefs de départements cliniques, président du CMDP, etc.), cliniques dentaires et médicales

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
1-12 Collaboration à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables au développement global des enfants et des jeunes liées notamment : • aux conditions de vie des familles • à l'accès aux services de garde éducatifs à l'enfance • à la réussite éducative	Cible : D'ici 2021, le MSSS et les deux CISSS auront collaboré à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques en faveur du développement global des enfants et des jeunes Collaborer, en fonction des opportunités, avec les partenaires territoriaux des autres secteurs d'activité et sur la base des meilleures connaissances disponibles, à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables au développement des enfants et des jeunes	Répondante régionale pour les activités de santé publique en services de garde et ÉES, accompagnatrices ÉES	MEESR, MFA, MTESS, communauté de pratique interdomaine (DRSP), répondante régionale SIPPE, municipalités, CS, Complice-Persévérance scolaire Gaspésie-Les Îles, services de garde

L'adoption de modes de vie sains et sécuritaires et la création d'environnements favorables à la santé

Ce deuxième axe d'intervention comprend des services s'adressant à toute la population ou à des groupes particuliers, soit les aînés et les travailleurs. On entend par modes de vie, les habitudes de vie, les comportements, les relations sociales et la qualité de vie des individus. Il est reconnu que les modes de vie sont intimement liés aux environnements physique, économique, socioculturel et politique dans lesquels évoluent les individus (MSSS, 2015). C'est pourquoi les services proposés sous cet axe comportent à la fois des services destinés aux personnes et des services visant la création d'environnements et de milieux de vie favorables à la santé. Les services sous cet axe permettent d'agir avant que les problèmes de santé évitables ne surviennent comme les maladies chroniques, les problèmes buccodentaires, les blessures, les problèmes de santé mentale et les problèmes d'adaptation sociale dont font partie la violence conjugale et les dépendances aux substances psychotropes. Cet axe est aussi celui du soutien aux initiatives favorisant le développement des communautés, la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale. En plus de favoriser le pouvoir d'agir des communautés et la participation citoyenne, ces initiatives agissent sur les déterminants sociaux de la santé et contribuent à réduire les inégalités sociales.

Plus précisément, les services de santé publique sous ce deuxième axe comprennent des activités d'**information et de sensibilisation** auprès de la population, notamment auprès des plus vulnérables, sur des thèmes comme les saines habitudes de vie, la saine gestion du poids et les risques environnementaux pour la santé. Cet axe est aussi celui des **services d'aide à l'abandon du tabagisme** tels que le site Web (J'Arrête) et les centres d'abandon du tabagisme (CAT). Le **Programme québécois de dépistage du cancer du sein** fait encore partie des services qu'assurera la santé publique régionale au cours des prochaines années (promotion du programme, invitation des femmes, etc.). Au chapitre de la prévention des problèmes psychosociaux, les acteurs de santé publique soutiendront la mise en place des initiatives visant à prévenir les problèmes liés à la **consommation d'alcool et de drogues et à la participation aux jeux de hasard et d'argent**, et poursuivront leurs efforts pour soutenir la mise en œuvre de mesures efficaces en prévention du **suicide**, dont font partie **les réseaux de sentinelles**. Par ailleurs, nous l'avons vu plus tôt, le sentiment d'appartenance à la communauté et le soutien social sont des facteurs de protection majeurs pour la santé de nos communautés et constituent, de ce fait, des leviers extraordinaires pour contribuer à

l'amélioration de la santé et du bien-être. C'est pourquoi la santé publique encouragera et soutiendra toute action visant à agir sur ces déterminants et à **promouvoir la santé mentale**. Elle sera également active à soutenir les initiatives ayant à cœur le **développement et le renforcement des communautés** pour qu'elles puissent agir sur leurs conditions de vie et leur environnement. Elle soutiendra les initiatives qui visent à assurer que les personnes disposent en tout temps des revenus suffisants pour couvrir leurs besoins de base (nourriture, logement, vêtements, transport et communication) et en fera la promotion. Les modes de vie étant intimement liés aux opportunités que fournissent les milieux où l'on vit, la santé publique poursuivra ses collaborations avec ses partenaires de divers secteurs d'activité pour créer sur le territoire gaspésien et madelinot des **environnements sécuritaires et favorables à un mode de vie actif et à une alimentation de qualité**, et ce, en portant une attention particulière aux communautés mal desservies ou défavorisées. Comme pour l'axe précédent, les acteurs régionaux de santé publique collaboreront à l'élaboration et à la mise en place de **politiques publiques favorables à la santé**, par exemple en matière de saines habitudes de vie, d'environnement physique sécuritaire, de revenu de base et de vieillissement en santé.

Nous le disions au début, certains services sous cet axe s'adressent spécifiquement aux aînés et aux travailleurs. D'abord, les **services de santé publique aux aînés** visent essentiellement la prévention des chutes et le maintien de l'autonomie. Ainsi, le programme de **prévention des chutes à domicile (PIED)** se poursuivra dans les années à venir partout dans la région. La santé publique collaborera aussi au développement et à la mise en place d'actions variées, tant à domicile qu'en hébergement, visant par exemple la **création d'environnements physiques sécuritaires**, le maintien d'une bonne **santé dentaire** et la prévention de **problèmes psychosociaux** comme la maltraitance et l'isolement. Quant aux services de santé publique s'adressant aux **travailleurs**, ce sont ceux convenus dans le cadre de l'entente de partenariat **MSSS-CNESST**. Ces services visent essentiellement à réduire à la source l'exposition des travailleurs aux risques générés en milieu de travail (bruit, contraintes physiques, substances toxiques, etc.) (MSSS, 2015). Enfin, la santé publique continue d'appliquer le programme **Pour une maternité sans danger** en évaluant les risques associés au travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent et en faisant les recommandations selon les guides de bonnes pratiques.

Cela dit, avant de présenter le détail des services de ce deuxième axe, voici à la page suivante les objectifs que nous poursuivons par ces services.

Objectifs sur l'adoption de modes de vie sains et sécuritaires

- Promouvoir et faciliter l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sains et sécuritaires
- Prévenir l'initiation au tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac dans l'environnement, ainsi que soutenir la cessation tabagique
- Prévenir les problèmes associés à la consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives, ainsi qu'à la pratique de jeux de hasard et d'argent

Objectifs sur la création d'environnements favorables

- Promouvoir, par des approches intégrées, la création et le maintien de milieux de vie et de communautés sains et sécuritaires
- Prévenir l'exposition aux risques pour la santé liés à l'environnement physique
- Prévenir l'exposition aux risques pour la santé liés aux milieux de travail

Autre objectif

- Promouvoir la santé mentale de la population à tous les âges de la vie

Les services s'adressant à l'ensemble de la population

Quelques-uns des constats du portrait de santé régional

Les habitudes de vie et les comportements liés à la santé :

- En 2013-2014, seulement 34 % des 18 ans et plus sont actifs physiquement dans leurs loisirs
- En 2013-2014, 50 % des 12 ans et plus mangent au moins cinq fois par jour des fruits et légumes
- En 2013-2014, 24 % des 12 ans et plus fument la cigarette
- De 2004 à 2013, les infractions routières reliées à l'alcool ont diminué de moitié dans la région, soit de 328 à 160 infractions. Malgré cela, le taux d'infractions reliées à l'alcool demeure largement supérieur à celui du Québec en 2013 (239 infractions pour 100 000 titulaires de permis de conduire contre 157 pour 100 000 au Québec)
- En 2009-2010, parmi les personnes de 12 ans et plus exposées au moins 30 minutes au soleil entre 11 et 16 h durant l'été, 84 % ont habituellement utilisé au moins une méthode pour se protéger contre les rayons ultraviolets

Les environnements ou milieux dans lesquels nous vivons :

- En 2011, 12 % des logements privés en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, qu'ils soient possédés ou loués, nécessitent des réparations majeures
- En 2008, 28 % des travailleurs et travailleuses ont un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail
- En 2008, 7,3 % des travailleurs et travailleuses sont souvent, voire tout le temps, exposés au bruit intense en milieu de travail
- En 2008, 48 % des travailleurs et travailleuses ont une faible latitude décisionnelle à leur travail et 32 % ont des exigences psychologiques élevées
- En 2013-2014, 81 % de la population a un fort sentiment d'appartenance à sa communauté
- En 2009-2010, 54 % de la population a un niveau très élevé de soutien social
- La majorité des secteurs d'habitation offre un faible potentiel piétonnier (55 %)
- Enfin, 43 % de la population a un faible accès aux commerces d'alimentation, c'est-à-dire qu'elle réside à 16 km ou plus d'une épicerie ou d'un supermarché

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
2-1 Information et sensibilisation de la population, particulièrement les populations vulnérables, sur : - les saines habitudes de vie et les comportements sains et sécuritaires - les services de cessation tabagique - la saine gestion du poids et l'image corporelle - les risques pour la santé liés à l'environnement physique - les risques pour la santé liés aux milieux de travail	Cibles : D'ici 2021, toutes les communications déployées par la santé publique auront été adaptées, tant sur le plan des moyens de communication que de l'information transmise, afin de rejoindre les populations vulnérables D'ici 2021, la population gaspésienne et madelinienne aura été rejointe par de grandes campagnes sociétales		
	Informers la population du territoire afin de la sensibiliser au regard de l'impact sur la santé de déterminants associés aux modes de vie et aux environnements et de faire connaître des mesures de prévention efficaces en : - Identifiant les objectifs des activités de communication envisagées, en lien avec des thématiques prioritaires à l'échelle territoriale - Contribuant à la planification des activités de communication - Fournissant les contenus nécessaires à la conception des messages, à l'élaboration des outils d'information et à l'adaptation des communications aux réalités territoriales et aux besoins des publics visés	Directeur de santé publique et son équipe régionale, intervenants locaux, selon les besoins	Communications du CISSS de la Gaspésie et du CISSS des Îles, médecins-conseils (et autres partenaires nationaux et régionaux, selon les dossiers)

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
2-2 Services de cessation tabagique , particulièrement auprès des personnes vulnérables, incluant : - la ligne téléphonique, le site Web (J'Arrête) et les réseaux sociaux - les centres d'abandon du tabagisme (CAT) - l'accessibilité aux aides pharmacologiques	Cible : D'ici 2021, le nombre d'utilisateurs des services des centres d'abandon du tabagisme (CAT) aura augmenté de 20 %		
	Offrir des services d'aide à l'abandon du tabagisme en : Maintenant une offre universelle (pour les services individuels ou de groupe) et en prévoyant des adaptations que requièrent les clientèles particulières (personnes issues de milieux défavorisés, personnes en milieux carcéraux, femmes enceintes, personnes ayant des problèmes de santé mentale, consommateurs de drogues)	Intervenantes des CAT	Répondante régionale cessation tabagique, répondante régionale DC
	Faisant la promotion des ressources et des services individuels et de groupes (la ligne téléphonique, le site Web (J'Arrête) et les réseaux sociaux, les CAT, l'accessibilité aux aides pharmacologiques) auprès des milieux de vie, des milieux de travail, des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et des cliniques dentaires	Répondante régionale cessation tabagique, coordonnatrice SAT, dentiste-conseil	Organismes com., milieux de vie, professionnels de la santé et des services sociaux, intervenants en SAT, cliniques dentaires
	Faisant la promotion des ressources et des services individuels et de groupes auprès de la population, notamment les personnes défavorisées	Intervenantes des CAT	Répondante régionale cessation tabagique
	Collaborant avec les directions concernées du CISSS de la Gaspésie et du CISSS des Îles dans l'établissement d'un corridor de services pour la référence aux services de cessation tabagique	Répondante régionale cessation tabagique	Équipe <i>Prévention</i> du réseau de services en cancérologie du CISSS de la Gaspésie, directions concernées du CISSS des Îles, intervenantes des CAT

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
2-3 Soutien à l'implantation d'interventions visant à développer la capacité des personnes à faire des choix éclairés en matière de consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives (SPA)	Cible : D'ici 2021, les deux CISSS auront mis en œuvre des actions visant à réduire les conséquences de l'alcool, des autres SPA ainsi que des jeux de hasard et d'argent		
	Accompagner les partenaires (ex. : cégep, bars) dans le déploiement d'initiatives visant à réduire les méfaits de l'alcool, notamment dans les milieux festifs, des autres SPA et des opioïdes en planifiant des interventions auprès des jeunes et des adultes qui ont une consommation de substances à risque	Intervenants visés dans la DSM-D-SPG, intervenant en dépendances du CISSS des Îles	Répondante régionale travail de milieu, répondante régionale santé mentale, cégep, bars, autres milieux festifs
	Réviser les orientations régionales en matière de travail de milieu	Répondante régionale travail de milieu	Comités locaux d'orientation du travail de milieu
	Soutenir les travailleurs de milieu qui offrent du travail de proximité auprès d'une clientèle vulnérable et à risque d'abus de consommation d'alcool, de drogues et d'autres SPA	Répondante régionale travail de milieu, intervenants visés dans la DSM-D-SPG, intervenant en dépendances du CISSS des Îles	Travailleurs de milieu

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
2.6 Soutien à la mise en œuvre des mesures prévues dans les guides de bonnes pratiques en prévention du suicide , plus spécifiquement : • plan d'action concertée • réseaux de sentinelles • ligne téléphonique	Cible : D'ici 2018, les plans d'action concertés en matière de prévention du suicide auront été mis à jour avec les partenaires territoriaux concernés		
	Assurer, dans chacun des RLS, le déploiement et le suivi des mécanismes nécessaires à la mise en œuvre des plans concertés avec les partenaires territoriaux pour le rehaussement des services aux personnes suicidaires conformément aux pratiques réputées efficaces en prévention du suicide	Répondante régionale prévention du suicide, équipes locales de santé mentale	Partenaires des RLS, organismes com. concernés
	Assurer le déploiement de réseaux de sentinelles dans chacun des territoires locaux en : • Cernant les besoins découlant du portrait régional • Implantant les réseaux sentinelles dans les milieux ciblés • Assurant le suivi de l'implantation	Équipes locales de santé mentale, répondante régionale prévention du suicide	Partenaires des RLS, milieux de vie des territoires locaux (milieux de travail et autres)
	Assurer le respect des standards ministériels de la Ligne nationale téléphonique d'intervention en prévention du suicide 1 866 APPELLE	Répondante régionale prévention du suicide	Ligne de prévention du suicide du Bas-Saint-Laurent

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
Collaboration à la planification et à la mise en œuvre d'actions en promotion de la santé mentale	Cible : D'ici 2021, chaque RLS aura mis en œuvre et évalué au moins un projet de promotion de la santé mentale, comprenant l'un ou l'autre des facteurs de protection identifiés (sentiment d'appartenance ou soutien social)		
	Motiver et soutenir la planification et la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé mentale en : • Présentant la vision de la promotion de la santé mentale positive aux différents responsables de programmes/clientèles du CISSS de la Gaspésie et du CISSS des Îles • Collaborant à l'identification des milieux de vie désirant s'engager en promotion de la santé mentale selon les réalités de leurs programmes/clientèles • Participant à la planification et la mise en œuvre d'actions identifiées et retenues par des milieux de vie de leurs programmes/clientèles respectifs • Contribuant à l'analyse et l'évaluation des différents projets mis en œuvre par les milieux de vie dans leurs programmes /clientèles respectifs	Répondante régionale santé mentale	Gestionnaires et intervenants des RLS, autres intervenants des milieux de vie impliqués, répondants régionaux autres dossiers

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
2-7 Élaboration des orientations nationales en matière de programmes de dépistage et de dépistage opportuniste ciblant les adultes et les aînés	Cible : D'ici 2021, les deux CISSS auront convenu d'une entente de coresponsabilités (avec la Direction de la cancérologie ou la Direction de l'organisation des services) pour la mise en œuvre de programmes de dépistage ou de dépistage opportuniste, selon les orientations nationales	Médecin-conseil, coordinatrice administrative du PQDCS (DRSP)	
	Soutenir le directeur national de santé publique en matière de programmes de dépistage et de dépistage opportuniste (PQDCS et autres à venir) en : - Assurant le suivi de l'atteinte des normes et exigences du cadre de référence pour la clientèle et les installations offrant les services du programme sur le territoire - Assurant les liens avec les directions concernées dans les CISSS (ententes de coresponsabilités à définir) en cas de non-respect des normes ou exigences techniques et organisationnelles établies dans les cadres de référence, et ce, afin de corriger les écarts		PQDCS : Chefs technologues, Direction des services multidisciplinaires CISSS Gaspésie, DSPro CISSS Gaspésie, Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires CISSS Îles, DSPro et enseignement médical CISSS Îles, départements d'imagerie médicale des deux CISSS, OGPAC <i>À déterminer selon les autres programmes à venir</i> PQDCS : Chef de service des labos, Direction des services multidisciplinaires CISSS Gaspésie, DSPro CISSS Gaspésie, Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires CISSS Îles, DSPro et enseignement médical CISSS Îles, départements d'imagerie médicale des deux CISSS <i>À déterminer selon les autres programmes à venir</i>

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 2-7 Élaboration des orientations nationales en matière de programmes de dépistage et de dépistage opportuniste ciblant les adultes et les aînés	(Suite) Soutenir le directeur national de santé publique en matière de programmes de dépistage et de dépistage opportuniste (PQDCS et autres à venir) en : • Soutenant le comité responsable des travaux nationaux relatifs aux normes professionnelles • Conseillant les directions concernées des CISSS à l'égard des activités de dépistage populationnel ou opportuniste des maladies chroniques incluant les cancers ainsi qu'au niveau des services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable	Médecin-conseil, coordinatrice administrative du PQDCS (DRSP)	

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) chez les femmes de 50 à 69 ans	Cibles : D'ici 2021, 100 % des femmes visées se seront fait offrir une mammographie de dépistage D'ici 2021, 70 % des femmes invitées auront participé au programme D'ici 2021, 100 % des résultats positifs se seront traduits par un suivi médical des femmes D'ici 2021, 100 % des centres désignés auront maintenu leur accréditation		
	Faire la promotion du PQDCS auprès de la population	Coordonnatrice administrative du PQDCS, médecin-conseil	Médias
	Appliquer le PQDCS auprès des femmes de 50 à 69 ans en : Invitant les femmes par l'envoi d'une lettre	Agente administrative, coordonnatrice administrative du PQDCS, médecin-conseil	
	Transmettant les résultats du dépistage aux femmes	Agente administrative, coordonnatrice administrative du PQDCS	
	Assurant le suivi des résultats positifs jusqu'au diagnostic (pour s'assurer que les femmes avec un résultat positif soient adéquatement prises en charge)	Coordonnatrice administrative du PQDCS	Chefs technologues, cliniques médicales (cliniques privées, UMF, CLSC, etc.)
	Organiser les visites de l'unité mobile (SARA ou CLARA)	Coordonnatrice administrative du PQDCS, médecin-conseil	Département d'imagerie médicale du CH régional du Grand-Portage CISSS BSL, Direction des services multidisciplinaires CISSS Gaspésie, DSPro CISSS Gaspésie, Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires CISSS Îles, DSPro et enseignement médical CISSS Îles, départements d'imagerie médicale des deux CISSS, INSPQ
	Évaluer l'atteinte des normes de qualité (programme d'assurance qualité)	Coordonnatrice administrative du PQDCS, médecin-conseil	Départements d'imagerie médicale et directions des CISSS

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
Soutien aux deux CISSS pour vérifier et étendre, s'il y a lieu, l'accessibilité du test de dépistage du cancer du col utérin (test de Papanicolaou)	Cible : D'ici 2021, toutes les femmes de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine auront accès au test de dépistage du cancer du col utérin (test de Papanicolaou)		
	Soutenir les deux CISSS pour la réalisation d'un sondage auprès des bureaux de médecins et des CLSC pour vérifier l'accessibilité du test de Pap, en • Collaborant à la rédaction d'un questionnaire • Collaborant à la collecte de données	Médecins-conseils	Direction de santé physique des deux CISSS
	Soutenir les deux CISSS pour informer la population des endroits où le service de dépistage est offert		
	Soutenir les deux CISSS pour la rédaction d'une ordonnance collective et assurer sa diffusion		

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
2-8 Soutien à l'intégration de la prévention dans les pratiques des professionnels de la santé	Cible : Le guide national de prévention clinique prévu pour 2018 sera connu des professionnels de la santé et des services sociaux du CISSS de la Gaspésie et du CISSS des Îles, pour les outiller en vue de l'intégration de la prévention dans leurs pratiques		
	Contribuer à l'intégration des interventions préventives prioritaires dans les parcours de soins et services à l'échelle territoriale en : Créant des arrimages avec les directions cliniques des deux CISSS si ceux-ci sont pertinents pour favoriser la qualité des soins et renforcer les activités préventives réalisées par les intervenants de santé publique	Directeur de santé publique, adjoint au directeur de santé publique, adjointe au directeur de santé publique, médecins-conseils	Professionnels de la DRSP, directeurs cliniques des CISSS, selon les interventions (DJ, DSM-D-SPG, DPJ, SAPA, Déficiences, PETRAAS, DSI, DSPro, services multidisciplinaires)

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
2.10 Soutien d'initiatives favorisant le développement et le renforcement des capacités des communautés d'agir sur leurs conditions de vie et leur environnement	Cible : D'ici 2021, les deux CISSS auront mis en place des mécanismes de collaboration avec les acteurs d'un territoire, afin de les soutenir dans : - la création d'environnements sains et sécuritaires - l'amélioration des conditions de vie - dans la vie associative au sein des communautés et dans le soutien aux initiatives portées par les citoyens - dans le développement de communautés solidaires - dans l'analyse des besoins, des enjeux, des contraintes et des opportunités au sein des communautés		
	Soutenir les initiatives et les interventions concertées favorisant la santé, le développement social et la réduction des inégalités sociales de santé en : Collaborant avec les municipalités, les MRC et la Conférence administrative régionale et les différentes instances de concertation concernées afin de promouvoir l'aménagement d'environnements favorables à la santé et à la qualité de vie de la population pour qu'elle adopte des modes de vie sains et sécuritaires	Directeur de santé publique, adjoint au directeur de santé publique, répondante régionale DC	IOC, ROCGÎM, organismes com., RESSORT, équipes régionale et locales de santé publique, MAPAQ
	- Maintenant l'engagement auprès des instances de concertation, à l'échelle des communautés locales* - Dégageant des enjeux territoriaux reliés aux environnements sains et sécuritaires avec les partenaires du milieu	Directeur de santé publique, adjoint au directeur de santé publique, répondante régionale DC, IOC	ROCGÎM, organismes com., RESSORT, équipes régionale et locales de santé publique, MAPAQ, acteurs citoyens
	Offrant de l'accompagnement basé sur une expertise de contenu, sur l'identification des meilleures pratiques, sur l'évaluation des impacts sur la santé ainsi que sur une connaissance des enjeux territoriaux	Répondante régionale DC, IOC	MRC, municipalités, écoles, CS, MAPAQ
	Collaborant, à la promotion ou à l'application de politiques publiques territoriales ou locales favorables à la santé et à la qualité de vie de la population (ex. : politique de développement social durable)		Municipalités, MRC, RESSORT, ROCGÎM, CIRADD, organismes com., MAPAQ

* Les communautés locales dépassent largement les définitions géographiques et administratives du territoire. Elles se définissent plutôt comme un milieu de vie, un territoire vécu avec un sentiment d'appartenance. Ces communautés locales peuvent être dotées d'instances de concertation et de décision.

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 2.10 Soutien d'initiatives favorisant le développement et le renforcement des capacités des communautés d'agir sur leurs conditions de vie et leur environnement	Poursuivre de travail de l'organisation communautaire au sein des CISSS de la GÎM, c'est-à-dire : • Contribuer à l'identification et à l'analyse des besoins, problèmes ou situations pouvant avoir un impact sur la santé et le bien-être de la population du territoire • Selon l'analyse des besoins et des problèmes identifiés, sensibiliser, conscientiser et mobiliser le milieu • Soutenir la vie associative et les projets issus des communautés • Supporter les organismes communautaires et les autres ressources existantes • Favoriser la concertation et la mobilisation des ressources du milieu • Soutenir la création de nouvelles ressources • Soutenir l'action sociale	IOC	Répondante régionale DC, directeur de santé publique, adjoint au directeur de santé publique

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
2-12 Collaboration à la planification et à la mise en œuvre d'initiatives visant : - l'aménagement et le développement d'infrastructures favorables à un mode de vie physiquement actif et à la sécurité dans les milieux de vie, particulièrement dans les communautés mal desservies ou défavorisées - l'accès physique et économique à des aliments de qualité dans les milieux de vie, particulièrement dans les communautés mal desservies ou défavorisées - la prévention du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes	Cibles : D'ici 2021, les deux CISSS auront convenu d'un mécanisme de collaboration concerté avec le milieu municipal, pour le déploiement de la démarche <i>Prendre soin de notre monde</i> D'ici 2021, les deux CISSS auront apporté un soutien aux acteurs municipaux dans le cadre des grandes démarches de planifications territoriales et de l'élaboration de projets d'aménagement ou d'infrastructures favorables à la santé		
	Établir des modalités de collaboration avec les acteurs des milieux municipaux en cohérence avec la démarche <i>Prendre soin de notre monde</i> et qui tiennent compte des déterminants de la santé, notamment en ce qui a trait aux inégalités sociales, en : Associant des acteurs municipaux à la réflexion et à l'action dès le début du travail et en favorisant la participation citoyenne ainsi que les citoyens ou les partenaires déjà intéressés au projet	Équipe régionale SHV	Partenaires régionaux SHV, RGLM
	Ayant une approche centrée sur les intérêts et les besoins exprimés par les instances municipales	Équipe régionale SHV, répondante régionale DC, IOC, infirmières scolaires, intervenantes des CAT	MAMOT, MTQ, MAPAQ, URLS, MDDELCC
	Capitalisant sur les projets des municipalités, ainsi que sur les approches, leviers, outils et programmes existants		Municipalités, élus, intervenants des RLS, MAMOT, MTQ, MAPAQ, URLS, Capsana
	Optimisant la contribution des partenaires en favorisant leur capacité d'agir, leur cohésion et leur cohérence		Municipalités, organismes communautaires

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 2-12 Collaboration à la planification et à la mise en œuvre d'initiatives visant : - l'aménagement et le développement d'infrastructures favorables à un mode de vie physiquement actif et à la sécurité dans les milieux de vie, particulièrement dans les communautés mal desservies ou défavorisées - l'accès physique et économique à des aliments de qualité dans les milieux de vie, particulièrement dans les communautés mal desservies ou défavorisées - la prévention du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes	Favoriser l'émergence d'initiatives locales et territoriales qui soutiennent la création d'environnements sains et sécuritaires, en cohérence avec la démarche <i>Prendre soin de notre monde</i>, et qui tiennent compte des déterminants de la santé, notamment en ce qui a trait aux inégalités sociales, en : Accompagnant les instances municipales dans la mise en œuvre d'actions	IOC	Tous les partenaires impliqués autour du projet, équipe régionale SHV, Capsana
	Privilégiant une offre de service intégrée et en assurant les arrimages avec les autres secteurs de la santé, lorsque requis (ex. : sécurité civile, service de l'environnement et de la gestion du territoire)	Équipe régionale SHV, répondante régionale DC, IOC	
	Suscitant des occasions d'échange et de partage d'expériences pour favoriser le réseautage et le rayonnement des expériences prometteuses		Écoles, municipalités, organismes com., URLS, RGLM, Capsana
	Animer ou participer aux travaux des instances de concertations locales et territoriales travaillant à la création d'environnements sains et sécuritaires	Équipe régionale SHV, répondante régionale DC, IOC	Concertations locales et régionales
	Élaborer un cadre de référence régional pour favoriser l'autonomie alimentaire de la population, en : - Se donnant une vision commune de ce qu'est l'autonomie alimentaire et ses déterminants - Définissant un continuum d'interventions afin de favoriser l'autonomie alimentaire	Répondante régionale sécurité alimentaire	IOC, organismes com. en sécurité alimentaire, répondante régionale saine alimentation, nutritionnistes des CISSS, tous les acteurs en sécurité alimentaire des MRC, table des préfets, municipalités, RESSORT, TIR SHV
	Assurer le suivi du dossier sécurité alimentaire et de la saine alimentation pour tous	Répondante régionale sécurité alimentaire	IOC, répondante régionale saine alimentation

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
2-13 Collaboration à l'évaluation des impacts sur la santé dans le cadre : - du processus gouvernemental d'évaluation environnementale de divers projets de développement, incluant une dimension psycho-sociale - de la révision de plans et de schémas d'aménagement et de développement du territoire - d'autres projets de développement à tous les paliers de gouverne	Participer aux processus d'évaluation des impacts sur l'environnement, en : Analysant d'un point de vue de santé publique (santé physique, psychologique et sociale) la recevabilité des études d'impact et l'acceptabilité des projets dans le respect des orientations des autorités de santé publique	Directeur régional de santé publique, répondante régionale SE, médecins-conseils	Autres équipes de la DRSP et du CISSS selon la nature du projet
	- Participant aux audiences du Bureau des audiences publiques sur l'environnement (BAPE) - Participant aux séances de consultation publique sur les projets d'élevage porcin, prévues à la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme		MDDELCC
	Participer au processus de révision des schémas d'aménagement et des règlements de contrôle intérimaire des MRC et de l'Agglomération des Îles-de-la-Madeleine en appliquant les orientations gouvernementales en matière d'aménagement et d'occupation du territoire	Directeur régional de santé publique	Répondante régionale SE Au besoin : médecins-conseils, équipe régionale SHV et autres directions du CISSS

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
2-14 Collaboration à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé notamment associées : • aux saines habitudes de vie et aux comportements sains et sécuritaires • à la qualité et à la sécurité de l'environnement physique • aux conditions de vie • au vieillissement de la population en santé	Cible : D'ici 2021, le MSSS et les deux CISSS auront collaboré à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques en faveur de l'adoption de modes de vie et de la création d'environnements sains et sécuritaires		
	Collaborer à la mise en œuvre, au suivi et à la mise à jour des politiques sur les saines habitudes de vie dans les milieux de vie en : • Offrant un accompagnement aux intervenants du réseau et aux partenaires intersectoriels locaux en vue d'améliorer la qualité de l'alimentation et la promotion d'un mode de vie physiquement actif dans les différents milieux de vie	Équipe régionale SHV	Direction des CISSS, communications du CISSS, TIR SHV, Conseil de développement bioalimentaire de la Gaspésie, <i>Bon goût frais des Îles</i> , MEESR, MAPAQ, répondante régionale clientèle 5-18 ans, services de garde, dentiste-conseil, MSSS
	Actualiser les priorités du Plan d'action sur les changements climatiques 2013-2020 visant à soutenir la recherche en adaptation et à prévenir et limiter les maladies, les blessures, la mortalité et les impacts psychosociaux en : • Sensibilisant les décideurs, les partenaires et la population aux impacts potentiels sur la santé des changements climatiques	Directeur régional de santé publique	Équipe régionale MI, responsable régionale SE
	Collaborer, en fonction des opportunités, avec les partenaires territoriaux des autres secteurs d'activité et sur la base des meilleures connaissances disponibles, à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables à l'adoption de modes de vie et à la création d'environnements sains et sécuritaires	Directeur régional de santé publique, équipe régionale SHV	Municipalités, MDDELCC, MTQ, direction des CISSS, service de communications des CISSS, TIR SHV, Conseil de développement bioalimentaire de la Gaspésie, <i>Bon goût frais des Îles</i> , MEESR, MAPAQ, répondante régionale clientèle 5-18 ans, services de garde

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
Soutien à l'application des mesures pour améliorer la sécurité chez les usagers de véhicules hors route notamment : • l'aménagement sécuritaire des sentiers • le contrôle de la vitesse • la réduction de la conduite avec facultés affaiblies • le port d'équipement de protection	Offrir une expertise-conseil aux partenaires responsables de l'application des mesures de sécurité	Répondant régional traumatismes	MTQ (ou son mandataire), INSPO, Sûreté du Québec

Les services pour les personnes de 65 ans et plus

Quelques-uns des constats du portrait de santé régional
- En 2011, 84 % des aînés de 75 ans et plus vivent en ménage privé - En 2011, 31 % des aînés de 75 ans et plus vivent seuls - En 2009-2010, 58 % des aînés de 65 ans et plus ont un niveau très élevé de soutien social

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
2-4 Interventions multifactorielles non personnalisées pour prévenir les chutes chez les aînés vivant à domicile [Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)]	Cible : D'ici 2021, le programme PIED sera offert de façon régulière (au moins une fois/année) dans chacun des territoires de RLS		
	Offrir des services communautaires préventifs aux personnes âgées de 65 ans et plus, autonomes, préoccupées par leur équilibre ou par les chutes (par exemple le programme PIED) en :		
	Participant à la promotion du programme	Répondant régional santé des aînés, animateurs PIED, IOC	
	Assurant le suivi de gestion		
	Fournissant une expertise-conseil et le matériel d'accompagnement	Répondant régional santé des aînés	INSPQ et CIUSSS de Montréal
	Assurant la formation des animateurs	Répondant régional santé des aînés, CISSS (organisation de la formation)	
	Effectuant le suivi des aînés ayant participé à PIED	Animateurs PIED	Animateurs Viactive, municipalités (services de loisirs), org. com.
	Explorant de nouveaux modes de dispensation des services afin d'en améliorer l'accessibilité¹⁰ (incluant le développement d'alliances pour le recrutement et la dispensation du programme ainsi que la formation des nouveaux animateurs)	Répondant régional santé des aînés, animateurs PIED, cadres SAPA, IOC	MSSS (DGSP), municipalités (services de loisirs), clubs de l'âge d'or, organismes com.

¹⁰ Le programme PIED peut être offert par différents acteurs (mission CLSC d'un CISSS, centre d'action bénévole, service des loisirs d'une municipalité, résidence pour aînés, etc.). Ceci dit, l'animation du programme doit être confiée à un professionnel apte à l'animer en toute sécurité (ex. : kinésologue, physiothérapeute, ergothérapeute, technicien en réadaptation physique) (Formation PIED – INSPQ, 2005; Guide d'animation PIED, 2011). Le défi pour les acteurs (autres que le CISSS) consistera à recruter ces animateurs.

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
2-5 Collaboration à la planification et à la mise en œuvre de projets favorisant la santé et le maintien de l'autonomie des aînés, notamment liée : - à la création d'environnements physiques sains et sécuritaires - aux problématiques psychosociales, incluant la maltraitance et l'isolement - à la santé dentaire	Cible : D'ici 2021, les deux CISSS auront mis en œuvre des projets pilotes favorisant la santé et le maintien de l'autonomie des aînés		
	Soutenir la capacité d'agir et favoriser la participation des acteurs territoriaux dans la planification et la mise en œuvre de projets favorisant la santé et le maintien de l'autonomie, en : Offrant une expertise-conseil aux intervenants qui agissent auprès des aînés	Répondant régional santé des aînés, dentiste-conseil, hygiénistes dentaires, personnel infirmier	Professionnels des établissements, membres du personnel et bénévoles des organismes com., entreprises d'économie sociale, municipalités, répondantes régionales SHV, responsables du RSIPA, INSPQ, MFA, carrefour d'information municipale
	Contribuant à la formation des intervenants selon les besoins et en assurant pour le CISSS des Îles un suivi de formation aux intervenants en lien avec l'utilisation du guide de référence sur la maltraitance	Répondant régional santé des aînés, coordonnatrice régionale du dossier maltraitance (MFA)	INSPQ, hygiénistes dentaires, personnel infirmier
	Participant à l'élaboration et à l'évaluation de projets pilotes	Répondant régional santé des aînés, dentiste-conseil	MSSS (DGSP), INSPQ, municipalités MADA, hygiénistes dentaires, personnel infirmier
	Soutenir la mobilisation et la concertation multisectorielle locale en faveur des aînés, en : - Soutenant les organismes de concertation - Participant aux rencontres	Répondant régional santé des aînés, répondante régionale DC, IOC	Coordonnatrice régionale responsable du dossier maltraitance (MFA), membres des tables multisectorielles locales, clubs des 50 ans et +, MFA

Note : « Les actions relatives à ce service pourraient être révisées en fonction des discussions en cours et de la consultation à venir auprès de la Direction générale des services sociaux du MSSS » (MSSS, Plan d'action thématique tripartite, version du 11 avril 2016, axe 2, note 2, p. 4)

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 2-5 Collaboration à la planification et à la mise en œuvre de projets favorisant la santé et le maintien de l' autonomie des aînés , notamment liée : - à la création d'environnements physiques sains et sécuritaires - aux problématiques psychosociales, incluant la maltraitance et l'isolement - à la santé dentaire	Élaborer un programme de soins d'hygiène buccodentaire auprès des résidents des CHSLD et des USLD et auprès des aînés vivant à domicile	Dentiste-conseil	Répondant régional santé des aînés, adjoint au directeur de santé publique, hygiénistes dentaires, personnel soignant des RLS (auxiliaires familiales, infirmières auxiliaires, préposés, personnel infirmier)
	Mettre en œuvre le programme auprès des clientèles visées	Hygiénistes dentaires, personnel soignant des RLS (auxiliaires familiales, infirmières auxiliaires, préposés, personnel infirmier)	Dentiste-conseil, répondant régional santé des aînés, adjoint au directeur de santé publique

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
Soutien à la mise en œuvre d'activités intégrées de prévention des chutes	Participer aux travaux de réalisation et d'implantation d'activités intégrées de prévention des chutes	Répondant régional santé des aînés	Cadres et intervenants du CISSS de la Gaspésie et du CISSS des Îles en prévention des chutes (volets hospitalier et hébergement)
	Soutenir les cinq RLS offrant des activités complémentaires au programme PIED (ex. : volet personnalisé IMP, ARCADE, etc.)	Répondant régional santé des aînés	Intervenant dédié IMP, intervenant ARCADE

Les services pour les travailleurs

Quelques-uns des constats du portrait de santé régional

- En 2008, 28 % des travailleurs et travailleuses ont un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail. La position debout prolongée est la plus fréquente : 57 % des travailleurs et travailleuses y sont exposés
- En 2008, 7,3 % des travailleurs et travailleuses sont souvent, voire tout le temps, exposés au bruit intense en milieu de travail
- En 2008, 48 % des travailleurs et travailleuses ont une faible latitude décisionnelle à leur travail et 32 % ont des exigences psychologiques élevées (quantité excessive de travail exigée, demandes contradictoires, interruptions et distractions fréquentes dans la réalisation des tâches)

Les services offerts dans le cadre de l'entente MSSS-CNESST

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
2-15 Identification, évaluation et documentation des postes de travail pour la travailleuse enceinte ou qui allaite, et recommandations aux médecins traitants (programme <i>Pour une maternité sans danger</i>)	Cibles : D'ici 2021, les deux CISSS auront, avec l'INSPOQ, élaboré et appliqué les guides nationaux de pratique professionnelle tout en disposant d'une banque nationale de postes de référence normalisés D'ici 2021, les deux CISSS auront répondu à 100 % des demandes des travailleuses faites dans le cadre du programme <i>Pour une maternité sans danger</i> transmises par le médecin traitant, dont 80 % dans un délai de trois jours ouvrables		
	Effectuer l'évaluation des risques pour la travailleuse enceinte ou qui allaite et émettre des recommandations harmonisées au médecin traitant, en cohérence avec les guides nationaux de pratiques professionnelles	Médecin-conseil	Intervenants locaux en santé au travail (DRSP)

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
2.16 Services relatifs à la mise en application des programmes de santé au travail, en fonction des priorités établies par la CNESST (programmes de santé spécifiques à l'établissement et programmes de santé sectoriels), notamment : - la détermination et l'évaluation des risques pour la santé liés aux milieux de travail - l'information et la sensibilisation des employeurs et des travailleurs sur les risques pour la santé et les mesures de prévention et de contrôle de l'exposition des travailleurs	Cible : D'ici 2021, les deux CISSS auront réalisé les activités prévues au cahier des charges établi annuellement avec la CNESST		
	Procéder à la planification sanitaire visant le développement d'environnements de travail favorables à la santé et l'identification précoce d'atteintes à la santé en :		
	Réalisant les interventions de surveillance et d'évaluation de la qualité des milieux de travail pour l'élaboration et la mise en application des programmes de santé spécifiques à l'établissement	Infirmières, techniciens en hygiène, médecins-conseils, médecins responsables	Autres membres de l'équipe régionale SAT CNESST, IRSST, RSPSAT
	Informant les employeurs et les travailleurs sur les risques présents dans le milieu de travail, les effets sur la santé ou les mesures de prévention, de protection ou de contrôle		Autres membres de l'équipe régionale SAT, INSPQ, RSPSAT
	Réalisant les activités de dépistage ou de surveillance médicale pertinentes en vue de détecter précocement des atteintes à la santé ciblées pouvant être provoquées ou aggravées par le travail	Infirmières, médecins-conseils, médecins responsables	IRSST, INSPQ, RSPSAT, médecins spécialistes, médecins de famille
	Soutenant le milieu de travail pour une organisation adéquate des premiers secours et premiers soins		CNESST, IRSST, RSPSAT
	Signalant les déficiences dans les conditions de santé, de sécurité ou de salubrité susceptibles de nécessiter des mesures de prévention	Infirmières, techniciens en hygiène, équipe régionale SAT	CNESST, directeur de santé publique
	Soutenant les milieux de travail dans la mise en œuvre de mesures de prévention afin de protéger la santé des travailleurs ou de prévenir précocement des atteintes à la santé	Infirmières, techniciens en hygiène, médecins-conseils, médecins responsables	Autres membres de l'équipe régionale SAT, CNESST, ASP, INSPQ, ressources externes, firmes, consultants, professionnels de la DRSP

Les services complémentaires aux services offerts dans le cadre de l'entente MSSS-CNESST

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
2-18 Information et sensibilisation favorisant la responsabilisation des employeurs et des travailleurs à l'égard de la santé globale	Cible : D'ici 2021, les deux CISSS auront fait la promotion des initiatives visant la santé globale de la population au travail		
	Identifier des partenaires et des modalités de collaboration sur une base territoriale permettant l'émergence d'initiatives visant la santé globale de la population au travail	Équipe régionale SAT	Répondante régionale santé mentale, équipe régionale SHV, répondante régionale cessation du tabagisme, INSPQ
	Informers et sensibiliser les milieux de travail à l'égard de la santé globale en : Intégrant des notions de santé globale à travers nos activités de prévention dans le cadre de la mise en application des programmes de santé spécifiques à l'établissement	Infirmières, techniciens en hygiène	Équipe régionale SAT, répondante régionale santé mentale, équipe régionale SHV, répondante régionale cessation du tabagisme, INSPQ

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
2-19 Soutien à l'élaboration et à la mise en oeuvre de mesures de prévention portant sur des problématiques spécifiques à certains milieux de travail non ciblés par la réglementation en santé et en sécurité du travail et à certains groupes de travailleurs vulnérables	<i>Note : Pour ce service, le programme national de santé publique ne définit aucune cible pour les CISSS</i> Cible : D'ici 2020, le MSSS aura développé une instrumentation visant à soutenir des milieux de travail qui veulent mettre en place des mesures préventives destinées à des groupes de travailleurs vulnérables qui ne sont pas ciblés par les mécanismes de prévention prévus dans la législation et la réglementation en santé et en sécurité du travail		
	Offrir le support approprié à des milieux de travail volontaires qui souhaitent mettre en place des mesures préventives pour des groupes de travailleurs non ciblés par les mécanismes de prévention prévus dans la législation et la réglementation en santé et en sécurité du travail en : • Identifiant des milieux de travail volontaires • Diffusant l'instrumentation développée et en offrant de l'accompagnement aux milieux de travail volontaires, à leur demande • Contribuant à l'évaluation des résultats, le cas échéant, en collaboration avec l'INSPQ	Infirmières, techniciens en hygiène, médecins-conseils, médecins responsables	INSPQ, RSPSAT

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
2-20 Soutien à des milieux de travail pour la mise en œuvre de démarches de promotion de la santé comprenant :	Cible : D'ici 2021, avoir réalisé des activités de promotion de la santé auprès des deux CISSS		
- un volet individuel (habitudes de vie du personnel) - un volet organisationnel (équilibre travail/vie personnelle, environnement de travail, pratiques de gestion)	Promouvoir une approche de promotion de la santé de type Entreprise en santé, en faisant connaître les outils et les activités de formation développés à cet égard Accompagner les CISSS dans une démarche d'amélioration de la santé et de la qualité de vie des employés	Équipe régionale SHV, répondante régionale cessation du tabagisme, répondante régionale santé mentale	CISSS de la Gaspésie, CISSS des Îles, équipe régionale SAT, intervenants locaux SAT, INSPQ

La prévention des maladies infectieuses

Les services de santé publique sous ce troisième axe ont pour but d'éviter l'apparition des maladies infectieuses ou de freiner, le cas échéant, leur transmission dans différents milieux de vie comme les milieux de soins et d'hébergement, les milieux de travail, les écoles et les services de garde éducatifs à l'enfance. Les services s'adressent à la population ainsi qu'aux acteurs des milieux, aux organismes et aux ministères concernés au regard de divers risques infectieux et phénomènes émergents associés (MSSS, 2015).

Objectifs

- Prévenir l'apparition des maladies évitables par la vaccination et contribuer à leur élimination
- Prévenir les ITSS
- Prévenir l'exposition aux risques infectieux dans les milieux de vie et les milieux de soins

Les services de santé publique sous cet axe se déclinent comme suit :

- Les services pour prévenir de manière globale les maladies infectieuses
- Les services pour prévenir les maladies évitables par la vaccination
- Les services pour prévenir les ITSS
- Les services pour prévenir l'exposition aux risques infectieux dans les milieux de vie et les milieux de soins

Plus précisément, les acteurs de santé publique œuvrant dans le domaine des maladies infectieuses sont fréquemment appelés à **informer et sensibiliser la population et leurs partenaires** sur les risques infectieux et les moyens de les prévenir, notamment les maladies évitables par la vaccination, les ITSS, les maladies entériques et les infections nosocomiales. La **vaccination** occupe aussi une place importante dans ce troisième axe ainsi que les mesures de **contrôle de la qualité et de la sécurité des vaccins**. Dans notre région, la vaccination relève principalement du réseau de santé publique. Toutefois, les cliniques privées, les GMF et les pharmacies offrent parfois ce genre de services. Pour ces **vaccinateurs**, la santé publique offre des **services de soutien**, afin qu'ils respectent les recommandations et les avis scientifiques et que les pratiques professionnelles en immunisation soient optimales. Un autre pan important de ce troisième axe est celui **des services de dépistage et de prévention des ITSS**. Ces services sont nombreux et incluent l'information et le counseling, la vaccination, l'accès à du matériel de prévention, le traitement, et des interventions préventives auprès des personnes atteintes et de leurs partenaires sexuels. Enfin, la santé publique poursuivra ses collaborations avec les **milieux de soins et d'hébergement et les milieux de vie** pour mettre en place, dans ses milieux, des mesures de prévention de la transmission des maladies infectieuses (**infections nosocomiales et grippe**).

Les services pour prévenir de manière globale les maladies infectieuses

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
3-1 Information et sensibilisation de la population et des partenaires sur les risques infectieux et les phénomènes émergents associés, ainsi que les moyens pour les prévenir, notamment : - les maladies évitables par la vaccination - les ITSS - les maladies transmissibles par les animaux ou par des vecteurs - les maladies entériques liées à la consommation d'eau et d'aliments - les infections respiratoires - les infections nosocomiales - l'antibiorésistance	Cibles : D'ici 2021, 80 % de la population connaîtra les moyens recommandés de prévention des maladies infectieuses, notamment : - les vaccins et le calendrier de vaccination - l'hygiène des mains - l'hygiène respiratoire - les pratiques sexuelles et de consommation de drogues sécuritaires - le matériel de prévention des ITSS - le dépistage des ITSS - l'utilisation judicieuse et appropriée des antibiotiques - les moyens appropriés de protection contre les tiques et les moustiques D'ici 2021, 95 % des partenaires auront accès à une information scientifique de qualité sur les risques infectieux et phénomènes émergents, et les moyens de les prévenir		
	Promouvoir la vaccination et le respect du calendrier vaccinal auprès de la population et des partenaires du secteur de la santé et des services sociaux et des autres secteurs d'activité	Répondante régionale immunisation, médecins-conseils, GPI, vaccinateurs	Médecins et infirmières de la région

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 3-1 Information et sensibilisation de la population et des partenaires sur les risques infectieux et les phénomènes émergents associés, ainsi que les moyens pour les prévenir, notamment : • les maladies évitables par la vaccination • les ITSS • les maladies transmissibles par les animaux ou par des vecteurs • les maladies entériques liées à la consommation d'eau et d'aliments • les infections respiratoires • les infections nosocomiales • l'antibiorésistance	Informar la population du territoire, en collaboration avec la direction des communications des CISSS, dans la perspective de soutenir la prise de décision concernant la prévention des maladies transmissibles en : • Faisant connaître les mesures de prévention des maladies infectieuses reconnues efficaces	Équipe régionale MI, infirmières en périnatalité, santé-voyage, vaccinateurs, infirmières scolaires, infirmières SIDEPE	DSI du CISSS, milieu scolaire, services de garde, Info-Santé, répondante régionale SE, service des communications des CISSS, tous les ministères concernés, médias de la région
	• Faisant connaître les services de dépistage des ITSS disponibles	Répondante régionale ITSS jeunesse, répondante régionale ITSS, équipe régionale MI, infirmières scolaires – cliniques jeunesse, infirmières SIDEPE	Santé-voyage, travailleurs sociaux, travailleurs de milieu ou de corridor, milieu scolaire (incluant enseignement aux adultes et formation professionnelle), médecins de la région, infirmières en périnatalité, organismes communautaires, GMF et autres endroits fréquentés par les jeunes, service des communications des CISSS, médias de la région
	• En faisant connaître les services de vaccination disponibles	Répondante régionale immunisation, médecins-conseils, vaccinateurs (périnatalité, SIDEPE, santé-voyage, vaccination des adultes)	Service des communications des CISSS, DJ, médias de la région, acteurs locaux de santé publique, médecins, sages-femmes et infirmières des CISSS

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 3-1 Information et sensibilisation de la population et des partenaires sur les risques infectieux et les phénomènes émergents associés, ainsi que les moyens pour les prévenir, notamment : • les maladies évitables par la vaccination • les ITSS • les maladies transmissibles par les animaux ou par des vecteurs • les maladies entériques liées à la consommation d'eau et d'aliments • les infections respiratoires • les infections nosocomiales • l'antibiorésistance	Informar la population du territoire, les professionnels de la santé et des services sociaux et d'autres partenaires territoriaux, en collaboration avec la direction des communications des CISSS, sur les risques infectieux et les moyens de prévention efficaces, notamment en : • Rendant accessibles et en mettant à jour des plateformes d'information	Équipe régionale MI, répondante régionale ITSS jeunesse, infirmières scolaires, infirmières SIDEPE	Service des communications des CISSS, répondante régionale SE, Info-Santé
	• Diffusant des bulletins et d'autres outils d'information, selon les besoins		MSSS, INSPQ, milieux scolaires et organismes communautaires, travailleurs de milieu et de corridor, IPI, service des communications des CISSS
	Promouvoir l'utilisation du matériel de prévention des ITSS par divers outils d'information et le rendre accessible pour des groupes ciblés de la population du territoire (ex. : condoms, matériel d'injection et d'inhalation)	Répondante régionale ITSS, répondante régionale ITSS jeunesse, infirmières scolaires, infirmières SIDEPE	Pharmacies communautaires, urgences, réception des CLSC, milieux scolaires, organismes communautaires, centre jeunesse, centres de santé autochtones, MSSS
	Élaboration de stratégies de prévention des ITSS et conception d'outils de sensibilisation et de prévention		

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
3-8 Soutien à l'intégration de la prévention dans les pratiques des professionnels de la santé	Cible : Le guide national de prévention clinique prévu pour 2018 sera connu des professionnels de la santé et des services sociaux du CISSS de la Gaspésie et du CISSS des Îles, pour les outiller en vue de l'intégration de la prévention dans leurs pratiques		
	Contribuer à l'intégration des interventions préventives prioritaires dans les parcours de soins et services à l'échelle territoriale en : Créant des arrimages avec les directions cliniques des deux CISSS si ceux-ci sont pertinents pour favoriser la qualité des soins et renforcer les activités préventives réalisées par les intervenants de santé publique	Directeur de santé publique, adjoint au directeur de santé publique, adjointe au directeur de santé publique, médecins-conseils	Professionnels de la DRSP, directeurs cliniques des CISSS, selon les interventions (DJ, DSM-D-SPG, DPJ, SAPA, Déficiences, PETRAAS, DSI, DSPro, services multidisciplinaires)

Les services pour prévenir les maladies évitables par la vaccination

Quelques-uns des constats du portrait de santé régional
- Plusieurs maladies évitables par la vaccination ont connu une baisse. Par exemple, aucun cas de rubéole n'a été rapporté depuis 20 ans et depuis l'an 2000, seulement deux cas d'oreillons ont été déclarés alors que la coqueluche ne fait que trois à quatre cas annuellement - Les infections invasives à <i>Streptococcus pneumoniae</i> sont les maladies évitables par la vaccination qui font le plus de cas avec une moyenne de onze par année en 2011-2015

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
3-2 Vaccination des groupes suivants : - les enfants âgés de 2 à 23 mois - les enfants âgés de 4 à 6 ans - les élèves de la 4^e année du primaire et de la 3^e année du secondaire, en milieu scolaire - les personnes atteintes de maladies chroniques - les adultes, incluant les travailleurs à risque - les personnes de 60 ans et plus	Cibles : D'ici 2021, 95 % des enfants 0-6 ans auront reçu toutes les doses prévues au calendrier de vaccination du Programme québécois d'immunisation dans les délais prescrits D'ici 2021, 90 % des élèves d'âge scolaire auront reçu les vaccins recommandés au calendrier de vaccination du Programme québécois d'immunisation D'ici 2021, 80 % des malades chroniques âgés de 18 à 59 ans auront reçu la vaccination antigrippale		
	Mettre en place des conditions permettant de réaliser adéquatement les activités de vaccination en : Fournissant l'expertise-conseil sur l'application des recommandations ainsi que sur les pratiques professionnelles et organisationnelles reconnues efficaces	Répondante régionale immunisation, médecins-conseils	Équipe régionale MI
	- Informant les vaccinateurs et les décideurs sur les résultats atteints par les services de vaccination (couvertures vaccinales et résultats aux indicateurs de performance et de gestion) et sur les améliorations à apporter - Assurant la disponibilité d'une information de qualité afin de contribuer à réduire le phénomène d'hésitation à la vaccination	Répondante régionale immunisation, médecins-conseils, vaccinatrices	Équipes en périnatalité, pédiatres, médecins de famille, infirmières SAD

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 3-2 Vaccination des groupes suivants : • les enfants âgés de 2 à 23 mois • les enfants âgés de 4 à 6 ans • les élèves de la 4^e année du primaire et de la 3^e année du secondaire, en milieu scolaire • les personnes atteintes de maladies chroniques • les adultes, incluant les travailleurs à risque • les personnes de 60 ans et plus	• Fournissant aux vaccinateurs et au personnel impliqué les informations et outils leur permettant d’améliorer leur compréhension du bien-fondé du respect du calendrier de vaccination et les stratégies permettant d’y arriver	Répondante régionale immunisation	
	• Collaborant au développement des compétences des vaccinateurs	Répondante régionale immunisation, adjoint au directeur de santé publique	
	• S’assurant que les vaccinateurs ont les conditions requises pour répondre à leurs obligations légales au regard du registre de vaccination	Adjoint au directeur de santé publique	
	Adapter l’offre de service en vaccination en : • Offrant des services de vaccination dans ou à proximité des milieux de vie	Infirmières vaccinatrices, adjointe au directeur de santé publique	
	• Offrant des services de vaccination en complémentarité des services offerts lors d’une visite auprès d’un professionnel de la santé		
	• Offrant les services de vaccination à des moments répondant aux besoins de la population et des familles (ex. : plages horaires variées de vaccination incluant de soir et de fin de semaine)		
	• Offrant les services de vaccination répondant aux besoins des clientèles vulnérables (ex. : groupes socioéconomiquement défavorisés, immigrants, personnes avec des allergies, etc.)		
	• S’assurant que les autres interventions qui sont faites lors de la vaccination soient conformes aux données probantes et utilisent des outils validés	Répondante régionale en périnatalité, intervenantes locales en périnatalité et jeunesse	

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 3-2 Vaccination des groupes suivants : • les enfants âgés de 2 à 23 mois • les enfants âgés de 4 à 6 ans • les élèves de la 4 ^e année du primaire et de la 3 ^e année du secondaire, en milieu scolaire • les personnes atteintes de maladies chroniques • les adultes, incluant les travailleurs à risque • les personnes de 60 ans et plus	Utilisant le registre de vaccination aux fins des interventions de rappel¹¹ de la vaccination, de relance¹², ou de promotion de la vaccination auprès des personnes de son territoire	Répondante régionale immunisation	Infirmières vaccinatrices
	Exploitant les systèmes d’information disponibles pour suivre les activités de vaccination dans et hors CLSC (ex. : vaccins distribués)		
	Vacciner la clientèle petite enfance en : Offrant une prise de rendez-vous cohérente en respect du calendrier de vaccination	Infirmières vaccinatrices, adjointe au directeur de santé publique	
	Maintenant la possibilité de rendez-vous de « dernière minute », en ajoutant des plages horaires pour respecter le calendrier vaccinal		
	Effectuant le rappel de la vaccination prévue à 2 mois auprès des parents et en offrant une prise de rendez-vous précoce		
	Effectuant la relance auprès des parents des enfants non vaccinés à 2 mois (pour un rendez-vous de vaccination manqué ou si la date prévue de vaccination est dépassée)		
	Effectuant la confirmation de rendez-vous (en considérant ou explorant de nouvelles avenues, ex. : par message texte)		
	Suivant les données de performance et les indicateurs de gestion, en effectuant une rétroaction et en les utilisant pour améliorer l’offre de service	Répondante régionale immunisation, médecins-conseils, infirmières vaccinatrices	

¹¹ « Le rappel, soit le fait de rappeler à un individu dans les jours ou les semaines qui précèdent la date de vaccination prévue de faire vacciner son enfant ou de se faire vacciner par différents moyens (lettre, carte postale, appel téléphonique, etc.). » Tiré de : *Promotion de la vaccination : agir pour maintenir la confiance*, INSPQ, juin 2014.

¹² « La relance est l'utilisation d'un moyen (lettre, carte postale, appel téléphonique, etc.) après un rendez-vous de vaccination manqué pour signaler à l'individu l'importance de recevoir le vaccin et, si possible, fixer un autre rendez-vous pour la vaccination. » Tiré de Dubé E., C. Sauvageau, N. Boulianne, M. Guay, G. Petit et D. Audet. *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec*, Québec, INSPQ, 2011.

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 3-2 Vaccination des groupes suivants : • les enfants âgés de 2 à 23 mois • les enfants âgés de 4 à 6 ans • les élèves de la 4^e année du primaire et de la 3^e année du secondaire, en milieu scolaire • les personnes atteintes de maladies chroniques • les adultes, incluant les travailleurs à risque • les personnes de 60 ans et plus	Vacciner la clientèle d'âge scolaire en : • Effectuant la vaccination à l'école selon le Programme québécois d'immunisation (PIQ), incluant les activités de rappel/relance	Infirmières vaccinatrices	Milieu scolaire
	• Mettant à jour les carnets de vaccination selon les orientations du MSSS		
	Vacciner les adultes et les travailleurs de la santé selon les recommandations du PIQ		CISSS Gaspésie, CISSS îles, autres employeurs
	Vacciner contre la grippe tous les groupes cibles selon les recommandations du PIQ en ayant recours à des pratiques organisationnelles permettant de mieux joindre les groupes (ex. : vaccination des bébés et de leurs parents lors de la vaccination régulière, vaccination des malades chroniques dans les cliniques de suivi, vaccination à haut débit, vaccination dans les milieux de vie)		
	Participer au maintien et à l'alimentation du Registre de vaccination du Québec auprès de tous les vacinateurs en conformité avec les exigences légales en procédant à l'enregistrement par les vacinateurs des actes de vaccination effectués		

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
3-3 Contrôle de la qualité et de la sécurité des vaccins	Cibles : D'ici 2021, les pertes de vaccins auront été maintenues à moins de 5 % D'ici 2021, 100 % des dépôts et des sites de vaccination auront eu le matériel adéquat pour le maintien de la chaîne de froid, selon le Guide des normes et pratiques de gestion des vaccins D'ici 2021, les délais de déclarations de MCI sérieuses, de traitement de l'enquête et de saisie des manifestations cliniques sévères inhabituelles après la vaccination auront diminué		
	Coordonner la gestion et la distribution régionale des vaccins du Programme québécois d'immunisation en :	Répondante régionale immunisation	GPI
	• Appliquant la circulaire 2015-2020 qui définit la politique de gestion des produits immunisants selon les lois, normes et responsabilités des intervenants concernés		
	• S'assurant de l'approvisionnement efficace et sécuritaire des vaccins et de leur gestion adéquate tout au long de la chaîne de distribution	Répondante régionale immunisation, GPI	
	• Veillant à l'application du Guide des normes et pratiques de gestion des vaccins et du respect du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)		
	• Concluant des ententes avec les vaccinateurs (hors CISSS) et en s'assurant de leur respect	Répondante régionale immunisation	Cliniques médicales, pharmaciens
	Surveiller les bris de chaîne de froid, les gérer et émettre les recommandations nécessaires à la conservation/destruction des produits immunisants; inscrire les bris de chaîne de froid dans SI-PMI	Répondante régionale immunisation, GPI	

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 3-3 Contrôle de la qualité et de la sécurité des vaccins	Maintenir et soutenir le développement des compétences des personnes responsables de la gestion des vaccins dans les deux CISSS	Répondante régionale immunisation, GPI, adjointe au directeur de santé publique	
	Mettre en place des moyens pour éviter les pertes de vaccins et utiliser les données disponibles pour évaluer et mettre à jour les processus d'entreposage, de distribution et d'utilisation des vaccins	Répondante régionale immunisation, GPI	
	Favoriser la déclaration de manifestations cliniques inhabituelles après la vaccination, les enquêter, faire les recommandations en découlant, en assurer le suivi et inscrire les données requises dans le système d'information prévu à cette fin	Infirmières vaccinatrices	Médecins et infirmières des urgences

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
3-4 Soutien à l'organisation des services de vaccination auprès des vaccinateurs privés incluant ceux qui offrent des services de santé à l'intention des voyageurs, notamment : - les cliniques privées - les cliniques réseaux - les GMF - les pharmacies	Cibles : D'ici 2018, 100 % des sites privés de vaccination auront une entente de vaccination avec la Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine D'ici 2021, 100 % des vaccins administrés dans le réseau privé auront été saisis dans le registre de vaccination, comme prévu par la Loi sur la santé publique et le Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique		
	Conclure, à la lumière des besoins régionaux et seulement pour les vaccins du PQI, des ententes avec les sites privés de vaccination et en assurer le suivi en : Respectant l'approvisionnement en vaccins et le maintien de leur qualité en conformité avec le Guide des normes et pratiques de gestion des vaccins	Répondante régionale immunisation, gestionnaires DRSP	
	Respectant l'application du PQI en conformité au PIQ et aux normes de pratiques qui y sont énoncées	Répondante régionale immunisation	
	Transmettre et fournir l'expertise-conseil afin de soutenir auprès des vaccinateurs, l'application des recommandations, des avis scientifiques et la mise à jour des activités d'immunisation (pratiques professionnelles optimales en immunisation) en : Fournissant l'expertise-conseil au regard de l'application des recommandations et des pratiques professionnelles et organisationnelles reconnues efficaces	Répondante régionale immunisation, médecins-conseils, GPI	
	Informant les vaccinateurs et les décideurs sur les résultats atteints par les services de vaccination (couvertures vaccinales et résultats aux indicateurs de performance et de gestion) et sur les améliorations à apporter	Répondante régionale immunisation, médecins-conseils, gestionnaires DRSP, directeur de santé publique	
	Assurant la disponibilité d'une information de qualité afin de contribuer à réduire le phénomène d'hésitation à la vaccination	Répondante régionale immunisation, GPI	
	Soutenant le développement des compétences des vaccinateurs	Répondante régionale immunisation, médecins-conseils, GPI	

Les services pour prévenir les ITSS

Quelques-uns des constats du portrait de santé régional

- En 2010-2011, 36 % des élèves du secondaire de 14 ans et plus n'ont pas utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle vaginale, une proportion qui grimpe à 43 % à la dernière relation anale
- En 2008, 62 % des personnes de 15 ans et plus ayant eu deux partenaires sexuels ou plus sur une période de 12 mois n'ont pas toujours eu recours au condom
- Les infections à *Chlamydia trachomatis* représentent environ 90 % de toutes les ITSS déclarées aux autorités de santé publique. En 2015, 152 cas ont été rapportés dont 45 % chez les jeunes de 20-24 ans
- Bien que l'incidence des ITSS soit passablement moindre dans la région qu'au Québec, la région suit les mêmes tendances que le Québec eu égard à la résurgence des infections à chlamydia, des infections gonococciques et de la syphilis. Par contre, l'hépatite B est en baisse depuis l'introduction du programme universel de vaccination chez les élèves de 4^e année et chez les groupes vulnérables aux ITSS

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
3-5 Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS auprès des groupes visés, incluant : • l'information et le counseling • la vaccination • l'accès à du matériel de prévention • le traitement • des interventions préventives auprès des personnes atteintes et de leurs partenaires sexuels	Cibles : D'ici 2021, 90 % des populations qui auront été rejointes par les SIDEPS appartiendront aux <u>groupes prioritaires visés</u> D'ici 2021, le nombre d'activités de dépistage des ITSS aura augmenté de 15 % D'ici 2021, au moins 90 % des personnes ayant reçu un diagnostic d'ITSS-MADO et de VIH auront eu accès à l'intervention préventive auprès des personnes atteintes et auprès de leurs partenaires, aux soins et au traitement appropriés selon les recommandations en vigueur		
	Identifier les populations vulnérables prioritaires en fonction de l'épidémiologie du territoire et du fardeau de morbidité en : • Connaissant mieux les caractéristiques des populations vulnérables en privilégiant le recours à plusieurs sources de données qui permettront de moduler les services (ex. : <i>mapping</i> des populations vulnérables, analyse des réseaux sociaux et sexuels) • Identifiant les approches les mieux adaptées au territoire ainsi que les lieux et contextes propices à l'intervention pour joindre les groupes prioritaires : activités de proximité, démarchage, consolidation des partenariats avec les organismes communautaires et autres partenaires	Répondante régionale ITSS, répondante régionale ITSS jeunesse, adjointe au directeur de santé publique, médecins-conseils, infirmières SIDEPS, infirmières scolaires – cliniques jeunesse	MSSS, INSPQ, responsable surveillance (DRSP), centre jeunesse (La Vigie, La Rade et Le Rivage), centre de réadaptation, organismes com., maisons des jeunes, travailleurs de milieu, milieu scolaire, centre de détention, centre de réadaptation (dépendances), CLE, maisons de transition
	Assurer auprès des populations ciblées l'accessibilité aux interventions reconnues efficaces pour réduire ou contrôler les ITSS en : • Soutenant une organisation efficace des services : diffusion des guides, mise en place d'activités d'appropriation, intégration des interventions en ITSS • Organisant les services en tenant compte des orientations nationales et des recommandations du Cadre de référence pour l'optimisation des SIDEPS • Faisant la promotion et en facilitant l'accessibilité des services disponibles sur l'ensemble du territoire (ex. : lieux, heures d'ouverture, etc.)	Répondante régionale ITSS, répondante régionale ITSS jeunesse, médecins-conseils, gestionnaires DRSP, infirmières SIDEPS, infirmières scolaires – cliniques jeunesse, CAP en santé publique aux Îles	DSI des CISSS, médecins de la région, cliniques jeunesse, MSSS, INSPQ, service des communications des CISSS

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 3-5 Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS auprès des groupes visés, incluant : • l'information et le counseling • la vaccination • l'accès à du matériel de prévention • le traitement • des interventions préventives auprès des personnes atteintes et de leurs partenaires sexuels	(Suite) Assurer auprès des populations ciblées l'accessibilité aux interventions reconnues efficaces pour réduire ou contrôler les ITSS en : • Adaptant les services selon les besoins des populations vulnérables aux ITSS (ex. : horaires de soir et de fin de semaine) • Facilitant l'exercice du travail de proximité et en offrant un soutien accru aux intervenants • Mobilisant les médecins, pharmaciens, infirmières, responsables des laboratoires et autres intervenants pour favoriser l'accès, l'utilisation des services SIDEPE par les populations ciblées et le suivi des interventions	Répondante régionale ITSS, répondante régionale ITSS jeunesse, médecins-conseils, gestionnaires DRSP, infirmières SIDEPE, infirmières scolaires – cliniques jeunesse, CAP en santé publique aux Îles	DSI des CISSS, médecins de la région, cliniques de <i>planning</i> , cliniques jeunesse, MSSS, INSPQ, service des communications des CISSS
	• Constituant et en maintenant une masse critique d'infirmières et d'intervenants habilités pour les interventions et en ayant une organisation du travail permettant d'assurer la continuité des services	Gestionnaires DRSP, médecins-conseils, CAP en santé publique aux Îles	Répondante régionale ITSS, répondante régionale ITSS jeunesse, DRHCAJ des CISSS
	• Établissant des corridors de services entre les services des CISSS et avec les partenaires en tenant compte des problèmes sociaux et de santé connexes (ex. : santé mentale et dépendances, guichets d'accès aux services en centre de réadaptation, centres jeunesse, cliniques médicales et services à bas seuil, etc.)		Directions des CISSS (DJ, DSM-D-SPG, PETRAAS, DSPPro, DSI), cliniques médicales et médecins de la région
	• Consolidant des ententes de partenariat avec les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels	Gestionnaires DRSP, médecins-conseils, répondante régionale ITSS, répondante régionale ITSS jeunesse, infirmières SIDEPE	

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 3-5 Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS auprès des groupes visés, incluant : • l'information et le counseling • la vaccination • l'accès à du matériel de prévention • le traitement • des interventions préventives auprès des personnes atteintes et de leurs partenaires sexuels	Offrir la gamme complète de services pertinents aux populations prioritaires visées. Cette gamme inclut : • L'accès facilité au dépistage gratuit des ITSS, adapté aux caractéristiques et aux besoins des populations (ex. : services à bas seuil d'accessibilité, en proximité) et l'accès en temps opportun au traitement pour les personnes atteintes et leurs partenaires, selon les stratégies les plus appropriées (pour la bonne personne, au bon moment, par le bon professionnel)	Gestionnaires DRSP, répondante régionale ITSS, médecins-conseils, infirmières SIDEPE	Infirmières en milieu carcéral (PETRAAS), infirmières scolaires, centres de santé autochtones
	• L'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITSS et de leurs partenaires (IPPAP)	Répondante régionale ITSS, répondante régionale MADO, médecins-conseils, infirmières SIDEPE	Médecins, pharmacies, laboratoires
	• La disponibilité de traitements préventifs (ex : prophylaxie pré et postexposition au VIH pour les personnes à risque)	<i>La responsabilité d'assurer la disponibilité des traitements préventifs ne relève pas de la santé publique mais des médecins, des urgences, des pharmacies communautaires et des pharmacies des CISSS</i>	
	• L'accès au matériel de prévention	Répondante régionale ITSS, répondante régionale ITSS jeunesse, infirmières scolaires, infirmières SIDEPE	Pharmacies communautaires, urgences, réception des CLSC, cliniques de <i>planning</i> , milieux scolaires, organismes com., centre jeunesse, centres de santé autochtones
	• L'offre de vaccination lorsque indiquée	Répondante régionale immunisation, vaccinateurs (en particulier SIDEPE, infirmières scolaires, santé-voyage)	Infirmières des communautés autochtones
	• L'accessibilité aux services complémentaires pour les personnes ayant des facteurs de vulnérabilité, par des corridors de services (ex. : santé mentale et dépendances, santé physique ou ressources psychosociales)	Gestionnaires DRSP, médecins-conseils, répondante régionale ITSS, infirmières SIDEPE, CAP en santé publique aux îles	Directions des CISSS (DJ, DSM-D-SPG, PETRAAS, DSPPro, DSI), cliniques médicales et médecins de la région
	• Le counseling et l'information sur les stratégies de prévention et de réduction des risques	Répondante régionale ITSS, infirmières SIDEPE	

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 3-5 Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS auprès des groupes visés, incluant : • l'information et le counseling • la vaccination • l'accès à du matériel de prévention • le traitement • des interventions préventives auprès des personnes atteintes et de leurs partenaires sexuels	Rendre accessible gratuitement le matériel de prévention adéquat aux populations prioritaires visées ou aux partenaires du CISSS qui les desservent, selon l'approche de réduction des méfaits et de réduction des risques , en distribuant : • des condoms et lubrifiants adaptés à leurs besoins dans les milieux de vie, les lieux de rencontre et les centres d'accès au matériel d'injection • du matériel d'injection, d'inhalation et de récupération correspondant aux normes de protection contre la transmission du VHC, du VHB et du VIH, et répondant aux besoins des personnes (diversité, matériel adapté, quantité adéquate, distribution stable dans le temps) dans les milieux de vie, les lieux de rencontre et les centres d'accès au matériel d'injection	Répondante régionale ITSS, infirmières SIDEp	Milieu scolaire, organismes communautaires, pharmacies, centres de santé autochtones Organismes communautaires, pharmacies, centres de santé autochtones, urgences, réception des CLSC

Les services pour prévenir l'exposition aux risques infectieux dans les milieux de vie et les milieux de soins

Quelques-uns des constats du portrait de santé régional
- En 2011-2015, les infections à <i>Campylobacter</i> et la salmonellose ont respectivement été à l'origine de 34 et 30 déclarations en moyenne par année. Ces maladies entériques sont, après les chlamydioses, les infections les plus souvent déclarées aux autorités régionales de santé publique - Les maladies transmissibles par les animaux (zoonoses) ou par des vecteurs, comme les moustiques ou les tiques, sont relativement rares dans la région. En 2011-2015, les maladies les plus souvent rapportées sont la fièvre Q (quatre cas) et la tularémie (deux cas) - Les infections à <i>Clostridium difficile</i> sont les infections nosocomiales les plus fréquentes. Depuis 2011-2012, une moyenne de 29 cas a été déclarée par année dans les installations de la région

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
3-7 Collaboration à la mise en œuvre de mesures de prévention de la transmission de maladies infectieuses (infections nosocomiales et grippe) dans : - les milieux de soins et d'hébergement - les milieux de vie	Cibles : D'ici 2021, les deux CISSS auront mis en place des mesures de prévention et contrôle des infections dans toutes les installations de soins de courte et longue durée ainsi que dans les centres de réadaptation D'ici 2021, les deux CISSS auront collaboré à la mise en place des mesures de prévention et contrôle des infections dans les milieux de vie (tels que les milieux de garde et milieux scolaires) de leur territoire		
	Collaborer, de concert avec les autres directions des CISSS, à la mise en œuvre du plan d'action ministériel en prévention des infections nosocomiales 2015-2020, en : Participant à une instance de concertation en prévention des infections	Répondante régionale PCI, médecins-conseils, microbiologiste-infectiologue	IPI, DSI, médecins présidents des CPI locaux
	Effectuant la vigie des infections nosocomiales	Répondante régionale PCI, médecins-conseils, IPI	DSI, directions des résidences privées, dirigeants de ressources intermédiaires

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 3-7 Collaboration à la mise en œuvre de mesures de prévention de la transmission de maladies infectieuses (infections nosocomiales et grippe) dans : - les milieux de soins et d'hébergement - les milieux de vie	Collaborer avec les milieux de vie dans l'application des recommandations visant à prévenir les MI (ex. : écoles, services de garde à l'enfance, établissements de détention, etc.)	Médecins-conseils répondante régionale MADO – réponse téléphonique, infirmières enquêtrices en MADO en CLSC, infirmières scolaires	Directions d'écoles, CPE, organismes com., infirmières des établissements de détention
	Collaborer avec le MSSS et les autres directions des CISSS et partenaires territoriaux à la mise en œuvre du plan d'action ministériel sur la lutte à l'antibiorésistance	Médecins-conseils, microbiologiste-infectiologue	Direction des CISSS, pharmaciens et médecins des CISSS, IPI
	Collaborer avec les autres ministères ou leurs instances régionales à la mise en œuvre des mesures de prévention des maladies entériques et des zoonoses	Équipe régionale MI, répondante régionale SE, gestionnaires DRSP	MAPAQ, ACIA, municipalités, MDDELCC, MFFP

La gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires

Ce quatrième et dernier axe d'intervention en santé publique comprend les services de santé publique qui permettent d'opérationnaliser la fonction de protection de la santé publique. Nous présentons donc dans les pages qui suivent les services qui visent essentiellement à détecter les situations présentant des risques à la santé et à réagir à une menace réelle ou appréhendée.

Objectifs

- Prévenir les conséquences des urgences sanitaires par la détermination des risques et une préparation adéquate
- Protéger la population par la détection précoce des risques pour la santé et des phénomènes émergents associés pouvant représenter une menace
- Protéger la population par la mise en place des mesures de contrôle des risques et des menaces pour la santé, selon le contexte

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
4-1 Information et sensibilisation de la population et des partenaires sur les mesures de prévention et de contrôle des risques pour la santé, en temps opportun	Cibles : D'ici 2021, toutes nos communications du risque auront été révisées afin de rejoindre les populations vulnérables, en se basant sur les bonnes pratiques en matière de communication claire et efficace, adaptée à tous les niveaux de littératie D'ici 2021, l'ensemble des partenaires concernés lors de nos communications du risque aura été rejoint		
	Informers la <u>population</u> du territoire, en collaboration avec la Direction des communications, sur les risques et les mesures de prévention et de contrôle, en tenant compte notamment du cadre de référence <i>La gestion des risques en santé publique au Québec</i> et des autres cadres ou guides spécifiques en : • Réalisant une veille médiatique territoriale, adaptée au contexte • Contribuant à la planification des activités de communication • Fournissant les contenus nécessaires à la conception des messages, à l'élaboration des outils d'information et à l'adaptation des communications aux contextes et aux besoins des publics visés (ex. : communiqués de presse, conférences de presse, site Web) • Élaborant et diffusant des alertes et des avis publics	Directeur de santé publique, adjointe au directeur de santé publique, médecins-conseils, répondante régionale SE	Service des communications des CISSS <u>Selon la situation :</u> Coordonnateur régional des mesures d'urgence – mission santé, autres ministères et organisations <u>Selon les sujets :</u> Équipe régionale SAT, équipe régionale MI

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 4-1 Information et sensibilisation de la population et des partenaires sur les mesures de prévention et de contrôle des risques pour la santé, en temps opportun	Informers les <u>partenaires</u> du secteur de la santé et des services sociaux et des autres secteurs d'activité sur les risques et les mesures de prévention et de contrôle, en : • Contribuant à la planification des activités de communication • Élaborant et diffusant des appels à la vigilance, des alertes de santé publique, des recommandations, des directives ou des ordonnances, des avis Info-Santé • Élaborant et diffusant des avis de santé publique • Élaborant et diffusant des bulletins de vigie et des rapports de situation • Produisant des états de situation pour certaines urgences	Directeur de santé publique, adjointe au directeur de santé publique, médecins-conseils, répondante régionale SE	Service des communications des CISSS <u>Selon la situation</u> : Coordonnateur régional des mesures d'urgence – mission santé, autres ministères et organisations <u>Selon les sujets</u> : Équipe régionale SAT, équipe régionale MI

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
4-2 Évaluation des risques pour la santé liés aux agents biologiques, chimiques et physiques et établissement des mesures à prendre pour les prévenir et les contrôler	Cible : D'ici 2021, tous les signalements de menaces à la santé auront été évalués par l'utilisation d'outils compatibles au cadre de référence de la gestion des risques en santé publique, par exemple les guides provinciaux découlant des tables de concertation nationales en maladies infectieuses, santé environnementale et santé au travail		
	Évaluer et caractériser le risque à la santé lors de menaces à portée régionale, avec le soutien de l'INSPQ et du MSSS, en : • Cadrant la situation de risque • Évaluant le risque à la santé • Caractérisant le risque à la santé • Examinant l'acceptabilité du risque • Générant des options de gestion du risque • Intégrant l'éthique et la communication • Assurant l'arrimage avec les services de soutien-conseil nationaux au besoin • Tenant compte de la perception et de l'acceptabilité du risque par la population (participation citoyenne)	Directeur de santé publique, adjointe au directeur de santé publique, répondante régionale SE, équipe régionale SAT, équipe régionale MI	<u>Selon la situation</u> : Techniciens en hygiène du travail, infirmières en santé au travail, infirmières en santé publique au local, médecins, autres directions du CISSS, INSPQ, MSSS, CNESST, autres ministères et organisations

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
4-3 Vigie et enquêtes épidémiologiques à l'égard des risques pour la santé liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques et des phénomènes émergents associés, ainsi que recommandations quant aux mesures à prendre pour les contrôler	Cibles : D'ici 2021, 100 % de nos partenaires auront été informés des modalités et de leurs devoirs concernant la déclaration des MADO (médecins et laboratoires) et le signalement des menaces à la santé de la population D'ici 2021, notre capacité à obtenir des données pour effectuer une vigie efficace des menaces identifiées aura été augmentée D'ici 2018, un système performant aura été implanté afin de permettre la saisie, l'analyse et la production de rapports (MADO, MCI) D'ici 2021, 100 % des enquêtes ou investigations des menaces auront été réalisées à l'aide des outils harmonisés provinciaux, s'ils sont disponibles, ou de moyens novateurs		
	Réaliser en continu une vigie sanitaire régionale, en : Analysant les demandes et questionnements des partenaires et de la population en lien avec les problématiques environnementales et professionnelles	Adjointe au directeur de santé publique, répondante régionale SE, équipe régionale SAT, médecins-conseils, techniciens en hygiène du travail, infirmières en santé au travail	<u>Selon la situation</u> : Équipe régionale MI, infirmières en santé publique, médecins, autres directions du CISSS, INSPQ, MSSS, CNESST, Info-Santé, autres ministères et organisations

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 4-3 Vigie et enquêtes épidémiologiques à l'égard des risques pour la santé liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques et des phénomènes émergents associés, ainsi que recommandations quant aux mesures à prendre pour les contrôler	(Suite) Réaliser en continu une vigie sanitaire régionale, en : • Colligeant et analysant les données sanitaires régionales par des outils informatiques, en temps opportun (MADO, MCI, signalements), les éclosions et autres données sociosanitaires (ex. : les infections nosocomiales et de vigie syndromique)	Adjointe au directeur de santé publique, médecins-conseils, répondante régionale SE, équipe régionale SAT, équipe régionale MI, agente administrative, techniciens en hygiène du travail, infirmières en santé au travail	<u>Selon la situation :</u> IPI (DSI), comités de prévention des infections, infirmières en santé publique, médecins, responsable régionale surveillance, autres directions du CISSS, INSPQ, MSSS, CNESST, Info-Santé, autres ministères et organisations
	• Utilisant les outils communs permettant de détecter les excès de cas [le SISAT, l'Infocentre de santé publique (onglet vigie) et le système MADO]	Adjointe au directeur de santé publique, médecins-conseils, répondante régionale SE, équipe régionale SAT, équipe régionale MI	Responsable régionale en surveillance, INSPQ, MSSS
	Participer à des comités des utilisateurs pour la conception, l'évolution et le maintien des systèmes d'information		

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 4-3 Vigie et enquêtes épidémiologiques à l'égard des risques pour la santé liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques et des phénomènes émergents associés, ainsi que recommandations quant aux mesures à prendre pour les contrôler	Offrir un service d'enquête des déclarations de MADO d'origine infectieuse, chimique ou physique, des MCI et des éclosions en : Recevant, saisissant et validant les déclarations	Chef de service en santé au travail, médecins-conseils, répondante régionale SE, équipe régionale SAT, équipe régionale MI	Médecins, laboratoires de la région, LSPQ, IPI (DSI), CNESST, autres ministères et organismes, milieux de vie (éclosions)
	Colligeant l'information pertinente obtenue auprès des cas et des professionnels de la santé	Idem + : Infirmières en santé au travail, techniciens en hygiène du travail, infirmières de santé publique	Idem + : Autres professionnels de la santé
	Évaluant le risque de contamination	Adjointe au directeur de santé publique, médecins-conseils, répondante régionale SE, équipe régionale SAT, équipe régionale MI	Médecins, laboratoires de la région, LSPQ, IPI (DSI), autres professionnels de la santé, INSPQ, CNESST, autres ministères et organismes, milieux de vie (éclosions)
	Recommandant les mesures de prévention et de contrôle	Idem + : Directeur de santé publique	Médecins, IPI (DSI), infirmières en santé publique, autres professionnels de la santé, CNESST, autres ministères et organismes, milieux de vie (éclosions)

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 4-3 Vigie et enquêtes épidémiologiques à l'égard des risques pour la santé liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques et des phénomènes émergents associés, ainsi que recommandations quant aux mesures à prendre pour les contrôler	Offrir un service d'investigation des signalements de menace à la santé en : • Colligeant l'information de base auprès des intervenants signalant une menace • Faisant une évaluation préliminaire du signalement • Enquêtant dans les situations de menace à la santé • Élaborant des recommandations • Assurant l'arrimage avec les intervenants impliqués dans le signalement	Directeur de santé publique, adjointe au directeur de santé publique, médecins-conseils, répondante régionale SE, équipe régionale SAT, équipe régionale MI, infirmières en santé au travail, techniciens en hygiène du travail, infirmières de santé publique	Toute personne ou organisme qui signale une menace à la santé, médecins, laboratoires de la région, LSPQ, IPI (DSI), autres professionnels de la santé, INSPQ, CNESST, laboratoire TAGA, CAPQ, autres ministères et organismes (environnement, sécurité publique), milieux de vie (éclosions)
	Participer à l'investigation environnementale et en hygiène du travail dans le cadre d'enquête, de signalement, de cas sentinelle, d'agrégat, en collaboration avec les partenaires concernés, en : • Participant à l'identification des contaminants et de leurs sources d'émissions • Appréciant le niveau ou le potentiel d'exposition des personnes aux contaminants identifiés • Déterminant les moyens de contrôle nécessaires • Assurant l'arrimage avec les partenaires impliqués dans l'investigation	Directeur de santé publique, adjointe au directeur de santé publique, répondante régionale SE, équipe régionale SAT, médecins-conseils	Équipe régionale MI, toute personne ou organisme qui signale une menace à la santé, médecins, laboratoires de la région, LSPQ, IPI (DSI), Info-Santé, autres professionnels de la santé, INSPQ, CNESST, laboratoire TAGA, CAPQ, autres ministères et organismes (environnement, sécurité publique), milieux de vie (éclosions)

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 4-3 Vigie et enquêtes épidémiologiques à l'égard des risques pour la santé liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques et des phénomènes émergents associés, ainsi que recommandations quant aux mesures à prendre pour les contrôler	Offrir un service de prise en charge des menaces (24/7) (ex. : maladies infectieuses, eau potable, monoxyde de carbone)	Répondante régionale SE, équipe régionale SAT, équipe régionale MI	Coordonnateur régional des mesures d'urgence – mission santé, garde de 2 ^e ligne au MSSS, CAPQ

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
4-4 Services de protection réalisés auprès des individus (les personnes atteintes et leurs contacts), des milieux de soins et des communautés à l'occasion de maladies à déclaration ou à traitement obligatoire, de signalements et d'éclosions	Cible : D'ici 2021, le service en lien avec la prise en charge des interventions de protection aura été amélioré		
	Participer à la mise en œuvre des mesures de protection et de prévention suite à l'évaluation des risques, aux enquêtes et aux investigations en lien avec les menaces, en collaboration avec les partenaires concernés, en : • Identifiant une approche de gestion de risque adaptée • Choissant les meilleures options de gestion de risque (ex. : traitement, prophylaxie, dépistage, mesures environnementales, etc.) • Diffusant les avis, les recommandations, les directives ou les ordonnances de santé publique • Faisant le suivi de la mise en place des mesures recommandées, le cas échéant	Directeur de santé publique, médecins-conseils, adjointe au directeur de santé publique, répondante régionale SE, équipe régionale SAT, équipe régionale MI	Toute personne ou organisme qui signale une menace à la santé <u>Maladies infectieuses</u> : Médecins, laboratoires de la région, autres professionnels de la santé, LSPQ, INSPQ, milieux de vie (CPE, écoles, établissement de détention, etc.) (éclosions), CS <u>Infections nosocomiales CISSS</u> : DSI, DSPro, PDG, PDGA, comités de prévention des infections, IPI (DSI), microbiologiste-infectiologue <u>Santé au travail</u> : Milieux de travail, CNESST <u>Santé environnementale</u> : Laboratoire TAGA, CAPO, municipalités, autres ministères et organismes (environnement, sécurité publique)

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 4-4 Services de protection réalisés auprès des individus (les personnes atteintes et leurs contacts), des milieux de soins et des communautés à l'occasion de maladies à déclaration ou à traitement obligatoire, de signalements et d'éclosions	Assurer la mise en place de corridor de services avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'évaluation clinique ou la prise en charge lors d'interventions de protection	Directeur de santé publique (étant donné la diversité des situations de menace possibles et la rareté de ces événements, les corridors de services seront déterminés au cas par cas)	À déterminer selon les situations
	Assurer la gestion des personnes atteintes d'une maladie à traitement obligatoire, en :	Directeur de santé publique, équipe régionale MI	Médecins traitants, laboratoires de la région, LSPQ, infirmières de santé publique, IPI (DSI)
	S'assurant de la prise en charge et du suivi des cas actifs		Médecins traitants, infirmières de santé publique, infirmières en prévention des infections
	Assurant la prise en charge et le suivi des contacts étroits dans la communauté		Idem + : Établissements de détention
	S'assurant auprès des médecins traitants que le traitement curatif est adéquat ainsi que l'observance et la complétude du traitement, notamment pour les cas en milieux carcéraux		Médecins traitants, infirmières de santé publique, IPI (DSI)
	Recommandant les mesures d'isolement appropriées durant la période de contagiosité		Idem + : Microbiologiste-infectiologue, infirmière en santé physique (DSI)
	Assurant le suivi particulier des cas résistants à un ou plusieurs médicaments utilisés (ex. : antituberculeux)		Contentieux du CISSS (DRHCAJ), juge
	Obtenant une ordonnance de la cour, lorsque requise, pour l'observance du traitement		
	Avisant les autorités de santé publique concernées lorsqu'un cas change de territoire de résidence		

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 4-4 Services de protection réalisés auprès des individus (les personnes atteintes et leurs contacts), des milieux de soins et des communautés à l'occasion de maladies à déclaration ou à traitement obligatoire, de signalements et d'éclosions	Assurer une expertise-conseil pour la mise en place de mesures de prévention et de contrôle lors d'éclosions en milieux de soins	Équipe régionale MI	IPI (DSI), microbiologiste-infectiologue, médecins
	Offrir un soutien à la gestion des éclosions en milieu communautaire, lorsque l'ampleur de la problématique ou sa gravité en font un risque significatif pour la santé, en : • Confirmant l'existence d'une éclosion • Définissant, recherchant et décrivant les cas • Établissant et testant les hypothèses quant au mode de survenue • Identifiant les mesures de prévention et de contrôle à mettre en place • Faisant le suivi de la mise en place des mesures recommandées et en ajustant leur intensité et leur portée, le cas échéant • Rédigeant un rapport d'investigation, lorsque pertinent	Médecins-conseils, équipe régionale MI, répondante régionale SE, médecins responsables, IPI, infirmières de santé publique	Milieus communautaires, médecins, équipe régionale SAT, INSPQ, archives, écoles, municipalités, CPE, autres ministères et organismes

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
4-6 Collaboration à l'élaboration, à la validation et à la révision de valeurs de référence nationales pour divers contaminants dans l'eau, l'air, les sols et les aliments	Cible : D'ici 2021, avoir collaboré avec l'INSPQ et le MSSS, au besoin et à leur demande, au processus de révision des valeurs de référence et au seuil des contaminants concernant la santé		
	Collaborer, avec le MSSS et l'INSPQ, à la révision ou à l'élaboration des normes, des valeurs de référence et des seuils des contaminants dans divers milieux	Répondante régionale SE, équipe régionale SAT, médecins-conseils	

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
4-7 Collaboration à la mise en œuvre de services d'alerte et d'initiatives permettant l' adaptation des populations vulnérables aux événements climatiques extrêmes et aux épisodes de mauvaise qualité de l'air extérieur	Cible : D'ici 2021, avoir identifié les événements climatiques extrêmes les plus probables pour la région, et proposer des outils d'intervention découlant du plan national, le cas échéant		
	Identifier, avec les partenaires territoriaux (municipaux, communautaires, etc.), les mesures préventives pour réduire les impacts sur la santé lors d'événements climatiques	Répondante régionale SE, médecins-conseils, directeur de santé publique	Municipalités, MDDELCC, MAPAQ, communautés, autres ministères et organismes
	Évaluer la pertinence de diffuser des messages santé liés aux différents systèmes d'alerte (notamment Info-smog, indice ultraviolet, chaleur accablante, verglas, froid extrême)		Info-Santé, médias

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
4-8 Services de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement dans le cas de situations d'urgence sanitaire et de sinistres d'origine environnementale , incluant une dimension psychosociale	Cible : D'ici 2021, les deux CISSS auront collaboré à l'exercice du MSSS et auront réalisé un exercice de simulation ou de rétroaction en lien avec la réponse aux urgences sanitaires et aux sinistres		
	Consolider, avec le soutien de l'INSPQ, la capacité de réponse des intervenants de santé publique pour répondre aux urgences, sinistres et crises en : Participant à l'élaboration des plans d'urgence de santé publique pour le CISSS de la Gaspésie et le CISSS des Îles, volet santé publique	Directeur de santé publique, répondante régionale SE, médecins-conseils	Coordonnateur des mesures d'urgence des CISSS – mission santé
	Élaborant ou mettant à jour un plan de mobilisation des ressources, comme prévu à la Loi sur la santé publique	Directeur de santé publique	
	- Formant les intervenants de santé publique sur l'intervention en cas de sinistre - Participant à des exercices (ou des simulations) territoriaux ou nationaux - Effectuant une rétroaction des événements et exercices - Évaluant la capacité de l'organisation à répondre et en apportant les correctifs nécessaires	Directeur de santé publique, répondante régionale SE, équipe régionale MI, médecins-conseils	INSPQ, MSSS, Sécurité civile, coordonnateur des mesures d'urgence des CISSS – mission santé
	Consolider la capacité de gestion des risques en mesure d'urgence au niveau régional, notamment en tenant compte des impacts psychosociaux et cela en arrimage avec les responsables territoriaux des mesures d'urgence et du volet psychosocial	Directeur de santé publique et son équipe de gestion, répondante régionale SE, médecins-conseils	Coordonnateur des mesures d'urgence des CISSS – mission santé, répondant volet psychosocial mesures d'urgence, DSM : directeurs, cadres intermédiaires et intervenants

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
(SUITE) 4-8 Services de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement dans le cas de situations d'urgence sanitaire et de sinistres d'origine environnementale , incluant une dimension psychosociale	Identifier la menace et émettre des recommandations, directives, avis ou ordonnances de santé publique nécessaires pour protéger la santé de la population	Directeur de santé publique, répondante régionale SE, médecins-conseils	Équipe régionale MI, coordonnateur des mesures d'urgence des CISSS – mission santé, ministères et organismes impliqués, selon la menace
	Offrir un système de garde régional (24/7) en santé publique	Directeur de santé publique, répondante régionale SE, équipe régionale MI, médecins-conseils	Info-Santé

Service	Action plus précise à réaliser	Acteur de santé publique responsable	Partenaire ou collaborateur
4-9 Collaboration aux activités de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement, dans le cadre de la mission santé de la Sécurité civile	Cible : D'ici 2021, le volet santé publique sera intégré aux plans de sécurité civile de la région, à l'intérieur de la mission santé		
	Participer aux tables, groupes de travail et comités de sécurité civile des CISSS ou de l'organisation régionale de sécurité civile faisant appel au volet santé publique	Directeur de santé publique, médecins-conseils, répondante régionale SE	Coordonnateur mesures d'urgence – mission santé, répondants pour les divers volets, mission santé, équipe régionale MI, autres professionnels de la DRSP au besoin (selon le thème), médecins-conseils
	Collaborer aux activités du ministère de la Sécurité publique et des instances municipales pour la gestion des risques industriels majeurs pouvant avoir un impact important sur la santé de la population	Directeur de santé publique, répondante régionale SE, adjointe au directeur de santé publique	Municipalités/services incendies, mesures d'urgence des entreprises, CNESST, ministères et organismes concernés, selon la menace, équipe régionale MI, médecins-conseils, coordonnateur mesures d'urgence – mission santé
	Participer à l'élaboration des plans pour les urgences ou les sinistres à l'intérieur ou à l'extérieur des CISSS en intégrant les éléments reliés aux menaces à la santé de la population au sens de la Loi sur la santé publique	Directeur de santé publique, répondante régionale SE	Coordonnateur mesures d'urgence – mission santé, ministères et organismes concernés, selon la menace
	Appliquer, de façon concertée, les mesures et activités de santé publique pertinentes lors d'opérations de sécurité civile, et ce, tant en situation d'intervention que de rétablissement		Idem + : Autres directions concernées du CISSS, médecins-conseils, équipe régionale MI

Partie 4

La mise en œuvre et l'évaluation du PAR 2016-2021

La mise en œuvre du plan d'action régional de santé publique

La mise en œuvre du PAR se fera sur une période de dix ans, répartie en deux cycles (2016-2021 et 2022-2026) avec une mise à jour à mi-parcours, soit en 2021-2022.

En se basant sur l'expérience du PAR antérieur, la mise en œuvre du présent PAR comporte, selon nous, deux défis majeurs : 1) son appropriation par les acteurs de santé publique et les partenaires concernés et 2) la coordination des services de santé publique maintenant dispensés par une seule structure, la DRSP, qui regroupe les ressources régionales et locales.

De manière à relever ces défis et ainsi continuer de rendre accessibles à la population gaspésienne et madelinienne les services de santé publique dont elle a besoin et dont elle est en droit de s'attendre, voici les stratégies que nous déploierons pour la mise en œuvre du PAR 2016-2021 :

- Mise en place de communautés de pratique régionales en santé publique;
- Développement d'une vision commune en matière de création d'environnements sains et sécuritaires;
- Diffusion du PAR 2016-2021 et événement régional de santé publique;
- Planification annuelle;
- Soutien et expertise-conseil de l'équipe régionale de santé publique;
- Participation aux tables de concertation nationales de santé publique.

Mise en place de communautés de pratique régionales en santé publique

La création des CISSS offre une incroyable occasion de remobiliser les effectifs de santé publique alloués à notre région. Ainsi, depuis janvier 2016, la DRSP de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a débuté la mise en place de treize communautés de pratique regroupant autant de domaines d'intervention. Ces communautés de pratique sont animées par des professionnels de l'équipe régionale de santé publique et représentent le médium par

excellence pour assurer la mise en œuvre du PAR. Les effectifs locaux de santé publique du CISSS de la Gaspésie et du CISSS des Îles sont invités à ces instances qui favorisent un sentiment d'appartenance à la nouvelle équipe régionale créée par cette nouvelle réforme du réseau de la santé et qui assure une cohérence des actions de santé publique sur l'ensemble du territoire de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Ceci dit, cinq principes de base sont partagés par les membres des communautés de pratique, à savoir :

L'engagement Ce principe est au cœur de la vie des communautés de pratique. Il permet une réelle solidarité entre les membres et assure un ancrage réel des apprentissages qui découlent de ces instances.

La participation active Les membres de ces communautés de pratique sont des acteurs actifs de ces instances et participent aux décisions qui concernent les modalités de fonctionnement, les attitudes attendues et les objets de travail.

La qualité des liens entre les membres Les communautés de pratique sont des instances qui tendront vers l'autorégulation. Les conflits interpersonnels sont adressés dès leur apparition et l'évaluation de ces instances reste une priorité constante afin de maintenir un fonctionnement optimal.

L'interdépendance Bien que chacune des communautés œuvre dans des domaines précis, elles sont toutes interdépendantes et ne peuvent être traitées sans être liées les unes aux autres. De plus, l'apport des autres directions des deux CISSS de la région aux réflexions des communautés de pratique est indéniable et devrait se vivre sur une base régulière.

L'efficacité de la concertation Le travail en concertation entre les diverses communautés de pratique peut être coûteux en temps, en énergie et en ressources humaines et financières. Les responsables des communautés de pratique ont toujours cela en tête et s'assurent de la pertinence de chaque personne conviée à une rencontre ou à une discussion.

Développement d'une vision commune en matière de création d'environnements sains et sécuritaires

Considérant que les différents acteurs de la région qui œuvrent en promotion, en prévention, en développement social ou en soutien à l'autonomie des communautés doivent travailler ensemble et en cohérence autour de la réduction des inégalités sociales de santé, la Direction de santé publique entend mettre de l'avant une démarche collective visant à doter ces différents acteurs d'une vision commune. Cette stratégie est grandement contributive à la mise en œuvre du PAR et assurera une plus grande efficacité des actions menées par notre communauté.

Diffusion du PAR 2016-2021 et événement régional de santé publique

Le PAR 2016-2021 sera largement diffusé aux partenaires locaux et régionaux avec lesquels la DRSP sera appelée à travailler au cours des prochaines années pour la mise en œuvre de son offre de service de santé publique. La communication des contenus du plan sera planifiée. Des vidéos qui présentent les principales activités seront disponibles sur les sites Web des CISSS, les professionnels et médecins-conseils qui rencontreront les partenaires

disposeront de présentations animées et adaptées à la littératie de leurs interlocuteurs, les médias sociaux seront mis à contribution pour susciter l'intérêt autour des événements, etc. De plus, pour permettre une meilleure appropriation du plan par les principaux concernés, c'est-à-dire les acteurs de santé publique eux-mêmes, une journée régionale annuelle de santé publique sera organisée au printemps 2017.

Planification annuelle

Comme nous l'avons fait pour les PAR précédents, les acteurs régionaux de santé publique, de concert s'il y a lieu avec les communautés de pratique auxquelles ils sont rattachés, élaboreront annuellement une planification. Cette planification viendra préciser les services de santé publique et les actions plus précises qu'ils entendent réaliser à compter des engagements pris dans le PAR, ainsi que les partenaires à mobiliser, les échéanciers et, s'il y a lieu, les résultats attendus en termes de production de services (reddition de comptes). Cet exercice de planification permettra ainsi d'actualiser le PAR annuellement et de maintenir le sens et la cohérence des actions de chacun des acteurs de santé publique et plus largement, de toute l'équipe de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Soutien de l'équipe régionale de santé publique

Enfin, l'équipe régionale de santé publique continuera à fournir un soutien à ses partenaires (expertise-conseil, formations, documents et outils, données sur l'état de santé) dans l'esprit de contribuer au déploiement de services de santé publique de qualité en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Participation aux tables de concertation nationales de santé publique

Les tables de concertation nationales de santé publique sont des tables tripartites composées de représentants du MSSS, de l'INSPQ et de chacune des régions sociosanitaires. Elles permettent de soutenir la mise en œuvre du programme national de santé publique et de soutenir les directeurs de santé publique dans le cadre de leurs obligations légales. Ainsi, les objectifs poursuivis par ces tables sont de dégager une vision commune au niveau provincial des travaux à mener, d'harmoniser les approches et les pratiques professionnelles, d'identifier des projets communs, de jouer un rôle d'influence stratégique et de favoriser le développement du réseautage. Les tables auxquelles la Direction de santé publique est tenue de participer sont :

- La table de coordination nationale en santé publique (TCNSP);
- La table de concertation nationale en promotion et prévention (TCNPP);
- La table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI);
- La table de concertation nationale en santé environnementale (TCNSE);
- La table de concertation nationale en santé au travail (TCNSAT);
- La table de concertation nationale en surveillance (TCNS).

La participation à ces tables et aux comités qui en découlent permet également aux professionnels et gestionnaires qui y participent de maintenir une expertise ainsi qu'une connaissance des enjeux provinciaux qui peuvent faire évoluer la mise en œuvre du PAR.

L'évaluation du plan d'action régional de santé publique

L'évaluation du PAR se fait en continu par la collecte et l'analyse d'indicateurs spécifiques à chaque activité ou service. De plus, une évaluation sera faite à mi-parcours, c'est-à-dire au terme du premier cycle 2016-2021, de manière à :

- Apprécier le niveau de déploiement des services de santé publique proposés dans l'offre de service;
- Identifier les conditions favorables et les obstacles au déploiement des services;
- Évaluer dans quelle mesure les stratégies de mise en œuvre présentées plus tôt ont effectivement aidé au déploiement des services de santé publique dans la région, mais aussi à l'appropriation du plan par les acteurs de santé publique et les partenaires, et à la coordination des services de santé publique dans la région;
- Apprécier le niveau d'atteinte des cibles visées par chacun des services de santé publique.

Les résultats de cette évaluation serviront à la mise à jour du PAR pour son second cycle 2022-2026. Ajoutons, en terminant, qu'au cours des cinq prochaines années, les professionnels et médecins-conseils de l'équipe régionale de santé publique continueront, en collaboration avec les équipes locales, à fournir les données exigées par le MSSS dans le cadre de la reddition de comptes.

Partie 5

Le plan de mobilisation des ressources

Depuis 2001, la Loi sur la santé publique exige que le PAR comporte un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire lorsque la santé de la population est menacée et que les capacités d'intervention de la DRSP sont dépassées :

« 12. Le plan d'action régional doit comporter un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire, lorsque le directeur de santé publique en a besoin pour effectuer une enquête épidémiologique ou pour prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour protéger la santé de la population lorsqu'elle est menacée. » (2001, c. 60, a. 12.)

L'article 97 de la Loi vient préciser, quant à lui, les conditions de mise en opération de ce plan et les implications qui en découlent pour les divers intervenants :

« 97. Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut mettre en opération le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire prévu au plan d'action régional de santé publique et celles-ci sont alors tenues de se conformer aux directives du directeur. » (2001, c. 60, a. 97.)

La DRSP avait répondu à cette obligation légale lors de l'élaboration des PAR précédents. Le plan de mobilisation des ressources alors rédigé étant encore valide aujourd'hui, c'est essentiellement le contenu de ce plan que nous reproduisons ici. Mais avant de présenter les grandes étapes de mise en œuvre du plan de mobilisation, nous définissons d'abord les notions de menace à la santé, de menace appréhendée à la santé et de demande d'aide formelle.

Quelques définitions

Menace à la santé

La Loi sur la santé publique aborde, à l'article 2, des questions relatives aux situations de menace à la santé, dont voici la définition :

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

Toujours à l'article 2, on précise un des objets de la Loi :

« 2. Certaines mesures édictées par la présente Loi visent à permettre aux autorités de santé publique d'exercer une vigie sanitaire au sein de la population et à leur donner les pouvoirs pour intervenir lorsque la santé de la population est menacée. »

De plus, ce même article identifie qui sont les autorités de santé publique :

« 2. ... Les autorités de santé publique visées par la présente Loi sont le ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur national de santé publique nommé en vertu de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2) et les directeurs de santé publique nommés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5). » (2001, c. 60, a. 2 ; 2002, c. 38, a. 13)

Menace appréhendée à la santé

La menace à la santé décrite à l'article 2 cité plus haut peut être réelle, mais elle peut aussi n'être qu'appréhendée. Dans les deux cas, le directeur de santé publique doit procéder à une enquête épidémiologique et il peut mettre en marche le plan de mobilisation des ressources si la situation l'y oblige. L'article 96 de la Loi prévoit cette subtilité :

« 96. Un directeur de santé publique peut procéder à une enquête épidémiologique dans toute situation où il a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être... » (2001, c. 60, a. 96.)

Demande d'aide formelle

Sont exclues du plan de mobilisation les autres situations potentiellement dangereuses tels les accidents de la route ou les épidémies de phénomènes sociaux comme le suicide. Ces autres menaces feront appel à la mise en œuvre d'un autre type de plan impliquant aussi des mesures coercitives, la demande d'aide formelle; ce recours est prévu par le législateur au chapitre portant sur la promotion de la santé et la prévention.

La demande d'aide formelle devant faire l'objet d'un plan distinct, elle ne sera pas traitée ici; les articles 55 et 56 en prévoient la mise en œuvre :

« 55. Lorsqu'un directeur de santé publique constate l'existence ou craint l'apparition dans sa région d'une situation présentant des risques élevés de mortalité, d'incapacité ou de morbidité évitables pour la population ou pour un groupe d'individus et, qu'à son avis, il existe des solutions efficaces pour réduire ou annihiler ces risques, il peut demander formellement aux autorités dont l'intervention lui paraît utile de participer avec lui à la recherche d'une solution adéquate dans les circonstances. Les autorités ainsi invitées sont tenues de participer à cette recherche de solution. Lorsque l'une de ces autorités est un ministère ou un organisme du gouvernement, le directeur de santé publique ne peut lui demander formellement de participer à la recherche d'une solution, sans en avoir préalablement avisé le directeur national de santé publique. » (2001, c. 60, a. 55.)

« 56. Le ministre peut en tout temps décider d'exercer lui-même le pouvoir prévu à l'article 55, en collaboration avec le ou les directeurs de santé publique concernés. » (2001, c. 60, a. 56.)

Les étapes de mise en opération du plan de mobilisation

Le mécanisme de mise en opération du plan de mobilisation des ressources des CISSS de la région se divise en quatre étapes, à savoir :

- Étape 1 : Identification d'une menace à la santé dont la gestion dépasse les capacités de réponse de la DRSP.
- Étape 2 : Déclenchement du plan de mobilisation et réquisition du personnel nécessaire auprès de l'établissement concerné.
- Étape 3 : Réalisation de l'intervention de santé publique.
- Étape 4 : Désactivation du plan de mobilisation et évaluation de l'intervention de santé publique.

Revoyons plus en détail chacune des étapes de mise en opération du plan de mobilisation, ainsi que les implications qui en découlent.

Étape 1

Identification d'une menace à la santé dont la gestion dépasse les capacités de réponse de la DRSP

L'expérience des années passées n'a pas démontré de cas où les capacités de la DRSP se sont avérées dépassées pour la prise en charge efficace des situations de menace à la santé. Il faut cependant admettre que le recours aux équipes de santé publique des CLSC, sur une base informelle, a souvent permis d'éviter de telles éventualités. Dans la nouvelle structure des CISSS de la Gaspésie et des Îles, une très grande partie des effectifs locaux de santé publique relèvent du directeur de santé publique. Par conséquent, il est entendu que ces

ressources puissent être mobilisées en cas de besoin sans qu'il soit nécessaire de le mentionner au présent plan. Toutefois, certaines ressources du programme de santé publique relèvent hiérarchiquement d'autres directeurs du CISSS de la Gaspésie, ou de cadres du CISSS des îles, tout en demeurant sous l'autorité fonctionnelle du directeur de santé publique. Dans ces cas précis, les effectifs sont considérés appartenir au programme de santé publique, mais sont inclus au plan de mobilisation.

L'émergence possible de phénomènes nouveaux (SRAS, virus de la maladie Ebola, etc.) et la réapparition potentielle de certains autres tels qu'une pandémie d'influenza ou de variole, il apparaît prudent de prévoir des mécanismes formels de mobilisation des ressources qui ne relèvent pas de la DRSP, dans la mesure où le caractère urgent ou l'ampleur de ce qui pourrait survenir pourraient n'être d'aucune commune mesure avec ce que nous avons connu jusqu'à maintenant. Ceci est d'autant plus important que la quantité de personnel requis pourrait être d'une ampleur débordant largement ce que l'on a généralement connu.

En fonction de l'évaluation qu'en fera le directeur de la santé publique ou son représentant, il pourrait donc conclure que les capacités d'intervention de la DRSP sont dépassées et déclencher alors le plan de mobilisation des ressources d'autres directions du CISSS de la Gaspésie et des ressources du CISSS des îles, selon le degré d'intensité requis par la situation à laquelle il faut faire face.

Étape 2

Déclenchement du plan de mobilisation et réquisition du personnel nécessaire

Conditions de déclenchement du plan

Lorsque les ressources habituellement à la disposition du directeur de santé publique sont dépassées, le plan de mobilisation doit être déclenché. La mise en place du plan touchera d'abord les réseaux locaux de services (RLS) du territoire concerné par la menace à la santé de la population. La mobilisation de personnel visera plus spécifiquement les installations ayant une mission CLSC, en premier lieu les ressources relevant de façon fonctionnelle du directeur de santé publique, en concertation avec les cadres hiérarchiquement responsables de ces ressources. S'il advenait que le personnel de la mission hospitalière de courte durée d'un CISSS doive être réquisitionné, on prendrait alors soin de s'assurer que les activités essentielles découlant de sa mission propre puissent continuer à se réaliser.

Dans l'éventualité d'une menace touchant plus d'un RLS, les installations des autres RLS de la région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine pourraient aussi être mises à contribution. La séquence de mobilisation pourra suivre l'ordre de proximité géographique par rapport au site de la menace, et pourra aussi viser les installations ou missions pouvant libérer leurs professionnels avec le moindre impact sur les services à la clientèle.

Procédure de déclenchement du plan

En termes de cheminement de la demande de déclenchement du plan, il est convenu que la réquisition doit être acheminée au PDG des CISSS concernés. Une conférence téléphonique doit être organisée avec le ou les PDG dans les heures qui suivent le déclenchement du plan de mobilisation. Le directeur de santé publique doit à cette occasion indiquer la catégorie et le nombre de professionnels et autre personnel nécessaires pour la

gestion de la menace. Le PDG de chaque CISSS concerné aura ensuite la responsabilité de communiquer cette réquisition au directeur des ressources humaines et aux gestionnaires de son CISSS en mesure de répondre à cette demande. Le directeur de santé publique fournira, par ailleurs, l'information sommaire à transmettre aux employés mobilisés quant aux modalités d'opération (date, heure et lieu de la formation intensive, nature des tâches à accomplir, etc.).

D'un point de vue pratique, les PDG des deux CISSS de la région devront fournir au directeur de santé publique le numéro 24/7 à rejoindre pour activer le plan de mobilisation. Ce numéro pourrait être le numéro d'un administrateur de garde en mesure de joindre le PDG ou celui du PDG lui-même. Dans la mesure du possible, ce numéro devrait être permanent afin d'éviter les pertes d'un temps précieux dans le contexte d'une menace à la santé, et de manière à limiter les besoins de mise à jour périodique. Malgré cet énoncé de principe, le directeur de santé publique s'assurera tout de même de vérifier auprès des PDG, sur une base semestrielle, la validité des coordonnées à utiliser en cas de déclenchement du plan de mobilisation. De leur côté, les PDG seront responsables d'aviser la DRSP dans l'éventualité de modifications apportées aux numéros de téléphone à composer en cas de besoin.

Étape 3

Réalisation de l'intervention de santé publique

Coordination et liens d'autorité

Le personnel réquisitionné est en lien d'autorité fonctionnelle avec le directeur de santé publique ou la personne qu'il désignera à cette fin. Nonobstant cette règle, divers scénarios intermédiaires de prise en charge de la coordination des effectifs pourront être établis en souplesse et, selon le cas, après entente avec le ou les cadres concernés des deux CISSS de la région, de manière à ce qu'ils puissent assumer sur le terrain une certaine coordination des opérations. Dans tous les cas, une très grande importance devra être portée à la clarification des règles de fonctionnement auprès du personnel impliqué, de manière à éviter toute confusion à cet égard.

Si les opérations se déroulent sur plus d'un site, des chefs d'équipe pourront être désignés afin que la progression de l'intervention fasse l'objet d'un monitoring constant et que les ajustements requis soient apportés sans délai.

Selon la nature des tâches à effectuer, la contribution du personnel des CISSS se fera sur le lieu de travail habituel, dans une autre installation du RLS, dans la communauté ou même dans les bureaux de la DRSP. Quel que soit le scénario retenu, la supervision étroite des opérations devra être assurée afin que l'ensemble de l'intervention soit coordonné.

Formation

La DRSP a la responsabilité d'organiser dans les plus brefs délais les activités de formation nécessaires afin que les membres du personnel dont les services sont réquisitionnés soient habilités à remplir les tâches qui leur seront confiées.

Les modalités de cette formation tiendront nécessairement compte de la complexité de l'information à transmettre et du nombre d'installations impliquées. Dans les cas les plus simples, une conférence téléphonique pourra suffire. Un cas complexe pourrait nécessiter une formation plus formelle prodiguée dans un RLS même ou, dans les cas touchant plusieurs RLS, centralisée à un endroit convenu à ce moment.

Étape 4

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

Le monitoring serré de l'intervention permettra de déterminer à quel moment la mobilisation du personnel des CISSS pourra prendre fin, afin que chaque employé dont les services auront été réquisitionnés, retourne aussitôt que possible sous l'autorité de ses supérieurs habituels.

Une évaluation globale de l'intervention devra être effectuée dans les semaines suivant la désactivation du plan de mobilisation, de manière à souligner les forces et les faiblesses du plan. Encore ici, la forme que prendra cette évaluation tiendra compte de l'ampleur et de la complexité de l'intervention réalisée, ainsi que du nombre d'employés impliqués des CISSS de la région.

Maintien de la validité du plan de mobilisation

Comme toutes les mesures d'urgence, on souhaite que le plan de mobilisation ne soit jamais utilisé. Cependant, il faut qu'il fonctionne parfaitement quand on en aura besoin. La seule façon d'y arriver est de simuler régulièrement un déclenchement du plan. Un exercice de mobilisation devra avoir lieu au moins une fois par année. La description des exercices de mobilisation fera l'objet d'un autre document qui sera développé ultérieurement.

Conclusion

La santé de la population de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine s’est améliorée au cours des dernières décennies, mais des progrès restent à faire. Nous sommes d’avis que le PAR 2016-2021, par ses actions en amont des problèmes de santé, des blessures et des maladies, peut contribuer à faire encore des gains au chapitre de la santé et du bien-être de notre population et à réduire les inégalités sociales de santé. C’est à tout le moins l’objectif que nous poursuivons par la mise en œuvre du présent plan d’action et auquel nous convions l’ensemble de la population, ainsi que tous les acteurs du système de santé et de services sociaux et des autres secteurs d’activité qui agissent, eux aussi, sur les déterminants de la santé. C’est par nos efforts conjoints que nous arriverons ensemble à faire de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine une région où il fait bon vivre et où la santé est véritablement une richesse individuelle et collective.

Références

LE BLANC, Marie-France, Marie-France RAYNAULT et Richard LESSARD. *Rapport du directeur de santé publique 2011. Les inégalités sociales de santé à Montréal : le chemin parcouru*, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 144 pages. (2011)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plans d'action thématiques tripartites - Programme national de santé publique 2015-2025 - Pour améliorer la santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 88 pages. (2016)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2015-2025 - Pour améliorer la santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 85 pages. (2015)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La santé et ses déterminants, Mieux comprendre pour mieux agir*, gouvernement du Québec, 24 pages. (2012)

Références spécifiques aux parties 1 et 2

-
- ¹ MSSS. *La santé et ses déterminants – Mieux comprendre pour mieux agir*, gouvernement du Québec, 24 pages. (2012)
- ² Toutes les données sur les projections démographiques proviennent de l'Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061*, 123 pages. (2014)
- ³ Idem.
- ⁴ INSPQ, Infocentre de santé publique.
- ⁵ Institut de la statistique du Québec, exploitation du Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), 9 mars 2016. et Statistique Canada, Estimations démographiques (de 1996-1997 à 2000-2001 : série d'octobre 2009; de 2001-2002 à 2014-2015 : série de février 2016). Sur le site de l'ISQ, consulté le 18 mai 2016.
- ⁶ Institut de la statistique du Québec. *Le bilan démographique du Québec. Édition 2015*, 167 pages. (2015)
- ⁷ MSSS. *Programme national de santé publique 2015-2025 – Pour améliorer la santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 85 pages. (2015)
- ⁸ Idem, page 13.
- ⁹ MSSS avec l'INSPQ et l'ISQ. *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et des régions*, MSSS, page 27. (2011)
- ¹⁰ Statistique Canada, Recensement de la population 2011.
- ¹¹ Site Web de l'Institut de la statistique du Québec.
- ¹² Idem.
- ¹³ MSSS. *Programme national de santé publique 2015-2025 – Pour améliorer la santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, page 27. (2015)
- ¹⁴ MSSS. *Programme national de santé publique 2015-2025 – Pour améliorer la santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, page 19. (2015)
- ¹⁵ INSPQ, Infocentre de santé publique.
- ¹⁶ Idem.
- ¹⁷ Ibidem.
- ¹⁸ Ibidem.
- ¹⁹ MSSS, 2015.
- ²⁰ MSSS, 2015, page 13.
- ²¹ MSSS. *Programme national de santé publique 2015-2025 – Pour améliorer la santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 85 pages. (2015)
- ²² Idem.
- ²³ SIMARD, Janick et Denise GAUDREAU. *Amérindiens et Inuits : Portrait des nations autochtones du Québec*, Secrétariat aux affaires autochtones, 57 pages. (2009)
- ²⁴ MSSS. *Prestation et financement des services de santé et des services sociaux destinés aux autochtones (Premières Nations et Inuits)*, Cadre de référence, 28 pages. (2007)
- ²⁵ MSSS. *Programme national de santé publique 2015-2025 – Pour améliorer la santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 85 pages. (2015)
- ²⁶ MSSS. *La santé et ses déterminants – Mieux comprendre pour mieux agir*, gouvernement du Québec, page 4. (2012)
- ²⁷ Institut de la statistique du Québec. *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061*, 9 septembre 2014, compilation faite par l'équipe de surveillance de la DSP de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, décembre 2014.
- ²⁸ INSPQ, Infocentre de santé publique.
- ²⁹ Idem.
- ³⁰ Ibidem.
- ³¹ Statistique Canada et ICIS, 2005, tiré de l'INSPQ en collaboration avec le MSSS et l'Institut de la statistique du Québec. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 659 pages. (2006)

-
- ³² PAQUET, Ginette, Philippe GAMACHE et Denis HAMEL, 2006, tiré du MSSS. *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Riches de tous nos enfants, La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*, gouvernement du Québec, 162 pages. (2007)
- ³³ Toutes les données sur l'allaitement proviennent de la RAMQ, *Taux d'allaitement, région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2009-2010 à 2014-2015*, 10 pages. (2016)
- ³⁴ MSSS. *Programme national de santé publique 2015-2025 – Pour améliorer la santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 85 pages. (2015)
- ³⁵ MOISAN, Marie, 2013, tiré de JALBERT, Lisa-Marie. *Enquête sur le développement des enfants à la maternelle 2012, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 63 pages. (2014)
- ³⁶ JALBERT, Lisa-Marie. *Enquête sur le développement des enfants à la maternelle 2012, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 63 pages. (2014)
- ³⁷ Toutes les données sur la santé dentaire proviennent de : DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT, avec la collaboration de Sylvie Gagnon. *Étude clinique sur la santé buccodentaire des élèves de 6^e année du primaire de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2012-2013*, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, document à paraître.
- ³⁸ DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 : La santé physique et les habitudes de vie des jeunes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine – volet 1*, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 99 pages. (2013)
- ³⁹ The National Academies, 2008, tiré de PICA, Lucille A. et Mikael BERTHELOT. « Conclusion générale » dans *L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie*, Tome 1, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 249-255. (2012)
- ⁴⁰ Toutes les données sur les habitudes de vie des élèves du secondaire en 2010-2011 proviennent de : DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 : La santé physique et les habitudes de vie des jeunes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine – volet 1*, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 99 pages. (2013)
- ⁴¹ BYRNE, E. et autres, 2002, tiré de CAMIRAND, Hélène, Carole BLANCHET et Lucille A. PICA. « Habitudes alimentaires » dans *L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie*, Tome 1, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 71-96. (2012)
- ⁴² MSSS. *Programme national de santé publique 2015-2025 – Pour améliorer la santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 85 pages. (2015)
- ⁴³ Toutes les données sur la santé mentale et psychosociale des élèves du secondaire en 2010-2011 proviennent de : DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 : La santé mentale et psychosociale des jeunes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine – volet 2*, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 131 pages. (2015)
- ⁴⁴ Les données sur les grossesses précoces et les taux de maternité chez les 15 à 19 ans proviennent de l'Infocentre de santé publique du Québec.
- ⁴⁵ Laboratoire de santé publique du Québec, données compilées par la DRSP de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.
- ⁴⁶ Idem.
- ⁴⁷ DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 : La santé mentale et psychosociale des jeunes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine – volet 2*, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 131 pages. (2015)
- ⁴⁸ MSSS. *Programme national de santé publique 2015-2025 – Pour améliorer la santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 85 pages. (2015)
- ⁴⁹ INSPQ, Infocentre de santé publique.
- ⁵⁰ DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *L'état de santé et de bien-être de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 240 pages. (2011)
- ⁵¹ Les données sur l'incidence du cancer et la mortalité par cancer proviennent de l'Infocentre de santé publique, site consulté en avril 2016.
- ⁵² MSSS avec l'INSPQ et l'ISQ. *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et des régions*, MSSS, 156 pages. (2011)
- ⁵³ INSPQ, Infocentre de santé publique.
- ⁵⁴ MSSS. *Programme national de santé publique 2015-2025 – Pour améliorer la santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 85 pages. (2015)

-
- ⁵⁵ Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, données compilées par la DRSP de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.
- ⁵⁶ INSPQ, Infocentre de santé publique.
- ⁵⁷ Idem.
- ⁵⁸ MSSS. *Programme national de santé publique 2015-2025 – Pour améliorer la santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, page 20. (2015)
- ⁵⁹ INSPQ, Infocentre de santé publique.
- ⁶⁰ DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *L'état de santé et de bien-être de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 240 pages. (2011)
- ⁶¹ INSPQ, Infocentre de santé publique.
- ⁶² MSSS avec l'INSPQ et l'ISQ. *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*, MSSS, page 63. (2011)
- ⁶³ DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 : La santé mentale et psychosociale des jeunes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine – volet 2*, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 131 pages. (2015)
- ⁶⁴ EQSP, 2008, tiré de *L'état de santé et de bien-être de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 240 pages. (2011)
- ⁶⁵ DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *L'état de santé et de bien-être de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 240 pages. (2011) et Infocentre de santé publique, consulté en mai 2016.
- ⁶⁶ INSPQ, Infocentre de santé publique.
- ⁶⁷ Société de l'assurance automobile du Québec. *Bilan routier 2015*, 24 pages. (2016)
- ⁶⁸ INSPQ, Infocentre de santé publique.
- ⁶⁹ Idem.
- ⁷⁰ Ibidem.
- ⁷¹ Ibidem.
- ⁷² Toutes les données sur la violence conjugale proviennent des statistiques produites par le ministère de la Sécurité publique.
- ⁷³ Toutes les données sur les infractions sexuelles proviennent des statistiques produites par le ministère de la Sécurité publique.
- ⁷⁴ INSPQ, Infocentre de santé publique.
- ⁷⁵ Idem.
- ⁷⁶ MSSS. *Programme national de santé publique 2015-2025 – Pour améliorer la santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 85 pages. (2015)
- ⁷⁷ INSPQ, Infocentre de santé publique.
- ⁷⁸ Idem.
- ⁷⁹ Ibidem.
- ⁸⁰ Ibidem.
- ⁸¹ DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *L'état de santé et de bien-être de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 240 pages. (2011)
- ⁸² INSPQ, Infocentre de santé publique.
- ⁸³ Idem.
- ⁸⁴ Ibidem.
- ⁸⁵ Ibidem.
- ⁸⁶ Ibidem.
- ⁸⁷ DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *L'état de santé et de bien-être de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 240 pages. (2011)
- ⁸⁸ INSPQ, Infocentre de santé publique.
- ⁸⁹ DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *L'état de santé et de bien-être de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 240 pages. (2011)
- ⁹⁰ Statistique Canada. Recensement 2006.
- ⁹¹ INSPQ, Infocentre de santé publique.

-
- ⁹² Toutes les données sur les infractions au Code de la sécurité routière proviennent de : TARDIF, François. *Les infractions et les sanctions reliées à la conduite de véhicules à moteurs 2004-2013*, Société de l'assurance automobile du Québec, 195 pages. (2014)
- ⁹³ DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *L'état de santé et de bien-être de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 240 pages. (2011)
- ⁹⁴ CAZALE, Linda, Renée DUFOUR, Lyne MONGEAU et Sylvie NADON. « Statut pondéral et utilisation de produits ou moyens amaigrissants », dans : *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 7, page 152. (2010)
- ⁹⁵ INSPQ, Infocentre de santé publique
- ⁹⁶ Idem.
- ⁹⁷ MSSS. *La santé et ses déterminants – Mieux comprendre pour mieux agir*, gouvernement du Québec, page 9. (2012)
- ⁹⁸ Statistique Canada, Recensement 2011.
- ⁹⁹ DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *L'état de santé et de bien-être de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 240 pages. (2011)
- ¹⁰⁰ Idem.
- ¹⁰¹ Ibidem.
- ¹⁰² Ibidem.
- ¹⁰³ Ibidem.
- ¹⁰⁴ MSSS avec l'INSPQ et l'ISQ. *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et des régions*, MSSS, 156 pages. (2011)
- ¹⁰⁵ Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, données compilées par la DRSP de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.
- ¹⁰⁶ Idem.
- ¹⁰⁷ MSSS avec l'INSPQ et l'ISQ. *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et des régions*, MSSS, page 122. (2011)
- ¹⁰⁸ INSPQ, Infocentre de santé publique
- ¹⁰⁹ DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *L'état de santé et de bien-être de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 240 pages. (2011)
- ¹¹⁰ INSPQ, Infocentre de santé publique.
- ¹¹¹ Idem.
- ¹¹² MSSS avec l'INSPQ et l'ISQ. *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et des régions*, MSSS, 156 pages. (2011)
- ¹¹³ ROBITAILLE, Éric et Pascale BERGERON (2013), tiré de BOURDON Éloïse, Ariane COURVILLE et Suzanne GÉRIN-LAJOIE. *Réflexion au regard de l'insécurité alimentaire, des déserts alimentaires et de la récupération à la source de produits potentiellement destinés à la consommation humaine pour la région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 12 pages. (2016)
- ¹¹⁴ Idem.
- ¹¹⁵ BOURDON Éloïse, Ariane COURVILLE et Suzanne GÉRIN-LAJOIE. *Réflexion au regard de l'insécurité alimentaire, des déserts alimentaires et de la récupération à la source de produits potentiellement destinés à la consommation humaine pour la région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, page 7. (2016)
- ¹¹⁶ MSSS. *Programme national de santé publique 2015-2025 – Pour améliorer la santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 85 pages. (2015)
- ¹¹⁷ Idem.
- ¹¹⁸ Les données sur les maladies évitables par la vaccination proviennent du Laboratoire de santé publique du Québec et les données ont été compilées et analysées par la DRSP de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.
- ¹¹⁹ Les données sur les ITSS proviennent du Laboratoire de santé publique du Québec et les données ont été compilées et analysées par la DRSP de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.
- ¹²⁰ DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 : La santé physique et les habitudes de vie des jeunes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine – volet 1*, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 99 pages. (2013)
- ¹²¹ DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *L'état de santé et de bien-être de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 240 pages. (2011)

-
- ¹²² CAZALE, Linda, et Pascale LECLERC. « Comportements sexuels et usage de la contraception », dans : *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 9, page 186. (2010)
- ¹²³ MSSS. *Programme national de santé publique 2015-2025 – Pour améliorer la santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 85 pages. (2015)
- ¹²⁴ MSSS. *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec – L'épidémie silencieuse : Les infections transmissibles sexuellement et par le sang*, gouvernement du Québec, 73 pages. (2010)
- ¹²⁵ MSSS. *Programme national de santé publique 2015-2025 – Pour améliorer la santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 85 pages. (2015)
- ¹²⁶ Idem, page 24.
- ¹²⁷ Les données sur les maladies entériques, les maladies transmissibles par des animaux ou par des vecteurs proviennent du Laboratoire de santé publique du Québec et elles ont été compilées et analysées par la DRSP de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.
- ¹²⁸ MSSS. *Programme national de santé publique 2015-2025 – Pour améliorer la santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 85 pages. (2015).
- ¹²⁹ INSPQ, Infocentre de santé publique (onglet Vigie).
- ¹³⁰ MSSS. *Programme national de santé publique 2015-2025 – Pour améliorer la santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, page 24. (2015)
- ¹³¹ MSSS. *Programme national de santé publique 2015-2025 – Pour améliorer la santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 85 pages. (2015)
- ¹³² Idem, page 24.
- ¹³³ GAGNON et ROCHON (2005), tiré de ARSENAULT, Marie-Pierre et Guy THIBAUT. *Qu'est-ce qu'une politique publique favorable à la santé?* Kino-Québec et GAGNON, France, Jean TURGEON, Mélanie MICHAUD et Clémence DALLAIRE. *L'adoption de politiques publiques favorables à la santé pour le Québec, Résultats de recherche 2004-2011*, Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé, 123 pages. (2011)



Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Gaspésie

Québec

