

Le Relais de santé publique

UN NOUVEAU SOUFFLE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE



Ginette Lafontaine,
adjointe à la gestion des programmes par intérim

La fin de l'année 2003 aura été marquée par deux événements importants à la Direction de santé publique de la Montérégie. Il s'agit de la nomination de docteure Jocelyne Sauvé au poste de directrice de santé publique et de l'adoption du Plan d'action régional 2004-2007 pour lequel tous les membres de l'équipe de la santé publique, les CLSC et leurs partenaires ont déployé de nombreux efforts.

Des Laurentides à la Montérégie

Il y a quelques semaines seulement, la Direction de santé publique était heureuse d'accueillir Dre Jocelyne Sauvé à titre de directrice de santé publique de la Montérégie. Depuis de nombreuses années, Dre Sauvé dirigeait la direction de santé publique des Laurentides. Auparavant, elle a travaillé en Montérégie. Nous lui souhaitons donc un bon retour dans notre région. Afin de faire connaissance avec Dre Jocelyne Sauvé, nous vous invitons à lire l'entrevue en pages 6 et 7.

Le poste de directeur de la santé publique était comblé de façon intérimaire depuis 28 mois par docteur Richard Côté. Ce dernier s'est joint récemment à l'équipe de l'Institut national de santé publique pour y relever d'intéressants défis. Nous le remercions chaleureusement pour son implication.

Le PAR fait l'unanimité

Le 6 novembre dernier était adopté à l'unanimité le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 « Vers une action renouvelée en santé publique pour la Montérégie » par les membres du conseil d'administration. Le conseil a

accueilli très favorablement ce document. Dr Richard Côté a souligné, à cette occasion, la démarche importante de consultation et d'appropriation qui a été réalisée par l'équipe de santé publique afin de permettre aux établissements, organismes et partenaires régionaux de bien préciser leur contribution aux actions de santé publique pour les trois prochaines années. Ce plan d'action est maintenant un outil officiel qui permet d'orienter la planification locale des actions de santé publique ainsi que les allocations financières qui y seront dévolues jusqu'en 2007. Nous profitons de l'occasion pour réitérer nos remerciements à tous les partenaires qui ont accordé de leur temps pour ces discussions.

L'année 2003 aura été marquée par l'accomplissement de dossiers d'envergure. Nous amorçons avec enthousiasme l'année 2004 avec la perspective de travailler à l'implantation du PAR, en collaboration avec l'ensemble des partenaires interpellés et plus particulièrement avec les CLSC. ■

FLASH INFO

Depuis le 20 novembre dernier, la liste des maladies à déclaration obligatoire (MADO) a été mise à jour. Certaines MADO ont été rajoutées à la liste qui est disponible sur le site www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/mado.html



Jocelyne Sauvé,
directrice de santé publique

2004 SOUS LE SIGNÉ DU CHANGEMENT

L'adoption, en décembre dernier, de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux est le prélude à une vaste réflexion qui questionnera à la fois la gouverne de notre réseau et les modalités d'organisation des services. Cette réflexion se veut inclusive de l'ensemble des secteurs du système de santé et de services sociaux et elle viendra teinter notre propre réflexion sur les modes de dispensation des services de santé publique en Montérégie. Celle-ci est toutefois bien amorcée.

En effet, durant les derniers mois, le réseau de santé publique de la Montérégie a élaboré son plan d'action régional de santé publique 2004-2007, en lien avec le Programme national de santé publique. Dans la même foulée, une démarche est effectuée en ce moment sur chaque territoire de CLSC afin que ceux-ci conviennent avec leurs partenaires d'un plan d'action local de santé publique. Par ces exercices de planification, un regard est posé sur les besoins de la population en termes de santé publique, sur les actions à mettre en œuvre afin de les combler et sur le partage des responsabilités entre chacun des partenaires.

Tous ces travaux vont permettre de préciser l'offre de service de santé publique en Montérégie. Dans un contexte de réflexion sur l'offre globale de service au sein des futurs réseaux locaux, les travaux amorcés en santé publique deviendront des outils précieux pour les gestionnaires qui auront la responsabilité d'offrir une gamme de services qui maintient un équilibre entre les actions préventives et celles de nature curative.

Nous souhaitons que cette année nous permette de tirer profit de ces différents outils structurants dont le réseau de santé publique s'est doté, d'amorcer l'implantation de ces actions que nous désirons renouveler en Montérégie et de consolider les acquis de notre région en matière de santé publique. ■



Caroline Marier,
agente de planification-programmation

DES PROJETS POUR AMÉLIORER LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Pour une deuxième année consécutive, le Programme de subvention de projets en matière de sécurité alimentaire en Montérégie permettra d'attribuer une enveloppe budgétaire à chaque territoire de CLSC afin de soutenir des projets visant à améliorer la sécurité alimentaire localement. Un montant total de près de 500 000 \$ sera ainsi alloué en Montérégie pour l'exercice financier 2003-2004. Une évaluation de ce programme sera également menée par la Direction de santé publique (DSP).

Le Programme de subvention de projets en matière de sécurité alimentaire du ministère de la Santé et des Services sociaux s'inscrit dans le cadre de la stratégie gouvernementale de lutte à la pauvreté, l'insécurité alimentaire étant une manifestation étroitement associée à la pauvreté. Selon l'Enquête sociale et de santé menée en 1998, on estime que 6,7 % des Montérégiens (61 239 personnes) ont vécu au moins l'une des trois manifestations de l'insécurité alimentaire évaluées, soit la monotonie du régime alimentaire, la restriction de l'apport alimentaire ou l'incapacité d'offrir des repas équilibrés aux enfants par manque d'argent.

Ce programme a pour objectif de favoriser le développement ou la consolidation de projets en sécurité alimentaire ainsi que la concertation autour de la sécurité alimentaire dans l'optique du développement social et du développement des communautés. Ainsi, les projets financés doivent être issus d'un processus de concertation locale. Ils doivent également refléter les besoins identifiés par le milieu et favoriser la responsabilisation et la participation sociale. Les organisations admissibles au financement sont les organismes communautaires et bénévoles reconnus officiellement par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie. Les CLSC ont, quant à eux, la responsabilité de mobiliser les acteurs de leur territoire concernés par la sécurité alimentaire et d'assurer la liaison avec la DSP pour le processus d'identification et de présentation des projets.

En 2002-2003, ce programme a permis de financer 41 projets dont 9 démarches locales de diagnostic, la consolidation et le développement de cuisines collectives, de groupes d'achats ainsi que de jardins collectifs ou communautaires, l'éducation populaire sur la nutrition et le budget, la sensibilisation sur la sécurité alimentaire, les concertations locales ainsi que la référence et l'entraide.

Il y a sécurité alimentaire lorsque toute une population a accès en tout temps et en toute dignité à un approvisionnement alimentaire suffisant et nutritif à coût raisonnable, acceptable des points de vue social et culturel, et contribuant à mener une vie saine et active.



Yolaine Rioux,
coordonnatrice, Programme maladies transmissibles

TOUR D'HORIZON EN MALADIES TRANSMISSIBLES

**Plus de 100
personnes
par année
meurent
toujours du
SIDA au
Québec**

Le SIDA circule toujours...

Le SIDA est loin d'avoir disparu de la carte des maladies transmissibles. En effet, plus de 100 personnes par année meurent toujours du SIDA au Québec et le tiers des 18 000 personnes porteuses du virus ignorent tout de leur état. Apparu en 1981, le SIDA circule toujours aujourd'hui et de manière tout aussi insidieuse. L'avènement de nouveaux traitements a porté toute une génération d'adultes à risque à croire que le SIDA n'est plus une maladie mortelle. S'il est vrai qu'on en meurt moins, les conséquences de la maladie demeurent très graves pour les personnes atteintes et pour leur entourage. Le SIDA est encore une maladie incurable dévastatrice qui atteint 1 500 personnes supplémentaires chaque année au Québec.

C'est pourquoi le ministère de la Santé et des Services sociaux entamait une campagne, du 17 novembre au 15 décembre 2003, visant à diminuer les effets de la banalisation, de l'ignorance et des préjugés entourant cette maladie. Le point culminant de cette campagne était le 1^{er} décembre, journée internationale du SIDA.

Les préjugés entourant l'homosexualité persistent encore, ce qui n'aide en rien aux efforts pour diminuer la maladie. Plusieurs croient toujours, à tort, que le SIDA est une maladie qui frappe les homosexuels. Pourtant, la réalité est tout autre puisque plus de la moitié des personnes porteuses du VIH présente des comportements hétérosexuels. Le SIDA circule toujours, qu'on se le dise afin qu'on puisse, un jour, faire obstacle à sa route.

...et les infections transmissibles sexuellement (ITS) l'accompagnent...

Après avoir chuté pendant deux décennies au Canada, voici que le taux de gonorrhée a commencé à augmenter en 2002. La Montérégie n'échappe pas à ce phénomène en enregistrant une hausse de 55 % du nombre de cas de gonorrhée entre 2001 et 2002. Aussi, alors qu'aucun cas de syphilis n'avait été déclaré en Montérégie depuis 1996, nous enregistrons trois cas en 2002 et, depuis le début 2003, 10 nouveaux cas ont été déclarés. Finalement, que dire des cas d'infection à *Chlamydia* qui ne cessent d'augmenter eux aussi au fil des années. Assistons-nous

Hausse de 55% du nombre de cas de gonorrhée entre 2001 et 2002

ici également à une banalisation de ces maladies et à l'abandon des pratiques sexuelles sécuritaires? Voilà une problématique qui préoccupe la santé publique et pour laquelle de nouvelles interventions seront développées en Montérégie au cours des prochains mois et prochaines années, par exemple, l'intervention auprès des contacts sexuels de personnes infectées, l'accessibilité à des services intégrés de dépistage, etc. Les ITS, un dossier préoccupant à suivre!

L'influenza, où en sommes-nous?

Une nouvelle souche d'influenza potentiellement très virulente, la souche A/Fujian, a commencé à circuler au Canada. Cette souche n'est pas comprise dans le vaccin offert cette année. Toutefois, la souche A/Fujian est assez similaire à la souche A/Panama que l'on retrouve dans le vaccin actuel. Les anticorps produits contre la souche A/Panama démontrent une réaction croisée avec les souches similaires à A/Fujian mais généralement à un niveau réduit. D'après l'information disponible à ce jour, nous nous attendons à ce que le vaccin offre une certaine immunité protectrice contre le virus A/Fujian. Autrement dit, les personnes vaccinées qui viendront en contact avec la souche A/Fujian pourraient ne pas être malades ou ne pas être aussi malades qu'elles l'auraient été sans le vaccin. Cette année, on s'attend à ce que la grippe soit plus sévère que les deux dernières années.

Cette année, on s'attend à ce que la grippe soit plus sévère que les deux dernières années.

Un nouveau règlement pour MADO!

MADO est l'acronyme de « maladie à déclaration obligatoire ». Ces maladies doivent être déclarées au directeur de santé publique dans un but de vigilance sanitaire et d'intervention. Bien que les MADO existent dans le cadre légal depuis plusieurs années, l'avènement, en 2002, de la nouvelle Loi sur la santé publique a entraîné des modifications au règlement d'application entourant les MADO. C'est le 20 novembre dernier qu'une nouvelle liste de MADO était sanctionnée par le gouvernement. Cette liste, qui regroupe maintenant 75 maladies infectieuses ou intoxications chimiques, sera diffusée à tous les médecins et laboratoires du territoire montréalais, car ce sont ces intervenants qui sont tenus de déclarer ces maladies. ■

Cas de gonorrhée

1998 : 48 cas
1999 : 66 cas
2000 : 48 cas
2001 : 62 cas
2002 : 96 cas

Cette augmentation a été surtout notée chez les 15-24 ans

Cas de chlamydia

1998 : 868 cas
1999 : 969 cas
2000 : 1156 cas
2001 : 1311 cas
2002 : 1326 cas

Cas de syphilis

1998 : 0 cas
1999 : 2 cas
2000 : 2 cas
2001 : 3 cas
2002 : 5 cas

JOURNÉE MONTÉRÉGIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE 2003



Anne-Marie Blain, agente d'information

Saviez-vous que, selon le recensement de 1996, près de 18 % de la population vivait sous le seuil de faible revenu en Montérégie et que l'impact de la pauvreté est important, voire majeur, sur l'état de santé de la population?

En effet, de nombreuses problématiques sont plus présentes dans les milieux pauvres dont, notamment, certains cancers, la naissance de bébés de petit poids, une plus faible espérance de vie, le diabète et certains problèmes sociaux dont la violence familiale.

Le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 en fait une de ses priorités d'action, soit celle d'« *Améliorer les conditions de vie et favoriser le développement des communautés* ». Dans cette perspective, la Direction de santé publique (DSP) de la Montérégie organisait le 30 octobre dernier, à Granby, la Journée montréalaise de santé publique (JMSP) sous le thème *La pauvreté : comprendre pour intervenir*. Cet événement a réuni plus de 200 participants du réseau de la santé et des services sociaux et de plusieurs autres secteurs concernés par les clientèles défavorisées.

L'impact de la pauvreté sur l'état de santé de la population a été confirmé lors de l'événement par la présentation de *L'analyse de la pauvreté en Montérégie*, réalisée par Yves Sauvageau, agent de recherche à la Direction de santé publique. Le rapport détaillé de cette analyse sera disponible d'ici quelques semaines sur le site Internet de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, www.rrsss16.gouv.qc.ca.

Comme le soulignaient les conférenciers invités à la JMSP 2003, les actions efficaces de lutte à la pauvreté commandent un partenariat engagé de la part des secteurs de l'emploi, du revenu, de l'habitation, de l'éducation, de la famille et de la santé. Louis Favreau, professeur invité de l'Université du Québec à Hull, a d'ailleurs exposé de façon très convaincante l'importance de l'action concertée dans ce domaine. Les présentations subséquentes ont aussi démontré que la clé du succès réside dans une action qui vise à renforcer le pouvoir d'agir des individus,

des familles et des communautés.

« Il n'y a pas de communauté condamnée, il n'y a que des communautés sans projets. Nous devons donc contribuer notamment à transformer les problèmes sociaux en projets collectifs », concluait M. Favreau. Conformément à son Plan d'action régional, la DSP de la Montérégie appuie les initiatives régionales qui viennent en aide aux populations défavorisées.

Certains textes et présentations de la JMSP 2003 sont disponibles à l'adresse Internet www.rrsss16.gouv.qc.ca ■



LA JMSP 2003 UNE REUSSITE

- **Un nombre d'inscriptions record de 229 participants**
- **Une participation importante des organismes communautaires : 50 % de l'auditoire, et des CLSC : 20 % de l'auditoire**
- **Une participation diversifiée des partenaires (CDC, CH, CLD, CLE, CRDM, municipalités, Office municipal d'habitation, etc.)**
- **Une création théâtrale spéciale de 20 minutes qui a permis de faire vivre de façon touchante la réalité du travail des intervenants**
- **Un taux de satisfaction élevé (95 %) témoignant de la qualité des présentations et des conférenciers**

DÉFAVORISATION SOCIOÉCONOMIQUE ET SANTÉ MONTÉRÉGIE



Yves Sauvageau, agent de recherche, Secteur évaluation-recherche

La Montérégie est une région populeuse et étendue qui représente 1,3 million d'habitants, soit 18 % de la population du Québec. Puisque l'association entre la pauvreté et la santé n'est plus à démontrer, l'importance de cette population rend le phénomène de la pauvreté d'autant plus préoccupant en Montérégie.

La pauvreté se manifeste par divers aspects : durée prolongée de dépendance à la Sécurité du revenu (aide sociale), chômage, sous-scolarisation, malnutrition, problèmes de santé, etc. L'exclusion touche tous les domaines de la vie des personnes qui vivent dans la pauvreté. Par ailleurs, ces inégalités socioéconomiques et de santé sont associées à l'âge, au sexe ou au lieu de résidence des Montérégiens.

La DSP Montérégie complète actuellement le *Portrait de la défavorisation en Montérégie* portant sur les déterminants socioéconomiques de la santé. Ce travail permettra de circonscrire davantage les écarts de santé dus à la défavorisation et de mettre ainsi en évidence l'ampleur et les tendances des inégalités de santé. De plus, il enrichira le portrait de santé de la population en Montérégie publié en 2002.

MÉTHODOLOGIE

Utilisation de plusieurs sources de données qui s'échelonnent sur une période allant de 1984 à 1998.

Les données permettent de mesurer certaines dimensions de la défavorisation (seuil de faible revenu, défavorisation sociale et matérielle), de considérer des caractéristiques démographiques (sexe, âge) et géosociales (région, métropoles, villes et milieu rural) et de construire des indicateurs de l'état de santé (mortalité, hospitalisations et incidence des cancers).

L'étude repose sur l'estimation et la comparaison des écarts de santé associés à la défavorisation à l'aide de deux stratégies d'analyse complémentaires : enquêtes sur la population de 15 ans et plus et études géosociales.

Le seuil de faible revenu est défini comme suit : utilisation de 55 % et plus du revenu brut du ménage pour se loger, se nourrir et se vêtir.

UN APERÇU DES RÉSULTATS

- Les personnes se percevant « pauvres et très pauvres » sont nettement surreprésentées parmi les populations qui présentent des facteurs de risque ou des problèmes de santé (50 indicateurs sur 60 analysés).
- Les personnes les plus défavorisées subissent, comparativement à la tranche des personnes plus favorisées, un fardeau important d'inégalités de santé, même en ajustant les données selon l'âge. En effet, on observe chez les moins bien nantis plus de décès (+6 %, soit 2 200), d'hospitalisations de courte durée (+19 %, soit 22 100) et de nouveaux cas de cancer (+1 %, soit 1 200).
- Les hommes présentent des inégalités de santé liées à la pauvreté plus grandes que les femmes. Ce constat est présent dans presque tous les indicateurs de santé : écart de +22 % à +34 % selon la cause de décès, de +4 % à +65 % selon les diagnostics d'hospitalisation et de +1 % à +21 % selon le type de cancer.
- Le niveau de pauvreté a un effet plus marqué dans les groupes d'âge de moins de 75 ans. Des gains restent à faire par l'action préventive au niveau de la pauvreté.
- Les caractéristiques géosociales masquent aussi des inégalités de santé importantes. Ainsi, dans la zone métropolitaine, on observe deux fois sur trois des écarts plus élevés entre les populations favorisées et défavorisées pour les décès (+14 %), les hospitalisations (+20 %) et les cancers (+6 %). Par contre, dans les milieux ruraux, on observe pour ces mêmes indicateurs que les taux sont toujours plus faibles chez les plus démunis, soit respectivement - 33 % pour les décès, - 5 % pour les hospitalisations et - 11 % pour les cancers.
- L'analyse sur une période de 15 ans montre que les écarts de mortalité entre les plus favorisés et les plus défavorisés s'accroissent dans le temps pour atteindre +17 %. Les écarts concernant les hospitalisations (-16 %) et les nouveaux cas de cancer (-7 %) présentent quant à eux une diminution.

À la lumière de ces résultats, il semble prioritaire de considérer les problèmes de santé plus directement dans les stratégies de réduction de la pauvreté. Il devient important de mobiliser des ressources supplémentaires pour soutenir les stratégies. ■

ENTREVUE

Nouvelle directrice de
santé publique de la
Montérégie

JE VOUS PRÉSENTE D^{RE} JOCELYNE SAUVÉ

Par Marie-Josée Guilbault, agente d'information

Rigueur et vigueur, tels sont les principaux attributs pour décrire Dre Jocelyne Sauvé, nouvelle directrice de santé publique de la Montérégie. À la tête d'une équipe de plus de 180 employés depuis le 1^{er} décembre dernier, docteure Sauvé est déjà à mettre de l'avant les priorités de la santé publique dans notre région.

Médecin spécialiste en santé communautaire et détentrice d'une maîtrise en épidémiologie, docteure Sauvé travaillait encore tout récemment à la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) des Laurentides à titre de directrice de santé publique, de la planification, de l'évaluation et des technologies de l'information et des communications. Elle agissait également à titre de directrice de santé publique du Centre de santé et de services sociaux de la Baie James.

De 1985 à 1996, Jocelyne Sauvé a occupé différents postes touchant la santé communautaire. Elle a, notamment, agi comme médecin-conseil en santé au travail et en santé environnementale pour ensuite devenir chef intérimaire du département de santé communautaire du CH de Valleyfield et coordonnatrice de l'équipe en organisation des systèmes de soins et de services à la RRSSS des Laurentides. Avant d'orienter sa carrière en santé publique, docteure Sauvé a travaillé à titre d'omnipraticienne et d'urgentologue en région éloignée.

Jocelyne Sauvé a également été présidente du Conseil des directeurs de santé publique du Québec de 1997 à 2000. Elle est membre du conseil d'administration de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) depuis sa création en 1998 et est active en santé internationale.

Son expertise acquise durant toutes ces années au sein de la santé publique lui permettra, avec la complicité des membres de sa direction, de relever ce nouveau défi avec toute l'assurance et la compétence nécessaires.

EN TÊTE-À-TÊTE

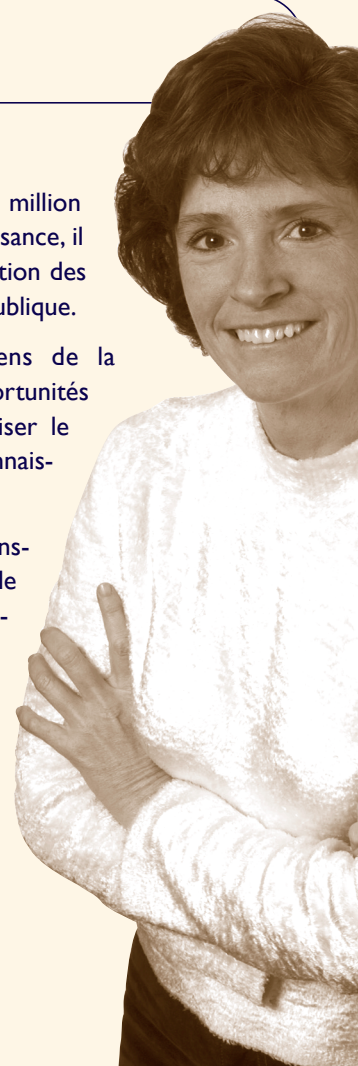
Quels sont les défis qui vous ont amenée à choisir la région de la Montérégie?

D'abord, la Montérégie est une région de 1,3 million d'habitants. De par son envergure et sa croissance, il y a beaucoup à faire sur le plan de l'organisation des services, notamment des services de santé publique.

L'affiliation universitaire ainsi que les liens de la Direction avec l'INSPQ constituent des opportunités intéressantes qui me permettront de favoriser le développement et la transmission des connaissances en santé publique.

Enfin, la Direction de santé publique est constituée d'une équipe importante composée de professionnels dynamiques et créatifs, possédant une expertise riche et diversifiée. Le rayonnement provincial de l'équipe de santé publique de la Montérégie est significatif, ce qui est d'autant plus intéressant.

La gestion d'une telle équipe est en soi un défi de taille et d'avoir été choisie pour la diriger est un privilège.





Quelles seront vos priorités au cours des six prochains mois de votre mandat?

Je veux d'abord connaître l'équipe, ses préoccupations, son fonctionnement ainsi que ses attentes vis-à-vis de mon rôle. Je compte également apporter tout le soutien nécessaire à l'équipe dans l'implantation du Plan d'action régional (PAR).

En même temps, je veux rapidement m'assurer que la DSP participe activement à la réflexion sur la nouvelle gouverne et les nouveaux modes d'organisation des services, et que soit clairement défini le positionnement stratégique de la Direction au sein de la nouvelle agence. Je souhaite également que l'on pose les jalons d'une collaboration « renouvelée » entre la Direction de santé publique et les autres directions de l'Agence de développement et qu'on identifie l'apport particulier de la santé publique à la réorganisation des services de première ligne.

L'équipe de la Direction de santé publique et les partenaires du réseau ont participé activement à l'élaboration du plan d'action régional (PAR) au cours des derniers mois. Comment comptez-vous entreprendre les prochaines étapes?

J'arrive à un moment où le PAR a été déposé au MSSS à la suite de son acceptation, en novembre dernier, par le conseil d'administration de la Régie régionale. Ce PAR est le fruit d'un travail important impliquant la collaboration soutenue des CLSC de la Montérégie et la participation des partenaires régionaux. Je compte m'inscrire en continuité avec ce qui a été entrepris à ce jour afin de soutenir tout à la fois la mise en œuvre du Plan d'action régional et l'élaboration des plans d'action locaux.

La gestion d'une telle équipe est en soi un défi de taille et d'avoir été choisie pour la diriger est un privilège.

Il est de mon intention de faire, tout comme mes prédécesseurs l'ont fait, les représentations nécessaires afin que soit rehaussé le niveau de financement des activités de santé publique en Montérégie.

Les organismes communautaires et les CLSC sont inquiets du possible recul de la promotion-prévention avec la création des réseaux locaux. Est-ce votre point de vue?

À mon avis, le risque est réel. Les experts qui se sont penchés récemment sur les conditions structurantes susceptibles de soutenir l'organisation des services de santé publique font état de la nécessité de ne pas mettre en compétition les services préventifs et les services curatifs notamment au niveau du financement.

Dans les réseaux locaux tels qu'on veut les définir dans le projet actuellement sur la table, il se peut que les ressources de santé publique soient effectivement mises en compétition avec les ressources des services curatifs, avec le danger qu'une telle compétition comporte vu la pression sans cesse croissante sur les services curatifs.

Je suis toutefois assez optimiste malgré tout car, tant au niveau provincial qu'au niveau régional, ce « danger » est reconnu par les différents planificateurs de services, et ce, autant du côté curatif que préventif, et d'éventuelles modalités de protection du budget de santé publique sont présentement envisagées par les divers paliers décisionnels.

Selon vous, est-ce que la santé publique est présentement en mesure de bien assurer son rôle?

La qualité et l'efficacité du système de santé publique dépendent en partie de son niveau de financement. En Montérégie, le niveau de financement supplémentaire requis pour l'actualisation du PAR se chiffre à plus de 17 millions de dollars. Il est clair que, sans injection de fonds supplémentaires, les interventions planifiées ne pourront être déployées avec la même intensité, et la gamme de services offerts sera nécessairement réduite. Il est de mon intention de faire, tout comme mes prédécesseurs l'ont fait, les représentations nécessaires afin que soit rehaussé le niveau de financement des activités de santé publique en Montérégie.

DES SERVICES INTÉGRÉS EN PETITE ENFANCE



Luce Bordeleau,
agente de planification, équipe petite-enfance

Dès le printemps 2004, les programmes s'adressant aux familles ayant de jeunes enfants et vivant en contexte de vulnérabilité seront tous intégrés. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis sur pied cette initiative afin d'assurer une meilleure continuité des services.

En Montérégie, les programmes concernés sont NÉ-GS/PRINSIP, PSJP, soutien éducatif 2-4 ans et stimulation précoce 0-2 ans. Comme vous pouvez le constater, nous ne partons pas de zéro. Nous avons des acquis importants puisque ces programmes sont déjà disponibles dans notre région.

Deux clientèles sont visées par les services intégrés de promotion et de prévention :

- Les jeunes femmes enceintes et les mères âgées de moins de 20 ans, les pères et leurs enfants de 0 à 5 ans.
- Les femmes enceintes et les mères âgées de 20 ans et plus, les pères et leurs enfants de 0 à 5 ans qui vivent en contexte d'extrême pauvreté.

Les services intégrés de promotion et de prévention comportent deux principales composantes, soit l'accompagnement des familles (suivi individualisé, accompagnement vers les ressources du milieu et activités de groupe) et le soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être (action intersectorielle aux niveaux local, régional et national). Ces services visent notamment à diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères vivant en contexte de vulnérabilité. Ils visent également à favoriser le développement optimal de ces enfants et à améliorer les conditions de vie (ex. : logement, réseau de soutien social, accessibilité des services) et les habitudes de vie (ex. : alimentation, tabagisme, santé dentaire) des mères, des pères et des enfants de 0 à 5 ans vivant en contexte de vulnérabilité.

tien aux familles tout au long de la petite enfance dans une perspective de continuité (du prénatal jusqu'à ce que l'enfant ait 5 ans) doit être au cœur de l'intervention individuelle et collective. Le renforcement du pouvoir d'agir des personnes et des communautés constitue la stratégie d'intervention privilégiée. Cette stratégie fait en sorte que l'on s'appuiera sur les forces individuelles et collectives, qu'on les soutiendra dans leurs actions respectives et que l'on encouragera la création d'environnements favorables au développement et à l'adaptation sociale des enfants qui vivent en contexte de vulnérabilité.

En Montérégie, une tournée de chaque territoire de CLSC devrait débiter à l'automne prochain afin de rencontrer l'ensemble des partenaires concernés, de leur présenter les services intégrés et de discuter avec eux (membres des tables d'action intersectorielle et intervenants des équipes interdisciplinaires des CLSC) de leur implantation.

Quelques exemples...

Annuellement, près de 1 140 nouvelles familles se verront offrir des rencontres à domicile par une intervenante du CLSC qui les accompagnera tout au long de la petite enfance.

Qui sont ces intervenantes de CLSC? Elles peuvent être : infirmière, intervenante psychosociale (travailleuse sociale, psychologue, psychoéducatrice, agente en relations humaines) ou intervenante en nutrition (nutritionniste ou diététiste).

Sur chaque territoire de CLSC, une table de concertation intersectorielle en petite-enfance planifie et réalise des actions afin de mieux répondre aux besoins des familles visées (halte-répit, atelier de compétences parentales, activités parents-enfants, sécurité alimentaire, etc.).

Qui sont ces partenaires? Des représentants des organismes communautaires, des CPE, des CJ, des CLE, des CLSC, des municipalités, des CH, etc. ■

UN PLAN DE MOBILISATION POUR ASSURER LA PROTECTION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION



Linda Pinsonneault, médecin-conseil et
Christine Blanchette, agente de recherche

Un comité composé de professionnels des équipes de santé environnementale et des maladies transmissibles a débuté, au cours de l'automne 2003, l'élaboration du plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de la Montérégie. Ce plan répond d'abord à des exigences légales.

En effet, la Loi sur la santé publique prévoit que le Plan d'action régional de santé publique doit comporter un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire. Ce plan a pour objectif d'assurer la protection de la population en cas de menace à la santé. Il peut être mis en opération lorsque le directeur de santé publique est d'avis qu'au cours d'une enquête épidémiologique, il ne peut pas intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou protéger la santé de la population. Les établissements sont alors tenus de se conformer aux directives du directeur (L.R.Q., c. S-2.2). Ce plan est distinct et complémentaire au plan régional des mesures d'urgence. Il doit également être congruent avec les autres plans d'intervention spécifiques tels que ceux des maladies infectieuses et des urgences environnementales.

Le plan de mobilisation des ressources proposera des principes directeurs qui serviront de balises lors d'une éventuelle mobilisation. Ces principes doivent, par contre, ne pas interférer avec le but poursuivi par le plan de mobilisation qui est d'assurer la protection de la santé par la réalisation d'enquêtes épidémiologiques ou en prenant des mesures de protection nécessaires.

Le plan de mobilisation tiendra compte :

- du respect des compétences et des missions : le personnel et les établissements mobilisés se verront, dans la mesure du possible, assigner les tâches les plus en lien avec leurs compétences et le savoir-faire nécessaire aux interventions à réaliser;
- de la hiérarchisation des services : pour des activités relevant de la première ligne, les ressources des établissements de première ligne sont mobilisées avant celles de deuxième et troisième lignes;
- de la proximité géographique : les établissements du territoire touché seront d'abord mobilisés. Si une mobilisation plus importante est nécessaire, la séquence de mobilisation suivra, autant que possible, l'ordre de proximité géographique des établissements par rapport au site de la menace. Cette mobilisation sera effectuée en limitant au maximum les impacts sur les services à la clientèle.

De plus, la mobilisation des ressources sera modulée en fonction de la nature, de l'intensité et de l'importance de la menace. Elle devra toujours prendre en considération les risques pour la santé de la population associés à la réduction ou l'arrêt de certaines activités régulières du réseau.

Les travaux en cours tiennent compte de l'organisation actuelle du réseau des établissements de santé et de services sociaux. Cependant, à la suite de l'adoption du projet de loi 25, ces travaux devront être ajustés. Le volet opérationnel sera développé conséquemment à l'adoption du plan cadre, en collaboration avec les partenaires du réseau. Durant les prochains mois, les établissements concernés seront consultés sur ce plan et sur les modalités plus opérationnelles. ■



Aimé Lebeau,
coordonnateur, Secteur évaluation-recherche

POUR UNE ÉVALUATION DU PAR ET DU PAL PERTINENTE ET UTILE

Les travaux de l'équipe évaluation-recherche de la DSP portant sur le plan d'évaluation du Plan d'action régional (PAR) et des plans d'action locaux (PAL) en Montérégie sont d'ores et déjà bien amorcés. Ils ont nécessité jusqu'à présent la participation de gestionnaires et de professionnels désignés des équipes de promotion-prévention et de protection de la santé de notre Direction. Ils solliciteront la participation du réseau des CLSC et leurs partenaires au cours du premier trimestre 2004.

Les principaux axes du plan d'évaluation sont maintenant fixés. Il s'agit de l'évaluation des conditions de mise en œuvre, du suivi de gestion, de la recherche évaluative, de la recherche et des innovations ainsi que du monitoring populationnel.

L'évaluation des conditions de mise en œuvre considérera la diversité des contextes d'implantation du PAR et des PAL. Cette évaluation documentera particulièrement divers aspects structurants et donc importants pour l'action de santé publique des CLSC et leurs partenaires et pour la Direction de santé publique. Ce projet alimentera la prise de décision du comité de suivi DSP-CLSC.

Le suivi de gestion est un outil de base en lien avec les résultats attendus du PAR au cours de son premier cycle d'application. Ainsi, un nombre limité d'indicateurs seront pris en considération tels que les ressources humaines, financières et matérielles investies, les activités réalisées (nombre, type, intensité), les clientèles rejointes, les services offerts, etc. Ces informations récurrentes à court terme permettront de mesurer l'écart entre ce qui sera fait et ce qui sera planifié selon les cibles du PAR. Nous espérons, dans la mesure du possible, exploiter les systèmes existants pour ce faire ou proposer des outils faciles d'utilisation et peu énergivores dans l'intérêt de tous.

La recherche évaluative portera sur l'implantation et sur l'atteinte des résultats de certains programmes-clientèles dans le but de faire évoluer les pratiques et d'atteindre les objectifs de santé du Programme national de santé publique (PNSP). Ces études restent à documenter et à inscrire dans un processus pour en établir les priorités.

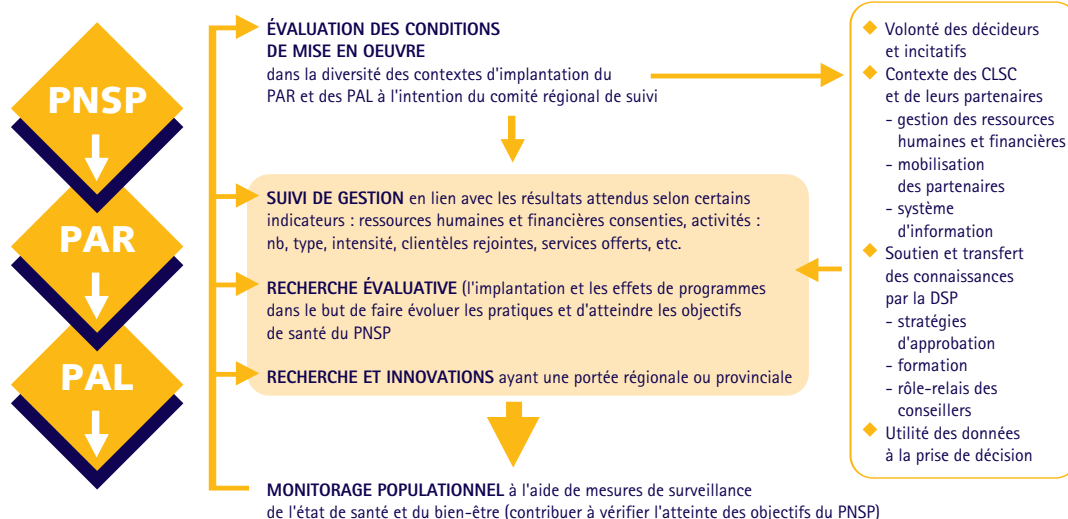
La recherche et les innovations seront également possibles afin de susciter le développement au niveau régional et de contribuer au plan provincial.

Le monitoring populationnel contribuera à vérifier l'atteinte des objectifs du PNSP à l'aide de mesures de surveillance de l'état de santé et du bien-être de notre population. Le plan de surveillance sera ici l'instrument privilégié pour réaliser ce volet d'évaluation.

Le suivi de gestion et son instrumentation mobilisent actuellement nos énergies. Il s'agit d'une responsabilité légale partagée entre les autorités régionales (DSP) et locales (CLSC) de santé publique.

Quatre mots maîtres résument pour l'essentiel la démarche d'évaluation entreprise : **simplicité, rigueur, participation et utilité.**

Principaux axes du Plan d'évaluation du PAR et des PAL en Montérégie



COUP D'OEIL SUR LA PLANCHE À DESSIN DE L'ÉQUIPE SANTÉ AU TRAVAIL



Louise M. Normandeau, coordonnatrice Programme santé au travail

En 2004, l'équipe santé au travail a du boulot à abattre. Cette année, outre l'élaboration de programmes de santé spécifiques à chaque nouvelle entreprise des secteurs prioritaires (prévus par règlement), la mise à jour périodique des programmes déjà élaborés et les 4 000 études de postes de travail prévues dans le cadre du programme « Pour une maternité sans danger », les actions des équipes s'orienteront autour de cinq programmes.

Ces derniers sont :

- prévention de la beryllose dans le secteur de l'aéronautique et dans les entreprises du secteur de l'environnement;
- programme de dépistage de l'amiante chez les travailleurs de la construction;
- programme de prévention de l'asthme lié aux isocyanates chez les carrossiers;
- programme de prévention des risques biologiques (hépatite B) chez les pompiers, les policiers et les agents correctionnels;
- prévention des intoxications au monoxyde de carbone produit par les chariots élévateurs.

Par ailleurs, des mesures supplémentaires dans les fonderies permettront de mieux documenter l'exposition des travailleurs au manganèse dans une perspective d'un abaissement de la norme.

Des efforts seront consentis dans une quarantaine d'entreprises où des travailleurs sont exposés à des fumées de soudage, à la silice ou aux fumées de styrène à des niveaux qui dépassent les normes d'exposition, mais où la technologie ne permet pas de réduire à la source l'émission des contaminants; on s'assurera que les entreprises se dotent d'un programme de protection respiratoire incluant le choix, l'achat, l'entretien et le port adéquat des équipements de protection personnelle.

Pour que nos futurs travailleurs soient conscientisés dès l'école aux risques du métier, nous comptons développer la concertation entre le ministère de l'Éducation, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), les commissions scolaires et les CLSC.

Enfin, une opération de collecte de données permettra de connaître l'état de situation dans les entreprises desservies depuis l'adoption de la loi au regard de l'exposition des travailleurs et des mécanismes de prévention en place. En comparant les résultats obtenus aux données recueillies il y a cinq ans, il sera alors possible de déterminer s'il y a eu des changements au cours des cinq dernières années et d'évaluer l'impact de nos activités.

Une longueur d'avance en santé au travail

La santé au travail a fait de grands pas en avant. En effet, il y a un peu plus de dix ans, les intervenants qui oeuvraient en santé au travail dans les dix-neuf CLSC ont été regroupés en sept équipes détenant un mandat sous-régional en santé au travail. D'individus jadis isolés, sont nées des équipes multidisciplinaires, structurées, avec une masse critique d'intervenants.

Grâce à des investissements supplémentaires, il fut possible d'augmenter le nombre de ressources permettant ainsi de mieux encadrer le programme. De plus, un budget protégé a permis de conserver les ressources à travers les années.

Parallèlement aux modifications des structures, les rôles et les responsabilités de niveaux local et régional ont été redéfinis et des mécanismes de concertation ont été mis en place. Dix ans plus tard, force est de reconnaître que cette réorganisation a eu des effets positifs tant sur les compétences des individus que sur la qualité des services. La réorganisation aura permis d'offrir des projets régionaux à l'ensemble du territoire, mais également d'amorcer des projets locaux grâce à des dynamiques locales de collaboration entre différents acteurs préoccupés par la santé des travailleurs (CSST, UPA, milieu scolaire, entreprises, etc.). ■

MONTÉRÉGIE EN BREF

Au 1^{er} décembre 2003, 214 640 doses de vaccin contre l'influenza ont été distribuées aux vaccinateurs. C'est une augmentation de 4 % par rapport aux doses distribuées pendant toute la campagne de l'an dernier.

Info : Denise Palardy,
(450) 928-6777, poste 3116

Le dernier Boulot Santé de l'équipe Santé au travail présente un guide aide-mémoire permettant de faciliter la planification des mesures d'urgence des entreprises du secteur industriel.

Info : Marie-France Ranger
(450) 928-6777, poste 4098

UN OUTIL POUR LA SANTÉ DES COMMUNAUTÉS. Il est possible de se procurer le document « La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés », publié par l'Institut national de santé publique du Québec en avril 2002, sur le site <http://www.inspq.qc.ca>.



Les jardins communautaires de SOS Dépannage Granby ont réalisé, en 2002-2003, des ateliers d'éducation populaire auprès des jardiniers.

ARRÊTONS DE TOURNER AUTOUR DU POT...

Au mois de novembre dernier, un colloque portant sur la décriminalisation du cannabis a été organisé en Montérégie à l'intention des intervenants des réseaux de la santé, de l'éducation et de la sécurité publique, des centres jeunesse, des organismes communautaires, du monde municipal et des parents.

Près de 200 personnes ont eu l'opportunité de s'informer, de réfléchir et de s'exprimer avec clarté et franchise lors de cette journée.

Info : Pierre Paquin
(450) 928-6777, poste 3117



Février 2004

Mois du cœur (514) 871-1551 ou 1-800-567-8563 www.fmcoeur.qc.ca

1 au 13 Semaines de la prévention du suicide (514) 528-5858

Mars 2004

Mois national de la nutrition (514) 393-3733

22 Journée mondiale de l'eau (613) 232-5751

Avril 2004

Mois du cancer (514) 255-5151, poste 263 www.cancer.ca

7 Mois de la santé dentaire (514) 284-7639 ou 1-800-361-2996 www.ohdq.com

Journée mondiale de la santé (613) 232-5751

À VOS AGENDAS



Éditrice : Jocelyne Sauvé

Éditrice adjointe : Ginette Lafontaine

Rédactrice en chef : Marie-Josée Guibault

Rédacteurs-collaborateurs : Anne-Marie Blain, Christine Blanchette, Luce Bordeleau, Hélène Boyer, Ginette Lafontaine, Aimé Lebeau, Caroline Marier, Louise M. Normandeau, Linda Pinsonneault, Yoline Rioux, Yves Sauvageau

Révision : Louise Desnoyers, Hélène Giroux

ISSN : 1708-5985

Pour information : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Montérégie
1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3
Site internet : www.rrss16.gouv.qc.ca
Téléphone : (450) 928-6777
Télécopieur : (450) 679-6443

Programme enfance-jeunesse, poste 3011
Programme adultes-personnes âgées, poste 3029
Programme environnement, poste 4036
Programme maladies transmissibles, poste 3137
Programme santé au travail, poste 4217
Secteur évaluation-recherche, poste 3062