

Plan d'action
régional de santé publique

2009

2012



Agence de la santé et des services
sociaux de la Capitale-Nationale

Le *Plan d'action régional de santé publique 2009-2012 de la Capitale-Nationale* a été élaboré par la Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Coordination des travaux

François Desbiens
Céline Tremblay

Soutien à la coordination des travaux et rédaction

Julie Colgan
Sylviane Gignac
Claude Rossi
Édith Labrecque
Marie-Claude Langlois

Rédaction

Michel Beauchemin
Luc Bhérer
Paul Bouchard
Lise Cardinal
Monique Comeau
Lise Côté
Geneviève Doray
Sonia Dugal
Marc Ferland
Michel Frigon
Denise Gagné
Claude Gagnon
Louise Grégoire
Valérie Houle
Shelley-Rose Hyppolite
Denis Laliberté
Michel Lavoie
Laurence LeHénaff

Secrétariat

Claire Marmen

Révision linguistique

Virginie Rompré

Graphisme

OSE Design

Renée Levaque
Michel Legris
Anne Maheu
Renée Maranda-Aubut
Marie-Claude Messely
Francine Michaud
Louise Moreault
Céline Morrow
Michel Pageau
Michèle Paradis
Julie Pelletier
Marie-Hélène Provost
Henri Prud'homme
Normand Richer
Geneviève Tremblay
Jenny Tremblay
Jasmin Villeneuve

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet www.dspq.qc.ca, section Documentation, rubrique Publications.

Pour obtenir une copie papier de ce document, veuillez adresser votre demande à:

Sylvie Bélanger
Centre de documentation
Direction régionale de santé publique
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Tél : 418 666-7000, poste 217
Télécopieur: 418 666-2776
Courriel: s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Le genre masculin est utilisé dans ce document et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
Dépôt légal, Bibliothèque et Archives Canada, 2009
ISBN : 978-2-89496-408-8 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89496-409-5 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM
La reproduction de ce document est permise, en autant que la source soit mentionnée.

Référence suggérée:

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.
Plan d'action régional de santé publique 2009-2012, Québec, Direction régionale de santé publique, 2009, 144 pages.

(c) Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Remerciements

La mise à jour du Plan d'action régional de santé publique a été rendue possible grâce à la contribution et à la collaboration d'un bon nombre de personnes. Nous tenons d'abord à remercier les gestionnaires et les professionnels de la Direction régionale de santé publique qui ont participé activement à la rédaction des textes liés à leur domaine d'expertise.

Nos remerciements s'adressent également aux responsables locaux de santé publique qui siègent à la Table régionale de santé publique*. Nous avons grandement apprécié leur implication ainsi que leurs commentaires judicieux qui ont contribué à la bonification du document. Ces personnes sont :

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale :

- Monsieur Hugues Matte
- Madame Raymonde Pépin

Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord :

- Madame Pauline Bergeron
- Madame Sylvie Bonneau

Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix :

- Madame Linda Rae
- Monsieur Robin Roy

Centre de santé et de services sociaux de Portneuf :

- Madame Diane Marcotte
- Madame Diane Perron

Hôpital Jeffery Hale - St-Brigid's :

- Madame Brigitte Paquette

Nous tenons également à exprimer notre reconnaissance aux nombreux partenaires qui ont répondu à notre demande lors de la consultation.

Enfin, nous voulons remercier madame Claire Marmen pour son soutien administratif.

* Depuis le 10 juin 2009, le nom du Comité consultatif à la coordination de la santé publique (CCCSP) a été modifié pour Table régionale de santé publique.

Avant-propos

C'est avec plaisir que l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale présente son Plan d'action régional de santé publique 2009-2012, qui s'inscrit en continuité avec celui élaboré en 2004. Ce plan d'action, produit par la Direction régionale de santé publique en étroite collaboration avec la Table régionale de santé publique, nécessite la mobilisation de nombreux partenaires de la santé et des services sociaux ainsi que d'autres secteurs d'activité concernés par des actions de santé publique. Il les convie à travailler en concertation pour l'atteinte d'objectifs communs visant la santé et le bien-être de la population de la Capitale-Nationale.

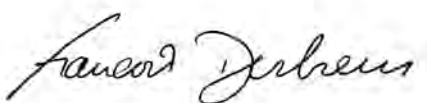
Rappelons que la promotion de la santé et la prévention des maladies constituent un apport important à la santé et au bien-être de la population. En effet, les interventions en santé publique contribuent à la réduction des problèmes de santé et des inégalités sociales de santé ainsi que des problèmes psychosociaux importants. Le plan d'action devient donc un outil intéressant pour coordonner nos efforts en vue d'éviter l'apparition de tels problèmes.

Le plan d'action régional donne suite au Programme national de santé publique 2003-2012, dont la mise à jour a été complétée en 2008. Il respecte la plate-forme commune prescrite par ce dernier tout en tenant compte de la réalité régionale. Il permet de bien circonscrire le champ d'action de la santé publique, axé sur la promotion de la santé, la prévention et la protection, en précisant notamment des cibles d'action ainsi que les activités qui en découlent.

À la suite de l'élaboration de ce nouveau document, la Direction régionale de santé publique a procédé à une consultation auprès des acteurs impliqués en santé publique. Les résultats ont été très satisfaisants tant sur le plan de la participation que de la qualité et de la pertinence des commentaires reçus. Ceux-ci touchaient tout particulièrement les défis à relever et les conditions favorables à la mise en œuvre ainsi que l'offre de service liée aux domaines d'activité. Je vous invite à lire le texte de l'annexe I qui présente tant la démarche adoptée que les résultats obtenus.

Le Plan d'action régional de santé publique 2009-2012 s'inscrit en continuité des actions déjà entreprises depuis quelques années. Je suis persuadé qu'il permettra de consolider encore davantage les liens établis entre les différents acteurs, toujours dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population de notre région.

Le directeur régional de santé publique,



François Desbiens, M.D.

Table des matières



Remerciements	1
Avant-propos	3
Liste des sigles et acronymes	7
Introduction	13
Mission, rôles et responsabilités des différents acteurs de santé publique	15
Contexte de la mise à jour du plan d'action régional	17
Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale	21
Défis à relever et conditions favorables à la mise en œuvre	27
Défis	27
Conditions favorables	30
Définition de l'offre de service de santé publique	31
Développement, adaptation et intégration sociale	33
Périnatalité et petite enfance	33
Jeunesse	39
Adultes – Personnes âgées	45
Habitudes de vie et maladies chroniques	55
Activité physique, alimentation, tabagisme et santé dentaire	55
Dépistage du cancer du sein	62
Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes	65
Pauvreté, développement social et des communautés	67
Système de soins et de services et évaluation	77
Maladies infectieuses	81
Surveillance, vigie et contrôle des maladies à déclaration obligatoire	81
Infections nosocomiales	86
Maladies évitables par la vaccination	87
Infections transmissibles sexuellement et par le sang	90

Santé environnementale	95
Santé au travail	101
Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives	107
Surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants	113
Suivi et évaluation	115
Conclusion	117
Notes	119
ANNEXE I	
Faits saillants relatifs à la consultation effectuée lors de la mise à jour du Plan d'action régional de santé publique de la Capitale-Nationale	125
ANNEXE II	
Plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux en cas de menace pour la santé	127
ANNEXE III	
Thèmes prioritaires retenus dans le Plan d'action pour la population âgée	131
ANNEXE IV	
Les activités à accomplir par clientèle	133

Liste des sigles et acronymes



ACIA	Agence canadienne d'inspection des aliments
ACSM	Association canadienne pour la santé mentale
APIPP	Atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychologique
APTE	Activités de prévention des toxicomanies
ARSEQCA	Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudière-Appalaches
ASGMSQ	Association des services de garde en milieu scolaire du Québec
ASPQ	Association pour la santé publique du Québec
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
ATI	Approche territoriale intégrée
BAPE	Bureau d'audiences publiques sur l'environnement
CAADRQ	Conseil de l'agriculture et de l'agroalimentaire pour le développement de la région de Québec
CAR	Commission administrative régionale
CAU	Centre <i>affilié</i> universitaire
CCNI	Comité consultatif national de l'immunisation
CCSR	Centre de coordination des services régionaux du Centre hospitalier <i>affilié</i> universitaire de Québec - Hôpital du Saint-Sacrement
CDD	Centre de dépistage désigné (cancer du sein)
CH	Centre hospitalier
CHA	Centre hospitalier <i>affilié</i> universitaire de Québec
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CIQ	Comité sur l'immunisation du Québec
CIQR	Comité intersectoriel québécois sur le radon
CJQ	Centre jeunesse de Québec
CLD	Centre local de développement
CLE	Centre local d'emploi

CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
COU	Contraception orale d'urgence
CPE	Centre de la petite enfance
CRÉ	Conférence régionale des élus
CRID	Centre de référence pour investigation désigné du Centre hospitalier <i>affilié</i> universitaire de Québec - Hôpital du Saint-Sacrement
CRI-VIFF	Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes
CRPO	Centre de recherche en prévention de l'obésité
CRQ	Cliniques-réseau-Québec
CRUV	Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
CS	Commission scolaire
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSS QN	Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord
CSSS VC	Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
CTO	Cellules, tissus, organes
DRPACCI	Direction régionale de la planification, des affaires corporatives, des communications et de l'Infocentre de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
DACD	Diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i>
DMF	Département de médecine familiale
DMSP	Département de médecine sociale et préventive
DRAMUH	Direction régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
DRMG	Département régional de médecine générale
DRMOPE	Direction régionale de la main-d'œuvre et du partenariat avec l'éducation de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
DRPC	Direction régionale des programmes clientèles de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
DRSP	Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
E.S.P.A.R.	Éducation à la sexualité fondée sur le pouvoir d'agir et de réfléchir
EDQ	Établissement de détention de Québec

ELE	Éveil à la lecture et à l'écriture dans les milieux défavorisés
ENAP	École nationale d'administration publique
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
FADOQ	Fédération de l'âge d'or du Québec
FÉCHAQC	Fédération des coopératives d'habitation du Québec
FROHQ	Fédération régionale des OBNL en habitation de Québec et Chaudière-Appalaches
FSA	Faculté des sciences de l'administration
FSI	Faculté des sciences infirmières
GETOS	Gouverne et transformation des organisations de santé
GMF	Groupe de médecine de famille
GRIS-Québec	Groupe régional d'intervention sociale
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
HPS-OMS	Hôpital promoteur de la santé - Organisation mondiale de la santé
IAB	Initiative des amis des bébés
IADO	Intoxication à déclaration obligatoire
IIP	Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes et de leurs partenaires
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAMROT	Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MCI	Manifestation clinique inhabituelle
MDDEP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MESS	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MEV	Maladie évitable par la vaccination
MFA	Ministère de la Famille et des Aînés
MJQ	Ministère de la Justice
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté

MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTQ	Ministère des Transports
OC	Organisme communautaire
OCJ	Organisme communautaire jeunesse
ODQ	Ordre des dentistes du Québec
OLO	Œuf, lait, jus d'orange
OMH	Office municipal d'habitation
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAG	Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 <i>Investir pour l'avenir</i>
PAGMTAA	Programme d'aide gouvernementale aux modes de transport alternatifs à l'automobile
PAR	Plan d'action régional
PCP	Pratiques cliniques préventives
PEF	Portneuf en Forme
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PMSD	Pour une maternité sans danger
PNSP	Programme national de santé publique 2003-2012
PPMC	Pavillon de prévention des maladies cardiaques
PPP	Promotion, prévention, protection
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PSSE	Programme de santé spécifique aux établissements
QEF	Québec en Forme
RAIIQ	Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec
RGF-CN	Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale
ROC 03	Regroupement régional des organismes communautaires de la région 03
ROCF	Regroupement des organismes communautaires Famille
ROP 03	Regroupement des organismes de personnes handicapées de la région 03
SAD	Soins à domicile
SAEM	Service d'aide à l'enfant et à son milieu
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SFA	Hôpital Saint-François d'Assise, CHUQ

SIDEP	Service intégré de dépistage et de prévention du VIH, des ITS et des hépatites virales
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIRSAU	Système intégré de récupération des seringues et des aiguilles usagées
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
SRPIQ	Service régional des produits immunisants du Québec
TAPJ	Tables d'actions préventives jeunesse
TMS	Trouble musculosquelettique
TNI	Traumatisme non intentionnel
TOD	Traitement sous observation directe
UDI	Utilisateur de drogues par injection
UHRESS	Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida
UMF	Unité de médecine familiale
URLS	Unité régionale de loisir et de sport
VHC	Virus de l'hépatite C
VHS	Virus de l'herpès simplex
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VNO	Virus du Nil occidental
VPH	Virus du papillome humain
YAPP	Y'a personne de parfait

Introduction

Dans le cadre de la Loi sur la santé publique, le ministère de la Santé et des Services sociaux a élaboré le Programme national de santé publique 2003-2012, qui oriente les actions de santé publique de l'ensemble de la province. Ce programme a été mis à jour à mi-parcours, et cela a amené l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale à faire de même pour son Plan d'action régional de santé publique 2004-2007. Les centres de santé et de services sociaux auront à leur tour à mettre à jour leur plan d'action local de santé publique avec leurs partenaires locaux, en concordance avec le plan d'action régional, tout en l'ajustant aux particularités de leur population.

La mise à jour du plan d'action régional a tenu compte de l'évolution de l'état de santé de la population et des résultats de différents travaux de planification et d'évaluation qui ont eu cours entre 2004 et 2008 et qui, d'ailleurs, avaient été effectués pour alimenter cette mise à jour. Elle tient compte également de la nouvelle responsabilité populationnelle des CSSS qui leur donne un levier pour renforcer la prévention à l'échelle territoriale au sein du système de santé et de services sociaux.

Le document présente la mission ainsi que les rôles et les responsabilités des différents acteurs de santé publique, tant à l'échelle régionale que locale, qui balisent l'offre de service de santé publique. Le contexte de la mise à jour du plan d'action régional rend compte pour sa part des résultats de différents travaux de planification et d'évaluation qui ont été conçus et utilisés pour orienter ce processus et améliorer l'offre de service. Cette dernière a également été influencée par le portrait de santé de la population, qui a été mis à jour en 2008 et dont un résumé est présenté ci-après. Ces différentes sources d'information ont permis de faire émerger les défis à relever dans la région et de définir les conditions favorables à la mise en œuvre du plan d'action régional.

Par la suite, le document détaille l'offre de service par domaine, puis présente le plan des travaux de suivi et d'évaluation qui seront nécessaires à la Direction régionale de santé publique pour juger de l'atteinte des cibles et finalités visées par le Plan d'action régional de santé publique 2009-2012.

Mission, rôles et responsabilités des différents acteurs de santé publique

Les interventions effectuées dans le champ de la santé publique sont définies comme des actions ayant un effet sur les déterminants de la santé et du bien-être. Cette notion de déterminants de la santé renvoie plus précisément aux facteurs biologiques, aux habitudes de vie et aux comportements, à l'environnement physique et social, et enfin, à l'organisation du système de soins et de services. En agissant sur ces facteurs, les acteurs de santé publique travaillent en amont des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux. Les interventions se traduisent par des actions qui visent toute une population ou encore des groupes particuliers de personnes ayant certains traits communs. Elles sont basées sur le choix de mesures reconnues efficaces ou prometteuses. Quant aux interventions relatives au système de soins et de services, elles permettent d'influencer les processus de décision relatifs aux différents systèmes qui touchent la santé et le bien-être et qui modulent certains choix et comportements de la population.

Les actions de santé publique reposent sur quatre fonctions dites essentielles. La première de ces fonctions est la surveillance de l'état de santé de la population. Comme son nom l'indique, elle consiste à suivre l'évolution de l'état de santé de la population et de ses déterminants. La deuxième fonction, soit la promotion de la santé et du bien-être, vise à inciter les communautés, les groupes et les individus à faire des choix favorables à la santé et au bien-être, leur permettant ainsi d'améliorer leurs conditions de vie. Pour sa part, la fonction de prévention regroupe des activités qui se rapportent aux facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes. Elle vise à éviter l'apparition des problèmes, mais également à ralentir la progression de la maladie par une détection précoce. La fonction de protection, enfin, concerne l'intervention de santé publique effectuée auprès de la population ou d'individus en cas de menaces pour la santé. Ces fonctions dites essentielles sont appuyées par des fonctions de soutien, qui regroupent les activités liées aux politiques publiques et à la législation, à la recherche et à l'innovation ainsi qu'au développement et au maintien des compétences au regard des pratiques de santé publique.

Dans cette perspective, on convient que la mission de santé publique n'est pas exclusivement celle de la Direction régionale de santé publique et des centres de santé et de services sociaux, même si certains mandats particuliers leur sont confiés. Aussi, le plan d'action régional concerne tous les acteurs de la région qui contribuent de quelque façon à l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être de la population. Cette mission doit être soutenue par tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les médecins et les autres professionnels de la santé, les organismes communautaires ainsi que les partenaires des autres secteurs d'activité.

La Direction régionale de santé publique

La mission de la Direction régionale de santé publique se définit soit par des responsabilités confiées à son directeur par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Loi sur la santé publique, la Loi sur la qualité de l'environnement ainsi que la Loi sur la santé et la sécurité du travail, soit par des responsabilités confiées à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et qui lui sont déléguées. Selon l'article 373 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le directeur régional de santé publique a la responsabilité :

1. d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin;
2. de cerner les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;

3. d'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller l'Agence sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitables;
4. de cerner les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant une incidence sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre des mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action.

Par délégation, la Direction régionale de santé publique a la responsabilité d'élaborer, de mettre en œuvre, d'évaluer et de mettre à jour le plan d'action régional, en concertation avec les CSSS de la région. Soulignons enfin que le directeur régional de santé publique doit élaborer un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux en cas de menace pour la santé. Un document relatif à cette obligation figure à l'annexe II.

Les centres de santé et de services sociaux

Depuis la diffusion du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007, le réseau de la santé et des services sociaux a connu une importante transformation. Les CSSS exercent maintenant une responsabilité populationnelle, conjointement avec leurs partenaires locaux. En élaborant et en mettant en œuvre son plan d'action local de santé publique, le CSSS répond à cette responsabilité.

Tous les intervenants d'un territoire de CSSS font partie d'un « réseau local de services ». Dans ce cadre, le CSSS noue les liens nécessaires avec les établissements visés afin que sa population reçoive des services continus, sans rupture, particulièrement les clientèles des services de longue durée : les personnes en perte d'autonomie, les jeunes en difficulté, les personnes ayant des problèmes de santé mentale et les personnes aux prises avec une maladie chronique¹.

Lors de l'élaboration de son « projet clinique », le CSSS doit tenir compte de l'ensemble des caractéristiques sociosanitaires de la population locale et des besoins particuliers des groupes plus vulnérables. Pour ce faire, il doit offrir à l'ensemble de la population de son territoire toute la gamme de services, soit ceux liés à la prévention et à la promotion de la santé, aux services curatifs, à la réadaptation et à la réinsertion. Il travaille ainsi en partenariat avec les ressources de son territoire, tels que les organismes communautaires, en concertation avec les collectivités locales, notamment les groupes de citoyens, ainsi qu'avec des partenaires intersectoriels, comme les milieux scolaire et municipal.

Les organismes communautaires

Les organismes communautaires se définissent comme « constituants d'un mouvement social autonome d'intérêt public, comme des agents de transformation sociale qui agissent au niveau de l'amélioration de la qualité du tissu social, leur intervention allant au-delà de la simple satisfaction des besoins sociaux et de santé de la population. Ces organismes constituent un secteur particulier d'intervention du domaine de la santé et des services sociaux² ». Ils sont administrés par un conseil d'administration composé en majorité d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté. Rappelons que ces organismes naissent des besoins identifiés par une communauté et qu'ils doivent rendre des comptes à ses représentants.

L'enracinement dans la communauté, l'autonomie, la souplesse, l'innovation et l'approche globale sont les principaux éléments qui les caractérisent. Environ 250 de tous les organismes communautaires de la région de Québec œuvrent dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ceux-ci sont donc des partenaires importants compte tenu de leurs activités en promotion de la santé et en prévention.

Les autres partenaires

Le maintien et l'amélioration de l'état de santé exigent la participation d'autres partenaires, dont les autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Les centres hospitaliers généraux, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, le Centre jeunesse de Québec, les centres de réadaptation ne sont que quelques exemples d'établissements qui peuvent être mis à contribution. En outre, les médecins et les professionnels de la santé ont, par leurs pratiques cliniques préventives, un rôle important à jouer au regard de la santé et du bien-être de leur clientèle.

Par ailleurs, des partenaires relevant d'autres secteurs d'activité collaborent de plus en plus à cette mission. Ce sont par exemple les différents ministères, les centres de la petite enfance, les commissions scolaires et les écoles, les municipalités, les corps policiers, les différents milieux de travail ou encore les organismes et établissements du secteur économique.

C'est dans cette perspective de collaboration entre ces divers partenaires que le Plan d'action régional de santé publique a été mis à jour. Cette collaboration est basée sur le respect mutuel entre les organisations en place en reconnaissant leur expertise respective. La mobilisation de tous représente donc une condition essentielle à la mise en œuvre de ce plan d'action.

Contexte de la mise à jour du plan d'action régional

La mise à jour du plan d'action régional s'inscrit dans la foulée du processus plus large de révision du Programme national de santé publique 2003-2012 par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Comme le prévoit la Loi sur la santé publique, les agences de la santé et des services sociaux doivent mettre à jour leur plan d'action régional de santé publique pour le second cycle (2008-2012) du Programme national de santé publique. Par la suite, les CSSS auront, à leur tour, à faire de même avec leur plan d'action local.

Dans la région de la Capitale-Nationale, cette démarche consiste à réviser le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 en considérant l'environnement actuel et la mise à jour du Programme national de santé publique faite en 2008. Cette révision ne modifie pas les fonctions de santé publique ni les domaines d'intervention. Elle vise plutôt à apporter des ajustements en tenant compte :

- du nouveau contexte dans lequel le plan d'action se déploie, en particulier les changements survenus depuis 2004 dans la gouvernance du réseau de la santé, qui ont redéfini les rôles et responsabilités des CSSS et de l'Agence. Ces changements soulèvent des défis liés à l'arrimage entre les paliers régional et local pour la mise en œuvre du plan d'action régional et des plans d'action locaux et à l'actualisation de la responsabilité populationnelle à l'échelon local;
- des éléments permettant d'améliorer l'offre de service en santé publique, en particulier l'évolution de l'état de santé de la population et les nouvelles connaissances;
- du Plan stratégique 2005-2008 de la Direction régionale de santé publique ainsi que des évaluations d'interventions ou de programmes régionaux faites pour soutenir la mise en œuvre et le renouvellement du plan d'action régional et des évaluations effectuées à l'échelle nationale pour la mise à jour du Programme national de santé publique*.

Les sections suivantes présentent un résumé des résultats de ces différents travaux. La dernière section décrit les objectifs et le processus de la mise à jour.

Le Plan stratégique 2005-2008 de la Direction régionale de santé publique

En 2004, la Direction régionale de santé publique a entamé un processus de planification stratégique dans le but de mieux assurer sa mission et d'ajuster les stratégies d'intervention pour améliorer son efficacité et son efficacité. Après une consultation du personnel, des principaux partenaires ainsi que des résultats d'autres démarches, dont l'élaboration du plan d'action régional, des enjeux ont été ciblés. Pour chacun d'eux, des orientations stratégiques, des axes d'intervention et des objectifs à atteindre ont été définis.

Un des objectifs de la planification stratégique était de rédiger deux plans d'action menant à l'implantation de stratégies de promotion et de prévention efficaces ou prometteuses pour la population âgée et dans le champ de la santé mentale. Un second objectif était de proposer une offre de service intégrée de santé publique pour les pratiques cliniques préventives.

Les travaux relatifs à ces deux objectifs ont alimenté directement la mise à jour du plan d'action régional. Les cibles et les activités proposées, tant pour la population âgée que dans le domaine de la santé mentale, ont servi à préciser différentes parties de l'offre de service. On trouve un résumé de ces travaux dans la section suivante, alors que deux documents présentent l'ensemble de la démarche et les plans d'action qui en découlent. De plus, un groupe de travail a conçu une stratégie régionale pour favoriser l'implantation des pratiques cliniques préventives. Cette stratégie est présentée dans l'offre de service Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives.

* Ces résultats sont présentés dans le document de mise à jour du Programme national de santé publique.

Le plan d'action pour le champ de la santé mentale

La réflexion sur les stratégies à privilégier en santé mentale a été menée à partir d'un modèle conceptuel de l'Institut national de santé publique du Québec et en se servant d'un avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. Dans un premier temps, un comité de travail interne a dressé le portrait sociosanitaire des adultes et le bilan des actions accomplies dans la région. Dans un deuxième temps, un comité consultatif composé de professionnels de la Direction régionale de santé publique, de partenaires du milieu communautaire et des CSSS a établi des priorités en se servant de critères tels que l'ampleur du phénomène, la capacité d'action, la transversalité des actions, la continuité avec des interventions existantes, etc. Cinq priorités ont ainsi été retenues dans le Plan d'action régional en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux des jeunes adultes et des adultes³ :

- Améliorer la santé psychologique au travail.
- Améliorer la connaissance et la reconnaissance des signes et symptômes des états dépressifs et des troubles anxieux.
- Prévenir l'isolement social et l'exclusion sociale.
- Soutenir les proches aidants susceptibles d'être à risque de détresse psychologique, plus particulièrement les proches aidants des personnes atteintes de troubles mentaux.
- Favoriser l'accès au logement social pour ceux qui en ont besoin, plus particulièrement pour les personnes atteintes de troubles mentaux.

Ces priorités sont le reflet des préoccupations actuelles des principaux acteurs régionaux et locaux en santé mentale et proposent une vision très large de la promotion en santé mentale et de la prévention des troubles mentaux. Elles ont été intégrées à la mise à jour de l'offre de service du domaine Développement, adaptation et intégration sociale.

Le plan d'action pour la population âgée

Le plan d'action particulier à la population âgée, *Proposition d'actions auprès de la population âgée de la région de la Capitale-Nationale pour un vieillissement en santé*⁴, a été défini en collaboration avec les partenaires de la région. Cette proposition d'actions a nécessité différents travaux, dont l'élaboration d'un modèle conceptuel pour un vieillissement en santé qui a permis, dans un premier temps, de constituer un inventaire de toutes les possibilités à saisir pour améliorer ou maintenir la santé des personnes. Certains axes d'intervention de ce modèle touchent les déterminants de la santé des personnes âgées, qu'elles soient en bonne santé, en perte d'autonomie ou malades, alors que d'autres visent plus précisément la réduction des problèmes de santé et de leurs conséquences. Les axes d'intervention qui ont servi de base à la réflexion sont présentés ici selon un ordre qui correspond au continuum allant de la promotion de la santé jusqu'à la gestion des conditions chroniques, en passant par la prévention :

- Améliorer les aptitudes individuelles et la capacité d'adaptation des personnes âgées.
- Améliorer l'environnement général et les conditions de vie des personnes âgées.
- Créer des milieux de vie sains et sécuritaires.
- Favoriser l'engagement et la participation des personnes âgées et améliorer le soutien à celles-ci et à leurs aidants.
- Éviter l'apparition des problèmes psychosociaux et des problèmes de santé mentale et physique par la réduction des facteurs de risque.
- Détecter les problèmes de santé physique et agir précocement.
- Détecter les problèmes psychosociaux et de santé mentale et agir précocement.
- Gérer adéquatement les conditions chroniques.
- Organiser adéquatement les services de santé et les services sociaux (prévention, traitement, réadaptation, accompagnement et soins de fin de vie).

Dans un deuxième temps, grâce à des recensions d'écrits sur les actions préventives en santé publique et à des critères de sélection - notamment le rôle que peut exercer le réseau de santé publique (leadership, soutien ou représentation), les preuves scientifiques et le contexte d'intervention en santé publique -, on a pu cibler les interventions efficaces ou prometteuses à poursuivre, à consolider, à adapter à cette clientèle ou à développer en priorité dans le Plan d'action régional de santé publique 2009-2012. L'annexe III présente les thèmes prioritaires qui ont commandé les activités inscrites dans la mise à jour du plan d'action régional. Les interventions priorisées ont été intégrées selon les différents domaines et selon la problématique.

Évaluation du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007

Afin de savoir de quelle façon se déploient les activités inscrites dans le plan d'action régional, on a accompli principalement deux démarches : la description de l'état de l'implantation des activités et l'évaluation de la capacité de mise en œuvre du plan d'action. Un résumé de ces deux démarches et des résultats produits est présenté dans les sections suivantes.

Bilan de l'implantation des activités du plan d'action régional⁵

Globalement, ce bilan souligne que 75 % des 286 activités du plan d'action régional sont implantées ou en voie de l'être. Une analyse plus fine révèle des différences entre les domaines. Cette différence proviendrait en partie de la proportion d'activités qui sont à développer, proportion souvent expliquée par un manque de ressources. Au total, plus de 61 % des activités sont locales et doivent être mises en place dans les quatre territoires de CSSS de la région. Parmi les 175 activités locales, 77,7 % (136/175) sont implantées ou en voie de l'être. Par ailleurs, près de 39 % des activités du plan d'action régional sont reconnues comme étant essentiellement des activités régionales*, dont 71,2 % (79/111) sont implantées ou en voie de l'être.

L'analyse globale montre qu'une grande partie des activités concordent avec le Programme national de santé publique, alors que certaines sont particulières à la région. On constate également que la majorité des activités doivent être implantées dans les quatre territoires de CSSS. Les commentaires recueillis dans le bilan soulignent que la description des activités est variable. Certaines d'entre elles sont larges, tel un programme, alors que d'autres sont plus pointues, comme une étude ou une activité précise. Par ailleurs, la responsabilité des activités n'est pas toujours spécifiée. En effet, il arrive que le responsable ne soit pas clairement désigné ou que plusieurs partenaires y soient associés sans que leur rôle soit précisé. Enfin, les cibles du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 ne sont généralement pas mesurables.

Malgré les limites de ce type de bilan, il présente certains avantages. Ainsi, il a permis de fournir aux gestionnaires et aux responsables des projets un premier niveau d'information sur l'état global d'implantation du plan d'action régional et des activités de chacun des domaines. De plus, il a distingué les activités en phase de planification de celles qui sont en partie ou totalement implantées. Finalement, il a permis de soutenir la mise à jour du plan d'action régional et des plans d'action locaux.

Évaluation de la capacité de mise en œuvre

Cette évaluation a permis d'apprécier la capacité de mise en œuvre du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de la Capitale-Nationale ainsi que sa traduction dans les plans d'action locaux. Plus précisément, elle a exploré les conditions favorables à une implantation réussie ainsi que les difficultés qui ont pu ralentir son implantation ou lui nuire. Le cadre d'analyse retenu est basé sur trois perspectives, soit la perspective décisionnelle, la perspective organisationnelle et la perspective professionnelle. Une analyse documentaire et des entrevues semi-dirigées de gestionnaires et de professionnels de la direction régionale et des CSSS, ont permis de recueillir des données selon ces trois perspectives. Les sections qui suivent présentent les principaux constats qui se dégagent de l'évaluation. Toutefois, le lecteur devra se référer au rapport final de l'étude pour apprécier toutes les nuances qui s'imposent⁶.

La perspective décisionnelle

Cette perspective comprend les aspects tels que les processus administratifs et les mécanismes de gestion et de reddition de compte. À ce point de vue, une première condition favorable est de se donner, en plus des plans d'action par domaine, des orientations régionales centrées sur les résultats. En outre, il faut optimiser les mécanismes de gestion existants pour favoriser une meilleure appropriation du plan d'action régional et de sa mise en œuvre, de façon à soutenir son implantation. Enfin, il convient, au-delà de l'utilisation des ententes de gestion et de la reddition de compte, de renforcer le suivi des activités pour favoriser l'atteinte des résultats.

La perspective organisationnelle

Cette notion fait référence aux ressources financières et humaines, au fonctionnement des organisations, etc. Selon cette perspective, trois conditions favorables sont mises en évidence. Il s'agit, premièrement, de pouvoir compter sur des ressources financières et humaines suffisantes et appropriées. En outre, on doit favoriser le rôle clé du responsable local de santé publique. Enfin, il faut améliorer les échanges et la communication à tous les niveaux hiérarchiques.

* Ce sont des activités de soutien diverses : planification, promotion, formation, études, évaluations, surveillance, projets pilotes, collaborations à l'organisation de services, soutien aux interventions, etc.

La perspective professionnelle

La perspective professionnelle correspond à différents aspects liés au personnel d'une organisation qui accomplit les activités. Il est question entre autres de la mobilisation du personnel, de son expertise et de ses compétences. Deux conditions favorables sont mises en avant. Il s'agit, tout d'abord, de miser sur la mobilisation et l'expertise des professionnels et des intervenants pour favoriser l'atteinte des résultats. Ensuite, il faut soutenir davantage, régionalement, les CSSS et les autres partenaires dans la mise en place d'interventions efficaces et favorables à la prévention et à l'atteinte des résultats, un élément important pour l'implantation du plan d'action régional et des plans d'action locaux.

La mise en œuvre du plan d'action régional : une occasion de s'approprier des orientations communes, des objectifs et des résultats à atteindre ainsi que de clarifier les rôles et responsabilités sur les plans régional et local

De façon générale, les acteurs régionaux et locaux reconnaissent la capacité des organisations à mettre en œuvre le plan d'action régional et les plans d'action locaux. L'offre de service du Plan d'action régional de santé publique 2009-2012 doit l'accentuer en contribuant davantage à l'exercice de la responsabilité populationnelle ainsi qu'en donnant l'accès à des services de promotion, de prévention et de protection efficaces au plus grand nombre de personnes de la région de la Capitale-Nationale. Pour cela, il apparaît essentiel :

- de préciser et de diffuser les orientations que la région veut mettre en avant en matière de santé publique, auxquelles seront associés les objectifs visés en fonction des principaux besoins de la population. À cet égard, la Direction régionale de santé publique doit promouvoir une vision concertée de l'offre de service à implanter dans la région, en mettant à contribution les principaux partenaires;
- de déterminer les cibles visées et les résultats à atteindre en privilégiant les approches et les stratégies les plus efficaces en prévention, en promotion et en protection pour favoriser le bien-être et la santé de la population;
- de s'assurer que les rôles et les fonctions de la Direction régionale de santé publique sont suffisamment clairs et connus pour aider l'ensemble des partenaires à assumer pleinement ses responsabilités de santé publique, tant à l'échelle régionale que locale.

Ces conditions remplies, il sera alors permis de croire que l'ensemble des partenaires se sentira directement impliqué dans l'exercice de la responsabilité populationnelle et qu'il contribuera ainsi à l'amélioration de la santé de la population de la région de la Capitale-Nationale.

Le processus de mise à jour du plan d'action régional

Pour cette mise à jour, la Direction régionale de santé publique a tenu différentes activités de planification et une série de consultations.

Dans un premier temps, elle a consulté les responsables de ses équipes et les responsables de santé publique des CSSS pour connaître leurs propositions d'améliorations à apporter au plan d'action régional. À partir de leurs commentaires et en considérant les informations issues des évaluations régionales et d'autres sources (évaluations nationales, Plan stratégique de la Direction régionale de santé publique, Programme national de santé publique mis à jour), elle a défini les objectifs de la mise à jour. Ils constituaient essentiellement à préciser l'offre de service et, plus particulièrement, à revoir les finalités, les cibles et les activités retenues. L'exercice visait également à mettre à jour les différentes sections du plan d'action régional tout en conservant la même structure que le plan 2004-2007. Le manuel d'organisation de projet de la mise à jour du plan est venu définir cette opération⁷.

Ainsi, il a été décidé de regrouper les activités, autant que possible, et de préciser la contribution attendue de la Direction régionale de santé publique, des CSSS et des autres partenaires dans la mise en œuvre de chacune des activités du plan d'action régional. Les finalités ont également été révisées et, dans la mesure du possible, les cibles ont été formulées de façon mesurable afin de faciliter le suivi de l'atteinte des résultats. Une attention particulière a aussi été apportée à la concordance des activités avec le Programme national de santé publique, tout en se laissant la possibilité de conserver des activités propres à la région dans la mesure où elles étaient jugées pertinentes par les décideurs régionaux. Notons que les partenaires contribuant à chacun des domaines ont été consultés au cours du processus d'élaboration de l'offre de service.

Cette nouvelle offre de service a été soumise au comité de régie de la Direction régionale de santé publique pour assurer l'arrimage entre les différents domaines d'intervention de la direction. Elle a également été présentée aux responsables de santé publique des CSSS pour qu'ils la complètent, la valident et en vérifient la faisabilité à l'échelle locale. À la fin de ce processus et pour l'ensemble du plan d'action régional, des consultations ont été menées auprès des différentes instances de l'Agence et des partenaires régionaux de santé publique. Enfin, les avis et les commentaires reçus ont été analysés et ont permis d'ajuster et de bonifier le Plan d'action régional de santé publique 2009-2012.

Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale

Un profil démographique contrasté

Troisième en importance au Québec et neuvième à l'échelle du Canada, la région de la Capitale-Nationale comptait 669 316 habitants en 2006, ce qui représente près de 70 000 personnes de plus qu'en 1986. Malgré ce gain, le taux d'accroissement démographique de la région est inférieur à celui du Québec et très en deçà de celui de la majorité des grandes régions canadiennes.

Notre région se caractérise, notamment, par le fait que la taille de sa population varie grandement selon ses différents territoires sociosanitaires. En 2006, les deux territoires de CSSS les plus peuplés et les plus urbanisés, en l'occurrence ceux de la Vieille-Capitale (298 395) et de Québec-Nord (293 954), regroupaient près de 90 % de la population régionale. Le territoire du CSSS de Portneuf venait au troisième rang (46 942), suivi de celui du CSSS de Charlevoix (30 025).

Le profil démographique dans la région présente des situations contrastées. Le territoire de La Jacques-Cartier se distingue nettement des autres, avec une population plus jeune et une fécondité plus élevée. Il connaît, par ailleurs, la plus forte croissance démographique. À l'opposé, les trois secteurs de la Vieille-Capitale poursuivent le vieillissement amorcé depuis plusieurs années. Charlevoix offre certaines similitudes avec ces territoires centraux, avec la particularité qu'il est le seul dans la région à connaître un déclin de sa population.

Les jeunes de 0 à 14 ans représentent, avec près de 14 % de la population de la Capitale-Nationale, l'une des plus faibles proportions des grandes régions canadiennes. En 2006, ces jeunes étaient près de 94 000 dans la région, comparativement à environ 113 000 en 1986. Les naissances peu nombreuses expliquent en grande partie la décroissance chez les moins de 15 ans. D'ailleurs, le nombre moyen d'enfants par femme (1,44 en 2006) est le plus faible au Québec et est très en deçà du seuil de remplacement des générations, qui est de 2,1. Les secteurs Haute-Ville-Des-Rivières et Basse-Ville-Limoilou-Vanier

se démarquent par la plus faible proportion (10 %) de jeunes de moins de 15 ans. Comme mentionné précédemment, le secteur de La Jacques-Cartier est celui où les jeunes sont les plus nombreux; ils y représentent 21 % de la population.

La Capitale-Nationale est, après Montréal, la grande région canadienne comptant la plus grande part de personnes âgées (15 %). Maintenant, les aînés sont plus nombreux que les jeunes dans la région. Tout comme l'ensemble du Québec, la région connaîtra un vieillissement démographique très rapide au cours des prochaines années. Le nombre de personnes de 65 ans et plus, qui était de plus de 102 000 en 2006, passera à plus de 190 000 en 2026, ce qui représentera environ trois personnes sur dix. Ce sont les secteurs de la Basse-Ville-Limoilou-Vanier et de la Haute-Ville-Des-Rivières qui, en 2006, comptaient les plus fortes proportions de personnes âgées, soit une personne sur cinq chacun.

Une économie choyée, mais avec certaines exceptions

Sur plusieurs points, le bilan économique de la région est l'un des meilleurs. À titre d'exemple, le taux de chômage est, depuis quelques années, le plus faible au Québec, et le taux d'emploi des dix dernières années se situe parmi les plus élevés. Par ailleurs, avec un revenu moyen personnel par habitant (avant impôt) de 31 075 \$ en 2005, notre région se classe au troisième rang des régions québécoises. Ajoutons que la comparaison de ces indicateurs avec les grandes régions canadiennes confirme que la Capitale-Nationale se positionne favorablement.

Un des atouts de la région est sa forte scolarisation. Dans les faits, la Capitale-Nationale est nettement plus scolarisée que la moyenne québécoise; on y compte la plus faible proportion de personnes ayant une scolarité inférieure au certificat d'études secondaires, tandis qu'elle vient au deuxième rang pour ce qui est de la population titulaire d'un certificat ou d'un diplôme universitaire.

Néanmoins, plusieurs personnes vivent une situation économique difficile. Entre 2000 et 2005, la croissance économique de la région s'est accompagnée d'un recul de la proportion de familles à faible revenu. Cependant, ce constat encourageant ne doit pas faire oublier qu'en 2005 encore plus de 60 000 personnes se trouvaient dans une situation économique précaire, parmi lesquelles on comptait près de 12 000 enfants, dont la plupart vivaient dans une famille monoparentale.

La situation socioéconomique des femmes est, par ailleurs, généralement plus difficile que celle des hommes. Elles disposent d'un revenu moyen inférieur et sont plus nombreuses à vivre sous le seuil de faible revenu. Par contre, on peut s'attendre à des améliorations, puisque la scolarisation des jeunes femmes est en hausse.

En dépit d'une économie régionale vigoureuse, on observe l'existence d'inégalités dans la région de la Capitale-Nationale en 2005 pour la perception de la santé selon le revenu. En effet, la proportion de personnes ne se percevant pas en bonne santé, qui atteint seulement 2,5 % chez le groupe du quintile supérieur de revenu, croît progressivement jusqu'à 16,2 % chez les personnes composant les 20 % de la population ayant le revenu le plus faible. Les personnes au bas de l'échelle de revenu sont donc six fois et demie plus nombreuses à se déclarer en mauvaise santé.

Un environnement de plus en plus fragile

Bien que l'eau distribuée par les réseaux d'aqueduc de la région de la Capitale-Nationale soit en général de bonne qualité, plusieurs d'entre eux connaissent des écarts par rapport aux normes réglementaires. Entre 2002 et 2006, bon an, mal an, 23 à 42 avis d'ébullition ou de non-consommation de l'eau ont été émis annuellement. Un autre point touchant l'eau est la présence d'algues bleu-vert (cyanobactéries) dans les lacs. À l'été 2007, huit lacs de notre territoire (Blanc, Saint-Charles, Sept-Îles, Perreault, Sergent, Nairne, Saint-Augustin et Saint-Joseph) ont été touchés par la présence d'algues bleu-vert. Pour le moment, il semble que la problématique ne concerne que des lacs dont les rives sont densément peuplées.

L'air que nous respirons dans nos domiciles peut parfois être altéré par la fumée secondaire du tabac. En 2005, la proportion de non-fumeurs de 12 ans et plus exposés à la fumée secondaire à la maison était de 11 % dans notre région, par rapport à 9 % au Canada et à 13 % pour l'ensemble du Québec.

Enfin, il y a un très vaste consensus scientifique selon lequel le climat est en train de changer. Déjà, notre région est affectée par des perturbations météorologiques menant à l'allongement de la période de croissance de l'herbe à poux ainsi qu'à l'augmentation de la fréquence des vagues de chaleur (canicules), du nombre de lacs contaminés par les cyanobactéries, des épisodes de smog, des inondations et des épisodes de sécheresse.

Un contexte de vie parfois problématique

En 2001, la proportion de personnes vivant seules était, dans la région, de 18 %, ce qui est légèrement plus élevé que la proportion provinciale. Plus souvent qu'autrement, cette réalité touche davantage les femmes (20 %) que les hommes (16 %). Les territoires de la Basse-Ville–Limoilou–Vanier et de la Haute-Ville–Des-Rivières attirent l'attention par le fait qu'ils présentent les plus fortes proportions de personnes vivant seules – près du double des autres territoires – et par le fait également que plus de la moitié des personnes de plus de 75 ans y habitent seules.

Entre 1986 et 2001, partout au Québec, nous pouvions remarquer une progression constante du nombre de familles monoparentales. En 2001, dans la région de la Capitale-Nationale, la proportion de ces familles avec enfants de moins de 18 ans était de 22 % par rapport à 17 % en 1986. La monoparentalité était nettement plus présente dans le secteur Basse-Ville–Limoilou–Vanier, où elle atteignait un sommet de 43 %.

Si, sur le plan de la scolarisation, la région est globalement favorisée, il n'en demeure pas moins qu'en 2001 près de 40 % des résidents de Charlevoix, de la Basse-Ville–Limoilou–Vanier et de Portneuf n'avaient pas obtenu leur diplôme d'études secondaires. Ajoutons que, dans le secteur Basse-Ville–Limoilou–Vanier, 39 % des 15-24 ans ne fréquentaient pas l'école.

Mentionnons enfin que, même si le taux de violence conjugale est, dans la région, inférieur au taux québécois, chaque année, près de 800 femmes de la Capitale-Nationale sont victimes de violence conjugale.

Des habitudes et comportements sous surveillance

Au cours des deux dernières décennies, des interventions massives de lutte contre le tabagisme ont été effectuées au Québec. Cependant, malgré une baisse importante de la consommation de tabac, 21 % de la population de 12 ans et plus de la région consommait encore, en 2005, occasionnellement ou régulièrement, des produits du tabac. Toutefois, la région de la Capitale-Nationale se démarque favorablement par rapport aux autres régions québécoises, ce qui n'est pas le cas si on la compare avec les grandes régions canadiennes.

En 2005, les données régionales indiquent que quatre adultes sur dix étaient actifs durant leurs loisirs. En contrepartie, autant d'adultes sont peu ou pas actifs durant leurs loisirs. Ces données régionales se comparent à celles du Québec, et montrent une légère amélioration par rapport aux données de 2003.

La consommation d'alcool dans la région demeure préoccupante. En 2005, 21 % de la population de 12 ans et plus présentait une consommation élevée d'alcool (5 verres ou plus en une même occasion), plus de 12 fois par année. Les hommes sont deux fois et demie plus nombreux que les femmes à consommer de l'alcool substantiellement. À l'échelle locale, le taux de consommation élevée d'alcool est plus marqué dans les territoires de Portneuf et de la Haute-Ville-Des-Rivières.

On ne peut pas terminer ce bilan sans mentionner que les personnes ayant un surplus de poids s'exposent à connaître des problèmes de santé chroniques sévères, tels que les maladies cardiaques ou le diabète, et à réduire même jusqu'à leur espérance de vie. Ces 20 dernières années, la population adulte de la Capitale-Nationale a vu son tour de taille s'agrandir. En 1987, trois personnes de 18 ans et plus sur dix avaient un surplus de poids, alors qu'en 2005 c'était un peu plus de quatre adultes sur dix.

Une espérance de vie parmi les meilleures au Québec

Il n'est pas rare, de nos jours, qu'on atteigne l'âge vénérable de 100 ans. On vit plus longtemps mais, aussi, plus longtemps en santé, et ce, chez les deux sexes. La région de la Capitale-Nationale se situe au-delà de la moyenne provinciale au regard de ces deux éléments.

En 2000-2004, notre région se classait parmi les premières au Québec pour l'espérance de vie des femmes, tout en étant dans la moyenne chez les hommes. Les hommes peuvent espérer vivre 77,0 ans, soit quelques années de moins que les femmes, dont l'espérance de vie atteint 82,6 ans.

L'inégalité des sexes devant la mort est une réalité bien connue. La région de la Capitale-Nationale ne fait pas exception à cette règle. L'écart des années de vie selon le sexe s'est par contre rétréci au cours des deux dernières décennies. En fait, l'espérance de vie masculine a progressé plus rapidement que celle des femmes.

Cette différence de la longévité selon le sexe, au détriment des hommes, est en grande partie attribuable, depuis le milieu du dernier siècle, à la surmortalité masculine par maladie de l'appareil circulatoire, par cancer et par mort accidentelle. Ces « maladies de société », plus répandues chez les hommes, sont le reflet d'habitudes de vie, de conditions de travail et de comportements bien distincts selon le sexe. Ajoutons qu'une part importante de l'écart entre l'espérance de vie des hommes et des femmes s'explique par le fait qu'un plus grand nombre d'hommes meurent tôt de causes évitables.

La longévité attendue est par ailleurs très variable dans la région. En 2000-2004, le territoire de la Basse-Ville-Limoilou-Vanier obtenait les plus faibles valeurs d'espérance de vie chez les deux sexes, alors que les années de vie atteignaient leur maximum dans celui de Sainte-Foy-Sillery-Laurentien. Plus précisément, la différence est de sept ans chez les hommes (73,1 ans contre 80,1 ans) et d'un peu plus de six ans chez les femmes (79,6 ans contre 85,7 ans).

L'espérance de vie dans la Capitale-Nationale varie non seulement grandement selon le territoire, mais également selon le revenu. En 2000-2003, les 25 % de la population les moins fortunés ne pouvaient espérer vivre aussi longtemps, en moyenne, que le quart le plus aisé de la population : le déficit était de près de cinq ans chez les hommes et d'un peu plus de trois ans chez les femmes.

Le cancer est maintenant la première cause de mortalité

Le bilan de la Capitale-Nationale en ce qui concerne la mortalité a beaucoup changé ces dernières décennies. Les décès par maladies cardiovasculaires ont grandement diminué au point que ces maladies ne sont plus la principale cause de mortalité. Le cancer occupe maintenant le premier rang, ce qui représente un décès sur trois (32 %) en 2000-2004, suivi par les maladies cardiovasculaires (29 %) et les maladies de l'appareil respiratoire, avec 9 % des décès.

Chaque année, depuis le tournant du siècle, 1 600 personnes de la région décèdent d'un cancer et 3 300 apprennent qu'elles en sont atteintes. Les tumeurs malignes du poumon viennent au premier rang des causes de mortalité par cancer, avec le tiers des cas. Chaque année, le cancer du poumon emporte un peu plus de 500 personnes dans la région, frappant plus durement le territoire de la Basse-Ville–Limoilou–Vanier. Ajoutons que le taux de la Capitale-Nationale est l'un des plus élevés parmi les grandes régions canadiennes.

Certains cancers peuvent être soumis à un dépistage, notamment ceux du sein, du côlon-rectum, de la prostate et de l'utérus. De tous les cancers chez les femmes, après celui du poumon, c'est le cancer du sein qui est le plus mortel. Chaque année, 130 femmes de la région décèdent de ce cancer, comparativement à 190 pour le cancer du poumon. Pour sa part, le cancer colorectal (tumeur maligne du côlon, du rectum et de l'anus) est l'un des plus meurtriers au Québec et dans la région; il est le deuxième en matière de décès chez les hommes, n'étant devancé que par le cancer du poumon, et le troisième chez les femmes.

Une situation enviable chez les tout-petits

Depuis la fin des années 1980, la mortalité infantile dans la région est passée de près de 6 décès à près de 5 décès pour 1 000 naissances vivantes. De son côté, la mortalité périnatale est passée de 9 enfants à 7 enfants pour 1 000 au début des années 2000. Cependant, d'importantes disparités subsistent. Dans Basse-Ville–Limoilou–Vanier, le taux de mortalité infantile est de près de 9 enfants pour 1 000. Dans Charlevoix, le taux de mortalité périnatale est au-delà de 13 enfants pour 1 000.

Ces dernières années, le contexte entourant la maternité et la naissance a subi des modifications importantes. Les services visant les mères pauvres et peu scolarisées ont augmenté, les pratiques médicales ont évolué et la durée du séjour hospitalier a diminué. De plus, le taux de naissances prématurées de la région s'apparente au taux québécois. Pour terminer, soulignons que la proportion de naissances de poids insuffisant de la Capitale-Nationale se compare à celle du Québec, tandis que le taux de retard de croissance intra-utérine y est inférieur.

Des maladies infectieuses toujours menaçantes

Certaines maladies à déclaration obligatoire, évitables par la vaccination, ont connu une baisse importante à la suite de l'introduction de vaccins dans le programme d'immunisation. Cette diminution est particulièrement marquée pour l'hépatite B aiguë, la coqueluche, les infections à méningocoques de sérotype C, les infections invasives à pneumocoques chez les moins de 5 ans et l'infection à *Haemophilus influenzae* de type B. De plus, autre signe du succès de la vaccination, quelques-unes des maladies évitables par la vaccination sont devenues rares au Québec. Ainsi, la rougeole, la rubéole et les oreillons sont à présent presque éliminés.

Les principales infections transmissibles par relations sexuelles ou par le sang représentent 68 % de toutes les maladies à déclaration obligatoire (MADO) déclarées dans la région en 2007. Les chlamydioses génitales viennent au premier rang suivies, de loin, par l'hépatite C chronique et les infections gonococciques.

Enfin, soulignons que, en 2007, 642 cas de diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD) d'origine nosocomiale ont été rapportés dans la région de la Capitale-Nationale par les hôpitaux participant au réseau de surveillance des DACD. En comparaison de l'année 2006, il s'agit d'une diminution de 32 cas (4,7 %). Cette diminution s'est poursuivie en 2008.

Bilan plus ou moins satisfaisant pour les traumatismes non intentionnels

Les traumatismes non intentionnels (accidents de transport, chutes accidentelles, etc.) constituent une cause importante de décès prématurés, d'hospitalisations et de consultations médicales. Ces dernières années, dans la région, le taux de mortalité lié à ces types de traumatismes a diminué de façon significative, mais le taux d'hospitalisation a eu tendance à plafonner.

Chaque année, les traumatismes non intentionnels causent en moyenne 154 décès dans la région de la Capitale-Nationale. Environ 30 % de ces décès sont associés à une collision impliquant un véhicule motorisé. Le taux de mortalité par traumatisme non intentionnel varie selon les territoires de CSSS, les taux étant plus élevés dans Portneuf et Charlevoix que dans la Vieille-Capitale et Québec-Nord.

Chaque année, les traumatismes non intentionnels sont aussi associés à près de 4 500 hospitalisations, ce qui représente environ 9 % de toutes les hospitalisations en soins de courte durée. Environ la moitié des hospitalisations pour traumatisme non intentionnel est attribuable à une chute « accidentelle ».

Des constats parfois inquiétants en santé mentale

La grande majorité des résidents de la Capitale-Nationale ont une bonne perception de leur état de santé mentale, puisque seulement 3 % de la population de 12 ans et plus la percevait négativement en 2005. Bien que ce bilan soit encourageant, la proportion de la population du territoire de Basse-Ville–Limoilou–Vanier qui ne se perçoit pas en bonne santé mentale est particulièrement élevée, notamment chez les hommes. Par ailleurs, dans une société où la perception de l'état de santé mentale est somme toute assez bonne, on constate néanmoins que, dans notre région en 2005, un adulte sur quatre disait éprouver un stress quotidien élevé.

Dans la Capitale-Nationale, le suicide est responsable d'environ 120 décès par année. Bien que l'évolution récente du nombre de suicides indique une tendance à la baisse fort encourageante, il n'en demeure pas moins que nous obtenons le taux le plus élevé des grandes régions canadiennes. Mentionnons que les territoires de Basse-Ville–Limoilou–Vanier, de Portneuf et de Charlevoix ont des taux qui surpassent la moyenne régionale.

La grande majorité des jeunes de la région se portent bien et vivent dans des milieux favorisant leur épanouissement. Cependant, certaines périodes de transition semblent amener plusieurs jeunes à vivre de grands moments d'instabilité. Chez certains, cela se traduit par des comportements à risque (consommation de drogues et d'alcool, pratique excessive du jeu, comportements sexuels non protégés, tabagisme, etc.) ou encore par une détresse pouvant mener à des idées suicidaires.

La santé des travailleurs et des travailleuses parfois compromise

Lors du recensement de 2001, la population des travailleurs de 15 ans et plus de la région de la Capitale-Nationale s'établissait à 309 360 personnes et était composée d'autant de travailleurs (50,4 %) que de travailleuses (49,6 %). Plus de la moitié de la population active de la région se retrouve dans les catégories professionnelles « Vente et services » (26 %), « Affaires, finance et administration » (21 %) et « Sciences sociales, enseignement, administration publique et religion » (10 %). Les territoires des CSSS de Portneuf et de Charlevoix se démarquent toutefois de cette structure par l'importance des secteurs agricole, forestier et touristique.

L'environnement de travail peut influencer favorablement ou négativement la santé mentale au travail. En 2005, dans la région de la Capitale-Nationale, le tiers des personnes occupant un emploi rapportaient éprouver un stress quotidien élevé au travail. Cette proportion était à peine plus faible que celle observée pour l'ensemble du Québec. À l'échelle des CLSC, c'est la population active du secteur Haute-Ville–Des-Rivières (48 %) qui, en 2003, déclarait être la plus stressée quotidiennement au travail. À l'opposé, la population active de Charlevoix (31 %) était celle qui se révélait la moins affectée par le stress en milieu de travail.

Le taux d'incidence des lésions professionnelles indemnisées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail dans la région de la Capitale-Nationale a été, en 2001, de 42 lésions pour 1 000 travailleurs. Ce taux est légèrement inférieur à celui de l'ensemble du Québec. En 2003, la durée moyenne d'indemnisation pour une lésion professionnelle était, dans la région, d'environ 50 jours, ce qui est bien en deçà de la moyenne québécoise, qui s'établissait à près de 60 jours.

Conclusion

Le bilan de santé de la population de la région de la Capitale-Nationale est, dans l'ensemble, favorable. En fait, au cours des dernières années, plusieurs progrès ont été réalisés. Ainsi, la région se situe parmi les meilleures, tant au Canada qu'au Québec. La mortalité infantile a diminué. Grâce à la vaccination, plusieurs maladies infectieuses sont devenues rares (rougeole, rubéole, oreillons, diphtérie, poliomyélite, tétanos, etc.) ou ont connu une baisse importante (coqueluche, infections à méningocoques, infections à pneumocoques, infection à *Hæmophilus influenzae*, etc.). La mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire a grandement diminué tout comme le nombre de fumeurs. De plus, la population de la région de la Capitale-Nationale vit plus longtemps et en meilleure santé que la moyenne québécoise. Enfin, parmi l'ensemble des grandes régions canadiennes, la population de la Capitale-Nationale est celle qui a la perception la meilleure de sa santé mentale.

Malgré des résultats encourageants, il est cependant encore possible d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population de la région. Rappelons qu'une personne sur cinq fume encore, que la proportion de bébés nés prématurément a augmenté et que quatre personnes sur dix sont sédentaires ou peu actives durant leurs loisirs. Signalons également que, dans la région de la Capitale-Nationale, le taux de mortalité par tumeur maligne, plus particulièrement pour ce qui est du poumon, est parmi les plus élevés des grandes régions canadiennes. Par ailleurs, même s'il diminue, le taux de suicide y est encore trop élevé. Autre fait à souligner, il existe encore des disparités de santé au sein de la région : ainsi, naître ou vivre dans un milieu défavorisé constitue toujours un désavantage, tandis que la surmortalité masculine demeure élevée pour plusieurs causes de décès.

Il faut aussi reconnaître les problématiques émergentes. Par exemple, la population vieillit et plusieurs aînés vivent seuls. De plus, le surplus de poids touche un nombre croissant de personnes. Enfin, les infections transmissibles sexuellement ou par le sang sont en hausse (infection à *Chlamydia trachomatis* génitale, syphilis infectieuse, etc.).

Défis à relever et conditions favorables à la mise en œuvre

Cette section aborde les principaux défis inhérents à la mise en œuvre du Plan d'action régional de santé publique 2009-2012. Des efforts particuliers devront être faits au regard de ces quatre défis qui concernent l'ensemble des domaines. Certaines conditions sont également incontournables pour la réussite du plan d'action.

Défis

Défi 1 : Réduire les inégalités sociales de santé

La Loi sur la santé publique adoptée en 2001 indique que le ministre de la Santé et des Services sociaux doit, dans la mesure du possible, cibler les actions les plus efficaces à l'égard des déterminants de la santé, notamment celles qui peuvent influencer les inégalités de santé. Tous les acteurs du domaine du développement social et économique sont concernés, dont le réseau de la santé et des services sociaux. En ce sens, le Programme national de santé publique 2003-2012 et sa mise à jour, en continuité des buts fixés dans la Politique de la santé et du bien-être de 1992, énonce les activités nécessaires pour améliorer l'état de santé et de bien-être de la population et pour réduire les inégalités de santé. La réduction des inégalités sociales de santé apparaît donc comme un objectif primordial et un enjeu majeur en santé publique.

Plusieurs programmes issus du plan d'action régional, qui touchent différents domaines de santé publique, concourent déjà à réduire les inégalités sociales de santé en ciblant des populations vulnérables. Ainsi, plusieurs actions visent tout particulièrement les familles en situation de pauvreté. Cette condition qui affecte le plus souvent le bien-être des femmes, souvent en charge d'une famille monoparentale, est également susceptible d'affecter la santé et le développement des enfants

et d'engendrer un certain nombre de problèmes ayant des conséquences sur leurs trajectoires scolaire et sociale. Des efforts sont également faits afin d'adapter l'offre de service à des clientèles particulières.

Notons également que tous les programmes et activités du domaine Pauvreté, développement social et des communautés s'attaquent essentiellement à la réduction de ces inégalités. Par le soutien au développement des communautés, les actions visent à renforcer la capacité des milieux à se prendre en main. À cet égard, la réalisation de projets issus des communautés et les stratégies d'intervention qui privilégient l'empowerment des individus et des collectivités doivent se poursuivre. Pour ce faire, le soutien des partenaires locaux, régionaux et intersectoriels s'avère essentiel.

Malgré les programmes en place, ces inégalités persistent dans notre région, comme ailleurs au Québec, entre les groupes socioéconomiques et entre les territoires. Aussi, le directeur de santé publique s'engage à produire un rapport sur les inégalités sociales de santé dans la région. Ce rapport servira d'outil d'information et de mobilisation dans le milieu et proposera des orientations et des pistes d'intervention.

Défi 2 : Renforcer la concertation intersectorielle dans la poursuite d'une vision intégrée des interventions de santé publique

L'importance de renforcer la concertation intersectorielle, tant sur le plan régional que local, a été mentionnée comme étant un défi de l'implantation de l'offre de service dans la majorité des domaines du plan d'action régional. De plus, le soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être est une stratégie mise en avant notamment dans le Programme national de santé publique, car plusieurs des moyens connus pour agir sur la santé et le bien-être de la population débordent le champ d'action du secteur de la santé et des services sociaux.

En effet, un travail concerté entre différents partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et des autres secteurs d'activité est indispensable. L'établissement de cette concertation doit tenir compte des acteurs et des instances déjà en place dans la communauté et s'appuyer sur les mécanismes de concertation existants. Son maintien et son amélioration passent par la connaissance et le respect du rôle et des responsabilités de chacun des organismes.

À l'échelle régionale, la Direction régionale de santé publique, à l'instar de l'Agence, assume un rôle d'animation ou de soutien à la mobilisation des différents partenaires. Par ailleurs, elle participe à la Commission administrative régionale, instance gouvernementale qui réunit l'ensemble des intervenants gouvernementaux de la région, et à la Conférence régionale des élus, interlocutrice privilégiée du gouvernement en matière de développement régional. Ces instances sont de hauts lieux de concertation. La direction œuvre également dans des dossiers de concertation avec certains partenaires plus particuliers, tels que le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, la Commission de la santé et de la sécurité du travail, le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Le défi de la concertation est aussi celui des CSSS, qui jouent un rôle majeur dans l'animation de leur réseau local en travaillant avec un ensemble d'établissements œuvrant en santé et services sociaux ainsi qu'avec les autres secteurs concernés par la santé publique.

La concertation montre sa force dans l'action vers des objectifs communs. Il importe d'avoir une vision globale commune et partagée des services offerts à une clientèle, à des milieux ou pour faire face à un problème de santé donné afin d'en assurer la cohérence et de mieux situer les actions complémentaires à accomplir et à développer. Aussi, puisque la concertation est un processus volontaire, continu et exigeant pour tous les partenaires, il convient, à cet égard, de mettre en avant des actions ciblées afin de s'assurer d'une plus grande efficacité.

Pour construire une vision commune favorable au renforcement de la mobilisation et de la concertation, un des moyens privilégiés est la diffusion régulière d'une information relative à l'évolution de l'état de santé de la population qui tienne compte de ses principales caractéristiques (socioéconomiques, âge, sexe, etc.), mais également des stratégies d'intervention reconnues efficaces ou prometteuses. La transmission régulière de ces connaissances peut en effet soutenir le choix, pour d'autres secteurs, des orientations et des actions favorables à la santé.

De façon marquée depuis 2004, des efforts ont été déployés afin d'établir des stratégies communes menant à des actions concertées de santé publique des divers partenaires impliqués. Des gains ont ainsi été réalisés notamment grâce aux travaux visant à repenser l'offre de service en promotion et prévention auprès de la clientèle âgée ainsi qu'à améliorer l'offre de service en promotion de la « bonne santé mentale » et en prévention des troubles mentaux. De plus, une démarche régionale mettant à profit l'expertise des différents partenaires a été utilisée pour diffuser un message cohérent et pour mobiliser différents acteurs autour de la promotion des saines habitudes de vie et de la problématique du poids. La collaboration issue du processus même de mise à jour du plan d'action régional, que ce soit à l'interne de la Direction régionale de santé publique, avec les CSSS ou avec les autres partenaires, a aussi permis une meilleure complémentarité dans les activités de santé publique.

La concertation et la complémentarité des actions doivent demeurer une préoccupation constante dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes. Il faut maintenir des liens soutenus afin d'assurer la cohérence d'une approche principalement axée sur des programmes tout en tenant compte des besoins globaux des populations davantage vulnérables. Ce sont très certainement des conditions gagnantes pour atteindre les résultats visés au regard de la promotion de la santé et de la prévention.

Défi 3 : Améliorer l'arrimage entre les paliers régional et local pour la mise en œuvre du plan d'action régional et des plans d'action locaux

Le Programme national de santé publique ainsi que l'évaluation de la capacité de mise en œuvre du plan d'action régional et des plans d'action locaux dans la région, soulignent l'importance de relever ce défi pour faciliter leur réalisation et pour contribuer à l'approche populationnelle. Ce défi concerne particulièrement la Direction régionale de santé publique et les CSSS qui en sont responsables en vertu de la Loi sur la santé publique.

La mise à jour du plan d'action régional a permis une concertation avec les CSSS pour définir l'offre de service régionale et les attentes au regard de l'offre de service locale. Lors de cette mise à jour, la Direction régionale de santé publique a pris en compte la plupart des recommandations de l'évaluation de la capacité de mise en œuvre du plan d'action régional et des plans d'action locaux. C'est ainsi qu'elle a précisé et fait connaître ses orientations en matière de santé publique en énonçant des finalités et des cibles dans les différents domaines d'activité. Elle a défini ses rôles et ses fonctions, d'une part pour se situer comme organisation et, d'autre part, pour favoriser une meilleure compréhension des responsabilités et des contributions des autres acteurs dans les actions à accomplir.

De plus, la Direction régionale de santé publique appuie l'exercice de la responsabilité populationnelle des CSSS par la production et l'analyse des données de surveillance en vue de soutenir la prise de décision; par la conception d'interventions préventives et d'interventions sur les déterminants de la

santé; par le soutien aux actions intersectorielles ainsi qu'aux interventions locales. Rappelons qu'en vertu de la responsabilité populationnelle, les CSSS ont à effectuer une analyse des besoins de la population, à mettre en place un réseau local, à favoriser un partage des responsabilités pour la prestation des services et à agir sur l'ensemble des déterminants de la santé. Une telle démarche repose sur la mobilisation du milieu local, notamment par les conseils ou forums de partenaires. Le plan d'action local de santé publique aide fortement à assumer cette responsabilité.

Dans les prochaines années, pour améliorer l'arrimage entre les paliers régional et local lié à la mise en œuvre du plan d'action régional et des plans d'action locaux, il faudra perpétuer le rôle clé du responsable local de santé publique et appuyer dans le suivi des objectifs et des résultats du plan d'action local. De plus, les mécanismes de liaison et de communication existants, qui permettent le soutien professionnel sur le plan des contenus et le suivi des programmes et activités, devront être révisés périodiquement. Il faudra également consolider les mécanismes de gestion et le suivi des interventions en concevant de nouveaux indicateurs et en renforçant l'utilisation des ententes de gestion et la reddition de compte. Enfin, la poursuite du renforcement des compétences par de la formation adaptée aux besoins des gestionnaires et des intervenants de santé publique favorisera leur mobilisation et permettra de bonifier à la fois les connaissances et les habiletés, en contribuant ainsi à l'atteinte des résultats.

Défi 4 : Favoriser l'intégration des pratiques cliniques préventives

Il est reconnu que l'intégration de pratiques cliniques préventives (PCP) constitue un moyen efficace pour prévenir l'apparition de problèmes de santé évitables et ainsi réduire la morbidité et la mortalité qui y sont associées. Étant donné que les cliniciens rencontrent annuellement plus des deux tiers de la population, ils peuvent avoir une incidence considérable sur la santé de celle-ci par l'intégration de la prévention à leur pratique.

Les intervenants de santé publique, tant à l'échelle régionale que locale, font face à un défi important au regard des PCP. Il importe notamment de prendre en considération les différentes barrières (manque de temps, absence de rémunération, etc.) qui rendent difficile l'intégration des pratiques préventives dans le travail des cliniciens. Par ailleurs, la littérature sur les stratégies d'intégration des PCP et leurs conditions d'efficacité amène les acteurs de santé publique à modifier leur approche auprès des cliniciens.

L'offre de service devra être repensée et adaptée dans les prochaines années, en tenant compte des stratégies reconnues efficaces dans la littérature et en créant des alliances avec les acteurs clés (ex. : CSSS, médecins et infirmières). Ce contexte, propice à l'instauration d'une culture et d'une structure organisationnelles favorables aux pratiques préventives en milieu clinique, en favorisera d'autant la pérennité. La responsabilité populationnelle des CSSS et le déploiement des groupes de médecine de famille et des cliniques-réseau procurent une occasion aux intervenants de santé publique de faciliter l'intégration de ces pratiques.



Conditions favorables

Des ressources humaines assignées aux mandats de santé publique

La réponse aux besoins de la population les plus urgents, souvent de nature curative, combinée à la pénurie de certaines ressources professionnelles à l'échelle locale et à une forte mobilité de la main-d'œuvre des CSSS et des organismes communautaires, peuvent occasionner une perte d'expertise et de continuité susceptible de freiner l'accomplissement des activités locales de santé publique. En ce sens, il faut viser à assurer la rétention du personnel et le recrutement, et préparer la relève.

Par ailleurs, les professionnels de la Direction régionale de santé publique doivent contribuer au maintien des compétences et des actions en santé publique en offrant un soutien diversifié aux acteurs locaux, que ce soit par leur expertise en contenu, en évaluation ou en surveillance, afin que se réalisent au mieux les interventions de prévention, de promotion et de protection.

De plus, pour outiller les acteurs locaux en santé publique des CSSS afin qu'ils puissent inscrire les activités de santé publique au cœur des réseaux locaux de services et dans l'ensemble de la programmation, la Direction régionale de santé publique a mis en œuvre le programme *Compétences en action** dans la région et a le mandat d'offrir tout le soutien nécessaire aux CSSS pour rendre accessible et assurer le fonctionnement du projet de formation. Ce programme pourrait également être offert aux gestionnaires des organismes communautaires.

Un financement qui assure le déploiement de l'ensemble de l'offre de service

L'atteinte des cibles fixées par le plan d'action régional doit se traduire par l'affectation de ressources humaines et financières suffisantes. L'allocation de budgets de développement au cours des dernières années, tant à l'échelle régionale que locale, a permis l'implantation de la majorité des activités de l'offre de service. Toutefois, des budgets supplémentaires sont nécessaires, d'une part pour consolider des activités et, d'autre part, pour permettre la réalisation d'activités qui sont actuellement à développer. Les travaux relatifs aux coûts normés permettront de mieux définir les besoins financiers de la mise en œuvre de l'ensemble de l'offre de service du plan d'action régional et des plans d'action locaux.

La recherche et l'évaluation

La Direction régionale de santé publique reconnaît l'importance de maintenir et de développer des activités de recherche en appui à la programmation régionale. Pour ce faire, des professionnels ont tissé des liens avec des équipes de recherche et leur rapportent les préoccupations et les besoins des intervenants œuvrant auprès des populations ciblées. À cet égard, notons que des collaborations existent avec des équipes de recherche ou des chercheurs rattachés à l'Université Laval, au Centre hospitalier universitaire de Québec, aux centres hospitaliers affiliés, au CSSS de la Vieille-Capitale et à l'Institut national de santé publique du Québec. À titre d'exemple, mentionnons les recherches portant sur le vieillissement et la participation sociale des aînés, sur la diversité culturelle et l'immigration, sur la prévention et le traitement des problèmes de jeu, sur l'éducation à la sexualité et les agressions sexuelles, et sur l'immunisation. Ces liens doivent être maintenus, voire renforcés. Les recherches doivent conduire à des connaissances en rapport avec l'intervention et à leur transmission afin d'assurer une meilleure pratique en santé publique.

En outre, toujours dans l'optique d'améliorer les interventions, différents types d'évaluations sont utilisés. Ainsi, l'évaluation de pertinence ou stratégique peut aider à la planification et à l'élaboration d'une intervention. Lorsqu'elle permet d'améliorer une intervention en cours d'implantation, elle devient formative. Dans d'autres cas, l'évaluation visera à déterminer les résultats ou les effets d'une intervention pour permettre une décision quant à son devenir.

Des évaluations, notamment de type formatif, se font à la Direction régionale de santé publique; elles permettent d'améliorer les programmes de santé publique et, conséquemment, les services offerts à la population. Les résultats probants de ces évaluations doivent être diffusés, reconnus par les instances décisionnelles et intégrés dans la pratique des intervenants. Il importe donc de poursuivre l'intégration de l'évaluation dans les programmes de santé publique et de favoriser, dans ce processus, la participation des clientèles visées.

Toujours dans l'objectif d'améliorer les interventions de santé publique, la Direction régionale de santé publique doit également se tenir à jour au sujet des résultats de recherches et d'évaluations sur les pratiques de santé publique et assurer leur diffusion auprès des CSSS, des organismes communautaires et des autres partenaires par le moyen de formations, lorsque c'est pertinent.

* *Compétences en action* est un volet de l'Initiative pour le partage des connaissances et le développement des compétences qui est issue d'un partenariat entre l'Institut national de santé publique du Québec, les milieux universitaires, le ministère de la Santé et des Services sociaux, les agences de la santé et des services sociaux et leur direction régionale de santé publique ainsi que l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux.

Définition de l'offre de service de santé publique

L'offre de service de santé publique qui suit est basée sur une approche concertée qui met à contribution les différents partenaires en santé publique. Elle est présentée autour de huit domaines d'intervention. Six domaines correspondent à ceux proposés par le Programme national de santé publique, soit :

- le développement, l'adaptation et l'intégration sociale;
- les habitudes de vie et les maladies chroniques;
- la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes;
- les maladies infectieuses;
- la santé environnementale;
- la santé en milieu de travail.

S'y ajoutent deux autres domaines qui tiennent compte des particularités régionales :

- le système de soins et de services et l'évaluation;
- la pauvreté, le développement social et des communautés.

Enfin, deux derniers éléments se trouvent dans l'offre de service :

- la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives, stratégie utilisée dans tous les domaines de santé publique;
- la surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants, fonction de base essentielle en santé publique.

Pour chacun des domaines sont présentés le portrait de la situation, les défis à relever, la finalité poursuivie, les cibles visées ainsi que les activités à accomplir ou à développer pour les prochaines années (2009-2012). Les cibles, lorsque c'était possible, ont été formulées en termes mesurables sous forme de taux, de pourcentage ou de nombre. Soulignons que l'atteinte des

résultats visés dépend de la contribution d'acteurs de la santé et des services sociaux mais aussi de partenaires de plusieurs autres secteurs d'activité. Les activités en cours ou à mettre en œuvre d'ici 2012 sont regroupées dans les « activités à accomplir » avec la contribution attendue des différents partenaires. Notons que le lecteur trouvera à l'annexe IV la liste de ces activités regroupées par clientèle. Des activités « à développer » sont aussi énumérées à la fin de chaque domaine. Ce sont des activités efficaces ou prometteuses qui pourraient bonifier l'offre de service en santé publique si des ressources nouvelles étaient disponibles au cours de la période visée.

Soulignons aussi le souci constant d'adapter l'offre de services préventifs aux caractéristiques (sexe, âge, culture, état de vulnérabilité) des groupes de population visés par les interventions. Une approche différenciée selon le sexe et la culture s'est avérée utile pour élaborer des stratégies d'intervention qui tiennent compte des réalités vécues par les femmes, les hommes et les immigrants. Par exemple, la Direction régionale de santé publique collabore au Plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007 *Pour s'adapter à votre réalité!* de l'Agence et poursuivra son implication. Elle collabore également au Plan d'action régional 2006-2009 pour l'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale de l'Agence.

Enfin, les stratégies d'intervention privilégiées dans la région rejoignent celles du Programme national de santé publique, soit :

- renforcer le potentiel des personnes;
- soutenir le développement des communautés;
- soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être;
- soutenir les groupes vulnérables;
- promouvoir et soutenir les pratiques cliniques préventives.

Développement, adaptation et intégration sociale

Ce domaine d'intervention renvoie à un ensemble de problèmes qui affectent les enfants, les adolescents, les jeunes adultes, les adultes et les personnes âgées. Les principaux problèmes abordés sont ceux liés à la santé, au développement et à l'adaptation sociale, à l'abus, à la négligence et à la violence, à la consommation de drogues et d'alcool, à la pratique des jeux de hasard et d'argent, à la santé mentale et au suicide. Le souci d'assurer la continuité des services entre les différents groupes d'âge, et plus particulièrement pour les 0-5 ans, les 6-18 ans et les jeunes adultes (18-25 ans), est présent.

Enfin, notons que plusieurs activités préventives accomplies auprès de jeunes enfants et de leurs parents ou d'adolescents visent à développer leurs compétences et leurs habiletés sociales en tant qu'adultes pour prévenir les problématiques sociales et de santé.

Périnatalité et petite enfance

Portrait de la situation

Miser sur le bien-être et le développement des tout-petits, c'est miser sur l'avenir. La périnatalité et la petite enfance sont des périodes cruciales dans la vie d'un enfant. L'importance d'un environnement adéquat pour son développement durant cette période est de plus en plus reconnue. Les activités de promotion de la santé et de prévention prennent alors toute leur signification. Certains déterminants de la santé, notamment les conditions de vie difficiles de certaines familles, peuvent avoir un effet dévastateur sur le développement présent et futur de leurs enfants. La littérature traite abondamment des conséquences néfastes de la pauvreté sur la santé, le bien-être et le développement des enfants. Elles peuvent être multiples non seulement à court terme, mais aussi à plus longue échéance. Plus la période durant laquelle l'enfant vit dans la pauvreté est longue, plus son développement sera compromis. Les retards de développement seront plus marqués chez les enfants ayant connu la pauvreté avant l'âge de 5 ans. Les enfants issus de familles pauvres subissent plus souvent les conséquences du cumul des facteurs sociaux et sanitaires néfastes à leur santé

et à leur développement que les enfants issus des classes moyenne et élevée. Le fait de vivre dans un milieu défavorisé est donc un facteur de risque susceptible d'engendrer un certain nombre de problèmes ayant des conséquences sur les trajectoires scolaire et sociale des enfants. La nécessité de poursuivre les actions visant le développement social et des communautés demeure incontestable.

Le contexte familial

La majorité des enfants évoluent dans une famille et un environnement stimulants et sains. Le contexte familial des tout-petits est en mouvance; le nombre de familles séparées et recomposées augmente, et cela demande aux tout-petits une grande capacité d'adaptation. Dans la région de la Capitale-Nationale, la répartition des types de familles ayant au moins un enfant âgé de moins de 6 ans montre que la grande majorité de ces enfants vivent en famille biparentale

(85,3 %). Une analyse par CLSC pour l'année 2001 révèle des disparités importantes. En effet, dans le territoire de Basse-Ville–Limoilou–Vanier, 30 % des enfants âgés de 5 ans et moins vivaient en famille monoparentale⁸. Pour les familles vivant une rupture, il n'y a pas de programme d'intervention préventive connu et validé permettant de sécuriser les liens d'attachement parent-enfant et la coparentalité. Or, ce lien d'attachement sécurisant permet des relations constructives avec ses parents, les autres enfants et adultes de même qu'avec ses futurs enfants. Il est également lié à la réussite scolaire. Il s'avère donc souhaitable de concevoir de nouvelles interventions s'inspirant de celles déjà en place dans la région. Une autre préoccupation importante, tant en raison de la prévalence qu'en raison des conséquences, est celle des enfants exposés à la violence conjugale. En effet, la mise en place de facteurs de protection reconnus contribue notamment à la résilience chez les enfants et doit être encouragée⁹.

La période périnatale

Parmi les bébés venant au monde dans la région, certains naissent prématurément et d'autres présentent un poids insuffisant à la naissance ou un retard de croissance intra-utérine. Ces conditions sont associées à divers risques pour la santé de l'enfant tels que les problèmes de développement, respiratoires et neurologiques, la cécité et la surdité, les problèmes de comportement et les difficultés d'apprentissage^{10, 11, 12}. Les taux de naissances de poids insuffisant ou prématurées ou présentant un retard de croissance intra-utérine de la région se comparent à ceux du Québec, à l'exception du secteur de Basse-Ville–Limoilou–Vanier où les proportions de naissances prématurées et de poids insuffisant sont significativement plus élevées.

Dans la région de la Capitale-Nationale, certains programmes s'adressent à toutes les clientèles, d'autres à une clientèle plus vulnérable. Les actions préventives, telles que l'amélioration de l'alimentation chez les femmes enceintes, la réduction du tabagisme, la pratique régulière d'activités physiques et la prévention de l'exposition prénatale à l'alcool et aux drogues, demeurent indispensables. De plus, la consolidation du Programme régional des rencontres prénatales, en collaboration avec les partenaires, constitue un moyen de promouvoir la santé et le bien-être chez le couple vivant une grossesse ainsi que chez le nouveau-né.

Pour les familles plus vulnérables, les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) font partie de l'offre de service des quatre CSSS du territoire et contribuent au développement optimal des enfants, à l'amélioration des conditions de vie et à l'accompagnement des parents dans la réalisation de leur projet de vie. Les SIPPE rejoignent environ 1 100 familles en 2007-2008, et ce, depuis leur mise en place en 2002. Le programme Œuf, lait, jus d'orange (OLO), qui vise la prévention de l'insuffisance de poids et de la prématurité, rejoint pour sa part près de 20 % des femmes enceintes de la région¹³.

L'allaitement

L'allaitement est le meilleur mode d'alimentation du nourrisson¹⁴ et constitue la norme à établir dans nos sociétés. Il peut contribuer à une diminution de la morbidité et de la mortalité infantiles, même dans nos sociétés industrialisées. Dans la région, on observe une augmentation des taux d'allaitement depuis 1998. En 2005-2006, près de 82 % des mères de la région allaitaient à la naissance de leur enfant¹⁵. Des efforts doivent être poursuivis afin d'augmenter les taux d'allaitement exclusif et les durées d'allaitement. La mise en place de l'Initiative des amis des bébés dans les CSSS et les centres d'accouchement demeure la stratégie à privilégier pour améliorer la durée et les taux d'allaitement exclusif. En 2007, le Centre hospitalier de Charlevoix a reçu son agrément Initiative des amis des bébés. Afin d'améliorer l'offre de service en matière d'allaitement, les cliniques d'allaitement de référence ont commencé leurs activités en février 2004. Des actions sont en cours afin d'assurer la tenue de formations, notamment celles offertes aux médecins en contact avec les familles. Des activités de soutien aux femmes qui allaitent, proposées par les organismes communautaires en collaboration avec le réseau de la santé, sont également en cours; une attention particulière est accordée aux interventions effectuées auprès des familles de milieu socioéconomiquement défavorisé.

Les problèmes de développement

Le développement des enfants est un processus fort complexe. Certains facteurs peuvent influencer le développement de l'enfant et le mettre en situation de vulnérabilité. Toutefois, le cumul ou l'interaction de plusieurs facteurs de risque et le manque de facteurs de protection menacent le développement de l'enfant¹⁷. De nombreuses actions visant à dépister précocement les enfants présentant des problèmes de développement sont en cours.

Dans la région, la Direction régionale de santé publique, comme plusieurs partenaires, encourage les pères à s'engager envers leur enfant. Il est reconnu que l'engagement paternel précoce et durable contribue au développement de l'enfant, notamment sur le plan de ses habiletés sociales, cognitives et psychologiques. Le père, comme homme, apporte un bagage spécifique et différencié à l'enfant qui est particulièrement utile à l'apprentissage de la discipline et de l'autonomie; il favorise aussi le processus d'identification de l'enfant et son ouverture sur le monde. Enfin, on constate que les enfants dont le père est engagé envers eux, indépendamment de leur statut socioéconomique, réussissent mieux à l'école, ont de meilleures relations avec leurs pairs, manifestent moins de problèmes psychosociaux et moins de troubles de comportement. De même, parmi les enfants de famille monoparentale, ceux qui vont mieux peuvent généralement compter sur un père impliqué envers eux sur une base régulière.

Également, des actions portant sur le lien d'attachement parent-enfant et des activités de stimulation des enfants sont offertes aux familles de milieu socioéconomiquement défavorisé. L'utilisation des services de garde constitue un des moyens favorisant le développement optimal des tout-petits. Le programme de développement des compétences parentales Y'a personne de parfait, qui vise l'amélioration des connaissances et le renforcement des compétences parentales des personnes en situation de vulnérabilité, rejoint en moyenne 40 à 50 parents annuellement dans la région¹⁸. Notons également le programme Éveil à la lecture et à l'écriture dans les milieux défavorisés, qui vise à soutenir l'intégration d'activités d'éveil à la lecture et à l'écriture dans les pratiques familiales et les différents lieux et services fréquentés par les enfants de 5 ans et moins. Enfin, le Programme d'intervention précoce et de prévention des problèmes de langage et de communication permet de rejoindre, entre autres, des enfants de familles qui vivent en contexte de vulnérabilité.

La maltraitance

La maltraitance est encore présente dans notre société. L'ampleur de la problématique, la hausse des signalements de même que les conséquences négatives des mauvais traitements sur la sécurité, le développement, la santé et le bien-être des enfants sont incontestables. Il existe une abondante documentation sur le fait que les enfants qui subissent la maltraitance ont un risque élevé de connaître ultérieurement des problèmes comportementaux, affectifs et sociaux¹⁹. En 2005-2006, la Direction de la protection de la jeunesse de Québec comptait 836 signalements retenus d'enfants âgés de 0 à 5 ans²⁰. De nombreuses formations sur la détection de la maltraitance ont été données aux professionnels et intervenants des milieux de la santé, scolaire et juridique ainsi que des centres de la petite enfance de la région de la Capitale-Nationale, et on note une augmentation des interventions préventives auprès des familles les plus à risque. Les conséquences de la maltraitance sur la santé et le bien-être des tout-petits peuvent être désastreuses. Des efforts continus doivent être poursuivis afin de la prévenir et, si elle n'est pas prévenue, d'intervenir le plus précocement possible.

Les enfants exposés à la violence conjugale

Le développement des enfants exposés à la violence conjugale est également compromis. En effet, les études révèlent que, dans un contexte de violence conjugale, les enfants y sont exposés dans une proportion variant de 37 % à 95 %²¹. Sudermann et Jaffe estimaient en 1999 qu'entre 11 % et 23 % de tous les enfants canadiens étaient exposés à la violence conjugale; parmi les enfants exposés, 30 % à 87 % étaient aussi directement maltraités, les mauvais traitements allant de l'agression verbale et psychologique à l'agression physique et sexuelle²². L'exposition à la violence conjugale peut entraîner de graves conséquences pour les enfants. Celles-ci se manifestent dans plusieurs sphères de leur vie : santé physique et mentale, troubles du comportement, réussite scolaire, etc. Les conséquences varient d'un enfant à l'autre, selon la gravité et l'évolution de la dynamique de violence conjugale, la durée de l'exposition, le sexe et l'âge de l'enfant, etc. Ces enfants font des apprentissages inappropriés qui peuvent les amener à reproduire la violence ou la victimisation dans leurs relations amoureuses à l'adolescence et, à plus long terme, dans leur vie conjugale. Dans les faits, une femme a trois fois plus de risques d'être victime de violence conjugale si son conjoint a lui-même été exposé à la violence conjugale durant son enfance (36 % contre 12 %)²³. Pour lutter contre ce phénomène, des activités ont été mises en œuvre dans la région qui se poursuivront au cours de la période 2009-2012.

Défis liés à l'implantation de l'offre de service

Plusieurs défis devront être relevés afin de soutenir les familles sur les plans personnel, collectif et politique. Ainsi, il faudra :

- rejoindre davantage les clientèles ciblées et favoriser une offre de service en promotion-prévention intense et en continu;
- resserrer les liens avec les partenaires du réseau et les partenaires intersectoriels;
- prêter une attention particulière au secteur Basse-Ville-Limoilou-Vanier en raison de la concentration de tout-petits et de familles de tout-petits qui y vivent des problèmes;
- continuer les formations afin d'accentuer le dépistage précoce des enfants victimes du syndrome du bébé secoué, pour lesquels des actions préventives sont en élaboration, et des enfants exposés à la violence conjugale.

Finalité)))))) Cibles

Promouvoir la santé et le bien-être des enfants de moins de 6 ans et de leur famille afin de favoriser un développement harmonieux et de prévenir des problèmes de santé et d'adaptation sociale.

D'ici 2012 :

1. Réduire la proportion d'enfants qui naissent :
 - de façon prématurée à moins de 7,8 %;
 - avec un retard de croissance utérine à moins de 7,2 %;
 - avec une anomalie du tube neural à moins de 7,2/10 000*;
 - avec des troubles causés par l'alcoolisation fœtale.
2. Augmenter le taux d'initiation et de poursuite de l'allaitement total et exclusif.
3. Renforcer les compétences parentales des nouveaux parents.
4. Réduire de 5 % la proportion d'enfants qui subissent de la négligence ou des abus physiques, sexuels et psychologiques.
5. Réduire l'exposition à la violence conjugale et les conséquences néfastes de cette violence sur les enfants qui y sont exposés.
6. Réduire la proportion d'enfants qui présentent des troubles de comportement et de développement.

Activités†

Activités à accomplir

Contribution attendue des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels

1. Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité

ASSS/DRSP :

- Soutenir et évaluer les SIPPE; organiser les formations

CSSS :

- Mettre en œuvre les SIPPE; participer aux formations

OC, OC Famille et regroupements des CPE :

- Participer aux formations et à la concertation intersectorielle

Autres partenaires (municipalités, carrefours jeunesse-emploi, CLD, etc.) :

- Participer à la concertation intersectorielle

2. Programme Œuf, lait, jus d'orange (OLO)

ASSS/DRSP :

- Poursuivre les travaux de suivi et effectuer le bilan annuel; soutenir les CSSS

CSSS :

- Cibler les femmes enceintes admissibles; mettre en œuvre le programme

3. Protection, soutien et promotion de l'allaitement maternel

ASSS/DRSP :

- Soutenir et animer la concertation; élaborer et donner les formations; créer et diffuser des outils et des connaissances; soutenir les projets destinés aux familles; soutenir l'implantation et l'évaluation de cliniques d'allaitement et l'action bénévole; offrir du soutien clinique aux intervenants; soutenir le déploiement et l'obtention de l'agrément du programme IAB pour le bien-être de tous les bébés, qu'ils soient allaités ou pas, et pour celui des parents

ASSS/DRPC :

- Soutenir l'organisation des services

CSSS, CHUQ :

- Organiser des activités de promotion de l'allaitement auprès du public et des projets visant le soutien aux familles; adopter ou mettre à jour une politique en allaitement; mettre en œuvre l'IAB; participer aux formations

* Cette cible est liée à la prise d'une dose d'acide folique par les femmes en âge de procréer, une pratique clinique préventive recommandée par les médecins (voir la section sur les pratiques cliniques préventives).

† Collaborateurs généraux pour les programmes en développement, adaptation et intégration sociale des 0-5 ans : Institut national de santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de la Famille et des Aînés, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Agence de santé publique du Canada, Info-Santé, Héma-Québec, Regroupement régional des organismes communautaires de la région O3, Regroupement des organismes communautaires Famille, Centraide, Fondation Lucie et André Chagnon.



3. Protection, soutien et promotion de l'allaitement maternel (suite)

OC :

- Participer aux activités de promotion de l'allaitement auprès du public et aux projets visant le soutien aux familles; participer aux formations et à la concertation intersectorielle; collaborer avec les CSSS et le CHUQ

Médecins et pharmaciens :

- Participer aux PCP

Regroupements des CPE :

- Participer à la concertation intersectorielle et aux formations; créer ou consolider des milieux favorables à l'allaitement

OC Famille :

- Participer à la concertation intersectorielle, aux formations et aux activités de promotion

Autres partenaires (municipalités, établissements d'enseignement, etc.) :

- Participer aux activités de promotion et à la création ou à la consolidation de milieux favorables à l'allaitement

4. Projet Maternité, alcool et drogues

ASSS/DRSP :

- Soutenir les partenaires impliqués dans la prévention de la consommation prénatale d'alcool et de drogue et étudier le phénomène

ASSS/DRPC :

- Soutenir l'organisation des services

CSSS, CH, cliniques médicales :

- Informer les femmes enceintes; dépister la consommation prénatale d'alcool; intervenir auprès des femmes concernées et les orienter vers les ressources utiles au besoin

CRUV :

- Soutenir les intervenants de première ligne; intervenir auprès de femmes enceintes toxicomanes

OC en périnatalité :

- Promouvoir l'absence de consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse et orienter les femmes vers les ressources utiles au besoin

5. Programme des rencontres prénatales

ASSS/DRSP :

- Mettre à jour les outils d'intervention; évaluer l'activité; organiser les formations pour les intervenants; répondre aux besoins des CSSS

CSSS :

- Mettre en œuvre les rencontres prénatales; participer aux formations

OC :

- Collaborer à l'élaboration du contenu et à l'animation des rencontres

CH :

- Soutenir l'élaboration du contenu

6. Programme Y'a personne de parfait (Y'APP)

ASSS/DRSP :

- Coordonner le programme; former et soutenir les animatrices; suivre et évaluer les activités

CSSS, OC :

- Animer les rencontres des parents

7. Promotion et soutien de l'engagement paternel

ASSS/DRSP :

- Soutenir des activités en faveur de l'engagement paternel; évaluer l'implantation du projet Père pour toujours; contribuer à toute autre activité en vue d'encourager l'engagement paternel avec d'autres partenaires (ASPQ, Regroupement pour la valorisation de la paternité, Université Laval)

CSSS :

- Consolider la mise en œuvre du Plan d'action des CLSC de la région de Québec (2003-2006); faciliter l'accès aux services et rendre les pratiques d'intervention plus sensibles aux besoins des pères

● Activités à accomplir

Contribution attendue des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels

<p>8. Programme Éveil à la lecture et à l'écriture (ELE)</p>	<p>ASSS/DRSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participer au comité régional intersectoriel et coordonner la distribution du matériel <p>CSSS, OC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participer au comité régional intersectoriel et effectuer les interventions <p>MELS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déployer le programme dans la région; coordonner les projets et animer le comité régional intersectoriel <p>Autres partenaires (Ville de Québec, CPE, milieu scolaire, OC, etc.) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participer aux comités locaux et aux interventions
<p>9. Programme d'intervention concertée et intersectorielle pour les enfants exposés à la violence conjugale</p>	<p>ASSS/DRSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Former les formatrices; soutenir les tables de concertation; collaborer aux activités de recherche <p>ASSS/DRPC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser des rencontres inter-tables <p>CSSS, OC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Former les intervenants; collaborer aux activités de recherche et de concertation <p>Centre de recherche (CRI-VIFF) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser des séminaires sur le sujet; poursuivre les recherches et le transfert de connaissances
<p>10. Programme Soutien et aide à l'enfant et à son milieu (SAEM)</p>	<p>CSSS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre le programme
<p>11. Programme Fluppy favorisant le développement des habiletés sociales des enfants du préscolaire</p>	<p>ASSS/DRSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la mise en œuvre du programme <p>CSSS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir l'application du programme dans les écoles <p>Milieux scolaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre le programme
<p>12. Observation comportementale du nouveau-né et approches centrées sur les besoins de la famille</p>	<p>ASSS/DRSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Former les intervenants; former une formatrice; élaborer le contenu lié aux approches centrées sur les besoins de la famille <p>CSSS, OC, CJ, CPE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participer aux formations

Activités à développer

- Élaboration d'un programme de prévention sur le syndrome du bébé secoué.
- Étude des conséquences de la rupture conjugale sur les enfants.
- Exploration de la possibilité de mettre en place des banques de lait conditionnellement à l'engagement pris et aux travaux entrepris par le ministère de la Santé et des Services sociaux.



Jeunesse

Portrait de la situation

Le soutien au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants, des adolescents et des jeunes adultes suppose d'intervenir sur deux fronts : le développement de compétences personnelles et sociales ainsi que la création d'environnements et de services qui répondent à leurs besoins. Les interactions avec les pairs, la fratrie, les parents et les autres adultes significatifs jouent un rôle majeur dans le développement des jeunes. Les normes, les valeurs de la société d'appartenance, les croyances de l'entourage sont autant d'éléments qui interviendront aussi dans leur développement. Tous ces objets d'influence peuvent devenir des cibles d'intervention privilégiées permettant d'agir en amont des difficultés.

Les problématiques

Les 6-17 ans

Après les grandes découvertes de la petite enfance, l'apprentissage social est au cœur de la vie d'un enfant de 6 à 12 ans. C'est également au cours de cette période qu'il cherche à acquérir du pouvoir sur sa vie et à se détacher peu à peu des adultes, afin de découvrir les possibilités de cette nouvelle autonomie²⁴. Les nombreuses expérimentations propres à cet âge contribuent à consolider ces apprentissages et à permettre à l'enfant de devenir graduellement l'acteur principal de son développement. Pendant l'enfance, plusieurs étapes importantes se succèdent, stimulées par une socialisation croissante et le développement du jugement moral. La consolidation de l'identité de garçon ou de fille joue un rôle important dans ce processus de socialisation et dans les apprentissages qui en découleront.

L'adolescence est caractérisée, entre autres, par un intérêt et une recherche d'expériences liées au monde des adultes. Ces expériences peuvent se cristalliser dans certains domaines, dont la sexualité ou les premières expériences de consommation. Sur le plan de la sexualité, cette période est cruciale : manifestation de la puberté, de l'éveil sexuel, exploration des valeurs sexuelles personnelles et début des activités sexuelles, etc. Le pouvoir du groupe de pairs, la multitude de messages parfois contradictoires provenant des adultes et de la société peuvent constituer une difficulté dans la façon dont les adolescents composeront avec leur propre sexualité. Au même titre que les nouvelles expériences sur le plan de la sexualité, la consommation de drogues, incluant l'alcool, est vécue par certains adolescents

comme une étape marquant la fin de l'enfance et le passage vers l'âge adulte. Le type de consommation et la façon de consommer sont influencés par plusieurs facteurs, dont l'histoire du jeune, son état de santé, son environnement familial et social²⁵. Les nombreux changements physiques et psychologiques propres à l'adolescence ne semblent pas étrangers au fait qu'il s'agisse de la période de la vie où différents problèmes de santé mentale peuvent survenir. D'ailleurs, la santé mentale est étroitement liée à certains problèmes pouvant être vécus à l'adolescence, comme les difficultés scolaires, la consommation de drogues, la pratique excessive de jeux de hasard et d'argent ou la délinquance. Certains jeunes de 12 à 17 ans peuvent également faire face à des situations de violence ou d'intimidation. Les nouvelles technologies amènent d'ailleurs ces difficultés à un autre niveau avec l'arrivée du phénomène de la cyber intimidation.

La famille est un milieu de vie ayant une influence marquante. Les relations entre les enfants et les parents ainsi que les stratégies éducatives adoptées par ces derniers sont deux aspects qui favorisent le développement de la capacité d'attachement. Cet attachement se construit dès la petite enfance et évolue au fil des années. D'abord centré sur les parents, il s'enrichit à travers les relations sociales (amis, partenaire amoureux, adulte significatif)²⁶. Il devient un filet protecteur dans les moments de stress, tout comme dans les périodes d'exploration. Certaines situations familiales telles que la pauvreté, la monoparentalité et l'exposition à la violence conjugale*, peuvent également interférer dans le développement des enfants.

Le milieu scolaire s'avère un milieu propice aux interventions destinées aux jeunes de 6 à 17 ans. Il demeure le lieu privilégié pour rejoindre les enfants du primaire qui n'ont pas encore atteint l'âge de fréquenter les organismes communautaires jeunesse (12 à 17 ans). L'école québécoise s'est donné la mission d'instruire, de socialiser et de qualifier. Dans ces principes sont inscrits des objectifs de réussite scolaire et de développement du jeune qu'il ne faut pas négliger, considérant que la survenue de problèmes d'adaptation est susceptible d'influencer négativement la réussite scolaire. Dans le cadre de l'entente de complémentarité MSSS-MELS²⁷, les services éducatifs complémentaires travaillent dans le sens de ces objectifs, en partenariat avec le réseau de la santé. Par ailleurs, un des programmes des services complémentaires cible spécialement la promotion de la santé et la prévention.

* La problématique des enfants exposés à la violence conjugale, qui touche les jeunes de 0 à 18 ans, est traitée dans la section « Périnatalité et petite enfance ».

Depuis quelques années, des changements de pratiques dans le réseau de l'éducation, dont l'arrivée du renouveau pédagogique et la mise en œuvre du Programme de formation de l'école québécoise, ont changé les modalités d'intervention en promotion et en prévention. La sollicitation abondante des ressources du milieu scolaire de même que les changements organisationnels auxquels les professionnels de l'éducation doivent s'ajuster contribuent à complexifier la mise en place d'interventions réputées efficaces.

Les 18-25 ans

La transition de l'adolescence à l'âge adulte est également marquée par divers processus d'adaptation, notamment sur le plan de la coupure avec le milieu familial, de la consolidation de l'identité, de la relation avec les pairs et de la recherche d'intimité²⁸. Les jeunes de 18 à 25 ans constituent une tranche d'âge dont les besoins sont importants. Ces jeunes sont, pour la majorité, sexuellement actifs. Ils sont donc confrontés à des situations impliquant la protection de leur santé sexuelle (grossesse non planifiée, ITSS, violence sexuelle, etc.). Ayant atteint l'âge de la majorité, ces jeunes acquièrent également un accès aux lieux de divertissement réservés aux adultes (fréquentation de milieux festifs, accès à l'alcool et aux jeux de hasard, etc.). Les études postsecondaires amènent certains à quitter le domicile familial, à déménager dans une nouvelle ville et à gérer la récente autonomie de la vie d'adulte. Pour d'autres, c'est l'entrée dans le monde du travail avec de nouveaux défis et un style de vie différent. Néanmoins, tous les jeunes de cette tranche d'âge vivent des changements importants, dominés par l'acquisition de nouvelles responsabilités.

Les lieux d'intervention chez les jeunes adultes sont plus diversifiés que chez les moins de 18 ans. Le milieu scolaire collégial et universitaire regroupe une proportion assez importante de cette clientèle. Cependant, chez les 20 à 24 ans, trois jeunes sur cinq occupent un emploi à temps complet et ne fréquentent plus un établissement scolaire²⁹. Certains fréquentent donc le milieu scolaire ou du travail alors que d'autres fréquentent les deux. D'autres encore ont eu un parcours scolaire différent et fréquentent un centre d'éducation des adultes ou un centre de formation professionnelle.

Les interventions

Les 6-17 ans

Pour soutenir le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des jeunes, plusieurs mesures sont déployées dans la région. Celles-ci s'adressent à trois groupes de jeunes, soit les 6 à 11 ans, les 12 à 17 ans et les 18 à 25 ans. Toutefois, l'offre de service auprès de chacun de ces groupes diffère. Chez les 6 à 11 ans, les interventions structurées ou les programmes évalués sont peu nombreux. Les activités qui visent le développement de compétences et d'habiletés au moment de la transition vers l'adolescence s'avèrent pertinentes et prometteuses, puisqu'elles participent, en amont, à la prévention de plusieurs difficultés (consommation problématique, détresse, idées suicidaires, grossesse non planifiée, ITSS*, violence, agression sexuelle, homophobie, etc.). Les prochaines années permettront à la région de bénéficier de l'expérience du territoire de Charlevoix, qui est le premier à implanter le programme Système dt.

Les adolescents, quant à eux, sont probablement les jeunes qui reçoivent la part la plus grande de l'offre de santé publique. Des initiatives de prévention des problèmes de consommation en passant par les interventions en éducation à la sexualité, incluant la prévention des grossesses à l'adolescence, un ensemble de propositions d'interventions prometteuses et efficaces sont offertes dans divers milieux fréquentés par les jeunes (écoles, organismes communautaires, cliniques jeunesse, services de santé en milieu scolaire, etc.). Des programmes touchant au domaine des saines habitudes de vie, comme Bien dans sa tête, bien dans sa peau, ont aussi des effets sur le développement psychosocial des jeunes. Les jeunes de 6 à 18 ans en difficulté d'adaptation peuvent en outre bénéficier de programmes en éducation à la sexualité offerts par le Centre jeunesse de Québec.

Certaines interventions déjà implantées, comme le programme d'éducation à la sexualité E.S.P.A.R., s'inscriront dans un mouvement de consolidation au cours des prochaines années. Enfin, il importe de ne pas perdre de vue le soutien et la formation des intervenants qui œuvrent auprès des jeunes en promotion de la santé et en prévention. Le comité OCJ (organismes communautaires jeunesse) travaille d'ailleurs à accroître la diffusion et le développement des connaissances en matière d'éducation à la sexualité. Chaque année, près d'une quarantaine d'organismes participent à cette concertation régionale et aux événements qui en découlent. Une autre initiative de formation porte sur les valeurs et les croyances relatives aux issues de grossesse. Elle est destinée à tous les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et est offerte annuellement.

* Les interventions destinées aux jeunes en prévention des ITSS sont présentées dans le domaine Maladies infectieuses.

† Ce programme destiné aux jeunes de la fin du troisième cycle du primaire vise le développement des compétences afin de prévenir la consommation de tabac, d'alcool et de drogues et la pratique des jeux de hasard et d'argent.

La région compte neuf tables d'actions préventives jeunesse (TAPJ) qui réunissent plus de 200 établissements et organismes communautaires de plusieurs secteurs (santé, scolaire, municipal, etc.). Ces instances de concertation locale encouragent les échanges entre les intervenants jeunesse. Les projets financés par les TAPJ sont basés sur les besoins des jeunes du territoire couvert et visent à favoriser leur adaptation, notamment par des mesures de promotion de la santé et de prévention des problèmes de consommation.

Des efforts sont faits afin que les différentes initiatives visant les jeunes de 6 à 17 ans tendent de plus en plus vers les meilleures pratiques par une approche globale et concertée. L'approche École en santé propose des balises pour augmenter l'efficacité de la promotion et de la prévention en milieu scolaire. Le déploiement de cette approche, démarrée depuis quelques années, sera rehaussé par l'entente régionale sur la persévérance et la réussite scolaires gérée par la Table éducation et le Forum jeunesse de la région de la Capitale-Nationale.

De plus en plus d'acteurs locaux et régionaux conviennent de l'importance du rôle des parents dans le développement harmonieux des jeunes et la prévention des difficultés d'adaptation. Une réflexion concertée est en cours afin de cerner des stratégies répondant aux besoins des parents et des intervenants, et ce, en cohérence avec les meilleures pratiques.

Les 18-25 ans

Les milieux de vie fréquentés par les jeunes adultes, que ce soit les milieux de travail ou les établissements collégiaux ou universitaires, peuvent contribuer à l'amélioration de leur santé de plusieurs façons. En soupesant les défis auxquels les jeunes de cette tranche d'âge sont confrontés et la quantité d'interventions qui leur sont destinées, on en vient rapidement à la conclusion qu'une offre bonifiée et une plus grande intensité d'action s'imposent. Dans la région, plusieurs établissements scolaires ont implanté des réseaux de sentinelles visant la prévention du suicide. En plus des milieux scolaires, les cliniques jeunesse offrent des services aux jeunes de 12 à 25 ans sur le plan de la sexualité (contraception, dépistage d'ITSS, etc.). Le modèle provincial d'ordonnances collectives en matière de contraception hormonale par les infirmières et les pharmaciens est, par ailleurs, en implantation dans la région afin de contribuer à réduire le nombre de grossesses non planifiées. Certaines cliniques offrent également des services en santé mentale. Les cliniques jeunesse sont toutefois des ressources accessibles de façon inégale dans la région.

Défis liés à l'implantation de l'offre de service

Un des premiers grands défis en santé publique concerne la concertation des différents acteurs afin de mettre en place les meilleures pratiques visant la réussite éducative, le bien-être et la santé des jeunes. L'intervention auprès de cette clientèle se réalise principalement à partir de l'école, en concertation avec la famille et le milieu communautaire. Les activités de promotion et de prévention devraient s'inspirer des critères d'efficacité promus par l'approche École en santé, en cohérence avec le renouveau pédagogique. La mise en œuvre d'interventions globales et concertées auprès des jeunes représente, dans le contexte actuel de transformation des réseaux, une démarche qui s'actualise à petits pas.

Le second défi d'importance sera de mieux répondre aux besoins des jeunes adultes de 18 à 25 ans. Selon les données du portrait régional de santé, il apparaît essentiel de prêter une attention particulière à ce groupe d'âge dont la situation est préoccupante à plusieurs égards (tabagisme, consommation d'alcool, ITSS, lésions professionnelles, détresse, grossesses non planifiées). La situation particulière de cette clientèle ne pouvant souvent plus recevoir de services au secteur jeunesse et ne pouvant être intégrée sans distinction aux services offerts aux adultes, impose de se pencher sur une bonification de l'offre de service pour répondre à ses besoins particuliers.

Enfin, dans un contexte de grandes transformations du réseau de la santé et des services sociaux, mais également du réseau de l'éducation, un des grands défis de l'implantation d'interventions efficaces est d'en assurer la pérennité. Une offre de service répondant aux besoins particuliers des différents territoires est aussi un défi de taille.

Finalité))))) Cibles

Promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des jeunes de 6 à 25 ans et de leur famille et prévenir les problèmes liés à leur développement, à leur adaptation et à leur intégration sociale.

D'ici 2012 :

1. Atteindre l'engagement de 25 % des écoles de la région dans le déploiement de l'approche École en santé.
2. Soutenir le développement d'initiatives d'éducation à la sexualité dans les milieux fréquentés par les jeunes de 6 à 25 ans (éducation, communautaire, CSSS).
3. Réduire le taux de grossesse chez les adolescentes de 15-19 ans (à 45/1 000 dans le secteur Québec-centre* et de 15/1 000 dans le reste de la région) et chez les jeunes femmes de 20-24 ans.
4. Réduire la proportion de jeunes† qui subissent des abus physiques et psychologiques, des agressions sexuelles et de la négligence.
5. Réduire la proportion de jeunes qui présentent des troubles de conduite, incluant la violence envers les autres et la délinquance‡.
6. Réduire la proportion d'adolescents et de jeunes adultes qui présentent des problèmes de consommation d'alcool et de drogues illicites, et des problèmes liés à la pratique de jeux de hasard et d'argent.
7. Réduire le taux de suicide et de tentative de suicide chez les adolescents et les jeunes adultes.

Activités

Activités à accomplir

Contribution attendue des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels

13. Approche École en santé (primaire et secondaire)

ASSS/DRSP :

- Soutenir le déploiement de l'approche; faire le bilan et évaluer le déploiement; organiser les formations destinées aux acteurs des réseaux de la santé et de l'éducation

CSSS, commissions scolaires :

- Mettre en œuvre l'approche; accompagner les milieux

MELS :

- Soutenir le déploiement de l'approche; organiser les formations destinées aux acteurs des réseaux de la santé et de l'éducation

Écoles :

- Mettre en œuvre l'approche

Autres partenaires :

- Collaborer au déploiement de l'approche

14. Activités de soutien en matière de sexualité auprès de la clientèle des organismes communautaires jeunesse

ASSS/DRSP :

- Coordonner le comité OCJ (comité régional); organiser les activités de soutien des intervenants; diffuser les outils didactiques

OC jeunesse :

- Participer au comité OCJ; mettre en œuvre des interventions destinées aux jeunes; participer aux activités de soutien

* Territoires de CLSC Haute-Ville-Des-Rivières et Basse-Ville-Limoilou-Vanier.

† Le terme *jeunes* fait référence aux enfants 6 à 11 ans, aux adolescents de 12 à 17 ans et aux jeunes adultes de 18 à 25 ans.

‡ Le programme Fluppy contribue à l'atteinte de cette cible. Il en est traité dans la section « Périnatalité et petite enfance ».

● Activités à accomplir

Contribution attendue des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels

15. Programme E.S.P.A.R. (éducation à la sexualité au premier cycle du secondaire)

- ASSS/DRSP :
- Soutenir la mise en œuvre; former des enseignants et des intervenants communautaires; faire le bilan et le suivi de l'implantation
- CSSS :
- Soutenir la concertation des acteurs locaux; participer aux formations; soutenir le milieu scolaire
- OC :
- Participer aux formations; soutenir le milieu scolaire
- Commissions scolaires :
- Mettre en œuvre le programme; recueillir les données utiles au suivi de l'implantation
- Écoles :
- Mettre en œuvre le programme

16. Activités de lutte à l'homophobie

- ASSS/DRSP, CSSS, OC :
- Participer au comité consultatif du Réseau des Alliés; faire la promotion du Réseau; soutenir l'implantation d'actions de lutte à l'homophobie
- CSSS, OC :
- Prendre part au Réseau des Alliés; organiser des activités de lutte à l'homophobie
- GRIS-Québec :
- Animer le comité consultatif du Réseau des Alliés; faire la promotion du Réseau et soutenir ses membres; organiser des activités de lutte à l'homophobie
- Milieu scolaire, incluant le collégial :
- Participer au comité consultatif du Réseau des Alliés; prendre part au Réseau des Alliés; organiser des activités de lutte à l'homophobie

17. Actions concertées visant la prévention des grossesses à l'adolescence

- ASSS/DRSP :
- Soutenir la coordination et la mise en œuvre du plan d'action du comité Québec-centre
- CSSS VC :
- Assurer la coordination du comité Québec-centre; mettre en œuvre le plan d'action; promouvoir la concertation des acteurs locaux; produire un bilan des activités
- OC, CJQ, Clinique de planification des naissances SFA, milieu scolaire :
- Participer au comité Québec-centre; mettre en œuvre le plan d'action
- Pharmaciens et personnel infirmier communautaires :
- Favoriser l'accessibilité à la COU; assurer un counseling sur les comportements sexuels sécuritaires
- Emploi-Québec :
- Participer au comité

18. Ordonnance collective en matière de contraception hormonale

- ASSS/DRSP :
- Soutenir la mise en œuvre du programme; former et soutenir les infirmières qualifiées; faire le bilan et le suivi d'implantation
- CSSS :
- Adhérer au programme; soutenir la participation des infirmières aux formations et à l'utilisation des ordonnances collectives en contraception hormonale

19. Activités en prévention de la violence dans les relations amoureuses

- ASSS/DRSP :
- Soutenir les activités préventives
- CSSS, CJQ, OC, milieu scolaire :
- Mettre en œuvre des interventions de prévention auprès des adolescentes
- Entraide Jeunesse :
- Effectuer des activités de prévention de la violence dans les relations amoureuses des adolescents en milieu scolaire (programme VIRAJ)



20. Activités en prévention des agressions sexuelles

- ASSS/DRSP :
- Soutenir la création d'activités; faire la recherche et l'évaluation des interventions; mettre en œuvre le plan d'action
- ASSS/DRPC, DRSP :
- Assurer la coordination du comité intersectoriel
- CSSS, CJQ, OC et centres désignés :
- Participer au comité; mettre en œuvre le plan d'action
- MSP, MJQ (substituts du procureur) et service de police :
- Participer au comité; participer à la mise en œuvre du plan d'action
- Milieus universitaires :
- Effectuer des recherches sur le sujet

21. Programme régional des Tables d'actions préventives jeunesse (TAPJ)

- ASSS/DRSP :
- Soutenir la concertation régionale; organiser des activités de soutien; diffuser le matériel de soutien
- ASSS/DRPC :
- Soutenir la concertation régionale
- CSSS :
- Animer la concertation jeunesse locale
- OC, milieu scolaire, municipal et de la justice, autres membres des TAPJ :
- Participer à la concertation jeunesse locale; actualiser les projets

22. Vigie des impacts sociaux et de santé en lien avec l'ouverture du salon de jeux à l'Hippodrome de Québec

- ASSS/DRSP :
- Coordonner le comité intersectoriel de vigie; suivre des indicateurs du plan de vigie, notamment ceux en rapport avec les adolescents et les jeunes adultes
- CSSS VC, CRUV, OC, secteur de l'éducation, milieu municipal et autres :
- Participer aux rencontres du comité intersectoriel de vigie; documenter des indicateurs du plan de vigie

23. Implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide

- ASSS/DRSP :
- Fournir les données de surveillance; soutenir la mise en œuvre
- CSSS :
- Assurer la coordination concertée du déploiement local
- OC :
- Former et soutenir les sentinelles
- Milieus scolaire incluant le collégial, du travail, communautaire, etc. :
- Soutenir le déploiement des réseaux de sentinelles

24. Campagnes d'information sur le développement sain et les habiletés personnelles et sociales chez les enfants et les adolescents (drogues et alcool, jeux de hasard et d'argent, ITSS, grossesse, etc.)

- MSSS :
- Concevoir les messages et distribuer les outils
- ASSS/DRSP :
- Promouvoir les messages et les outils nationaux auprès des partenaires locaux en cohérence avec les orientations régionales
- CSSS, OC, milieu scolaire :
- Diffuser les outils

Activités à développer

- Éducation à la sexualité au troisième cycle du primaire et au deuxième cycle du secondaire.
- Actions concertées en prévention des grossesses à l'adolescence dans l'ensemble des territoires de la région.
- Formation sur la sexualité pour les intervenants du Centre jeunesse.
- Mise en œuvre de mesures de prévention des agressions sexuelles au primaire.
- Actions préventives dans le contexte du plan d'action *Pour prévenir et traiter la violence à l'école* au regard de la violence dans les fréquentations amoureuses et de la lutte à l'homophobie.
- Initiatives de prévention de la violence et de l'intimidation destinées aux jeunes du primaire et du secondaire.
- Implantation du programme Système d (développement des compétences visant la prévention de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues et la pratique des jeux de hasard et d'argent).
- Soutien des parents dans l'exercice de leur rôle visant à favoriser l'adoption de comportements responsables à l'égard de l'alcool, des drogues et des jeux de hasard et d'argent chez leur jeune.
- Mise en œuvre de mesures de prévention des problèmes liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent chez les jeunes adultes.
- Implantation du programme APTE (Activités de prévention des toxicomanies) auprès des adolescents.
- Intervention préventive indiquée auprès des jeunes qui présentent des signes de consommation problématique sans dépendance.
- Mise en œuvre de mesures de prévention des problèmes de santé mentale en émergence (troubles anxieux, dépression).
- Sensibilisation des décideurs privés et publics visés aux effets négatifs, sur les enfants et les adolescents, de l'exposition à des modèles inappropriés dans les médias (violence, sexualisation précoce, surconsommation d'alcool, de drogues et de jeux de hasard et d'argent, etc.) ainsi que sensibilisation de ces décideurs privés et publics à l'importance de la réduction de cette exposition.
- Sensibilisation des décideurs privés et publics visés à l'importance de l'application des lois et règlements visant la restriction de l'accessibilité à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent pour les jeunes de moins de 18 ans.



Adultes – Personnes âgées

L'offre de service du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 dans le domaine Développement, adaptation et intégration sociale pour les adultes, les personnes âgées et la population en général proposait des interventions préventives pour réduire la détresse psychologique, la violence conjugale, la consommation d'alcool et de drogues, la consommation inappropriée de médicaments psychotropes, la maltraitance et le suicide, et visait à soutenir la création d'environnements favorables pour les aînés.

À la suite des consultations du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007, la Direction régionale de santé publique a été invitée par les partenaires régionaux à se pencher sur deux dossiers prioritaires : la santé mentale et les personnes âgées. Ainsi, le chantier « santé mentale » a permis de dresser le portrait de la santé mentale des adultes dans la région, de recenser les différentes interventions en cours et de mettre en lumière les stratégies reconnues efficaces ou prometteuses en santé mentale et une vision très large de la promotion en santé mentale et de la prévention des troubles mentaux. Quant au chantier « personnes âgées », il a permis de réfléchir aux

services à offrir particulièrement à cette clientèle. Les priorités tirées des chantiers sont le reflet des préoccupations actuelles des principaux acteurs régionaux et locaux.

Ainsi, l'offre de service du Plan d'action régional de santé publique 2009-2012 se caractérise par une attention nouvelle à différentes problématiques sociales ciblées par les deux chantiers et touchant la santé mentale, soit l'isolement social, l'exclusion sociale, la participation sociale, l'accès au logement, la santé psychologique au travail et les besoins particuliers des aidants. La mise à jour du plan d'action régional a également permis d'ajuster, en fonction des différentes expériences menées jusqu'en 2008, les interventions relatives à la maltraitance des aînés, à la violence conjugale, à la consommation d'alcool et à la pratique des jeux de hasard et d'argent, aux états dépressifs, aux troubles anxieux et au suicide. Soulignons enfin que la clientèle des 18-25 ans, dont il a été question dans l'offre de service Jeunesse, est également visée par cette offre de service destinée aux adultes.

Portrait de la situation

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé mentale ne correspond pas nécessairement à l'absence de troubles mentaux. Elle comprend tout aussi bien un état de bien-être qui permet à la personne d'évoluer de façon satisfaisante dans sa vie quotidienne et dans son travail et de s'impliquer pleinement dans sa communauté. Depuis un certain nombre d'années, les ressources ont surtout été consacrées aux services aux personnes atteintes de troubles mentaux graves. Or, la tendance actuelle est de rééquilibrer les efforts en accordant une importance accrue à la prévention des états dépressifs et des troubles anxieux et de leurs conséquences (stress, comportements de consommation, suicide) et d'agir en amont de l'apparition des problèmes pour maintenir « une bonne santé mentale ».

L'isolement social et l'exclusion sociale

Les notions d'isolement social et d'exclusion sociale peuvent être abordées par l'intermédiaire du concept de capital social, qui inclut le sentiment d'appartenance, le degré de cohésion qui existe entre un individu et sa communauté, la confiance entre les gens vivant dans une même collectivité et la volonté de construire un bien commun. Il est démontré qu'un niveau élevé de capital social conduit à une meilleure santé de la population.

Dans la région, en 2005, 12 % de la population n'éprouvait pas de sentiment d'appartenance à sa communauté, soit la même proportion que dans l'ensemble du Québec. Localement, en 2003, c'est dans Charlevoix que ce pourcentage était le plus faible (3 %), alors que dans les secteurs Basse-Ville-Limoilou-Vanier et La Source, il était de 12 %³⁰. Quant à la participation sociale, mentionnons que dans la région, environ une personne sur quatre de 12 ans et plus était membre, en 2003, d'un organisme ou d'une association sans but lucratif. Les résidents du territoire de Portneuf sont ceux qui s'impliquent le plus dans leur communauté de cette façon (30 %)³¹.

L'isolement social est une condition objective qui suppose qu'une personne a peu de contacts avec d'autres personnes. Des mesures objectives de l'isolement social sont entre autres : le célibat ou le veuvage, le réseau social limité et le fait de vivre seul³². Le principal lien entre la solitude et la maladie mentale semble être le risque des personnes isolées de devenir dépressives. Il semble exister une relation significative entre l'isolement et l'apparition de désordres mentaux. Un auteur affirme que cette relation est plus marquée lorsque l'isolement survient tard dans la vie³³.

Le nombre de personnes âgées de 15 ans et plus vivant seules est en augmentation, tant au Québec que dans la région. Entre 1986 et 2001, dans la Capitale-Nationale leur proportion est passée de 10 à 18 %. Ce phénomène concerne davantage les femmes (20 %) que les hommes (16 %). À l'échelle locale, les territoires de Basse-Ville-Limoilou-Vanier (32 %) et Haute-Ville-Des-Rivières (27 %) présentent les plus fortes proportions de personnes vivant seules. Parmi les personnes âgées de 65 à 74 ans, 25 % environ vivent seules, et ce phénomène augmente avec l'âge, atteignant 44 % chez les 75 ans et plus³⁴. La solitude peut représenter un choix et se vivre sereinement. Par contre, le fait de vivre seul peut entraîner des conséquences négatives sur l'état de santé et le bien-être. La solitude subie à la suite d'une rupture ou d'un deuil peut mener à l'isolement. Mentionnons qu'en 2001, chez le groupe d'âge des 45 à 64 ans, 15 % étaient séparés ou divorcés³⁵.

Quant aux familles monoparentales, notons que cette réalité est, elle aussi, en progression. En 2007, dans notre région, 22 % des familles avec enfants de moins de 18 ans comptaient un seul parent. La monoparentalité est surreprésentée dans le secteur Basse-Ville-Limoilou-Vanier, où elle touche 43 % des familles³⁶.

Les personnes qui subissent principalement l'isolement social ou l'exclusion sociale sont les personnes à faible revenu, les familles monoparentales, les personnes immigrantes, les personnes âgées et les itinérants. Un inventaire effectué en 2007 révèle que les organismes communautaires sont très actifs auprès de ces sous-populations.

Le soutien social est reconnu comme un facteur de protection de la santé mentale. À l'échelle régionale, on remarque, entre 2000-2001 et 2005, une augmentation de la déclaration d'un faible soutien social variant de 13 à 16 %, et ce sont plutôt les hommes (17 %) que les femmes (14 %) qui le rapportent. De plus, le niveau de soutien social diminue à mesure que l'âge augmente³⁷. Aussi, 25 % des personnes âgées de 65 ans et plus, vivant en ménage privé, rapportaient ne pas avoir un niveau élevé de soutien social³⁸.

L'accès au logement

L'accès au logement doit être considéré comme un des besoins fondamentaux de l'être humain; le logement assure sa sécurité physique et lui fournit un milieu de vie satisfaisant. L'accès au logement social est particulièrement important pour les personnes atteintes de troubles mentaux, pour les personnes âgées et pour les familles à faible revenu. Une étude récente menée par la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale mentionne, entre autres, que le taux d'inoccupation est de moins de 1 % dans la région de la Capitale-Nationale, ce qui entraîne une augmentation du coût du logement et obligerait 36 % des ménages locataires à consacrer plus de 30 % de leur revenu à se loger³⁹. La préoccupation de l'accès au logement est reprise dans le domaine Pauvreté, et développement social et des communautés, qui appuie la mise en place d'une concertation régionale pour favoriser la création de logements sociaux.

La santé psychologique au travail

Le travail est la plupart du temps un facteur de protection de la santé (revenu, réseau social, etc.). Cependant, il peut également être une source importante de stress. En effet, des auteurs s'entendent pour dire que le milieu de travail a un effet important sur la santé mentale des travailleurs. Le stress peut contribuer à exacerber un problème de santé mentale existant ou à contracter une nouvelle maladie⁴⁰ et peut induire divers problèmes tels que la détresse psychologique, l'anxiété, la dépression, l'épuisement professionnel, la consommation abusive de psychotropes et les maladies cardiovasculaires^{41, 42}.

En 2005, le tiers des travailleurs de la région rapportait un stress quotidien élevé au travail, et les femmes étaient davantage touchées (38 %) que les hommes (30 %). C'est la population active du secteur Haute-Ville-Des-Rivières (48 %) qui en 2003 déclarait être la plus stressée quotidiennement au travail. De plus, près de la moitié des femmes (47 %) ont rapporté un manque de latitude décisionnelle au travail, ce qui constitue un des facteurs ayant des effets néfastes sur la santé psychologique. Les jeunes de 15 à 24 ans seraient particulièrement touchés (60 %). Dans Portneuf, on observe un stress plus marqué chez les femmes⁴³.

Afin de réduire les problèmes de santé psychologique d'origine professionnelle, des intervenants du CSSS de la Vieille-Capitale et des professionnels de l'équipe régionale en santé au travail et de l'Université Laval se penchent depuis quelques années sur l'élaboration d'une démarche d'intervention participative pour les milieux de travail où la détresse psychologique est particulièrement élevée. La démarche a été implantée dans quelques entreprises.

Les besoins particuliers des aidants

Des études ont démontré que les aidants prodiguant des soins à des personnes en perte d'autonomie ou malades courent davantage de risque de présenter des problèmes de santé physique ou mentale, d'isolement, d'impuissance et financiers. Ces personnes sont susceptibles de se retrouver en situation de stress élevé. Plusieurs aidants ressentent, eux aussi, le besoin d'un soutien psychologique et d'une aide concrète qui pourraient alléger leur fardeau^{44, 45}. Une enquête sur la santé mentale des Montréalais conduite en 2002 révélait que, dans cette région, près d'une personne sur cinq était l'aidant d'un proche présentant des problèmes de santé mentale⁴⁶.

Une autre recherche menée en collaboration avec la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale⁴⁷ a démontré que la détresse émotionnelle des familles dont un proche souffre de maladie mentale est trois fois plus élevée que celle de la population générale. Par ailleurs, une majorité des membres de l'entourage d'une personne atteinte voient des répercussions importantes dans leur vie quotidienne, se sentent stressés et expriment un sentiment de découragement. Leur santé, tant physique que psychologique, s'en trouve directement menacée.

En 2001, dans la région de la Capitale-Nationale, plus de 91 000 personnes ont consacré du temps non rémunéré à donner des soins ou de l'aide à des personnes âgées de 65 ans et plus. Cela représente 17 % de la population⁴⁸. Selon une étude canadienne, les trois quarts des proches aidants de 45 ans et plus sont des femmes. Environ 24 % des 45-54 ans viennent en aide à des personnes âgées⁴⁹.

Par ailleurs, les aidants qui sont isolés et qui présentent une santé physique précaire ou ceux dont les stratégies d'adaptation sont inadéquates, sont plus à risque de morbidité mentale. Les besoins les plus souvent relevés chez les aidants âgés de 45 à 64 ans concernent l'aide occasionnelle et le partage des responsabilités (51 % des cas)⁵⁰.

Tout comme pour la problématique de l'isolement social et de l'exclusion sociale, les organismes communautaires, notamment La Boussole, Le Cercle polaire, l'Arc-en-Ciel et La Marée, sont activement impliqués auprès des aidants.

La maltraitance des aînés

La définition de la maltraitance retenue dans la région est celle de l'OMS (2002), qui est reprise par Hébert et Arcand dans la troisième édition de leur *Précis de gériatrie* (2007). Cette définition est la suivante : « Il y a maltraitance quand un geste singulier et répétitif, ou une absence d'action appropriée, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse à une personne âgée. Cela peut prendre de multiples formes : physique, psychologique ou émotionnelle, sexuelle, financière ou refléter des formes intentionnelles ou non de négligence* ».

* Traduction libre de la déclaration de Toronto sur la prévention globale des mauvais traitements envers les aînés, OMS, 17 novembre 2002.

Deux grandes enquêtes sociales canadiennes⁵¹ portant sur la maltraitance, menées à la fin des années 1980 et 1990, révèlent que de 4 à 7 % des personnes âgées vivant à domicile sont violentées ou négligées par leurs proches. Ces données, qui se comparent à celles d'autres pays, sont considérées comme étant la pointe de l'iceberg en raison, notamment, de nombreuses limites sur le plan méthodologique. Par ailleurs, les données des enquêtes sociales révèlent que la maltraitance matérielle ou financière serait la plus fréquente. La négligence, pour sa part, serait souvent associée à une forme de perte d'autonomie de la personne âgée. Enfin, bon nombre d'aînés subiraient plusieurs types de maltraitance en même temps⁵².

Aussi, devant l'importance de la situation, la région de la Capitale-Nationale s'est dotée d'un plan d'action⁵³ qui s'adresse spécialement à la clientèle du soutien à domicile des CSSS. Cette intervention constitue en quelque sorte une première étape pour lutter contre la maltraitance envers les aînés. Les travaux liés à la problématique de la maltraitance à l'égard des aînés se poursuivront au cours des prochaines années afin de couvrir un plus large éventail de clientèles aînées.

La violence conjugale

La définition de la violence conjugale retenue est celle de la politique interministérielle d'intervention en matière de violence conjugale *Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale* : « La violence conjugale comprend les agressions verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extramaritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie. »

La violence conjugale est un problème touchant beaucoup plus les femmes que les hommes. Huit victimes de violence conjugale sur dix sont de sexe féminin⁵⁴. Elles seraient deux fois plus nombreuses que les hommes à subir des abus sévères et chroniques et seraient plus susceptibles de craindre pour leur vie et d'interrompre leurs activités quotidiennes en raison de la violence⁵⁵.

La violence conjugale entraîne des conséquences directes sur la santé physique et mentale des femmes et des enfants. Les femmes qui la subissent présentent des problèmes chroniques de santé, notamment des maux de tête, de la fatigue chronique, de l'insomnie, etc. Quatre-vingt-cinq pour cent des femmes violentées présentent également des difficultés sur les plans psychologique et relationnel. On observe chez certaines des séquelles graves telles que la dépression, des troubles psychotiques, de la surconsommation de tranquillisants, d'alcool et de drogues, des tentatives de suicide, etc. On observe également une réduction de 20 % de l'espérance de vie en bonne santé chez les femmes violentées de 15 à 44 ans⁵⁶.

Le taux de victimisation pour violence conjugale chez les femmes (12 ans et plus) dans notre région est inférieur au taux de la province. Cela représente environ, chaque année, 800 femmes victimes de violence conjugale dans la région de la Capitale-Nationale⁵⁷. Au Québec, les statistiques montrent que la violence est le fait, dans 42 % des cas, des ex-conjoints des femmes victimes de violence⁵⁸.

Au cours de la période 2004-2007, des activités ont été mises en œuvre dans la région pour réduire le phénomène de la violence conjugale faite aux femmes. On note en particulier la conception et la diffusion d'outils destinés aux médias, la promotion et le soutien (formation, outils, protocoles, etc.) d'une pratique préventive efficace en matière de violence conjugale à l'intention d'intervenants, de même que la participation à des activités de concertation et à des projets de recherche et la mise en place graduelle de mesures préventives en matière de violence conjugale.

La consommation d'alcool

La consommation élevée d'alcool est associée à un risque accru de vivre des problèmes de santé aigus (ex. : accident de la route, traumatisme, acte de violence, suicide) et chroniques (hypertension, cirrhose, cancer) et des difficultés psychosociales (ex. : dépression, dépendance). En 2000-2004, on estimait à 418 le nombre annuel moyen de décès dus à des conditions associées à la consommation d'alcool dans la région⁵⁹.

Il y a différentes façons de boire trop d'alcool : épisodique ou régulière. Boire de grandes quantités d'alcool de façon épisodique correspond à consommer cinq verres d'alcool et plus en une même occasion (*binge drinking*). Selon les données d'enquête (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005), la proportion de buveurs de grandes quantités d'alcool est élevée dans la région et supérieure à celle de l'ensemble du Québec (20,9 % contre 16,8 %) ⁶⁰. Ce type de consommation est en hausse constante dans la région depuis 2000-2001, une situation inquiétante. L'analyse des données selon le sexe révèle que trois fois plus d'hommes que de femmes boivent de grandes quantités d'alcool dans la région (30,4 % contre 12,0 %) ⁶¹. En 2003, la consommation élevée épisodique était plus répandue dans la population des territoires de Haute-Ville-Des-Rivières (24,1 %) et de Portneuf (24,0 %) ⁶².

Boire trop, c'est aussi dépasser régulièrement les limites d'une consommation modérée d'alcool, soit boire plus de 9 verres d'alcool par semaine pour une femme, ou plus de 14 verres d'alcool pour un homme. Les données d'enquête en 2005 révèlent que 6,7 % des résidents de la région disaient boire de 14 verres d'alcool et plus par semaine, comparé à 7,1 % pour l'ensemble du Québec ⁶³. En 2003, ce type de consommation élevée était plus fréquent chez les résidents du territoire de la Vieille-Capitale (8,7 %) ⁶⁴.

Le programme Alcochoix+ vise à aider les personnes qui boivent entre 10 et 35 verres d'alcool par semaine à réduire leur consommation d'alcool. Bien implanté dans les CSSS de la région, ce service gagnerait à être mieux connu par la population. D'autres interventions préventives en première ligne mériteraient d'être implantées dans la région, notamment la recherche de cas et le counseling sur la consommation d'alcool par les cliniciens, dont l'efficacité à réduire la consommation d'alcool chez les buveurs à risque est bien démontrée⁶⁵.

La pratique des jeux de hasard et d'argent

Les causes du développement d'un problème de jeu sont multiples. Dans une perspective de santé publique, on s'intéresse tout particulièrement aux facteurs de risque liés à l'accessibilité et à la dangerosité des différents types de jeu*. Ainsi, les caractéristiques de l'offre de jeu sont des éléments importants à considérer dans la description du phénomène. Dans la région, l'offre est plutôt diversifiée avec, entre autres, un casino, un salon de jeux, un hippodrome et de nombreux appareils de loterie vidéo.

Les personnes ayant un problème de jeu incluent, à la fois, les joueurs ayant des comportements de jeu les plaçant dans une situation à haut risque et les joueurs pathologiques qui répondent à un certain nombre de critères diagnostiques⁶⁶. Une récente enquête⁶⁷ auprès de la population vivant à proximité du salon de jeux de Québec démontre que 2,2 % des joueurs présentent un problème de jeu. Le portrait est différent lorsque l'on observe la proportion de joueurs problématiques par type de jeu. Ainsi, près de 20 % des parieurs sur Internet, 13 % des joueurs aux appareils de loterie vidéo, 10 % des parieurs aux courses de chevaux et 6 % des joueurs de poker répondent aux critères du jeu problématique. Les jeunes de 18 à 34 ans et les hommes sont les joueurs qui s'adonnent le plus aux jeux qui attirent les joueurs problématiques.

Depuis la mise en place d'un programme expérimental sur le jeu pathologique par le ministère de la Santé et des Services sociaux (2000-2005), différentes actions se sont implantées. La région s'est dotée d'un projet de sensibilisation au jeu problématique dans la collectivité qui s'articule autour d'une adaptation québécoise d'une trousse conçue par le Centre de toxicomanie et de santé mentale. Au cours des dernières années, le Centre CASA a élaboré la séance éducative Éduc-Jeu destinée aux adultes utilisateurs d'appareils de loterie vidéo et à leurs proches. De plus, de nombreux intervenants jeunesse ont contribué à faire progresser la réflexion sur la pratique du jeu chez les jeunes lors d'un colloque régional tenu en 2007.

Les états dépressifs et les troubles anxieux

La prévalence de la dépression majeure et des troubles anxieux est importante. Dans les pays industrialisés, ces troubles touchent entre 11 et 17 % de la population. On observe une fréquence plus importante de la dépression chez les personnes à faible revenu ou sans emploi, célibataires ou divorcées⁶⁸. Les femmes en sont davantage affectées que les hommes. Dans les pays développés, la dépression majeure serait le problème de santé ayant le plus lourd fardeau social. Au Québec, en 2002, 5 % de la population de 15 ans et plus déclarait avoir souffert d'un épisode dépressif majeur (3,6 % chez les hommes et 6,0 % chez les femmes)⁶⁹.

Environ 28 % de la population québécoise de 15 ans et plus éprouve un stress quotidien élevé, de même que 14,4 % de la population de 12 ans et plus⁷⁰. Dans notre région, en 2005, 25 % des adultes disaient éprouver un stress quotidien élevé. Six pour cent des personnes âgées de 65 ans et plus se disaient également touchées de façon importante par le stress⁷¹.

Pour faire face à ce problème, des activités concernant la dépression ont été implantées depuis 2004. Elles visaient à soutenir la première ligne médicale et sociale afin qu'elle détecte précocement et prenne en charge les troubles dépressifs chez les adultes.

Les tentatives de suicide et le suicide

En 2005, 2 % des 15 ans et plus de la région, soit 13 500 personnes, avaient eu des idées suicidaires sérieuses au cours de l'année. C'est la plus faible proportion depuis 1987 et elle équivaut à celle de l'ensemble de la province⁷².

Cependant, pour ce qui est du suicide, notre région se situe au premier rang des grandes régions canadiennes avec 120 décès par année. Le taux de mortalité par suicide a cependant diminué si on compare la période 2000-2004 à celle de 1995-1999. La situation est préoccupante sur les territoires de la Basse-Ville-Limoilou-Vanier, de Portneuf et de Charlevoix. La mortalité par suicide est trois à quatre fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes⁷³. La mortalité est également plus élevée chez les personnes âgées de 30 à 49 ans⁷⁴.

La situation du suicide dans la région demeure préoccupante, mais l'analyse des données récentes donne de l'espoir. L'implantation des réseaux de sentinelles se poursuit dans les quatre territoires de la région (recrutement de nouveaux milieux et soutien des sentinelles des milieux déjà impliqués). Plusieurs acteurs agissant auprès des personnes suicidaires elles-mêmes et de leurs proches ou encore auprès de groupes à risque de suicide contribuent à l'effort collectif pour prévenir le suicide. Cela dit, autant la diminution du suicide chez les jeunes est réjouissante, autant sa stagnation chez certains groupes plus âgés est inquiétante.

* L'accessibilité peut être de cinq ordres : géographique, temporelle, économique, légale ou symbolique. La dangerosité peut être interne à un jeu en particulier (ex. : la vitesse d'un appareil de loterie vidéo) ou externe (ex. : alcool en vente dans l'espace de jeu).

Défis liés à l'implantation de l'offre de service

Les actions visant les personnes âgées pourront contribuer à relever les défis actuels et futurs que représente le vieillissement en santé de la population âgée de la Capitale-Nationale. La participation sociale des personnes âgées, la détection de la dépression, la collaboration avec les élus municipaux pour ajuster les infrastructures et les services aux réalités de cette population, en sont des exemples. De plus, des actions visant l'ensemble de la population relativement à certaines problématiques, comme les dépendances ou le suicide, méritent une analyse particulière quant à leur niveau d'adaptation à la population âgée. Finalement, l'évolution des réalités des personnes âgées entraînera l'émergence de nouvelles problématiques. Il demeure essentiel de se doter de moyens pour bien connaître la diversité et l'évolution des besoins des personnes âgées de façon à ajuster continuellement les pratiques de santé publique.

Un défi particulier dans le champ de la santé mentale consiste à préciser le cadre de référence de la promotion et de la prévention dans ce domaine pour l'ensemble de la population, qu'elle soit malade ou en santé. À cet effet, la démarche entreprise dans le chantier santé mentale a déjà permis de progresser sur au moins deux aspects : l'établissement d'un langage commun avec les partenaires significatifs et la prise en compte de différentes façons de comprendre la problématique (cadre de référence holistique, continuum de services, etc.).

Évidemment, ce défi ne relève pas uniquement de la Direction régionale de santé publique ou des CSSS, et la contribution de plusieurs partenaires s'avérera nécessaire. De plus, pour lutter contre certains phénomènes tel le suicide, il faudra agir sur différents problèmes (dépression, dépendances, etc.), mieux les connaître pour mieux cibler les possibilités d'intervention. L'amélioration ou le maintien des conditions socioéconomiques de la population représentent également un défi de taille étant donné leur association à la santé mentale.

Concernant la violence conjugale, il est primordial d'aider les enfants exposés à cette violence pour prévenir la reproduction intergénérationnelle. Pour ce faire, des activités pour soutenir les mères sont essentielles.

Pour lutter contre la consommation excessive d'alcool et rejoindre les buveurs à risque, la promotion du programme Alcochoix+, ingrédient incontournable de la croissance de ce service préventif, doit être consolidée dans la région, tout comme la connaissance des effets de l'alcool sur la santé de la population.

Un des principaux défis dans le domaine de la pratique des jeux de hasard et d'argent sera de concevoir et de mettre en œuvre des interventions préventives ciblant des clientèles plus à risque, soit les jeunes, les joueurs d'appareils de loterie vidéo et les joueurs s'adonnant aux jeux émergents (poker et Internet).

Finalité))))) Cibles

Prévenir les problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des adultes et des personnes âgées.

D'ici 2012 :

1. Adapter les services et les infrastructures régionales pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées.
2. Prévenir l'isolement social et l'exclusion sociale.
3. Favoriser l'accès au logement social, plus particulièrement pour les personnes atteintes de troubles mentaux, pour les personnes âgées et pour les personnes à faible revenu.
4. Améliorer la santé psychologique au travail*.
5. Soutenir les proches aidants susceptibles d'être à risque de détresse psychologique.
6. Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées.
7. Réduire le phénomène et les conséquences de la violence conjugale faite aux femmes.
8. Réduire la proportion de personnes qui présentent une consommation d'alcool à risque ou des problèmes liés à la pratique de jeux de hasard et d'argent.
9. Améliorer la connaissance-reconnaissance des signes et symptômes des états dépressifs et des troubles anxieux.
10. Réduire le taux de suicide et de tentative de suicide.

* L'activité correspondant à cette cible se trouve dans le domaine Santé au travail (activité 111).



- 25. Implantation du concept Ville-amie des aînés de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour améliorer la qualité de vie des aînés**
- ASSS/DRSP :
- Poursuivre la collaboration avec la CRÉ pour implanter cette action dans les municipalités
- CSSS :
- Soutenir les projets Ville-amie des aînés
- Municipalités, CRÉ, OC :
- Mettre en place les projets Ville-amie des aînés
-
- 26. Activités pour contrer l'isolement social**
- OC :
- Poursuivre le programme Apprivoiser sa solitude; poursuivre la Semaine nationale de la santé mentale (ACSM); poursuivre les activités du groupe AutonHommie
- ASSS/DRSP et CSSS :
- Soutenir une démarche de mobilisation des acteurs concernés par l'isolement social
-
- 27. Activités favorisant l'accès au logement social pour les personnes atteintes d'un problème de santé mentale, les personnes âgées et les familles à faible revenu**
- OC, CSSS VC :
- Poursuivre les activités du programme intersectoriel Clé en main de soutien au logement et l'étendre à d'autres secteurs; poursuivre l'enquête amorcée
- ASSS/DRSP, FECHAQC, FROHQC :
- Appuyer les activités
-
- 28. Activités visant le soutien des proches aidants de personnes atteintes d'un problème de santé mentale et développement des activités pour les aidants des personnes âgées**
- ASSS/DRSP :
- Diffuser les connaissances sur les conditions favorables pour améliorer le soutien aux proches aidants; soutenir les activités
- CSSS :
- Concevoir en partenariat des mesures de soutien aux proches aidants de personnes âgées et de personnes atteintes de troubles mentaux et les mettre en application; référer aux OC
- OC (santé mentale et personnes âgées) :
- Sensibiliser, informer et former les proches aidants, et intervenir auprès d'eux
-
- 29. Actions préventives pour contrer la maltraitance à l'égard des aînés**
- ASSS/DRSP :
- Poursuivre le soutien aux activités de concertation régionale et à l'actualisation des volets promotion et prévention du Plan d'action pour contrer la maltraitance envers les aînés, région de la Capitale-Nationale
- CSSS :
- Mettre en place les actions préventives prévues par le plan d'action régional avec les partenaires des milieux communautaires et intersectoriels
-
- 30. Activités de sensibilisation, de formation, de concertation régionale et de recherche en vue de prévenir la violence conjugale**
- ASSS/DRSP :
- Diffuser le matériel de formation; participer aux tables de concertation intra et intersectorielles; participer à des projets de recherche
- ASSS/DRPC :
- Collaborer avec le MSSS pour l'application de la politique en violence conjugale; tenir une rencontre annuelle régionale avec l'ensemble des tables en violence; participer aux tables de concertation intra et intersectorielles
- CSSS et OC :
- Former des intervenants; déceler des cas; intervenir; organiser les activités des tables de concertation et y participer; participer à une recherche (CSSS QN)
- Centre de recherche (CRI-VIFF) :
- Effectuer des recherches en vue de concevoir des interventions préventives
- Secteurs institutionnel, sécurité publique, justice, OC, etc. :
- Collaborer et participer aux activités des tables de concertation
- MSSS :
- Offrir une formation continue sur l'intervention en matière de violence conjugale



31. Implantation d'interventions visant à réduire la consommation d'alcool chez les buveurs à risque, par exemple le programme Alcochoix+

ASSS/DRSP :

- Participer aux rencontres régionales des intervenants Alcochoix+; analyser les données de monitoring; collaborer au plan de promotion et contribuer à l'implantation des interventions en première ligne

ASSS/DRPACCI :

- Élaborer le plan régional de communication Alcochoix+ et le mettre en œuvre

CSSS :

- Offrir le programme Alcochoix+; contribuer au monitoring et au plan régional de communication; participer à l'implantation des interventions en première ligne

32. Application de mesures de prévention des problèmes liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent

ASSS/DRSP :

- Soutenir l'évaluation et le déploiement des mesures; assurer la vigie des impacts sociaux et de santé; coordonner le comité intersectoriel de vigie; documenter les indicateurs; coordonner le déploiement de la campagne régionale d'information et de sensibilisation

Centre CASA :

- Planifier et mettre en œuvre les activités Sensi-Jeu et Éduc-Jeu

CSSS VC, CRUV, OC, secteur de l'éducation, milieu municipal et autres :

- Participer aux rencontres du comité intersectoriel de vigie; documenter les indicateurs

Établissements publics et OC :

- Contribuer à la réflexion et diffuser le matériel de la campagne régionale

Secteur de l'éducation, milieu municipal et autres :

- Diffuser le matériel de la campagne régionale

MSSS :

- Élaborer et réaliser la campagne nationale

33. Activités offertes pour améliorer la connaissance-reconnaissance des signes et symptômes de la dépression et des troubles anxieux par des actions visant l'amélioration de la littératie en santé mentale

ASSS/DRSP :

- Concevoir et réaliser une campagne de promotion auprès des praticiens (détection et prise en charge des cas); soutenir les activités de l'ACSM

CSSS :

- Soutenir l'élaboration et la diffusion des outils pour les praticiens

ACSM :

- Assurer la responsabilité de la Semaine nationale de la santé mentale; faire des conférences et des activités de sensibilisation sur la bonne santé mentale; animer des kiosques d'information; fournir des services d'aide et d'information en santé mentale

34. Implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide

ASSS/DRSP :

- Fournir les données de surveillance; diffuser le cadre de référence provincial; soutenir l'implantation des réseaux de sentinelles

CSSS :

- Assurer le déploiement des réseaux de sentinelles en collaboration étroite avec les partenaires (OC) dans différents milieux (milieux de vie, milieux institutionnels et entreprises privées)

CSSS et OC :

- Offrir les services aux personnes suicidaires; définir et offrir un soutien aux sentinelles

OC :

- Offrir la formation; favoriser l'implantation des réseaux de sentinelles dans les milieux ciblés et y participer

Activités à développer

- Expérimentation et évaluation d'un projet pilote de développement communautaire visant la participation sociale d'individus ayant un problème de santé mentale.
- Poursuite du partenariat régional et local visant à mobiliser les acteurs concernés par la participation sociale des personnes âgées.
- Expérimentation et évaluation d'un projet pilote visant l'augmentation de la littératie* auprès du grand public.
- Élargissement du soutien aux proches aidants de personnes vivant des difficultés diverses (déficience intellectuelle, déficience physique, problèmes de santé mentale, liés au vieillissement, etc.).
- Sensibilisation de la population à l'importance du logement dans le maintien d'une bonne santé mentale.
- Expérimentation et évaluation de cinq projets pilotes qui concernent la santé psychologique au travail.
- Soutien à l'élaboration et à l'application de réglementations, de législations et de politiques publiques visant à limiter les effets négatifs sur la santé de l'accessibilité économique et physique de l'alcool et les caractéristiques de certains jeux de hasard et d'argent.
- Choix et mise en place de mesures de prévention des problèmes liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent chez les jeunes adultes.
- Analyse de la pertinence d'adapter les interventions pour mieux rejoindre la population âgée et intervenir auprès d'elle, notamment en ce qui a trait aux jeux de hasard et d'argent, à la consommation d'alcool, à la dépression et au suicide.
- En prévention du suicide, mise en place d'activités de sensibilisation aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardées à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès.
- Élaboration d'activités favorisant le traitement approprié du suicide dans les médias.

* Capacité de reconnaître l'existence d'un besoin d'information en matière de santé ou de services de santé, de déterminer l'information adéquate, de la trouver, de l'évaluer et de l'exploiter en relation avec une situation donnée.

Habitudes de vie et maladies chroniques

Le domaine Habitudes de vie et maladies chroniques vise plusieurs maladies chroniques et se divise en deux sections. La première concerne les cibles et les activités des habitudes de vie que sont l'activité physique, l'alimentation, le tabagisme et la santé dentaire. La deuxième section porte sur le dépistage du cancer du sein.

Activité physique, alimentation, tabagisme et santé dentaire

Portrait de la situation

La problématique

Les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète, l'ostéoporose, la carie dentaire, les maladies parodontales, les cancers buccaux et l'obésité sont les principales maladies chroniques. Le portrait régional de santé⁷⁵ sonne l'alerte sur la progression de certaines d'entre elles. Les données pour la période 2000-2004 révèlent que les cancers sont désormais la première grande cause de mortalité, avec 32 % des décès. Les maladies cardiovasculaires suivent au second plan avec un taux de mortalité de 29 %, et les maladies de l'appareil respiratoire demeurent au troisième rang avec 9 % des décès.

L'obésité et les problèmes liés au poids, par leurs effets sur la santé, contribuent également au fardeau des maladies chroniques. En 2005, 11,6 % de la population de 18 ans et plus de la région de la Capitale-Nationale souffrait d'obésité⁷⁶. Les jeunes n'échappent pas à ce fléau. Au Québec, on estime que 25 % des jeunes de 12 à 17 ans ont un surplus de poids⁷⁷.

Ces maladies évoluent lentement et persistent sur une longue période. Malgré tout, un grand nombre d'entre elles sont en partie évitables. L'absence de fumée de tabac dans l'environnement et la non-consommation de produits du tabac, une saine alimentation, une pratique régulière d'activités physiques et une hygiène dentaire adéquate sont des comportements sains qui accroissent la protection contre plusieurs des maladies chroniques. Adoptées et maintenues à long terme, les saines habitudes de vie constituent, en matière de qualité de vie, une contribution considérable au capital santé de la population.

Les écrits scientifiques le démontrent clairement : la non-exposition et la non-consommation de produits du tabac, la consommation quotidienne d'au moins 5 portions de fruits et légumes pour les enfants et d'au moins 7 portions pour les adolescents et adultes*, la pratique tous les jours de 30 minutes d'activités physiques pour les adultes et de 60 minutes pour les jeunes, l'apport approprié en fluorure, l'application d'agents

* Depuis février 2007, le *Guide alimentaire canadien* recommande de consommer sept à dix portions quotidiennes de fruits et légumes.

de scellement et l'adoption quotidienne d'une bonne hygiène dentaire (comprenant l'usage de dentifrice fluoruré et de soie dentaire) sont des cibles minimales à atteindre pour se prémunir contre certaines maladies chroniques.

L'activité physique

Un mode de vie physiquement actif est fortement associé au bien-être physique et psychologique des personnes. La pratique régulière d'activités physiques se définit selon trois grandes catégories : l'activité physique de loisir, de transport et celle reliée au travail ou aux activités quotidiennes. Pour ce qui est de l'activité physique de loisir, 41,5 % des adultes de la région sont considérés comme sédentaires ou un peu actifs. Les données de 2005 concernant les jeunes de 12 à 17 ans sont plus encourageantes, notamment pour les garçons, qui sont considérés comme étant très actifs (54 %). Ils le sont d'ailleurs deux fois plus que leurs consœurs du même âge (27 %)78. En 2005, les données indiquent que près de six jeunes sur dix utilisaient la marche comme moyen de transport pour une durée de plus d'une heure par semaine. De ce pourcentage, 13 % l'utilisaient comme moyen de transport plus de six heures par semaine. Toutefois, certains éléments incontournables de l'activité physique de transport doivent être considérés, comme les réalités géographiques (milieu rural versus milieu urbain ou semi-urbain)79.

L'alimentation

Les habitudes alimentaires se transforment à l'échelle mondiale. Les nouveaux modes de vie ont créé notamment des besoins de restauration rapide, une accessibilité accrue à des aliments camelotes et des concepts marketing valorisant les grosses portions. Cela fait qu'en 2003, un peu plus de la moitié (56 %) de la population de la région ne consommait pas les cinq portions minimales recommandées de fruits et de légumes par jour80. Plus précisément, les hommes mangent moins de fruits et légumes que les femmes81. Plus d'un jeune Québécois sur deux âgés de 4 à 18 ans ne consomme pas sur une base quotidienne les cinq portions de fruits et légumes. Selon les divers groupes âge-sexe, la proportion de jeunes consommant en deçà de cinq portions de fruits et légumes par jour varie entre 51 % et 67 %82.

Le tabagisme

Au cours des deux dernières décennies, des interventions massives de lutte contre le tabagisme ont été menées au Québec. Les résultats des différentes enquêtes illustrent une baisse importante de la consommation de tabac depuis 198783. Malgré cette tendance à la baisse, 21 % de la population de 12 ans et plus de la région consomme encore, occasionnellement ou régulièrement, la cigarette. Cette baisse se manifeste chez tous les groupes d'âge, mais la situation des 20-24 ans reste préoccupante, puisque le tiers d'entre eux fument toujours. En matière d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement, les enfants de 12 à 19 ans sont le groupe de la population le plus exposé à la fumée de tabac à la maison84.

La santé dentaire

Une bouche saine est essentielle pour bien mastiquer, parler et sourire. L'attaque carieuse débute dès l'apparition des dents et se poursuit tout au long de la vie. Dès la maternelle, 42 % des enfants québécois développent des caries dentaires et demeurent vulnérables à la carie tout au long de leur vie. Cependant, la santé dentaire chez les enfants de deuxième et de sixième année de la région s'est améliorée entre 1983-1984 et 1998-199985, et ce, tant pour la dentition primaire que pour la dentition permanente. Dans la région, plus de 90 % des enfants de la maternelle sont rencontrés pour dépister les plus vulnérables à la carie. Un suivi individualisé, incluant deux applications topiques de fluorure par année, est offert aux enfants ciblés par les CSSS. Il est important de spécifier que 57,5 % des personnes de 12 ans et plus ne bénéficient pas d'une assurance dentaire. Les services dentaires essentiels sont assurés pour les enfants de moins de 10 ans et les prestataires de l'aide sociale. Cependant, les enfants vivant en contexte de vulnérabilité ont une probabilité élevée de ne pas avoir consulté un dentiste avant l'âge de 4 ans.

Chez les adultes âgés de 35 à 44 ans, le taux régional d'édentation complète est de 22 %86. La perte des dents s'accroît avec l'âge et devient prépondérante chez les personnes âgées. Parmi celles-ci, 30 % éprouvent des ennuis ou de la douleur buccodentaire. En 2004, 50 % des personnes âgées résidant en centre d'hébergement et de soins de longue durée et ayant conservé leurs dents naturelles étaient affligées de caries importantes.

Enfin, la littérature démontre clairement que la fluoration des eaux demeure une mesure efficace pour prévenir la carie. Depuis le 1^{er} avril 2008, la Ville de Québec a cessé de fluorurer ses eaux de consommation et prive ainsi la population d'une mesure à l'efficacité prouvée.

Les interventions

Durant les dernières années, le gouvernement du Québec a défini les grandes orientations et stratégies nationales en matière de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques. Le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 *Investir pour l'avenir* (PAG), la Politique-cadre en matière de saine alimentation et d'un mode de vie physiquement actif, le Programme national de santé publique 2003-2012, le Programme québécois de lutte au tabagisme, le Programme national de Kino-Québec, le Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012 et le Plan d'action (2008-2013) sur la Stratégie de prévention et de gestion des maladies chroniques sont les plans d'action nationaux qui fixent les objectifs d'amélioration des habitudes de vie et qui orientent le présent plan d'action régional. Afin d'harmoniser les interventions dans les écoles de la province, le gouvernement du Québec prône également le développement de l'approche École en santé dans toutes les régions. Parmi les facteurs clés de cette approche, les habitudes de vie occupent une place importante.

L'association entre le gouvernement du Québec et la Fondation Lucie et André Chagnon dans la mise sur pied du Fonds en promotion des saines habitudes de vie est un élément important du contexte national. Les responsables de ce fonds ont le mandat de favoriser l'émergence de projets de mobilisation autour de la promotion des habitudes de vie, notamment ceux ciblant les jeunes Québécois vivant en situation de pauvreté.

Afin d'actualiser les grandes orientations nationales, les acteurs de la région de la Capitale-Nationale se sont dotés d'une programmation cadre, O•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, qui assure l'arrimage entre les différents programmes, projets et interventions déployés dans la région. Le O•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION intègre trois mesures autour d'un message unifié et mobilisateur en faisant la promotion de « 0 tabac », « 5 portions de fruits et légumes par jour » et « 30 minutes d'activités physiques chaque jour ». Il propose un modèle qui structure les multiples actions, interventions et programmes régionaux et locaux de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques. Il s'articule autour de deux stratégies : les actions éducatives et les actions environnementales.

De nombreux acteurs, issus de différents milieux (scolaire, de la santé, municipal, communautaire, associatif, de la recherche, etc.), œuvrent en promotion des saines habitudes de vie dans la région. Des instances régionales telles la Commission administrative régionale, la Conférence régionale des élus et la Société dentaire de Québec s'impliquent concrètement dans la promotion des saines habitudes de vie. Les acteurs des programmes Québec en Forme et Portneuf en Forme jouent également un rôle majeur dans la région. Ils soutiennent des projets de mobilisation autour des habitudes de vie qui rejoignent principalement les jeunes de 0 à 17 ans vivant en situation de pauvreté. Depuis peu, le projet Communautés locales en forme et en santé se déploie sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale. Il est considéré comme un projet de démonstration permettant aux intervenants de Québec en Forme d'expérimenter l'ajout de nouvelles clientèles (0-4 ans et 12-17 ans) et l'ajout du volet saine alimentation qui sont exigés par le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie.

Dernièrement, le Groupe de promotion pour la prévention en santé (GP²S)* a élaboré la norme Entreprise en santé. Cette norme invite les entreprises du Québec à concevoir un programme de santé globale s'adressant à leurs employés. Le Bureau de normalisation du Québec a eu le mandat de spécifier les exigences d'un programme efficace de promotion de la santé en milieu de travail, basé sur les meilleures pratiques. Cette nouvelle norme vient donc appuyer les démarches des différents acteurs régionaux et locaux impliqués dans le O•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.

Notons enfin que les inégalités sociales existantes entre les groupes socioéconomiques ont un effet direct sur la santé, le bien-être et les habitudes de vie des individus et des collectivités. Il faut donc agir de façon particulière auprès des populations démunies.

Défis liés à l'implantation de l'offre de service

Au fil des ans, des améliorations en matière de modification de comportements au regard des saines habitudes de vie sont observées, mais elles sont encore insuffisantes. Pourtant, l'intention de passer à l'action est là, mais il semble que les obstacles à franchir soient encore trop grands et trop nombreux pour une bonne partie de la population. Il est reconnu que pour modifier les comportements, il faut agir autant sur les facteurs personnels que sur les facteurs environnementaux. Jusqu'à tout récemment, davantage d'efforts avaient été orientés vers les facteurs personnels. Les acteurs du milieu consacrent désormais des efforts considérables aux facteurs environnementaux.

L'amélioration des saines habitudes de vie et la diminution de la prévalence de certaines maladies chroniques représentent un défi pour tous. Dans un contexte où l'augmentation des coûts de santé est fortement associée aux habitudes de vie, les actions et les messages doivent être cohérents et assumés par l'ensemble des acteurs nationaux, régionaux et locaux des différents secteurs concernés par la promotion des saines habitudes de vie.

L'épidémie d'obésité a fait en sorte que les intervenants œuvrant en promotion des saines habitudes de vie se sont multipliés sur l'échiquier de la région. Cette situation entraîne l'obligation de créer des alliances entre les différents acteurs du milieu et de définir les rôles de chacun pour assurer une complémentarité des interventions plutôt qu'une duplication. La mobilisation des acteurs régionaux et locaux devient donc un enjeu majeur dans la promotion des saines habitudes de vie.

* Organisme sans but lucratif voué à la promotion et à l'information en matière de santé dans les milieux de travail, le Groupe de promotion pour la prévention en santé incite les entreprises à promouvoir et à intégrer la santé globale des employés dans leur gestion.

Finalité))))) Cibles

Augmenter la proportion de la population qui adopte de saines habitudes de vie et réduire l'incidence, la mortalité et la morbidité de certaines maladies chroniques.

D'ici 2012 :

1. Diminuer de 10 % la proportion de fumeurs dans la région.
2. Diminuer de 10 % le nombre d'enfants exposés à la fumée de tabac.
3. Augmenter de 10 % la proportion de personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et légumes quotidiennement.
4. Augmenter de 10 % la proportion des personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique (30 minutes par jour pour les adultes et 60 minutes par jour pour les jeunes).
5. Réduire la prévalence des maladies buccodentaires aux différentes périodes de la vie.
6. Diminuer de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % le taux de prévalence de l'embonpoint.

Activités



Activités à accomplir

Contribution attendue des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels

35. 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION

- Actions éducatives
- Actions environnementales
- Communication
- Évaluation

ASSS/DRSP :

- Planifier, coordonner et évaluer le programme; assurer le soutien et la formation des intervenants des CSSS; poursuivre l'accompagnement des milieux cliniques (GMF, cabinets privés, etc.) par le délégué médical en prévention; mettre en place un projet de systématisation des soins concernant l'hypertension; planifier l'adaptation du programme aux milieux de vie des aînés

ASSS/DRPACCI :

- Soutenir l'actualisation du plan de communication

CSSS :

- Déployer le programme sur le territoire et dans les établissements; accompagner les milieux scolaire et municipal et d'autres milieux; expérimenter le projet pilote de systématisation des soins concernant l'hypertension

Milieux cliniques (médecins, infirmières, pharmaciens, etc.) :

- Faire le counseling en faveur des saines habitudes de vie auprès des patients

Municipalités :

- Promouvoir et mettre en œuvre des activités auprès de la population et des employés; assurer l'application des lois, des politiques et des règlements

Commissions scolaires :

- Promouvoir et mettre en œuvre des activités auprès des employés et des directeurs d'école

Écoles :

- Promouvoir et mettre en œuvre des activités auprès des élèves et des employés

ARSEQCA :

- Déployer ses programmes dans les écoles; faire la promotion de la norme 0•5•30 dans les écoles et auprès des partenaires

Entreprises privés et réseaux publics :

- Participer aux campagnes; déployer des activités en rapport avec la promotion des saines habitudes de vie; promouvoir la norme Entreprise en santé

Acti-Menu :

- Réaliser la campagne Défi Santé 5/30

GMF, UMF SFA :

- Expérimenter le projet pilote de systématisation des soins concernant l'hypertension



36. Actions en lien avec la cessation tabagique

ASSS/DRSP :

- Planifier, coordonner et évaluer les actions; élaborer le contenu; former les intervenants; promouvoir les services; participer aux travaux de l'Alliance de lutte contre le tabagisme Québec/Chaudière-Appalaches; planifier et réaliser des projets d'aide à la cessation tabagique pour les patients hospitalisés, les jeunes, les femmes enceintes et leur conjoint et les personnes ayant des problèmes de santé mentale

CSSS :

- Offrir et promouvoir les services de cessation tabagique

ARSEQCA :

- Accomplir des mandats particuliers (In Vivo, De Facto, Gangs allumées)

Acti-Menu :

- Réaliser les défis J'arrête, j'y gagne et Famille sans fumée

Coalition provinciale pour le contrôle du tabac, Association des droits des non-fumeurs :

- Offrir de l'information

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec :

- Collaborer au projet pilote d'aide à la cessation tabagique auprès des patients fumeurs hospitalisés

Institut universitaire en santé mentale de Québec :

- Collaborer au projet de soutien à l'arrêt tabagique pour les patients et le personnel

37. Activités en lien avec une offre alimentaire de qualité pour les instances publiques et communautaires, élaboration de politiques alimentaires et activités pour le maintien d'une image corporelle positive

ASSS/DRSP :

- Planifier, coordonner, évaluer les actions; former les intervenants des CSSS; soutenir les différents partenaires régionaux; mettre en œuvre les activités du PAG; conduire l'étude *Opinions des parents et des utilisateurs adultes à l'égard des changements d'environnements alimentaires en milieux scolaire et municipal*

CSSS :

- Mettre en œuvre certaines activités du PAG; assurer la concertation des acteurs locaux; soutenir les différents partenaires locaux

Commissions scolaires :

- Mettre en œuvre certaines activités du PAG; soutenir les écoles

Milieu municipal, milieux de travail :

- Mettre en œuvre certaines activités du PAG

ARSEQCA :

- Déployer les programmes Moi j'croque et peluredebanane.com dans les écoles

Producteurs laitiers du Canada :

- Déployer les programmes d'éducation à la nutrition pour les écoles primaires; assurer la formation en nutrition pour les écoles primaires, les CPE et les garderies

ÉQUILIBRE :

- Assurer le soutien et la formation pour le déploiement des programmes Bien dans sa tête, bien dans sa peau et Choisir de maigrir

Université Laval, Service des activités sportives (PEPS) :

- Collaborer à l'élaboration d'activités et d'outils

MAPAQ, MFA :

- Collaborer à l'élaboration de contenus; mettre en œuvre certaines activités du PAG

Restaurateurs :

- Déployer la campagne Fruits et légumes en vedette



● Activités à accomplir

Contribution attendue des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels

38. Actions en lien avec la promotion des déplacements actifs et sécuritaires, l'aménagement et l'animation des aires de jeux et le développement du programme Viactive

ASSS/DRSP :

- Planifier, coordonner et évaluer les actions; former les intervenants des CSSS; soutenir les partenaires régionaux; évaluer l'implantation du programme Mon école à pied, à vélo

CSSS :

- Mettre en œuvre certaines activités du programme; soutenir les partenaires locaux

Accès transports viables :

- Mettre en œuvre le programme Mon école à pied, à vélo dans les écoles primaires choisies et participer à l'évaluation; collaborer à la promotion de certaines activités

URLSQ :

- Collaborer à certaines activités; assurer la concertation des acteurs locaux

Milieu scolaire et municipal :

- Participer aux campagnes promotionnelles; offrir des services en activité physique

ARSEQCA :

- Mettre en œuvre la norme ISO-Actif dans les écoles; promouvoir la pratique régulière d'activités physiques dans les écoles

Université Laval, Service des activités sportives (PEPS) :

- Participer aux campagnes promotionnelles; collaborer à la conception de contenus et d'outils

FADOQ :

- Déployer le programme Viactive

MELS :

- Assurer la coordination nationale

MTQ :

- Participer au groupe de travail; contribuer au financement de certains projets (PAGMTAA, Mon école à pied, à vélo, Semaine des transports collectifs et actifs); gérer une partie du programme d'aide au développement de la Route verte; poursuivre le déploiement de l'initiative Au boulot sans mon auto

MFA :

- Collaborer à l'élaboration de contenus; mettre en œuvre certaines activités du PAG

QEF et PEF :

- Déployer leurs programmes et activités

Vélo-Québec et Université de Montréal :

- Collaborer à l'évaluation du programme Mon école à pied, à vélo

39. Plans d'action et de communication de la Mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé de la Capitale-Nationale

ASSS/DRSP :

- Coordonner, animer et évaluer la Mobilisation; actualiser le plan de communication

ASSS/DRPACCI :

- Soutenir l'actualisation du plan de communication

CSSS :

- Accomplir les activités

Accès transports viables, ASGMSQ, ARSEQCA, CRPO, Chaire de recherche Merck Frosst, Division de kinésiologie et Service des activités sportives de l'Université Laval, CS de Portneuf et des Découvreurs, CAADRQ, Forum jeunesse, directions régionales du MELS, du MESS, du MFA et du MAPAQ, Municipalité de Lac-Beauport, villes de Québec et de L'Ancienne-Lorette, PPMC, QEF, PEF, SSQ Groupe financier, URLSQ, YWCA, MTQ :

- Participer aux activités; promouvoir la norme Entreprise en santé



40. Interventions préventives en santé dentaire pour les 0-5 ans :

- Interventions auprès des CPE
- Formation des intervenants
- Sensibilisation des professionnels et du personnel dentaire exerçant en bureau privé

ASSS/DRSP :

- Former et soutenir les intervenants; effectuer une étude; former les professionnels des CSSS, les dentistes et les hygiénistes en bureau privé, les étudiants en médecine et ceux en médecine dentaire

CSSS :

- Intervenir dans les milieux de garde; faire le counseling auprès des responsables; soutenir les responsables et les éducatrices des milieux de garde; faire le dépistage; former et soutenir les intervenants

Regroupements des centres de la petite enfance :

- Faire la promotion auprès des parents

Université Laval :

- Collaborer à la planification de l'étude; former les étudiants et les professionnels

Cégep F.-X.-Garneau, école Fierbourg :

- Collaborer à la formation des étudiants

Société dentaire de Québec :

- Faire la promotion et collaborer à la formation

Ordre des dentistes du Québec :

- Faire la promotion; assurer le soutien à la formation

41. Application de mesures de prévention de la carie dentaire chez les jeunes en milieu scolaire

ASSS/DRSP :

- Planifier le programme scolaire; soutenir les CSSS

CSSS :

- Intervenir auprès des enfants inscrits au programme de suivi en milieu scolaire; faire le dépistage des enfants vulnérables à la carie et assurer un suivi individualisé, incluant une application topique de fluorure

42. Interventions préventives en santé dentaire auprès des aînés vulnérables, tant à domicile qu'en CHSLD :

- Étude de faisabilité sur l'application topique de fluorure en CHSLD
- Représentations pour augmenter l'accès aux soins dentaires pour les aînés en perte d'autonomie

ASSS/DRSP :

- Soutenir l'implantation du projet Clé en main de soins buccodentaires au CSSS QN; offrir des formations en CHSLD et en SAD et dans les milieux d'enseignement

CSSS :

- Poursuivre la consolidation du projet préventif en CHSLD et aux SAD; expérimenter le projet pilote sur l'application topique de fluorure

ODQ, Ordre des hygiénistes dentaires, CMDP, Commissaire à la santé et au bien-être :

- Participer aux interventions

43. Promotion de la fluoration des eaux de consommation auprès des instances municipales

ASSS/DRSP, MSSS :

- Planifier et organiser une campagne de promotion de la fluoration des eaux de consommation

Municipalités :

- Adopter des règlements en faveur de la fluoration des eaux de consommation; soutenir la campagne de promotion

Activités à développer

- Implantation du programme *Choisir de maigrir*.
- Application de scellement de puits et fissures chez les élèves à risque de deuxième année.
- Déploiement du projet Clé en main de soins buccodentaires pour les aînés vulnérables en CHSLD et à domicile.



Dépistage du cancer du sein

Portrait de la situation

Chaque année, un cancer du sein est diagnostiqué chez un peu plus de 500 femmes de la Capitale-Nationale. Ce cancer est la deuxième cause de mortalité par cancer chez la femme, et 130 femmes de la région en décèdent annuellement⁸⁷. Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein, implanté depuis mai 1998 dans la région, vise à réduire de 25 % la mortalité par cancer du sein en amenant 70 % des femmes de 50 à 69 ans à passer une mammographie de dépistage tous les deux ans. Entre janvier 2006 et décembre 2007, soit le dernier cycle de deux ans, 63,1 % des femmes de la région entre 50 et 69 ans ont participé au programme de dépistage (moyenne provinciale de 53,1 %)*. Ce taux s'est amélioré sensiblement par rapport aux premières années de fonctionnement du programme (47,2 % pour les années 1999-2000). Toutefois, la participation décroît avec l'âge et varie d'un district de CLSC à l'autre. La littérature et certaines données montrent que les femmes ayant des caractéristiques particulières (issues de milieux défavorisés, handicapées ou immigrantes) participent moins au programme. Des activités de promotion, de sensibilisation et de mobilisation visent à favoriser la participation des femmes au programme. La région a privilégié des stratégies de mobilisation communautaire (dans les milieux de vie des femmes) ainsi que des interventions auprès des médecins, car ceux-ci influencent grandement la décision de la femme de participer au dépistage et d'y être fidèle. En 2003-2004, le taux de fidélité au programme (pourcentage de femmes se présentant pour une autre mammographie dans un délai de 30 mois) était de 83,1 %. Comme pour l'ensemble des régions du Québec, le taux de référence pour investigation est plus élevé que la cible visée dans le cadre de référence du programme (14,7 % en 2007 pour une cible de 7 % pour les mammographies initiales). Au cours de la période (2004-2005), le taux de détection à la mammographie initiale était de 8,2 pour 1 000 femmes dépistées (norme provinciale de 5 pour 1 000 femmes dépistées), alors que chez les femmes ayant eu une mammographie subséquente, le taux de détection était de 6,1 pour 1 000 femmes (norme provinciale de 3,5 pour 1 000 femmes dépistées).

Défis liés à l'implantation de l'offre de service

Bien que le Programme québécois de dépistage du cancer du sein soit bien implanté dans la région, il est nécessaire de maintenir les actions pour inciter les femmes à y adhérer et à y rester fidèles. Cela repose sur un ensemble de stratégies locales ou régionales. Les actions de sensibilisation et de mobilisation communautaires doivent être maintenues, notamment des actions diversifiées visant les non-participantes. De même, il faut s'assurer de la collaboration des cliniciens pour inciter les femmes à participer au programme (particulièrement les 65-69 ans). Le succès du programme est lié aussi au maintien d'activités d'assurance de la qualité afin de s'assurer d'offrir aux femmes des services qui respectent les normes et les exigences préalablement définies. Enfin, il est pertinent d'améliorer les outils pour soutenir le choix informé des femmes eu égard à leur participation ou non au dépistage du cancer du sein.

* Tiré de : Institut national de santé publique du Québec, Équipe d'évaluation du PQDCS, *Programme québécois de dépistage du cancer du sein : Tableau de bord. Indicateurs de performance du PQDCS*, Québec, L'Institut, 31 juillet 2008.

Finalité))))) Cibles

Réduire la mortalité
par cancer du sein.

D'ici 2012 :

1. Réduire de 25 % le taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes dépistées de 50 à 69 ans.
2. Augmenter le taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein à 70 % de la population admissible (femmes de 50 à 69 ans).

Activités



Activités à accomplir

Contribution attendue des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels

44. Activités nécessaires pour offrir aux femmes les services de dépistage et d'investigation dans le cadre du PQDCS

ASSS/DRSP :

- Être responsable de la mise en œuvre du PQDCS (suivi de la certification des CDD, soutien à l'organisation des services)

ASSS/DRAMUH :

- Soutenir la mise en œuvre du PQDCS et effectuer le suivi de la certification des installations de mammographie

CCSR :

- Inviter les femmes admissibles et promouvoir la participation et la fidélité au programme; assurer la vérification de la prise en charge des femmes qui ont une mammographie de dépistage anormale; soutenir la mise en œuvre du PQDCS (formation, soutien à la certification des CDD et à l'organisation des services)

CDD, CRID :

- Maintenir leur accréditation; effectuer les examens de dépistage et d'investigation; saisir les données nécessaires au système d'information du PQDCS

45. Activités d'évaluation du Programme et d'assurance de la qualité

ASSS/DRSP :

- Effectuer les analyses et produire les indicateurs permettant de porter un regard critique sur l'évolution et la qualité du programme; communiquer les résultats aux intervenants; cibler les interventions permettant de constamment améliorer la qualité du programme et contribuer à leur mise en œuvre

CDD, CRID, CCSR, ASSS/DRAMUH :

- Cibler et mettre en œuvre les interventions permettant de constamment améliorer la qualité du programme

46. Actions de sensibilisation des femmes et de mobilisation communautaire

ASSS/DRSP :

- Soutenir les projets locaux dans la mise en œuvre des activités auprès des femmes; prévoir des activités adaptées à l'intention des femmes ayant des caractéristiques particulières (immigrantes, handicapées, milieu de pauvreté, etc.) et participer à la réalisation de ces activités; promouvoir le PQDCS; réviser les outils pour favoriser un choix éclairé chez les femmes de 65-69 ans (avantages et inconvénients); contribuer à la mise en œuvre d'un plan régional de communication

ASSS/DRPACCI, CCSR :

- Élaborer et mettre en œuvre un plan régional de communication; contribuer à la révision des outils : stratégies particulières à l'intention des femmes de 65-69 ans

CSSS :

- Effectuer les activités sur leur territoire; promouvoir le PQDCS

OC :

- Collaborer à la mise en œuvre des volets de sensibilisation, de soutien, d'entraide et de transport

Milieus de travail :

- Soutenir les activités de sensibilisation auprès de leurs travailleuses

Pharmaciens communautaires :

- Contribuer à la promotion du PQDCS



Activités à accomplir

Contribution attendue des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels

47. Activités auprès des cliniciens (médecins et infirmières) et auprès des étudiants des divers domaines de la santé (infirmières, infirmières auxiliaires, résidents en gynécologie et autres)

ASSS/DRSP, CCSR :

- Effectuer des activités de sensibilisation et de formation auprès des cliniciens; effectuer des activités de formation auprès des étudiants des divers domaines de la santé

CSSS :

- Effectuer des activités de sensibilisation auprès des intervenants et du personnel

Cabinets médicaux et GMF :

- Promouvoir le PQDCS dans leur milieu (particulièrement chez les femmes de 65-69 ans); faire l'examen clinique des seins; assurer le suivi des patientes lorsque la mammographie est anormale ou en présence de signes et de symptômes
-

Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes

Ce domaine d'intervention comporte l'ensemble des activités visant à maintenir et à améliorer la sécurité de la population et se divise en trois sections, soit la prévention des traumatismes routiers, la prévention des chutes chez les personnes âgées et la prévention des blessures chez les enfants.

Portrait de la situation

Par sécurité, on entend un « état où les dangers et les conditions pouvant provoquer des dommages d'ordre physique, psychologique ou matériel sont contrôlés de manière à préserver la santé et le bien-être des individus et de la communauté⁸⁸ ». La sécurité est une ressource indispensable à la vie quotidienne qui permet à l'individu et à la communauté de réaliser leurs aspirations. Elle est considérée comme un droit fondamental de l'être humain au même titre que la santé.

Deux dimensions doivent être considérées lorsqu'on veut améliorer la sécurité de la population : la dimension subjective, qui se rapporte au degré de sécurité ressenti par la population, et la dimension objective, qui renvoie à des paramètres observables sur les victimes, les caractéristiques de l'environnement et les comportements de la population. Tout comme la santé, qui est plus que l'absence de maladie, la sécurité est plus que l'absence de blessures. Elle doit conférer un état de bien-être. Cet état nécessite, de façon minimale, la réunion des quatre conditions suivantes :

1. un climat de cohésion et de paix sociales ainsi que d'équité, qui protège les droits et libertés sur les plans familial, local, national et international;
2. la prévention et le contrôle des blessures et autres conséquences ou dommages causés par des accidents;
3. le respect des valeurs et de l'intégrité physique, matérielle ou psychologique des personnes;
4. l'accès à des moyens efficaces de prévention, de contrôle et de réadaptation pour assurer le respect des trois premières conditions.

Pour assurer le respect de ces conditions, deux approches doivent être mises en œuvre en complémentarité, soit l'approche par milieu de vie et l'approche par problème. Dans l'approche par milieu de vie, le plan d'intervention tend à agir sur une diversité de problèmes de sécurité vécus dans un milieu de vie particulier, tel qu'une ville, un quartier ou une école. Ce plan fait suite à l'établissement d'un diagnostic de sécurité qui permet non seulement d'établir les priorités d'action, mais également de mieux comprendre les interrelations entre les problèmes, leurs causes et les pistes de solution. Dans l'approche par problème, le plan d'intervention aura pour cible un problème particulier qu'on tentera de prévenir en agissant sur ses causes.

La présente section reflète cette différence dans les approches. En effet, les actions proposées visent d'une part à soutenir les divers milieux d'intervention dans leurs efforts pour améliorer la sécurité de la population et, d'autre part, à prévenir des problèmes particuliers qui se manifestent dans chacun de ces milieux.

Les traumatismes non intentionnels (TNI) sont des blessures (ex. : fractures, brûlures, lésions internes) qui résultent d'un événement involontaire, par exemple une chute, une collision impliquant un véhicule motorisé, une intoxication médicamenteuse, un incendie ou une noyade. Dans la région de la Capitale-Nationale, ce type de traumatisme occasionne, en moyenne, chaque année, 154 décès et 4 511 hospitalisations dans les établissements de soins de courte durée⁸⁹, ce qui représente une cause importante de décès prématurés et d'hospitalisations. Au cours des dernières années, le taux de mortalité par TNI a diminué de façon significative, mais le taux d'hospitalisation est demeuré plutôt stable. Les hommes sont plus à risque de décès et d'hospitalisation par TNI que les femmes. Le taux régional de décès par TNI est inférieur au taux provincial, mais le taux d'hospitalisation est à peu près équivalent.

Dans la région, environ 30 % des décès par TNI sont associés à une collision impliquant un véhicule motorisé. Le taux régional de décès associé à ce type de collision est inférieur au taux provincial. Fait à noter, les résidents de Portneuf et de Charlevoix présentent un taux de décès plus élevé que ceux de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord. Quant aux hospitalisations dues aux TNI, environ la moitié d'entre elles sont attribuables à une chute accidentelle. En fait, les chutes constituent la première cause d'hospitalisations dues aux TNI, pour tous les groupes d'âge. Les personnes âgées sont toutefois le groupe le plus à risque, en particulier celles âgées de 75 ans et plus⁹⁰. Mentionnons par ailleurs que le taux d'hospitalisations dues à une chute accidentelle est plus élevé dans la région qu'à l'échelle provinciale. Et, dans la région, c'est sur le territoire de Charlevoix que le taux d'hospitalisations dues aux chutes est le plus élevé.

Des mesures de prévention reconnues efficaces existent pour toutes les catégories de TNI mais, dans la plupart des cas, ces mesures sont sous-utilisées. Par exemple, plusieurs mesures ont été proposées récemment par la Table québécoise de la sécurité routière⁹¹ afin de réduire le nombre de traumatismes routiers. Ces mesures portent notamment sur la vitesse (ex. : aménagement visant à apaiser la circulation, sanctions plus sévères, radar photographique), la conduite avec les facultés affaiblies (ex. : augmenter la perception du risque d'être intercepté), l'environnement routier (ex. : carrefours giratoires, accotements et abords de route) et l'usage d'un dispositif de retenue (ex. : ceinture de sécurité). Les mesures disponibles pour prévenir les blessures attribuables à une chute varient selon les groupes d'âge. Par exemple, pour les personnes âgées vivant à domicile, il est recommandé d'agir sur les principaux facteurs de risque de chute selon une approche individualisée (ex. : facteurs liés à l'individu et à son environnement domiciliaire). Pour les enfants, plusieurs mesures existent, dont l'installation d'une barrière en haut et en bas des escaliers, le bannissement des marchettes mobiles et l'utilisation d'appareils

de jeux sécuritaires. Pour les autres catégories de blessures, mentionnons, à titre d'exemple, l'installation d'une clôture sécuritaire autour des piscines résidentielles (noyades), l'utilisation de bouchons protège-enfant (intoxications médicamenteuses) et l'installation de détecteurs de fumée (asphyxie).

Au cours des dernières années, la plupart des activités accomplies dans le cadre du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 visaient à prévenir les traumatismes routiers, les chutes chez les personnes âgées vivant à domicile et les blessures chez les enfants.

La prévention des traumatismes routiers

Les activités faites pour prévenir ce type de traumatisme visent principalement à rendre le réseau routier plus sécuritaire en favorisant la mise en œuvre de mesures reconnues efficaces au regard de l'aménagement et de la signalisation. Ces activités ont surtout consisté à participer au processus d'évaluation environnementale des grands projets routiers (projets déposés par le ministère des Transports et projets étudiés par le Bureau d'audiences publiques sur l'environnement) et des schémas d'aménagement des municipalités régionales de comté. Au cours des prochaines années, il est prévu de poursuivre ce type d'activité. Il est également prévu de participer aux travaux de la Table de la sécurité routière mise en place récemment par le ministère des Transports dans le territoire de Portneuf ainsi qu'à ceux des autres tables qui pourraient être constituées ultérieurement dans les autres territoires.

La prévention des chutes chez les personnes âgées

Dans la région, un programme de prévention des chutes a été conçu pour les personnes âgées vivant à domicile (programme MARCHE). Ce programme est présentement en implantation. Il vise à effectuer des interventions démontrées efficaces dans un *continuum de services auprès des personnes âgées* à risque de chute. Ces interventions sont : le dépistage, l'évaluation et l'intervention sur les facteurs de risque de chute auprès des personnes inscrites au programme de Soins à domicile (SAD) des CSSS, le dépistage et l'intervention sur les facteurs de risque par les médecins traitants auprès de leur clientèle, ainsi que des programmes d'exercices de groupe visant à améliorer la force musculaire et l'équilibre (programmes ÉquILIBRE et PIED) des aînés de la communauté. Jusqu'à maintenant, l'accessibilité aux différents volets du continuum est variable selon les territoires et les clientèles. Entre autres, le programme ÉquILIBRE rejoint presque uniquement les clientèles inscrites aux centres de jour des CSSS, soit une infime partie des personnes âgées à risque de chute. Au cours des prochaines années, il est prévu de poursuivre l'implantation de ce continuum de services de façon à le rendre plus accessible aux personnes âgées de la région qui pourraient en bénéficier.

La prévention des blessures chez les enfants

Les activités accomplies à ce jour au regard des enfants visent principalement à rendre plus sécuritaires : 1) le domicile des enfants d'âge préscolaire, 2) les cours d'école au primaire et 3) les trajets scolaires empruntés par les enfants du primaire qui se rendent à l'école à pied ou à vélo :

- 1. Domicile des enfants d'âge préscolaire :** Jusqu'à présent, une priorité est accordée aux familles rejointes par le programme SIPPE. Ces familles sont visitées par une infirmière des CSSS quelques semaines après l'accouchement. À cette occasion, les parents reçoivent de l'information sur la prévention des blessures à domicile pour leur enfant ainsi qu'une trousse de sécurité contenant du matériel visant à rendre le domicile plus sécuritaire. Au cours des prochaines années, il est prévu de maintenir ce type d'activité auprès de cette clientèle. Par ailleurs, il est également prévu d'intervenir afin de prévenir les noyades chez les jeunes enfants en favorisant l'installation d'une clôture sécuritaire autour des piscines résidentielles.
- 2. Cours d'école au primaire :** Pour l'instant, une priorité est accordée à la prévention des blessures associées à l'usage des appareils de jeux, en favorisant le respect des normes de sécurité relatives à la conception et à l'entretien de ce type d'appareil. Une enquête menée récemment par la Direction régionale de santé publique a permis de mieux connaître les besoins du milieu scolaire en cette matière. La prochaine étape consistera à déterminer ce qui pourrait être fait par le milieu scolaire ainsi que par les partenaires régionaux concernés pour répondre à ces besoins. L'objectif sera de bâtir une offre de service qui tient compte du contexte régional et d'en favoriser l'implantation. Il s'agira principalement de participer aux travaux du comité sur l'aménagement et l'animation des aires de jeux scolaires, municipales, communautaires et des centres de la petite enfance. Ce comité est animé par l'équipe Habitudes de vie et maladies chroniques de la Direction régionale de santé publique et il relève de la Mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé. Son mandat consiste à concevoir et à mettre en œuvre un plan d'action pour améliorer l'animation et l'aménagement des aires de jeux, dans le but de favoriser la pratique sécuritaire d'activités physiques.
- 3. Trajet scolaire :** La marche et le vélo font partie des modes de transport utilisés par les jeunes du primaire pour se déplacer entre la maison et l'école. Ces modes de déplacement contribuent à rendre les jeunes physiquement actifs, ce qui est une bonne chose, en raison des bienfaits sur la santé de la pratique d'activité physique. Mais, pour que les enfants profitent pleinement de ces bienfaits, il importe de réduire le risque de blessures le long des trajets qu'ils empruntent en tant que piétons ou cyclistes. Dans la région, cette problématique est prise en compte par

le comité Déplacements actifs et sécuritaires. Ce comité relève de la Mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé et il est animé par l'équipe Habitudes de vie et maladies chroniques de la Direction régionale de santé publique. Les membres de ce comité viennent de plusieurs secteurs d'activité, dont le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le ministère des Transports et l'organisme Accès transports viables. Leur mandat consiste à élaborer et à mettre en œuvre un plan d'action pour favoriser les déplacements actifs et sécuritaires dans la région. Les jeunes du primaire représentent l'une des clientèles cibles de ce comité.

Au cours des prochaines années, un nouveau volet visera les enfants qui circulent dans un véhicule motorisé. Il aura pour objectif de promouvoir l'utilisation correcte des sièges d'auto pour enfants. Au Québec, seulement un enfant sur deux est retenu de façon sécuritaire quand il circule dans un véhicule motorisé. La très grande majorité des enfants sont placés dans un siège approprié mais, une fois sur deux, le siège ou l'enfant est mal installé. Cette situation est d'autant plus préoccupante qu'elle perdure depuis plusieurs années⁹².

Défis liés à l'implantation de l'offre de service

Ce domaine concerne souvent d'autres secteurs que celui de la santé : loisir, transports, sécurité publique, justice, habitation, municipalités, etc. et le secteur de la santé détient rarement la responsabilité d'appliquer les mesures de prévention reconnues efficaces. Pour cette raison, les intervenants du secteur de la santé œuvrant dans ce domaine n'ont d'autre choix que de tenter de convaincre les personnes qui détiennent ce pouvoir (ex. : politiciens, chefs d'entreprise) du bien-fondé d'appliquer ces mesures. Plus précisément, leur rôle consiste à informer les personnes concernées de l'impact sanitaire des TNI et à favoriser la mise en place des mesures de prévention les plus appropriées, ce qui nécessite la concertation des partenaires.

Dans la région, au cours des prochaines années, la contribution du secteur de la santé à ce domaine d'intervention se fera principalement par : 1) l'analyse rigoureuse des données disponibles sur les principales catégories de TNI (ampleur, causes, conséquences, mesures de prévention, etc.), 2) la participation à des comités de travail intersectoriels, et 3) la formulation de recommandations lors d'enquêtes publiques, dont celles menées par le Bureau d'audiences publiques sur l'environnement ou le ministère des Transports.

Finalité))))) Cibles

Promouvoir des environnements et des comportements sécuritaires et non violents de même que prévenir les traumatismes non intentionnels, la violence et le suicide*, et ce, dans les différents milieux de vie.

D'ici 2012 :

1. Réduire la morbidité et la mortalité chez les usagers du réseau routier.
2. Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.
3. Réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs.

Activités

Activités à accomplir

Contribution attendue des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels

48. Promotion de l'application d'un continuum d'activités favorisant l'utilisation adéquate des dispositifs de retenue pour enfants dans les véhicules motorisés

ASSS/DRSP :

- Dresser le portrait des activités accomplies par les différents partenaires pour promouvoir l'utilisation des sièges d'auto pour enfants; cibler et mobiliser des partenaires potentiels pour l'implantation du continuum d'activités

49. Promotion de l'application des mesures efficaces pour améliorer la sécurité routière auprès des partenaires visés

ASSS/DRSP :

- Participer au processus d'évaluation environnementale des grands projets liés au réseau routier; participer au processus d'évaluation des schémas d'aménagement des MRC; participer aux travaux de comités sur la prévention des traumatismes; participer aux travaux du comité Déplacements actifs et sécuritaires

CSSS, Accès transports viables, Ville de L'Ancienne-Lorette, MTQ, MELS :

- Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du Plan d'action du comité Déplacements actifs et sécuritaires (ex. : projet Mon école à pied, à vélo)

MRC, MTQ, municipalités :

- Prendre en compte les recommandations formulées par la DRSP quant au processus d'évaluation environnementale des grands projets liés au réseau routier et d'évaluation des schémas d'aménagement

50. Intégration des activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile dans les SIPPE à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité

ASSS/DRSP :

- Mettre à jour le contenu de la Trousse de sécurité et approvisionner les CSSS; évaluer l'utilisation faite de la Trousse par les CSSS et son utilité

CSSS :

- Faire de l'enseignement et de la sensibilisation auprès des familles au moyen de la Trousse de sécurité

* Afin de respecter la structure du Programme national de santé publique, les problématiques du suicide, de la violence conjugale et de la violence envers les aînés ont été traitées dans la section « Développement, adaptation et intégration sociale ».



51. Implantation de programmes en prévention des chutes chez les personnes âgées

ASSS/DRSP :

- Soutenir et évaluer le programme MARCHE, dont le volet « utilisation optimale des médicaments »; sensibiliser la population âgée au risque de chute et aux services offerts; élaborer, soutenir la mise en place et évaluer un projet pilote en GMF; soutenir les interventions auprès des clientèles en CHSLD; faire des représentations auprès des partenaires (ex. : municipalités, résidences privées) et des milieux de formation (ex. : médecine, réadaptation, sciences infirmières)

CSSS :

- Consolider la mise en place du programme MARCHE; mettre en place ou consolider des interventions auprès des clientèles SAD, Centre de jour et Hébergement

Milieux cliniques :

- Poursuivre l'intégration des pratiques préventives; participer au projet pilote de prévention des chutes dans leur milieu (GMF)

Municipalités et OC :

- Poursuivre le programme PIED; favoriser l'accessibilité au programme pour la clientèle

52. Adoption et application d'une réglementation uniforme par les municipalités concernant l'installation d'une clôture sécuritaire autour des piscines résidentielles*

ASSS/DRSP :

- Soutenir les municipalités pour favoriser l'application de la réglementation

Municipalités :

- Adopter et faire appliquer la réglementation proposée par le MAMROT

53. Promotion de l'application de la norme de sécurité concernant l'aménagement des aires et des équipements de jeu dans les cours d'école au primaire

ASSS/DRSP :

- Participer aux travaux du comité intersectoriel sur l'aménagement et l'animation des aires de jeux scolaires, municipales, communautaires et des CPE

Écoles, Ville de Québec et municipalités, CS, QEF, URLS :

- Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de l'offre de service élaborée par le comité intersectoriel

CSSS :

- Faire la promotion de l'offre de service concernant l'aménagement et l'animation des cours d'école au primaire

Activités à développer

- Promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle dans les sports de glisse (ski et planche à neige), en particulier l'aménagement des parcs à neige et le port du casque protecteur.
- Promotion, auprès des partenaires des différents milieux de vie tels les écoles, les municipalités, etc., de l'application d'une démarche systématique en relation avec la sécurité dans les milieux de vie, allant de l'établissement d'un diagnostic de sécurité jusqu'à la mise en œuvre d'un plan d'action et de son évaluation, le cas échéant, en rapport avec d'autres initiatives de mobilisation ou de développement des communautés (ex. : approche territoriale intégrée, Ville-amie des aînés).
- Promotion de l'utilisation optimale des médicaments chez les personnes âgées, particulièrement celles à risque de chute.
- Déploiement régional des interventions visant une utilisation optimale des médicaments chez les personnes âgées, particulièrement celles à risque de chute.
- Prévention des fractures chez les personnes âgées à risque par l'appréciation du risque fracturaire par les cliniciens (dans le cadre du programme MARCHE).

* Le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire est sur le point de proposer une réglementation uniforme concernant ce type d'installation, à l'intention des municipalités, ce qui n'existe pas présentement.

Pauvreté, développement social et des communautés

Ce domaine se concrétise notamment par une accessibilité accrue à l'information sur l'état de santé des membres des communautés, par des projets issus de ces communautés pour améliorer la santé et le bien-être des personnes qui en font partie, par une consolidation des actions intersectorielles en faveur de la santé et enfin, par le renforcement des activités axées sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être.

Portrait de la situation

La problématique

L'état de santé de la population de la région de la Capitale-Nationale s'est amélioré au cours des dernières années et se compare favorablement, dans son ensemble, à celui des Québécois. Non seulement on y vit en moyenne plus longtemps, mais aussi plus longtemps en bonne santé.

Toutefois, malgré ces gains appréciables, des inégalités en santé entre groupes socioéconomiques* et entre territoires persistent dans la région de la Capitale-Nationale. En effet, les femmes et les hommes de la région faisant partie du quart le plus défavorisé de la population vivront en moyenne respectivement de trois à cinq ans moins longtemps que celles et ceux qui font partie des 25 % les plus favorisés⁹³.

Concernant les disparités territoriales† dans la région de la Capitale-Nationale, bien que l'espérance de vie à la naissance ait augmenté dans tous les territoires de CSSS et de CLSC entre les périodes 1990-1994 et 2000-2004, les citoyens qui habitent le territoire Basse-Ville-Limoilou-Vanier ont une espérance de vie de sept ans inférieure à celle des résidents du territoire

de Sainte-Foy-Sillery-Laurentien⁹⁴. De plus, l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance apparaît plus importante dans le territoire de Sainte-Foy-Sillery-Laurentien (3,4 années) que dans le territoire le plus défavorisé de la région, soit Basse-Ville-Limoilou-Vanier (1,8 année)⁹⁵. Ainsi, les données statistiques les plus récentes pour la région montrent que non seulement des inégalités en santé importantes entre les territoires favorisés et défavorisés demeurent, mais que ces écarts, loin de s'amenuiser, auraient tendance à s'accroître.

* Les comparaisons entre groupes socioéconomiques renvoient à des comparaisons qui sont effectuées entre des groupes de la société qui ont un statut social et une situation économique différents définis à partir de divers indicateurs sociaux et économiques, par exemple la situation familiale, le revenu, le niveau de scolarité, l'emploi, etc.

† Les disparités territoriales renvoient aux disparités entre territoires de CSSS et entre territoires de CLSC.

Les comparaisons fréquentes de différents indicateurs socio-sanitaires entre le territoire de CLSC le plus favorisé et celui qui l'est moins ne doivent cependant pas masquer, d'une part, la présence de territoires de CSSS et de CLSC moins favorisés que d'autres dans la région - notamment les territoires des CSSS de Charlevoix et de Portneuf ainsi que le territoire du CLSC Orléans et, d'autre part, la présence de plusieurs zones géographiques où l'on trouve une forte proportion de personnes qui vivent en situation de pauvreté sur les territoires les plus favorisés de la région, comme celui de Sainte-Foy-Sillery-Laurentien.

Les conséquences des inégalités sociales entre territoires se reflètent dans la plupart des indicateurs socio-sanitaires dont nous disposons concernant l'état de santé globale, de santé mentale et de santé physique, et ce, quel que soit le domaine (maladies chroniques, habitudes de vie, santé des nouveau-nés et des enfants, traumatismes non intentionnels, maladies infectieuses, maladies liées à l'environnement et maladies liées au milieu de travail)⁹⁶.

Or, la littérature confirme que ces différences, ces disparités ou ces écarts de santé s'expliquent largement par l'environnement physique et social dans lequel les individus évoluent. Autrement dit, les inégalités de santé relèvent principalement de déterminants sociaux^{97, 98, 99, 100, 101, 102, 103}. Bien que jouant un rôle important sur le plan individuel, l'hérédité explique peu les écarts de santé observés entre les différents groupes de la société^{104, 105, 106}. Par ailleurs, s'il est clair que des comportements néfastes à la santé et de mauvaises habitudes de vie sont plus largement observés chez les groupes les plus défavorisés, leur distribution inégale dans la population est fortement tributaire de l'environnement physique et social dans lequel les individus évoluent^{107, 108, 109}. Finalement, bien que notre système de santé public universel joue un rôle non négligeable pour diminuer les écarts de morbidité et de mortalité rencontrés entre les groupes socioéconomiques, il s'avère insuffisant pour lutter contre les inégalités sociales de santé^{110, 111}. En somme, les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ont une influence déterminante sur la santé^{112, 113, 114}. Des inégalités, dans ces conditions, conduisent à des inégalités en santé.

Parmi les différentes hypothèses avancées pour expliquer les mécanismes par lesquels les inégalités sociales et économiques conduisent à des inégalités en santé, les conditions de vie dommageables à la santé et de privation matérielle ainsi que des mécanismes psychosociaux entraînant une vulnérabilité à la maladie apparaissent comme des mécanismes complémentaires et souvent interreliés^{115, 116}.

Les personnes qui ne peuvent se loger adéquatement, se nourrir sainement et à leur faim, se déplacer, téléphoner ou recourir à des services essentiels vivent dans des conditions préjudiciables à leur santé^{117, 118}. En plus d'être susceptibles d'augmenter l'exposition aux maladies transmissibles et de favoriser la malnutrition, la privation matérielle peut conduire à un état de susceptibilité générale et à des états de stress qui ont des répercussions sur les processus psychologiques, biologiques et physiologiques du corps humain (résistance accrue à l'insuline, mobilisation des lipides, affaiblissement du système immunitaire, augmentation de la tension artérielle, etc.)^{119, 120, 121, 122}. Ces conditions ont également des conséquences directes sur le développement durant l'enfance et favorisent l'adoption de modes de vie et d'habitudes de vie néfastes à la santé¹²³. Bien que jugée favorisée sur le plan économique, la région de la Capitale-Nationale compte plusieurs personnes qui vivent dans des conditions de privation matérielle. En 2000, 19 % de la population vivait sous le seuil de faible revenu, soit environ 119 000 personnes¹²⁴. Le faible revenu impose une gestion budgétaire très serrée où l'alimentation est une des dépenses essentielles qui est compressible comparativement au loyer, à l'électricité, etc. En 2005, une proportion de 3,2 %, soit 18 400 personnes de 12 ans et plus de la région, vivait dans un ménage en insécurité alimentaire¹²⁵.

Concernant l'itinérance, les données d'un recensement effectué en 1996 montraient que 11 295 personnes de la région de Québec avaient fréquenté des ressources d'hébergement, des soupes populaires et des centres de jour¹²⁶. Parmi ces personnes, 3 589 s'étaient retrouvées sans domicile fixe au cours de l'année étudiée. Une étude menée en 2006 notait qu'en moyenne, 1 080 repas étaient servis quotidiennement dans les soupes populaires de la région de Québec¹²⁷. Puisque la scolarisation est liée aux conditions de vie matérielles, il est à noter que, dans la région de la Capitale-Nationale, la proportion de jeunes âgés de 15 à 24 ans ne fréquentant pas l'école a augmenté depuis 1996 pour atteindre 29 % en 2001¹²⁸.

Les mécanismes psychosociaux liés à la position relative qu'une personne occupe dans la hiérarchie sociale peuvent entraîner des différences objectives dans l'état de santé^{129, 130, 131}. Les individus qui comparent leur statut, leurs biens, leur situation sociale et leurs conditions de vie avec ceux des personnes situées plus haut dans l'échelle sociale peuvent éprouver un sentiment de manque de contrôle sur leur vie et de dévalorisation^{132, 133}. Ce sentiment peut conduire à des processus biologiques, physiologiques et psychologiques qui augmentent la vulnérabilité à la maladie ainsi qu'à des effets délétères pour la santé physique et mentale. Les inégalités de santé n'affectent donc pas seulement les individus les plus pauvres, mais sont présentes dans la société à chaque niveau de la hiérarchie sociale. Dans la région de la Capitale-Nationale, on observait en 2005 un gradient concernant la perception de la santé, c'est-à-dire une variation graduelle, en paliers, de la perception de sa santé selon le revenu¹³⁴.

Par ailleurs, s'il ne joue pas un rôle déterminant, le système de santé peut jouer un rôle non négligeable dans la réduction des inégalités sociales de santé en favorisant un accès équitable aux services de santé et aux programmes de santé publique. Cependant, les interventions de santé publique en prévention et en promotion de la santé qui s'adressent à l'ensemble de la population, sans attention particulière aux populations vulnérables, peuvent également contribuer à exacerber les inégalités de santé déjà présentes dans la société^{135, 136}. L'adoption d'approches qui visent les populations vulnérables en plus des approches populationnelles serait donc souhaitable si l'on vise à la fois l'amélioration de la santé de la population et la réduction des inégalités sociales de santé.

Enfin, si certaines inégalités de santé entre groupes socio-économiques et entre territoires plus ou moins favorisés sont bien connues dans la région de la Capitale-Nationale, certaines inégalités de santé entre d'autres groupes sociaux définis selon le sexe, l'âge, l'origine ethnique, la présence de handicaps, le milieu de vie (rural ou urbain), etc., mériteraient d'être mieux étudiées, analysées et ciblées dans nos interventions de santé publique.

Les interventions

Les inégalités sociales de santé dans la région de la Capitale-Nationale constituent un problème majeur de santé publique. Elles interpellent tous les acteurs du domaine du développement social et économique, à commencer par le réseau de la santé et des services sociaux, qui a non seulement un rôle important à jouer, mais a comme mandat d'agir pour les réduire. En effet, la Loi sur la santé publique adoptée en 2001 indique que le ministre doit, dans la mesure du possible, cibler les actions les plus efficaces à l'égard des déterminants de la santé, notamment celles qui peuvent influencer les inégalités de santé. Par ailleurs, le Programme national de santé publique, dans le respect des buts fixés dans la Politique de la santé et du bien-être, énonce les activités nécessaires pour améliorer l'état de santé et de bien-être de la population et pour réduire les inégalités de santé. La réduction des inégalités sociales de santé apparaît donc comme un objectif primordial et un enjeu majeur en santé publique.

Approfondir la connaissance du profil des communautés est un incontournable pour la préparation de la mobilisation et de l'intervention pour réduire les inégalités sociales de santé. Cela s'est concrétisé dans les dernières années par le soutien à la production des portraits de la défavorisation des territoires de trois CSSS de la région.

Par ailleurs, trois projets de mobilisation des communautés locales visant la réduction des inégalités sociales de santé ont été expérimentés et évalués dans la région. Les interventions menées dans ces projets visent les ingrédients reconnus les plus prometteurs pour réduire les inégalités, soit l'implication des personnes en situation de pauvreté dans le processus de prise en charge de leur santé et de leur bien-être (empowerment individuel) et la mobilisation de la communauté par la prise en charge du milieu par et pour l'ensemble du milieu (empowerment communautaire et organisationnel). Une première évaluation des trois projets, orientée sur le processus d'implantation, a été effectuée. Par la suite, une évaluation de deux de ces projets examinant davantage l'intervention et leurs effets sur les participants relativement au processus d'empowerment a été effectuée.

L'évaluation du Plan d'action régional en sécurité alimentaire a permis de montrer le degré de réalisation concrète des actions et l'implication des membres de la concertation régionale intersectorielle en sécurité alimentaire dans l'atteinte des objectifs poursuivis par le Plan d'action depuis 2004. De plus, le Programme de subventions en sécurité alimentaire a soutenu divers projets de la communauté permettant également l'atteinte des objectifs du Plan d'action.

Une collaboration à la mise en œuvre du volet «prévention» du Plan d'action régional en itinérance a été apportée tout au long des travaux menés notamment au regard de l'entente de l'Initiative de partenariats en action communautaire.

Enfin, la promotion et le soutien au développement social et au développement des communautés se sont traduits par la collaboration de la Direction régionale de santé publique aux travaux de la Conférence régionale des élus dans ces domaines. À l'échelle régionale, la Table de concertation en développement social de la Conférence régionale des élus a retenu comme priorité d'action de soutenir des interventions locales et régionales liées à la mobilisation des communautés. À cette fin, l'approche territoriale intégrée a été la formule privilégiée dans la région.

Défis liés à l'implantation de l'offre de service

Parmi les nombreux défis à relever si l'on souhaite réduire les inégalités sociales de santé dans la région de la Capitale-Nationale, trois apparaissent de taille.

Le premier concerne la nécessité d'adopter des approches intersectorielles. En effet, ces approches au sein desquelles les acteurs qui interviennent sur le développement social et économique sont mis à contribution et mobilisés s'avèrent essentielles si l'on souhaite agir sur les déterminants sociaux de la santé. La mobilisation des différents acteurs concerne aussi le réseau de la santé et des services sociaux, qui doit être sensibilisé aux inégalités sociales de santé et au rôle qu'il devrait jouer pour les réduire en assurant un accès équitable aux services de santé et services sociaux et aux programmes de santé publique.

La réduction des inégalités sociales de santé implique de relever un second défi, soit celui d'adopter des approches participatives où différents acteurs, dont les personnes en situation de vulnérabilité, contribuent à la détermination des problématiques et des besoins prioritaires, à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes de santé publique.

Enfin, le troisième grand défi consiste à inscrire ces approches intersectorielles et participatives dans des stratégies globales de développement des communautés et dans des stratégies novatrices comme l'empowerment.

Pour relever ces défis et accomplir les activités essentielles à la poursuite de la réduction des inégalités sociales de santé dans la région, certaines conditions s'avèrent nécessaires. Parmi celles-ci, on relève une volonté réelle des décideurs, à commencer par ceux du réseau de la santé et des services sociaux, de poursuivre l'objectif de réduire les inégalités sociales de santé. Une seconde condition concerne la reconnaissance, par les décideurs et les différents acteurs, du fait que l'évaluation de l'efficacité des interventions dans le domaine du développement des communautés doit reposer sur une méthodologie et des critères différents de ceux classiquement utilisés dans d'autres domaines axés sur la démonstration de la preuve^{137, 138, 139, 140}. Dans ce domaine où les interventions sont souvent complexes, globales, liées au contexte et échelonnées dans le temps, des études qualitatives s'avèrent souvent plus appropriées pour éclairer les processus impliqués dans les programmes comme les résultats, pour comprendre pourquoi et comment un programme fonctionne ou pas, et pour fournir des données utiles et utilisables aux différents acteurs concernés par les interventions¹⁴¹.

Finalité))))) Cibles

Réduire les inégalités sociales, territoriales et intraterritoriales de santé* dans la région de la Capitale-Nationale.

D'ici 2012 :

1. Réduire les inégalités sociales et économiques qui existent au sein de la population, entre territoires et à l'intérieur des territoires dans la région de la Capitale-Nationale.
2. Réduire les inégalités sociales de santé liées au statut socioéconomique en diminuant l'exposition aux conditions de vie néfastes à la santé et en favorisant l'accès aux ressources matérielles de base.
3. Réduire les inégalités sociales de santé en diminuant la vulnérabilité des groupes sociaux désavantagés liée à leur position dans la hiérarchie sociale.
4. Réduire les inégalités sociales de santé en assurant l'accès équitable aux services de santé et aux programmes de santé publique.

* Les inégalités sociales de santé renvoient aux inégalités de santé qui existent entre différents groupes sociaux définis selon divers critères, comme le statut socioéconomique, le sexe, l'âge, l'origine ethnoculturelle, la présence de handicaps ou non, etc. Les inégalités territoriales de santé renvoient aux inégalités de santé qui existent entre territoires de CSSS ou entre territoires de CLSC. Finalement, les inégalités intraterritoriales de santé renvoient aux inégalités de santé qui existent au sein d'un territoire de CSSS ou de CLSC.



54. Plan d'action communautaire en itinérance 2007-2009 et Plan d'action intersectoriel en itinérance 2009-2012 de la région de la Capitale-Nationale

ASSS/DRSP/DRPC, CSSS, RAIQ, Ville de Québec, MSP, Service Canada, Service de police de Québec, CLE, OC, OMH, FECHAQC, FROHQC :

- Soutenir la mise en œuvre du plan d'action communautaire; participer à l'élaboration et au soutien à la mise en œuvre du plan d'action intersectoriel; participer aux travaux de la Table de concertation en itinérance de Québec

55. Plan d'action en sécurité alimentaire pour la région de la Capitale-Nationale

ASSS/DRSP :

- Soutenir la mise en œuvre et assurer l'évaluation; soutenir la concertation régionale intersectorielle en sécurité alimentaire

CSSS, OC, ROC-03, Ville de Québec, Centraide Québec et Chaudière-Appalaches, Université Laval, Association des cuisines collectives et créatives de la région de Québec, Direction régionale de la Capitale-Nationale du MAPAQ, Corporation de développement économique et communautaire de la Côte-de-Beaupré :

- Soutenir la mise en œuvre; participer à l'évaluation; participer à la concertation régionale intersectorielle en sécurité alimentaire

56. Actions visant à promouvoir ou à influencer l'élaboration et l'implantation de lois, de politiques, de programmes, de règlements et de plans d'action qui favorisent la réduction des inégalités sociales de santé

ASSS/DRSP :

- S'assurer que les inégalités de santé sont considérées dans les différents plans d'action de l'ASSS; faire la promotion du rehaussement du salaire minimum et de l'amélioration des protections publiques; soutenir les actions du RAIQ et du Collectif pour un Québec sans pauvreté; influencer la mise à jour de la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale; suivre et influencer l'élaboration des politiques publiques municipales favorables aux familles

57. Actions figurant dans le Plan quinquennal de développement de la région de la Capitale-Nationale 2006-2011 *L'innovation au cœur du développement humain*, du plan d'action de la Table de concertation en développement social de la CRÉ et du plan d'action de la Table en développement social de la CAR

ASSS/DRSP :

- Participer à la Table de concertation en développement social de la CRÉ et soutenir la réalisation de son plan d'action; assurer la responsabilité de la Table en développement social de la CAR et l'arrimage avec les travaux de la Table de concertation en développement social de la CRÉ

CSSS, Association des garderies privées du Québec, Corporation de développement économique et communautaire de Québec, Camo-personnes immigrantes, Regroupement des CPE des régions de Québec et Chaudière-Appalaches, Direction régionale d'Emploi-Québec, RGF-03, URLS, Pôle régional d'économie sociale de la Capitale-Nationale, Conseil des partenaires du marché du travail, Centraide Québec et Chaudière-Appalaches, Table de concertation des aînés, Forum jeunesse de la région de la Capitale-Nationale, Regroupement des organismes de personnes handicapées de la région O3, CLD, Jeune Chambre de commerce, Association des cuisines collectives et créatives de la région de Québec :

- Participer à la Table de concertation en développement social de la CRÉ et soutenir la réalisation de son plan d'action

CRÉ :

- Coordonner l'actualisation des actions du plan quinquennal; assurer la responsabilité de la Table de concertation en développement social; participer à la Table en développement social de la CAR

CAR :

- Soutenir le fonctionnement de la Table en développement social de la CAR

● Activités à accomplir

Contribution attendue des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels

58. Projets de mobilisation des communautés visant la réduction des inégalités de santé dans une approche d'empowerment

ASSS/DRSP :

- Soutenir la mise en œuvre et l'évaluation de projets de mobilisation des communautés; offrir des formations

CSSS :

- Animer la concertation territoriale; soutenir la mise en œuvre de projets de mobilisation des communautés; participer à l'évaluation

Arrondissements de la Ville de Québec, CLÉ, commissions scolaires, OC, organismes caritatifs, CLD, Carrefour jeunesse-emploi, citoyens :

- Soutenir la mise en œuvre de projets de mobilisation des communautés; participer à l'évaluation

59. Approche territoriale intégrée dans le cadre de l'Entente spécifique sur la pauvreté et l'exclusion sociale

ASSS/DRSP :

- Soutenir la mise en œuvre et l'évaluation de l'ATI et offrir des formations; participer au comité de gestion et au comité de suivi de l'entente spécifique

CSSS :

- Soutenir la mise en œuvre locale de l'ATI, participer aux formations et à l'évaluation

CSSS VC :

- Faire l'évaluation

CRÉ, Direction régionale d'Emploi-Québec, Centraide Québec et Chaudière-Appalaches, Forum jeunesse de la Capitale-Nationale :

- Participer aux travaux du comité de gestion et du comité de suivi de l'entente spécifique

Service Canada, Ville de Québec, ROP 03, QEF :

- Participer au comité de suivi de l'entente spécifique

60. Sensibilisation des acteurs de la santé à la présence d'inégalités sociales de santé, à l'importance d'intervenir pour les réduire et aux répercussions des programmes de santé publique populationnels sur les inégalités de santé

ASSS/DRSP :

- Soutenir la formation, la mise à jour et la diffusion de portraits de défavorisation; soutenir les travaux du comité analyse de milieu; susciter la mise sur pied d'un mécanisme sur les inégalités sociales de santé au sein de l'ASSS; effectuer des études, analyses et rapports relatifs aux inégalités sociales, territoriales et intraterritoriales de santé; produire le premier rapport régional du directeur régional de santé publique portant sur les inégalités sociales de santé

CSSS :

- Produire et diffuser les portraits de défavorisation; faire de la formation et de la sensibilisation auprès des différents acteurs à partir des portraits de défavorisation; participer aux travaux du comité analyse de milieu

INSPQ, MSSS :

- Fournir l'expertise pour la mise à jour des portraits de défavorisation

Université Laval :

- Effectuer des études, analyses et rapports relatifs aux inégalités sociales, territoriales et intraterritoriales de santé

Activités à développer

- Amélioration des connaissances sur l'état de santé et de bien-être des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale et détermination de leurs besoins sur le plan de la santé et du bien-être en relation avec les inégalités de santé.
- Mise en place d'une concertation régionale pour favoriser la création de logements sociaux.
- Mise en lumière et proposition d'actions eu égard à d'autres types d'inégalités sociales de santé (selon l'âge, selon le sexe, selon le lieu de résidence, etc.).

Systeme de soins et de services et évaluation

Le domaine Système de soins et de services et évaluation s'intéresse à l'organisation des services sociaux et de santé ainsi qu'à l'accès aux soins et services, qui sont reconnus comme un déterminant important de la santé. Les modalités d'organisation favorisant l'accessibilité, la continuité, la coordination et la qualité des services de même que l'intégration de la prévention contribuent à l'amélioration de l'état de santé; à cet égard, cela représente un défi important dans l'exercice de la responsabilité populationnelle.

Portrait de la situation

L'action sur ce déterminant est appelée à s'accroître en raison du vieillissement de la population et de l'accroissement des services pour les personnes, de plus en plus nombreuses, qui souffrent de maladies chroniques, de problèmes de santé mentale et de cancers. De plus, l'introduction de nouvelles technologies (télé-médecine, informatisation des dossiers cliniques, etc.) oblige à un ajustement de l'offre de service, des modèles d'organisation de services et des pratiques actuelles.

Même si la Direction régionale de santé publique n'est pas maître d'œuvre en ce qui a trait à l'organisation des services de santé et des services sociaux dans son ensemble, elle est responsable des services de prévention et de protection et veut favoriser leur intégration dans tout le réseau de services. De plus, par ses fonctions en évaluation et en recherche évaluative, elle veut contribuer aux efforts d'amélioration du système de santé pour favoriser une meilleure réponse aux besoins de la population, notamment des sous-groupes plus vulnérables.

L'évolution des services de santé depuis 2004 renforce la santé publique quant à son choix de soutenir la transformation et la consolidation des services de première ligne, notamment en ce qui a trait aux services préventifs. En effet, les dernières années ont vu la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS), à qui le législateur a confié la responsabilité de l'ensemble des services à la population de leur territoire. Par l'élaboration et la mise en œuvre des projets cliniques ainsi que la conclusion de multiples ententes de service avec d'autres établissements et finalement l'animation de leur réseau local de services, les CSSS exercent cette responsabilité populationnelle.

La région a favorisé le développement des services de première ligne par la mise en place de nouveaux groupes de médecine de famille. Au moment de l'adoption du Plan d'action régional de santé publique en 2004, la région comptait sept GMF. Au 26 avril 2009, on en dénombrait 26, dont 10 avaient été accrédités depuis mars 2008. Désormais, des GMF sont présents sur tous les territoires de CSSS; on en trouve 11 sur le territoire de la Vieille-Capitale, 11 sur le territoire de Québec-Nord, 2 dans Portneuf et 2 dans Charlevoix. Outre la prestation de services curatifs, les GMF ont un mandat en promotion-prévention.

Sur le territoire de la Ville de Québec, la mise en place de cinq cliniques-réseau-Québec (CRQ), toutes situées dans des GMF, est venue enrichir l'offre de service en première ligne en améliorant l'organisation des services sans rendez-vous sur le territoire couvert et la prise en charge des « clientèles orphelines ». Ces cliniques-réseau ne peuvent fonctionner sans la collaboration des autres médecins de leur territoire. À l'image des GMF, elles sont le reflet d'une organisation accrue et concertée des services de première ligne dans la région.

En tant qu'outil privilégié pour améliorer l'offre de service à certaines clientèles, les projets cliniques sont soumis à un monitoring évaluatif régional. Il s'agit de suivre l'évolution d'indicateurs afin de vérifier si la transformation du système amorcée en 2004 se réalise dans le sens souhaité, soit l'exercice de la responsabilité populationnelle, la hiérarchisation des services et leur qualité. Ces indicateurs suivent l'offre de services préventifs, curatifs et de fins de vie ainsi que des indicateurs d'impacts sur la santé de la population. De même, l'évaluation de la mise en œuvre des cliniques-réseau de Québec vise à soutenir les principaux acteurs dans l'introduction d'une mesure susceptible d'améliorer l'accès aux services de proximité dans la région.

Les orientations pour le domaine Système de soins et de services et évaluation s'inscrivent dans la poursuite des actions entreprises depuis 2004. En effet, les changements survenus dans le système de santé offrent un contexte favorable à la prise en compte des besoins de l'ensemble de la population (utilisateurs et non-utilisateurs), à l'intégration des services préventifs dans l'offre de service et, particulièrement, à la promotion des pratiques cliniques préventives. Notons que ce dernier élément est traité dans une section distincte (voir la section « Pratiques cliniques préventives »).

Défis liés à l'implantation de l'offre de service

Le renforcement de la prévention dans l'ensemble du système de santé et de services sociaux est un défi important, particulièrement au sein de la première ligne (Programme national de santé publique, p. 23-24). Pour la Direction régionale de santé publique, l'arrimage avec les CSSS et tous les services de première ligne constitue une condition *sine qua non* de l'atteinte des résultats. Le renforcement de la prévention au sein de l'ensemble du système de santé suppose aussi un lien constant avec les autres directions de l'Agence pour s'assurer de l'intégration de la promotion-prévention dans les orientations privilégiées pour mieux répondre à l'ensemble des besoins de la population.

La Direction régionale de santé publique entend aussi favoriser la promotion de la santé et la prévention à l'intérieur des établissements en suscitant l'adhésion à l'approche Hôpital promoteur de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (HPS-OMS).

Les activités en évaluation de programme et en recherche évaluative constituent la base de l'intervention de la santé publique dans ce domaine, entre autres par l'appréciation des résultats et des effets sur la santé de la population de certains modèles d'organisation de services ou des pratiques cliniques. Le plus souvent, l'évaluation est formative, pour améliorer l'intervention en cours d'implantation. Afin de favoriser la recherche évaluative, la Direction régionale de santé publique renforcera ses collaborations avec le Centre de recherche du CHUQ et le CAU du CSSS de la Vieille-Capitale. Le maintien et la consolidation de l'évaluation de programme et de la recherche évaluative représentent en eux-mêmes un autre défi.

Finalité)))))) Cibles

Améliorer la réponse du système de santé aux besoins de la population, favoriser la promotion-prévention-protection dans l'ensemble du système et réduire les inégalités de santé liées à l'offre de service.

D'ici 2012 :

1. Soutenir la transformation de l'organisation des services de première ligne pour favoriser la prise en compte des besoins de la population des territoires, particulièrement sous l'angle de l'intégration de la promotion-prévention.
2. Soutenir l'implantation de l'intégration des services pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé complexes et faisant appel à plusieurs niveaux de services et d'intervenants.
3. Constituer dans la région un réseau d'établissements « promoteurs de la santé » selon la stratégie Hôpital promoteur de la santé de l'OMS.



<p>61. Monitoring régional évaluatif des projets cliniques</p>	<p>ASSS/Infocentre et DRSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concevoir, opérationnaliser et produire les indicateurs des projets cliniques et voir à leur diffusion, sur une base régionale et locale; participer au déploiement du plan de monitoring des projets cliniques et le soutenir <p>CSSS et CHSGS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participer, pour les responsables des projets cliniques, aux comités de validation de la démarche; soutenir l'analyse et l'interprétation des résultats; participer, pour les DGA des CSSS, au comité directeur du monitoring des projets cliniques <p>Université Laval (FSA) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournir une expertise sur la démarche théorique liée au plan de monitoring; participer à la conception, à l'opérationnalisation, à l'analyse et à la diffusion du plan de monitoring
<p>62. Recherche évaluative sur les aspects systémiques de la transformation des services, volet « responsabilité populationnelle »</p>	<p>ASSS/DRSP, Université Laval (FSA) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assumer la coresponsabilité de la recherche <p>CAU-CSSS VC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer le suivi budgétaire du projet de recherche <p>Cliniques médicales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participer à la collecte des données; soutenir l'analyse et la diffusion des résultats
<p>63. Évaluation des cliniques-réseau de Québec</p>	<p>ASSS/DRSP, Université Laval (FSI, DMSF, DMF, FSA) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assumer la coresponsabilité de la recherche; participer au comité directeur des cliniques-réseau et de l'organisation médicale de première ligne <p>CAU-CSSS VC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer le suivi budgétaire du projet de recherche <p>Cliniques-réseau (3) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participer à la collecte des données; soutenir l'analyse et la diffusion des résultats
<p>64. Évaluation des services offerts aux enfants ayant un retard de langage</p>	<p>ASSS/DRSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la démarche d'ensemble; assumer la responsabilité du volet « satisfaction des parents » <p>Université Laval (orthophonie) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assumer la responsabilité de la recherche
<p>65. Soutien à la mise en œuvre de la gestion de cas pour les personnes âgées en perte d'autonomie</p>	<p>ASSS/DRPC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animer le comité régional sur le sujet <p>CSSS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un système de gestion de cas pour les personnes âgées <p>ASSS/DRSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir l'implantation de cette mesure; évaluer l'implantation
<p>66. Amélioration de la qualité des services de première ligne en santé mentale</p>	<p>CSSS VC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la responsabilité du projet d'expérimentation sur son territoire <p>ASSS/DRSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la démarche sous l'angle des pratiques de promotion-prévention; participer à un comité provincial sur les pratiques à promouvoir
<p>67. Soutien aux établissements de santé de la région dans l'adoption de la stratégie HPS-OMS</p>	<p>ASSS/DRSP et DRMOPE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accompagner les établissements dans les démarches pour introduire la stratégie; animer un réseau régional; soutenir les établissements dans les actions auprès de leurs travailleurs et travailleuses <p>Établissements (Institut universitaire en santé mentale de Québec, CHUQ, CSSS QN, etc.) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adopter la stratégie HPS-OMS; mobiliser les ressources pour la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé dans leur établissement
<p>68. Groupe de réflexion du Québec et de la chaire GETOS</p>	<p>ASSS/DRSP, Université Laval, ENAP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'animation du groupe de réflexion pour la région de la Capitale-Nationale et de l'est du Québec

N. B. : La liste des activités n'est pas exhaustive, puisque des projets d'évaluation ou de recherche évaluative liés à l'une ou l'autre des cibles peuvent s'ajouter selon les occasions qui se présentent.

Maladies infectieuses

Le domaine des maladies infectieuses couvre l'ensemble des interventions associées aux maladies qui sont causées par des agents de nature biologique. Les symptômes et l'évolution de ce type de maladie varient selon l'agent biologique en cause, certains facteurs biologiques, les comportements des individus ou de la population, l'environnement et l'organisation du système de santé et de services sociaux.

Les finalités, les cibles et les activités proposées sont présentés ici en quatre volets : la surveillance, la vigie et le contrôle des maladies à déclaration obligatoire (MADO); les infections nosocomiales; les maladies évitables par la vaccination; les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Notons que les activités régionales en maladies infectieuses sont appuyées par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale pour les communications, par l'Institut national de santé publique pour le soutien d'expertise, le Laboratoire de santé publique, la gestion des accès MADO et de la surveillance des infections nosocomiales, et la formation, et par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour le soutien d'expertise, la vigie et la surveillance.

Surveillance, vigie et contrôle des maladies à déclaration obligatoire

Portrait de la situation

L'activité de surveillance et de contrôle des maladies infectieuses vise la protection de la santé de la population par l'interruption de la chaîne de transmission d'une maladie. Elle a pour objet les MADO et les signalements provenant des professionnels de la santé qui observent des situations inhabituelles susceptibles d'avoir un effet sur la santé publique. Les médecins vétérinaires ainsi que les intervenants du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation et ses mandataires peuvent également signaler des MADO suspectes. Les données qui suivent dressent un portrait sommaire¹⁴² des MADO dans la région de la Capitale-Nationale, en relation, s'il y a lieu, avec la situation provinciale. Par ailleurs, outre les ITSS présentées dans cette section, d'autres ITSS sont décrites dans la section portant sur ce sujet.

Le nombre de cas d'hépatite B aiguë a diminué considérablement depuis 2003, passant de 16 et 17 cas durant les années antérieures à 11 cas en 2004 et de 2 à 5 cas les années subséquentes. Le nombre de cas d'hépatite B chronique a commencé à diminuer véritablement en 2005 avec 52 cas, puis 42, puis 30 cas en 2006 et 2007 respectivement. La tendance à la diminution est visible également à l'échelle de la province. Chaque année, 2 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés chez les moins de 20 ans, sauf en 2007 où 1 seul cas a été déclaré dans ce groupe d'âge dans la province. Avec l'introduction, en 1994, du programme de vaccination universelle contre l'hépatite B en quatrième année du primaire, on a pu observer des baisses d'incidence marquées tant chez les 9 à 19 ans maintenant vaccinés que chez les 20 ans ou plus.

Le nombre de cas d'hépatite A demeure faible, avec 7 cas par année en moyenne depuis les 10 dernières années. Le nombre de cas a été de 4 en 2007.

Pour les infections invasives à *Streptococcus pneumoniae* (IIP), le nombre de cas est relativement stable à 60 cas par année, en moyenne, pour les 3 dernières années, dont 50 % se retrouvent chez des enfants de moins de 5 ans et chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. En 2007, les taux d'incidence des IIP pour ces deux groupes se situaient respectivement à 30 et 20 cas par 100 000 personnes-année. La hausse globale de l'incidence des IIP dans le groupe des 0 à 4 ans a été causée par des IPP (11 cas sur 12) dont les sérotypes ne sont pas inclus dans le vaccin.

L'incidence de la coqueluche est très inférieure au taux observé en 1998, année où la composante acellulaire du vaccin contre la coqueluche a été introduite dans les vaccins Pentacel et Quadracel pour les jeunes enfants. Cette composante a remplacé le vaccin à cellules entières utilisé auparavant. En 2007, seulement 6 cas de coqueluche ont été déclarés dans la région, pour un taux d'incidence de 1 cas pour 100 000 personnes par année. C'est beaucoup moins qu'en 1998, où 596 cas avaient été observés pour un taux d'incidence de 92 pour 100 000 personnes-année. Cette baisse est également observée dans la province.

Le nombre de cas d'infection à *Escherichia coli* (*E. coli*) (producteur de vérocytotoxine) fluctue entre 12 et 24 cas depuis 5 ans, le nombre le plus élevé ayant été atteint en 2007. La période estivale est propice à la survenue de cas. Cependant, depuis quelques années, des cas se manifestent tout au long de l'année.

La campylobactériose représente la deuxième maladie la plus déclarée après la chlamydiose et est celle la plus déclarée dans la catégorie des maladies entériques. On remarque quand même une diminution constante du nombre de cas depuis 2002, passant de 378 en 2002 à 271 en 2007. Dans l'ensemble de la province, le nombre de cas est relativement stable.

Même si la région de la Capitale-Nationale a connu un nombre de cas de salmonellose parmi les plus bas en 2007 (91), la situation demeure stable à environ 100 cas en moyenne par année. Les enfants de moins de 1 an sont les plus touchés, avec 35 cas par 100 000 personnes-année en 2007. Les autres groupes d'âge sont à peu près également touchés avec des moyennes de 18 à 20 cas par 100 000 personnes-année.

La giardiase affecte annuellement environ 90 personnes depuis 5 ans. Les taux d'incidence régionaux sont similaires à ceux de la province. La maladie est surtout présente chez les enfants âgés de 1 à 9 ans et les personnes de 20 à 29 ans. La forte incidence chez ce dernier groupe d'âge pourrait s'expliquer par la fréquentation des milieux de garde par les enfants dont la majorité des parents ont entre 20 et 30 ans.

Après avoir connu une éclosion d'infections invasives à méningocoques de sérogroupe C en 2001 (4,1 cas par 100 000 personnes-année), la région de la Capitale-Nationale présente une moyenne de 1,6 cas par 100 000 personnes-année depuis 6 ans. À la suite de la vaccination contre le sérogroupe C, le sérogroupe B apparaît dorénavant comme la cause principale de l'infection. En 2007, les enfants de moins de 1 an étaient les plus touchés (35,2 cas par 100 000 personnes-année).

En 2007, la région de la Capitale-Nationale a connu le nombre de cas de tuberculose le plus bas depuis les 10 dernières années (5 cas). Le nombre de cas était de 9 en 2006 et de 7 en 2005. Les taux d'incidence sont environ deux fois moins élevés que ceux de la province. On retrouve le plus de cas chez les personnes âgées.

Tous les cas de malaria (paludisme) sont contractés à l'étranger, soit par des voyageurs, soit par des immigrants. Le nombre de cas fluctue en fonction de l'immigration surtout. Neuf cas ont été déclarés dans la région en 2007. De façon générale, l'incidence des cas régionaux est inférieure à celle de la province.

Outre le contrôle épidémiologique des maladies infectieuses transmissibles, ce volet du domaine des maladies infectieuses comporte également plusieurs autres dossiers de protection de la santé publique : l'hémovigilance, qui contribue à assurer la sécurité des produits sanguins, et la création d'outils pour le contrôle des maladies infectieuses dans les milieux scolaires et les centres de la petite enfance.

Défis liés à l'implantation de l'offre de service

L'implantation des activités en surveillance, vigie et contrôle des maladies à déclaration obligatoire fait face à plusieurs défis. On note en particulier :

- la déclaration et le signalement réguliers et constants des maladies et des éclosions par les cliniciens (médicaux ou autres) et les laboratoires;
- la communication efficace avec les partenaires de première ligne;
- une réponse rapide et concertée lors de situations de crise réelles ou appréhendées dans un contexte de ressources limitées et multisectorielles.

Finalité))))) Cibles

Réduire et maintenir au minimum, voire éliminer, le risque de transmission d'une maladie infectieuse transmissible à la suite de la déclaration d'un cas ou du signalement d'une situation pouvant affecter la santé de la population.

D'ici 2012 :

1. Maintenir ou réduire l'incidence des maladies évitables par la vaccination :
 - maintenir à moins de 2 cas par 100 000 personnes-année l'incidence des infections invasives à *Hæmophilus influenzae*, et à 0 cas celle des infections invasives à *Hæmophilus influenzae* de type b dans la population générale (0,3 cas par 100 000 personnes-année en 2007);
 - maintenir à moins de 2 cas par 100 000 personnes-année l'incidence annuelle des infections invasives à méningocoques dans la population générale (1,7 cas par 100 000 personnes-année en 2007);
 - réduire à 2 cas par 100 000 personnes-année l'incidence des infections invasives à streptocoques du groupe A dans la population générale (4,4 cas par 100 000 personnes-année en 2007).
2. Maintenir ou réduire l'incidence des maladies entériques :
 - maintenir à moins de 1,5 cas par 100 000 personnes-année l'incidence annuelle de l'hépatite A dans la population générale (0,6 cas par 100 000 personnes-année en 2007);
 - réduire à 2 cas par 100 000 personnes-année l'incidence annuelle de l'infection à *E. coli* producteur de vérocytotoxine dans la population générale (3,6 cas par 100 000 personnes-année en 2007);
3. Maintenir ou réduire selon le cas l'incidence des ITSS :
 - réduire à la moyenne provinciale l'incidence annuelle des cas de chlamydie génitale chez les 15-24 ans;
 - maintenir sous la moyenne provinciale l'incidence annuelle des cas d'infection à gonocoques dans la population générale;
 - maintenir à moins de 2 cas par 100 000 personnes-année l'incidence annuelle de la syphilis contagieuse dans la population générale.
4. Maintenir le taux d'incidence annuel de la tuberculose active à moins de 2 cas par 100 000 personnes-année dans la population générale.
5. Maintenir les zoonoses tels la rage et le virus du Nil occidental (VNO) à leurs niveaux actuels (0 cas en 2007).

Contribution attendue des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels

● Activités à accomplir

69. Application des protocoles d'intervention et de contrôle et des lignes directrices relatives aux maladies infectieuses transmissibles, et diffusion, aux partenaires du réseau de santé publique, de toute autre documentation pertinente en relation avec ces dernières

ASSS/DRSP :

- Effectuer les enquêtes épidémiologiques; prescrire des traitements; recommander les mesures de contrôle; fournir un système de garde médicale en maladies infectieuses pour les professionnels de la santé; former des partenaires; élaborer et mettre à jour des protocoles; soutenir les CSSS dans les enquêtes épidémiologiques; diffuser des documents

CSSS :

- Effectuer des enquêtes dans les cas de tuberculose et d'hépatite B et de signalements; intervenir (ex. : vaccination); investiguer les contacts; former leur personnel
- Effectuer les enquêtes dans les cas de chlamydie; intervenir auprès des partenaires; investiguer les contacts; former leur personnel

Info-Santé :

- Signaler les cas au médecin de garde

Médecins :

- Déclarer les cas; participer aux enquêtes

Autres DRSP :

- Suivre les contacts sur leur territoire et transférer les cas, s'il y a lieu

Laboratoire INSPQ et laboratoires des CH :

- Transmettre et valider les résultats

MSSS :

- Effectuer la vigie et coordonner les enquêtes à l'échelle suprarégionale

MAPAQ :

- Faire les enquêtes de salubrité dans les établissements d'alimentation; investiguer sur les sources probables de contamination par zoonose; appliquer les protocoles; signaler les cas de zoonoses suspectés et la présence d'agents de zoonose pouvant présenter une menace pour la santé publique

ACIA :

- Faire les enquêtes de salubrité dans les établissements d'alimentation; investiguer sur les sources probables de contamination par zoonose lors de signalements de maladies déclarables, appliquer les protocoles; mettre en quarantaine les animaux et analyser les spécimens s'il y a lieu

CH :

- Déclarer les MADO et les éclosions à la DRSP; enquêter à l'interne; transmettre les résultats des enquêtes internes sur les MADO

Pharmaciens :

- Porter assistance au TOD pour la tuberculose

70. Activités d'hémovigilance et d'histovigilance

ASSS/DRSP :

- Appliquer les activités de biovigilance aux MADO transmissibles par le sang, les produits sanguins et les CTO; contacter Héma-Québec, les autres organismes de distribution des produits et les CH pour la recherche de dons antérieurs

CSSS :

- Appliquer les activités de biovigilance pour la tuberculose et l'hépatite B; collaborer à la vigie

CH, organismes de distribution de produits, Héma-Québec :

- Déclarer les MADO transmissibles par le sang et les CTO; rechercher les dons antérieurs potentiellement contaminés; assurer la sécurité du système de sang, cellules, tissus et organes

71. Vigie des maladies infectieuses transmissibles lors d'événements nationaux et internationaux

ASSS/DRSP :

- Amorcer l'élaboration d'un devis de vigie et de contrôle des maladies infectieuses et y collaborer

CSSS :

- Intervenir auprès de la population; participer aux enquêtes épidémiologiques



Activités à accomplir

Contribution attendue des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels

72. Application des lignes directrices pour les immigrants nouvellement arrivés (tuberculose et syphilis)

- ASSS/DRSP :
- Organiser l'évaluation initiale et le suivi pour tuberculose et syphilis et référer pour investigation
- Médecins :
- Investiguer les immigrants référés par la DRSP pour tuberculose et syphilis
- CSSS :
- Faire les enquêtes épidémiologiques et suivre le traitement au besoin
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec :
- Évaluer les cas
- Immigration Canada :
- Référer les cas nécessitant une évaluation
- DSP de Montréal :
- Transférer les dossiers des immigrants vers les régions

73. Application des lignes directrices pour les contacts avec une chauve-souris et en cas de morsure animale

- ASSS/DRSP :
- Mettre en œuvre les lignes directrices et l'algorithme décisionnel
- CSSS :
- Appliquer la prophylaxie post-exposition (immunoglobulines et immunisation)
- ACIA :
- Effectuer une certaine surveillance de la rage animale selon les protocoles établis

74. Promotion de comportements préventifs en matière de santé-voyage par la vaccination, la chimioprophylaxie et l'offre de conseils aux voyageurs

- ASSS/DRSP :
- Donner une expertise-conseil aux cliniques privées et publiques; soutenir les intervenants et l'organisation; rendre disponibles des ressources médicales pour la Clinique santé voyage du CSSS VC
- CSSS VC :
- Gérer la Clinique santé voyage; former le personnel et mettre à jour ses connaissances; faire des consultations médicales pré et post voyage
- Vaccinateurs privés :
- Offrir un service de santé-voyage à géométrie variable

75. Mise à jour du volet santé publique du Plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza

- ASSS/DRSP :
- Mettre à jour le plan régional, volet santé publique
- CSSS, CH (CHA, CHUQ, Institut universitaire en santé mentale de Québec), CRDI, IRDPQ, CH privés conventionnés, CJQ, Wendake :
- Mettre à jour les plans locaux, volet santé publique

Activités à développer

- Implantation des composantes de PANORAMA, à savoir le système d'information vaccinale (SIV) et le programme de gestion des produits immunisants, visant l'assurance qualité des programmes de vaccination, la gestion des alertes et des éclosions ainsi que la saisie des maladies à déclaration obligatoire, tant sur les plans régional que local.
- Production et implantation d'un tableau de bord informatisé pour le suivi des indicateurs en infection nosocomiale.



Infections nosocomiales

Portrait de la situation

Les infections nosocomiales ne constituent pas un phénomène nouveau. Toutefois, certains événements survenus au cours des dernières années ont souligné la nécessité de les considérer comme un problème de santé majeur dont il est important de se préoccuper. Par exemple, l'augmentation marquée des taux de diarrhée associée au *Clostridium difficile* dans presque toutes les régions du Québec, à la suite de l'implantation et à la diffusion d'une nouvelle souche hypervirulente (NAP1/027), a mobilisé l'ensemble du réseau de la santé et démontré l'importance de ce dossier. Les autorités de santé publique ont ainsi été amenées à jouer un rôle de premier plan dans la surveillance et le contrôle de ces infections.

Certaines études ont démontré que près du tiers des infections nosocomiales pouvaient être prévenues. La mise en place dans les établissements de santé et de services sociaux d'un programme structuré ainsi que d'une équipe vouée à la prévention des infections, est un élément essentiel pour atteindre cet objectif. La vigie et la surveillance des infections ciblées, autant à l'intérieur des établissements qu'à l'échelle régionale, sont également déterminantes pour aider à réduire l'incidence des infections nosocomiales.

Défis liés à l'implantation de l'offre de service

De nombreux défis devront être relevés pour atteindre les objectifs fixés. Parmi ceux-ci, on note l'amélioration des communications entre les niveaux local et régional, la disponibilité de ressources locales et régionales suffisantes et la disponibilité de systèmes d'information soutenant les activités locales.

Finalité

Réduire l'incidence globale des infections nosocomiales dans les établissements de santé et de services sociaux de la région de la Capitale-Nationale.

Cibles

D'ici 2012 :

1. Diminuer le taux de diarrhée associée au *C. difficile* (DACD) en deçà des taux enregistrés avant l'implantation de la souche hypervirulente (soit moins de 10 cas par 10 000 patients-jours).
2. Diminuer la transmission nosocomiale du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM).
3. Diminuer les éclosions de SARM et d'entérocoques résistant à la vancomycine (ERV) (viser 0 éclosion par an).
4. Prévenir les éclosions pathogènes émanant de la communauté (influenza, gastro-entérite, etc.).
5. Prévenir l'endémicité de nouvelles bactéries multirésistantes (SARM acquis en communauté, ERV, *Acinetobacter baumannii*, etc.).



76. Surveillance, vigie et soutien aux établissements en ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

ASSS/DRSP :

- Déterminer les infections à surveiller à l'échelle régionale; faire la vigie et la surveillance des infections ciblées; diffuser les lignes directrices et les recommandations; effectuer des enquêtes épidémiologiques; participer sur demande aux comités de prévention des infections des établissements; assurer l'expertise-conseil auprès des établissements; conseiller l'Agence sur les infections nosocomiales

CH et CSSS :

- Assurer la mise en place d'un programme de prévention des infections nosocomiales; assurer la surveillance locale; mettre en œuvre des mesures de prise en charge appropriées; transmettre à la DRSP les informations pertinentes; suivre le tableau de bord local; déclarer les situations problématiques; participer aux programmes obligatoires de surveillance

ASSS/DRPACCI :

- Mener, auprès de la population, une campagne de promotion des pratiques de base pour prévenir la transmission des infections

ASSS/DRAMUH :

- Assurer l'atteinte des indicateurs de gestion relatifs aux infections nosocomiales; assurer l'implantation d'un comité de surveillance et de gestion des antibiotiques dans les établissements

Maladies évitables par la vaccination

Portrait de la situation

En plus des programmes de vaccination antérieurs à l'année 2004 qu'il faut constamment consolider, de nouveaux programmes de vaccination se sont ajoutés depuis la production du dernier Plan d'action régional de santé publique. Pour les nourrissons, mentionnons : la vaccination annuelle contre l'influenza pour les enfants âgés de 6 à 23 mois (octobre 2004), le vaccin conjugué contre le pneumocoque visant à prévenir les infections graves à pneumocoques (décembre 2004) ainsi que le vaccin contre la varicelle (janvier 2006). Depuis le 1^{er} septembre 2008, d'autres vaccins sont offerts en milieu scolaire. En quatrième année du primaire, le vaccin combiné contre l'hépatite B et l'hépatite A pour tous les jeunes apportera une protection contre ces deux infections. Le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) est administré aux filles lors des activités de vaccination en quatrième année du primaire et en troisième secondaire. De plus, des activités de rattrapage pour la vaccination contre la varicelle et contre le VPH se poursuivront quelques années encore.

D'autres vaccins très efficaces sont maintenant offerts ou le seront très bientôt. Au cours des prochaines années, les experts en immunisation tant au Québec (Comité sur l'immunisation du Québec) qu'au Canada (Comité consultatif national de l'immunisation) émettront des recommandations sur ces nouveaux vaccins. Les recommandations de ce dernier sont déjà disponibles pour le vaccin contre le rotavirus*; celles concernant le vaccin contre le zona[†] devraient être émises d'ici la fin de l'année 2009. Par la suite, en découleront des actions de santé publique ciblant les populations vulnérables auxquelles ces vaccins sont destinés. Des stratégies de prévention devront alors être prévues au fur et à mesure que le ministère de la Santé et des Services sociaux les intégrera au Programme d'immunisation du Québec.

Par ailleurs, les données de surveillance nous indiquent que les taux de couverture vaccinale visés par le Programme national de santé publique ne sont pas tous atteints dans la région de la Capitale-Nationale. Des efforts devront être faits pour rejoindre les groupes de population ciblés. En particulier, des clientèles plus vulnérables devront être rejointes dans leur milieu de vie respectif, notamment les utilisateurs de drogues par injection et les détenus de l'établissement de détention.

* L'infection à rotavirus est responsable de la gastroentérite aiguë, dont la déshydratation chez le nourrisson et le jeune enfant peut être une complication redoutable (Programme national de santé publique [mise à jour], Groupe de soutien à l'immunisation et Comité sur l'immunisation du Québec, 2007).

† Le zona est une affection douloureuse qui survient de nombreuses années après que la personne a contracté la varicelle. Elle touche surtout les personnes âgées de plus de 50 ans et celles dont le système immunitaire est affaibli (Programme national de santé publique [mise à jour], Groupe de soutien à l'immunisation et Comité sur l'immunisation du Québec, 2007).

Défis liés à l'implantation de l'offre de service

Les principaux défis au cours des prochaines années seront de :

- sensibiliser les différents groupes de population visés et les intervenants à l'importance de la vaccination et au respect du calendrier prévu par le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).
- définir et implanter des modes efficaces d'organisation en immunisation tenant compte des réalités régionales et locales.
- maintenir l'implantation des pratiques cliniques préventives en immunisation (recommandation et offre de la vaccination) dans les CSSS, les cliniques médicales, les GMF, les centres hospitaliers, les pharmacies communautaires et les CHSLD.

Finalité

Réduire l'incidence et les complications des maladies évitables par la vaccination.

Cibles

D'ici 2012 :

1. Augmenter les taux régionaux de couverture vaccinale pour les enfants et les adolescents à :
 - 95 % en immunisation de base;
 - 90 % pour la vaccination contre le VPH en quatrième année du primaire;
 - 90 % pour la vaccination contre les hépatites B et A en quatrième année du primaire;
 - 80 % pour la vaccination contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos en troisième année du secondaire.
2. Augmenter les taux régionaux de couverture vaccinale des groupes vulnérables ciblés par le PIQ :
 - 80 % en immunisation contre le pneumocoque;
 - 80 % en immunisation contre l'influenza.
3. Maintenir ou réduire l'incidence des maladies évitables par la vaccination dans l'ensemble de la population :
 - maintenir à 0 l'incidence de la rubéole congénitale*;
 - maintenir à 0 l'incidence annuelle de la diphtérie et de la poliomyélite, du tétanos et de la rage en ce qui concerne les cas indigènes*;
 - maintenir l'incidence moyenne annuelle des oreillons à moins de 5 % (62 cas pour 100 000) de l'incidence prévacinale, soit à 3 pour 100 000*;
 - maintenir l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002 (24 cas pour 100 000), soit à 12 pour 100 000*;
 - maintenir à 2,5 cas pour 100 000 personnes l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A*;
 - maintenir à 1 cas pour 100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë*;
 - réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoques chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, soit à 11 cas pour 100 000 (19 cas par 100 000 personnes-année en 2007).

* Les objectifs sont atteints depuis 2003, à l'exception de l'hépatite B aiguë, pour laquelle l'objectif a été atteint en 2005.

● Activités à accomplir

Contribution attendue des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels

77. Activités de vaccination ciblant :

- les nourrissons pour l'immunisation de base
- les jeunes en milieu scolaire
- les personnes appartenant aux groupes vulnérables (ex. : personnes âgées) reconnus dans le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)

ASSS/DRSP :

- Coordonner; évaluer le programme régional; soutenir les milieux cliniques (implantation, promotion, formation, communication); faire la gestion des produits immunisants; gérer les allocations budgétaires

CSSS-CLSC :

- Vacciner les groupes ciblés; donner la formation de base en immunisation; intégrer les activités de vaccination aux projets cliniques (personnes âgées atteintes d'une maladie chronique); faire une gestion efficace des produits immunisants selon les normes

Cliniques médicales, GMF, CH, CSSS-CHSLD, CRUV et pharmacies :

- Vacciner les groupes ciblés; faire une gestion efficace des produits immunisants selon les normes

CHUQ :

- Gérer le service régional des produits immunisants (SRPIQ)

Milieux scolaires :

- Soutenir les activités du programme de vaccination en milieu scolaire

78. Élaboration et implantation du plan régional de promotion de la vaccination, incluant les stratégies visant à assurer le respect du calendrier vaccinal

ASSS/DRSP :

- Contribuer à l'élaboration du plan provincial de promotion de la vaccination et à son adaptation aux particularités régionales; documenter les déterminants de l'offre de service de vaccination dans les différents sites (CSSS, pharmacies, cliniques médicales); assurer la continuité du projet de rétroaction auprès de cliniques vaccinatrices de nourrissons

ASSS/DRPACCI :

- Produire le plan régional de communication

CSSS-CLSC :

- Recommander la vaccination aux groupes ciblés; collaborer à la définition et à la mise en place du plan régional de promotion de la vaccination

Cliniques médicales, GMF, CH, pharmacies, CSSS-CHSLD :

- Participer à la mise en place du plan régional de promotion

OC :

- Recommander la vaccination aux personnes ciblées et les référer aux milieux vaccinateurs appropriés

79. Surveillance et vigie des maladies évitables par la vaccination (MEV) au regard des maladies à déclaration obligatoire (MADO) et des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) survenant à la suite d'une vaccination

ASSS/DRSP :

- Poursuivre les activités de surveillance et de vigie des MEV pour les groupes ciblés au regard des MADO et des MCI

CSSS :

- Déclarer les MADO et les MCI à la DRSP et lui fournir les données requises; maintenir l'application du protocole de surveillance et de contrôle de l'influenza dans les CHSLD

Cliniques médicales, GMF, CH, pharmacies, CSSS-CHSLD :

- Déclarer les MADO et les MCI à la DRSP et lui fournir les données requises

Activité à développer

- À la suite de l'avis scientifique du Comité sur l'immunisation du Québec à ce sujet, implantation de la vaccination contre le zona selon les recommandations en vigueur et la décision du directeur national de santé publique.



Infections transmissibles sexuellement et par le sang

Portrait de la situation

La majorité des infections transmissibles sexuellement et par le sang sont en augmentation tant au Québec que dans la région de la Capitale-Nationale. En raison de l'ampleur de la problématique des ITSS et de leurs conséquences, une intensification des activités préventives ainsi que des collaborations interprofessionnelles et intersectorielles s'avèrent essentielles pour tenter d'infléchir la tendance actuelle. Actuellement, les ITSS détectées et déclarées comptent pour plus des deux tiers des MADO de la région. Or, la plupart des ITSS sont fréquemment asymptomatiques, donc non détectées et non déclarées.

L'infection à *Chlamydia trachomatis* est la plus fréquemment déclarée dans la région avec 1 211 cas en 2007. Comme mentionné dans le chapitre sur le portrait de santé, le taux annuel d'incidence régionale est légèrement plus élevé que celui du Québec, et ce, de façon constante depuis les dix dernières années, à l'exception de 2001. La chlamydie génitale est préoccupante chez les jeunes femmes, car elle est bien souvent asymptomatique. Si elle n'est pas traitée, elle peut évoluer vers une maladie inflammatoire pelvienne chronique, ce qui augmente les risques de grossesses ectopiques et d'infertilité tubaire. Le groupe de personnes le plus atteint est constitué de femmes âgées de 15 à 24 ans (578 cas en 2007).

L'infection au virus de l'hépatite C (VHC) arrive au deuxième rang en nombre des ITSS au fichier des MADO. En 2007, ce sont 112 cas de VHC qui ont été déclarés dans la région. Cette infection est essentiellement transmise par le sang et elle est à l'état épidémique parmi les personnes utilisatrices de drogues par injection en raison du partage des seringues. En effet, plus des deux tiers de ces personnes sont atteintes du VHC. Contrairement aux hépatites A et B, le VHC est chronique dans plus de 80 % des cas. Les complications les plus fréquentes sont la cirrhose et le cancer du foie.

L'infection gonococcique est en augmentation constante dans la région depuis 2003. En 2007, la Direction régionale de santé publique a reçu la déclaration de 84 cas de gonorrhée, ce qui représente une augmentation de 45 % par rapport à 2006 (58 cas) et de 79 % par rapport à 2005 (47 cas). Le groupe d'âge le plus touché est celui des 15-24 ans, qui compte 42 % des cas. À l'instar de la chlamydia, cette infection peut être asymptomatique et entraîner une atteinte inflammatoire pelvienne chronique qui pourra causer l'infertilité tubaire ou une grossesse ectopique. Il semble également que les jeunes méconnaissent les risques de transmission de cette infection lors de relations orales-génitales. Le deuxième groupe le plus touché par cette infection est celui des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Les taux de résistance aux quinolones commandent également aux cliniciens de revoir leur

traitement de première intention au profit de la céfixime afin de mieux traiter cette infection.

L'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) n'est pas une MADO, sauf en cas de transmission par des produits sanguins, mais elle est tout de même suivie par le Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine au Québec. Dans notre région, le nombre de nouveaux cas déclarés par période de 12 mois a peu varié et se maintient autour de 30 cas par année. Au total, d'avril 2002 à décembre 2006, 137 nouveaux cas d'infection au VIH ont été déclarés dans la région, soit 103 hommes et 34 femmes. Les HARSAH sont toujours les plus touchés par cette infection, suivis des personnes utilisant des drogues par injection.

La syphilis infectieuse a connu une hausse importante en 2004 (45 cas) alors qu'antérieurement, le nombre dépassait rarement plus de 1 cas annuellement. Par la suite, on a observé une diminution, passant de 18 cas en 2005, à 12 cas en 2006 et à 11 cas en 2007. Au Québec, on estime que 90 % des personnes infectées par la syphilis sont des HARSAH, ce qui paraît être à l'image de la situation régionale.

Même si elles sont fréquentes, l'infection par le virus du papillome humain (VPH) et l'infection par le virus de l'herpès simplex (VHS) ne sont pas des MADO. Nous n'avons ainsi aucune donnée précise quant à leur incidence. L'infection au VPH peut causer le cancer du col de l'utérus. Il existe depuis 2008 une vaccination en milieu scolaire.

Enfin, les activités de prévention des ITSS proposées dans ce plan d'action régional cibleront prioritairement les populations les plus à risque de contracter une ITSS. Ce sont :

1. les jeunes de 12 à 24 ans;
2. les personnes appartenant à des groupes vulnérables socialement*; on fait ici référence notamment :
 - aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH);
 - aux personnes utilisatrices de drogues par injection;
 - aux femmes en contexte de vulnérabilité (ex. : travail du sexe, réinsertion, violence conjugale, etc.);
 - aux jeunes de la rue ou en difficulté;
 - aux personnes incarcérées;
 - à des communautés culturelles plus vulnérables à certaines ITSS.
3. les personnes atteintes d'une ITSS, leur ou leurs partenaires et les personnes ayant des comportements à risque.

* Comme précisé dans la stratégie québécoise de lutte contre les ITSS du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Défis liés à l'implantation de l'offre de service

- Positionner la prévention des ITSS en milieu scolaire selon une approche globale d'éducation à la sexualité. Les activités de promotion et de prévention devraient s'inspirer des critères d'efficacité promus, entre autres, par l'approche École en santé.
- Contrer la banalisation du VIH et la diminution des pratiques sexuelles sécuritaires chez les HARSAH, qui sont en augmentation depuis l'arrivée de thérapies antirétrovirales plus efficaces.
- Améliorer ou maintenir les comportements sexuels et d'injection sécuritaires chez les groupes les plus vulnérables.
- Créer ou maintenir des environnements sociaux favorables à la santé d'individus appartenant à des groupes plus vulnérables en adaptant les approches, les activités et les lieux d'intervention et en favorisant notamment la concertation, l'approche par les pairs, le soutien et la mobilisation des partenaires intra et intersectoriels.

Finalité))))) Cibles

Promouvoir la santé et prévenir les infections transmissibles sexuellement et par le sang, soit le VIH-SIDA, l'hépatite C et les autres infections transmissibles sexuellement (ITS), notamment la chlamydie et la gonorrhée, auprès des populations à risque constituées des jeunes de 12 à 24 ans, des groupes vulnérables socialement ainsi que des personnes atteintes d'une ITSS et de leur ou leurs partenaires.

D'ici 2012 :

1. Réduire le taux d'incidence des infections à *Chlamydia trachomatis* de 33 % chez les femmes âgées de 12 à 24 ans.
2. Réduire le taux d'incidence des infections gonococciques de 14 % chez les femmes âgées de 12 à 24 ans.
3. Maintenir le nombre de nouveaux diagnostics de l'infection au VIH chez les HARSAH en deçà de 34 par année, particulièrement chez les HARSAH puis chez les UDI.
4. Réduire l'incidence du VHC de 24 % chez les personnes faisant usage de drogues par injection (nombre de nouveaux cas de VHC en 2006 = 112).
5. Maintenir à 0 le nombre de cas de syphilis congénitale chez les enfants âgés de moins de 2 ans et à moins de 11 le nombre de syphilis infectieuses, particulièrement chez les HARSAH.

● Activités à accomplir

80. Activités de promotion de la santé et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès de jeunes

ASSS/DRSP :

- Planifier les activités et la concertation régionales; soutenir les activités locales en prévention des ITSS; effectuer les enquêtes épidémiologiques (pour les non-MADO); offrir le counseling, l'enseignement et l'IPPAP; consolider la capacité du réseau à dépister et le sensibiliser à l'importance de traiter précocement les personnes infectées; soutenir le développement de la pratique infirmière en matière de dépistage des ITSS (loi 90) et l'intégration des ordonnances collectives pour le dépistage et la prévention; soutenir les organismes communautaires

CSSS (ex. : cliniques jeunesse, services courants, scolaire) :

- Effectuer des enquêtes épidémiologiques pour la chlamydie génitale; offrir le counseling, le dépistage, la vaccination, l'IPPAP, l'accès au traitement et aux condoms; accomplir les activités de prévention des ITSS en milieu scolaire* et dans les autres milieux fréquentés par les jeunes; inclure la prévention des ITSS dans l'organisation des services de consultation en matière de santé sexuelle - du type clinique jeunesse

CSSS (SIDEPE), pour les jeunes vulnérables socialement :

- Offrir le counseling, le dépistage, la vaccination, l'IPPAP, l'accès au traitement et aux condoms; offrir des interventions de proximité et d'approche par les pairs favorisant l'empowerment; assurer la concertation, le soutien et la mobilisation communautaires

Organismes communautaires :

- Effectuer des activités de prévention dans les milieux fréquentés par les jeunes; effectuer des interventions de proximité et d'approche par les pairs favorisant l'empowerment

Cliniques médicales[†] (première ligne) :

- Offrir le counseling, le dépistage, la vaccination, l'accès au traitement et l'IPPAP

Centre jeunesse de Québec :

- Offrir le counseling, le dépistage, la vaccination, l'IPPAP, l'accès au traitement et aux condoms; mettre en œuvre des démarches efficaces et prometteuses en prévention des ITSS s'inscrivant dans une planification d'activités d'éducation à la sexualité

Milieux scolaires :

- Mettre en œuvre des démarches efficaces et prometteuses en prévention des ITSS s'inscrivant dans une planification d'activités d'éducation à la sexualité; favoriser la participation des conseillers pédagogiques et des enseignants en science et technologie à des formations sur la prévention des ITSS chez les jeunes

81. Activités de promotion de la santé et de prévention des ITSS auprès des clientèles vulnérables socialement

ASSS/DRSP :

- Planifier les activités et la concertation régionales; soutenir les activités régionales et locales; effectuer les enquêtes épidémiologiques; offrir le counseling, l'éducation et l'IPPAP; soutenir des interventions de proximité et d'approche par les pairs favorisant l'empowerment, assurer la concertation, le soutien et la mobilisation communautaires; soutenir des activités de prévention du passage à l'injection auprès des jeunes de la rue; soutenir la mise en œuvre des services à bas seuil d'accessibilité pour la clientèle toxicomane désaffiliée; soutenir la création d'une offre de service en prévention des ITSS en milieu carcéral; soutenir le développement des pratiques professionnelles

CSSS (SIDEPE) :

- Offrir le counseling, le dépistage, la vaccination, l'IPPAP, l'accès au traitement et aux condoms; assurer l'accès aux services psychosociaux et médicaux de première ligne aux populations les plus vulnérables; effectuer des interventions de proximité, notamment le travail de milieu, l'unité mobile, et l'approche par les pairs et favorisant l'empowerment; assurer le soutien, la concertation et la mobilisation locales; assurer l'accès au matériel d'injection stérile pour les personnes UDI et récupérer les seringues usagées; collaborer à la mise en œuvre des services à bas seuil d'accessibilité pour la clientèle toxicomane désaffiliée

CSSS (sans SIDEPE) :

- Offrir le counseling, le dépistage, la vaccination, l'IPPAP, l'accès au traitement et aux condoms; assurer l'accès aux services psychosociaux et médicaux de première ligne; assurer l'accès au matériel d'injection stérile pour les personnes UDI et récupérer les seringues usagées; mettre en œuvre une offre de service en prévention des ITSS en milieu carcéral (CSSS de Québec-Nord exclusivement)

* Ex. : programme de promotion et d'accessibilité aux condoms en relation avec des activités de prévention des grossesses à l'adolescence, de l'usage inapproprié de substances psychoactives, de lutte à l'homophobie, etc.

† Incluant les différents types d'organisations : cliniques-réseau, GMF, etc.



81. Activités de promotion de la santé et de prévention des ITSS auprès des clientèles vulnérables socialement (suite)

- Organismes communautaires :
- Offrir des services en counseling, dépistage, vaccination, IPPAP, ou collaborer à une telle offre; assurer l'accès aux condoms; mettre en œuvre des services à bas seuil d'accessibilité pour la clientèle toxicomane désaffiliée ou y collaborer; faire la promotion de la santé et de la prévention des ITSS dans les milieux de vie fréquentés par les personnes ciblées par le travail de proximité et l'approche par les pairs favorisant l'empowerment; assurer la concertation et la mobilisation communautaires; assurer l'accès au matériel d'injection stérile pour les personnes UDI et récupérer les seringues usagées
- Cliniques médicales* (première ligne) :
- Offrir le counseling, le dépistage, la vaccination, l'IPPAP; offrir le dépistage et/ou le diagnostic, et le traitement des personnes infectées par le VHC et le VIH
- CH, UHRESS :
- Assurer le traitement du VIH et de la co-infection VIH-VHC
- Urgences :
- Assurer l'accès au matériel d'injection stérile pour les personnes UDI
- Deuxième ligne médicale :
- Assurer le traitement précoce des personnes infectées par le VHC et le VIH
- Pharmacies communautaires :
- Assurer l'accès au matériel d'injection stérile pour les personnes UDI et récupérer les seringues usagées
- EDQ :
- Favoriser la mise en œuvre de l'offre de service en prévention des ITSS en milieu carcéral
- Centres d'éducation des adultes et centres de formation professionnelle :
- Favoriser la réalisation de projets de prévention des ITSS auprès de leur clientèle
- Ville de Québec :
- Participer à la concertation avec la DRSP et les organismes communautaires engagés dans la lutte contre les ITSS; installer et entretenir des collecteurs extérieurs de récupération de seringues dans les lieux publics

82. Activités de promotion de la santé et de prévention des ITSS auprès des personnes atteintes d'une ITSS, de leur ou leurs partenaires et des personnes ayant des comportements à risque

- ASSS/DRSP :
- Soutenir le développement des pratiques professionnelles en prévention des ITSS; effectuer les enquêtes épidémiologiques; offrir le counseling, l'enseignement et l'IPPAP
- CSSS :
- Offrir le counseling, le dépistage, la vaccination, l'accès au traitement et l'IPPAP
- Cliniques médicales* (première ligne) :
- Offrir le counseling, le dépistage, la vaccination, l'accès au traitement et l'IPPAP

83. Activités de promotion de la santé et de prévention des ITSS auprès de l'ensemble de la population

- ASSS/DRSP :
- Diffuser les outils et le matériel des campagnes sociétales
- CSSS :
- Récupérer les aiguilles et les seringues usagées (SIRSAU); offrir le matériel des campagnes sociétales à leur clientèle
- Pharmacies communautaires :
- Récupérer les seringues et les aiguilles usagées; participer à la promotion de la gratuité des traitements des ITSS; offrir le matériel des campagnes sociétales à leur clientèle

Activités à développer

- Dépistage des ITSS en milieu scolaire (secondaire, collégial et universitaire).
- Mise en place des services d'injection supervisée pour les personnes s'injectant des drogues.
- Réalisation de projets de prévention des ITSS auprès de la clientèle des centres de formation professionnelle.
- Prévention du passage à l'injection chez les jeunes de la rue.
- Production d'un état de situation concernant la sensibilisation, la prévention et la promotion de comportements sexuels sécuritaires auprès des jeunes et des jeunes adultes dans les cégeps et les universités.

* Incluant les différents types d'organisations : cliniques-réseau, GMF, etc.

Santé environnementale

Ce domaine s'intéresse aux problèmes de santé environnementale qui découlent essentiellement de la dégradation de l'environnement due à diverses formes de pollution de l'air, de l'eau, du sol et des aliments¹⁴³. Les principaux problèmes de santé associés à une exposition à ces formes de pollution sont les maladies cardiorespiratoires, les rhinites et l'asthme allergiques, les troubles gastro-intestinaux, certains cancers ainsi que diverses intoxications. Étant donné la diversité et l'ampleur des problèmes qui l'affectent, l'environnement est au cœur des préoccupations de santé de la population et fait, presque quotidiennement, la une de l'actualité¹⁴⁴.

L'intervention en santé environnementale vise à prévenir ou à réduire les problèmes de santé chez la population générale et plus particulièrement chez les groupes vulnérables (nourrissons, enfants, femmes enceintes, personnes âgées, personnes atteintes de maladies respiratoires ou d'asthme, personnes immunodéprimées ou personnes vivant dans des milieux socioéconomiquement défavorisés). Elle vise également le maintien d'un milieu de vie salubre.

Portrait de la situation

Les professionnels de santé environnementale de la Direction régionale de santé publique fournissent soutien et expertise en matière d'exposition à des facteurs de risque environnementaux en réponse aux demandes ou aux signalements provenant d'organismes, de ministères et du public. De plus, ces professionnels surveillent diverses situations environnementales connues et émergentes, en analysent les effets sur la santé et informent les personnes à risque sur les moyens de se protéger ou d'éviter l'exposition. Ils participent également à la diffusion des connaissances afin que les institutions et les organismes partenaires soient informés et outillés pour prévenir les problèmes de santé. Enfin, ils offrent un service de garde continu (24/7) afin de répondre aux urgences environnementales.

Les domaines d'activité sont divisés en fonction des principaux vecteurs d'exposition (eau, air, sol) et comprennent aussi deux secteurs transversaux (services de réponse à la population et qualité de vie).

La qualité de l'eau potable et des eaux récréatives

Les microorganismes pathogènes (ex. : bactéries, virus, parasites) et les polluants chimiques (ex. : nitrates, plomb, trihalométhanes, trichloroéthylène), d'origine naturelle ou liés aux activités humaines, contribuent à réduire la qualité des sources d'alimentation en eau potable (eau souterraine ou de surface). Dans l'ensemble, la qualité de l'eau potable sur le territoire est satisfaisante. Toutefois, en 2007, 48 des 189 réseaux d'alimentation en eau potable de la région ont dû émettre, à un moment ou à un autre, un avis de non-consommation (7) ou un avis de faire bouillir l'eau (41). Par ailleurs, plusieurs puits privés résidentiels des territoires agricoles des MRC de l'Île-d'Orléans et de Portneuf sont touchés de façon particulière par la présence de nitrates.

Quant aux eaux récréatives, la majorité des plages inscrites dans le programme Environnement-Plage présentent une cote bactériologique favorable à la baignade¹⁴⁵. Par ailleurs, depuis quelques années, plusieurs lacs du territoire (ex. : Beauport, Blanc, Nairne, Saint-Augustin, Saint-Charles, Saint-Joseph, Sergent) ont été affectés par la présence d'algues bleu-vert ou de cercaires (dermatite du baigneur).

La qualité de l'air extérieur

Les principales sources de pollution atmosphérique sont les particules en suspension (PM), le dioxyde de soufre (SO₂), le monoxyde de carbone (CO), les oxydes d'azote (NO_x) et l'ozone troposphérique (O₃). Le transport, les industries et le chauffage (bois, mazout, gaz) constituent les principales sources de pollution de l'air extérieur. À cet égard, la région connaît chaque année des épisodes de smog en été et quelquefois en hiver.

La qualité de l'air extérieur est également détériorée par la présence de pollens, particulièrement celui de l'herbe à poux (*Ambrosia artemisiifolia*), un puissant allergène. La plante est présente sur l'ensemble du territoire, et 15,6 % de la population de la Capitale-Nationale âgée de 5 ans et plus était allergique à son pollen en 2005¹⁴⁶. De plus, les conditions météorologiques aidant, l'herbe à poux continue d'étendre son aire de distribution de même que sa période de pollinisation.

La qualité de l'air intérieur et la salubrité

Le parc immobilier vieillissant de même que les constructions hâtives et certains phénomènes météorologiques extrêmes (ex. : pluies abondantes, inondations) favorisent la prolifération des moisissures dans les environnements intérieurs. D'autres contaminants s'y retrouvent également (ex. : monoxyde de carbone, radon, fumée secondaire, composés organiques volatils, acariens et punaises de lit).

Les cas de locataires et de propriétaires de la Capitale-Nationale aux prises avec des problèmes de moisissures dans leur résidence sont en croissance, et le risque que représente le monoxyde de carbone (CO) lors d'une combustion incomplète résultant d'un mauvais fonctionnement des appareils fonctionnant au combustible demeure toujours présent dans la région. En effet, cela peut rapidement entraîner une exposition à des concentrations mortelles de CO¹⁴⁷. Chaque cas rapporté reçoit une attention particulière afin de réduire l'exposition de la population.

Enfin, les cas d'insalubrité morbide observés sur le territoire sont en recrudescence. Ce problème complexe concerne les domaines de la santé mentale et environnementale et nécessite une action concertée de plusieurs partenaires (ex. : inspecteurs municipaux, services de police et de protection contre les incendies, travailleurs sociaux, santé publique).

La qualité des sols

Les sols sont sujets à la pollution chimique en raison des activités agricoles, industrielles et domestiques. Mal contrôlée, cette pollution peut entraîner une exposition des populations en contact avec les sols ou avec un aquifère contaminé. Des avis sont fournis en matière d'implantation de porcheries, de mise en place ou d'agrandissement de lieux d'enfouissement technique (LET), ou d'évaluation de risques en relation avec des sites où les sols sont réputés contaminés.

Les services de réponse à la population

La Direction régionale de santé publique doit également répondre aux demandes de la population et de divers organismes en ce qui a trait aux problématiques environnementales précédemment décrites. Les demandes urgentes sont traitées en collaboration avec les instances appropriées, selon la nature et l'état de la situation. La réponse à ces situations d'urgences environnementales est assurée par un service de garde permettant l'accès à un médecin ou à un professionnel en santé environnementale en tout temps. Quant aux demandes non urgentes, elles sont traitées dans les meilleurs délais par l'équipe en place.

La qualité de vie

La préservation d'un milieu de vie salubre permet de prévenir certains problèmes de santé environnementale et protège aussi la qualité de vie de la population. Certaines actions peuvent donc être entreprises afin de favoriser un milieu de vie plus sain, le tout dans une perspective de développement durable. C'est dans cet esprit qu'à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, les études d'impact, schémas d'aménagement et règlements de contrôle intérimaire sont évalués.

Par ailleurs, il y a un vaste consensus scientifique selon lequel le climat change, et ce phénomène aura vraisemblablement une incidence sur la santé et le bien-être des humains. Comme dans les régions plus au sud, ces changements climatiques pourraient conduire à des épisodes de chaleur accablante (température supérieure à 30 °C et humidex supérieur à 40 °C pendant trois jours consécutifs). La chaleur accablante peut avoir des effets adverses sur la population, particulièrement les nourrissons, les jeunes enfants et les personnes âgées. C'est pourquoi un plan d'intervention a été élaboré et une veille environnementale mise en place.

Les domaines d'activité liés à la qualité de vie visent donc des actions préventives et une amélioration à long terme de la qualité de l'environnement et de la qualité de vie de la population sur le territoire couvert par la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale.

Les interventions

Pour l'essentiel, les mêmes activités que dans la version précédente du plan d'action régional se poursuivent. Dès 2004, les cibles avaient été déclinées en 24 activités, dont 15 ont été mises en œuvre et sont maintenues ou sont accomplies sur demande. Trois activités prévues sont maintenant terminées, soit l'élaboration du Plan de gestion des champs électromagnétiques dans les établissements scolaires, la rédaction du *Guide d'intervention intersectorielle sur la qualité de l'air intérieur et la salubrité dans l'habitation québécoise* et la conclusion de l'Entente de collaboration intersectorielle en matière d'insalubrité morbide. Certaines activités n'ont pas été mises en œuvre parce que prises en charge par d'autres ministères (ex. : sensibilisation au Code de gestion des pesticides, sensibilisation à la qualité de l'eau des piscines intérieures et extérieures, traitement de l'eau potable à l'île d'Orléans et à l'île aux Coudres). La mise sur pied du plan des mesures d'urgence a été confiée à des ressources externes. Enfin, une analyse des conséquences d'accidents majeurs impliquant les matières dangereuses et des actions recommandées qui en découlent a été produite en décembre 2007. Ce bilan a permis d'inventorier les sites d'entreposage de même que la part des transports routier, ferroviaire et fluvial dans la problématique des matières dangereuses et de formuler un train de recommandations dans une perspective de prévention et de protection de la population du territoire.

Défis liés à l'implantation de l'offre de service

- Renforcer la concertation avec les CSSS et la concertation intersectorielle avec les partenaires pour ajuster les interventions.
- Améliorer la compréhension des champs de compétence et des contraintes de fonctionnement de chacun des partenaires pour permettre une meilleure collaboration.

Finalité))))) Cibles

Réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité des maladies associées à des facteurs de risque environnementaux.

D'ici 2012 :

1. Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies d'origine hydrique.
2. Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies cardiaques et respiratoires associées à des facteurs de risque environnementaux (ex. : mauvaise qualité de l'air extérieur, mauvaise qualité de l'air intérieur et insalubrité des habitations).
3. Réduire la mortalité et la morbidité associées aux intoxications d'origine biologique ou chimique (ex. : monoxyde de carbone).
4. Prévenir les problèmes de santé liés à des risques environnementaux émergents (ex. : événements climatiques extrêmes).
5. Réduire les taux d'incidence et de mortalité du cancer de la peau, des voies respiratoires et d'autres cancers associés à des facteurs de risque environnementaux (ex. : radon, rayons UV, amiante).



Contribution attendue des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels

● Activités à accomplir

84. Surveillance et vigie au regard du programme Info-Smog/Cote air santé (CAS)

ASSS/DRSP :

- Sensibiliser la population aux mesures de protection lors d'épisodes de mauvaise qualité de l'air et l'informer à cet égard; surveiller les répercussions des épisodes de mauvaise qualité de l'air sur les populations vulnérables; promouvoir les actions visant la diminution de la pollution atmosphérique

MDDEP/Environnement Canada :

- Fournir le soutien technique à la DRSP pour l'échantillonnage, l'acquisition de données et le service de prévision des épisodes de smog

MSSS :

- Offrir le soutien Internet pour la Cote air santé afin de diffuser les messages à la population

Ville de Québec :

- Mettre en place les mesures de ressort municipal pour limiter la pollution atmosphérique

85. Contrôle de l'herbe à poux

ASSS/DRSP :

- Informer la population sur les risques pour la santé; faire l'inventaire des établissements du réseau de la santé aux prises avec cette problématique; informer et sensibiliser les partenaires du réseau et des autres secteurs d'intervention (ex. : municipalités, transport) quant aux méthodes efficaces de contrôle et les soutenir

CSSS :

- Collaborer avec la DRSP dans ses efforts pour sensibiliser les services médicaux de première ligne

Comité régional sur les services pharmaceutiques et pharmaciens du territoire :

- Utiliser la consultation pharmaceutique comme moyen d'informer la clientèle allergique; diffuser dans les pharmacies une vidéo explicite permettant de reconnaître la plante et les mesures à prendre pour mieux la contrôler

MRC et municipalités du territoire :

- Effectuer ou mettre à jour l'inventaire des zones infestées par l'herbe à poux sur leur territoire; mettre en place, améliorer ou maintenir des mesures de contrôle efficaces; informer et sensibiliser les propriétaires de terrains privés

Ville de Québec :

- Collaborer avec la DRSP à la promotion de la lutte contre l'herbe à poux auprès de ses citoyens

MTQ :

- Collaborer avec les municipalités et la DRSP dans la lutte contre l'herbe à poux; maintenir l'application d'un mode de gestion écologique de la végétation des corridors routiers; partager l'expertise en traitements phytosanitaires et en gestion écologique

86. Surveillance et vigie au regard de l'eau potable et des eaux récréatives

ASSS/DRSP :

- Intervenir en cas de signalement d'éclosion ou d'intoxication, de dépassement de normes pour l'eau potable (bactériologiques ou chimiques) ou de problèmes pouvant présenter des risques pour la santé (cyanobactéries, dermatite due aux cercaires); soutenir (avis de santé, analyse de risque) les autres secteurs d'intervention relativement à la gestion de l'eau potable

Municipalités et exploitants de réseaux privés :

- Informer la DRSP des mesures correctives appliquées lors de tout dépassement de normes; collaborer à toute enquête de la DRSP; soutenir la DRSP dans ses campagnes d'information

MDDEP :

- Collaborer avec la DRSP à la gestion des dépassements de normes et des problèmes en rapport avec la qualité des eaux récréatives; partager toute information pertinente à la résolution des dossiers en vertu de l'entente de collaboration MDDEP-MSSS

MAPAQ :

- Intervenir dans la gestion des problèmes de contamination de l'eau potable relativement aux établissements alimentaires

87. Analyse au regard des sols contaminés

ASSS/DRSP :

- Participer aux activités encadrées légalement par d'autres secteurs d'intervention en lien avec la problématique des sols contaminés; évaluer les risques pour la santé en lien avec la protection des sols et les plans de réhabilitation des sols contaminés

INSPQ :

- Soutenir la DRSP dans ses analyses de risque relatives aux sols contaminés



88. Activités de surveillance en lien avec la qualité de l'air intérieur (moisissures, acariens et autres aéroallergènes et irritants)

ASSS/DRSP :

- Conduire des enquêtes lors de signalements de problèmes de santé liés à la qualité de l'air intérieur ou à la salubrité dans les écoles, les services de garde, les établissements du réseau ainsi que les bâtiments d'habitation; informer, sensibiliser et soutenir les partenaires quant aux moyens de réduire l'exposition aux aéroallergènes ou aux irritants dans l'environnement intérieur; informer et sensibiliser la population

CSSS :

- Informer rapidement la DRSP de tout problème de santé lié à la qualité de l'air intérieur ou à la salubrité; collaborer à toute enquête menée par la DRSP; soutenir la DRSP dans ses campagnes d'information; collaborer avec la DRSP dans ses efforts de sensibilisation des services médicaux de première ligne au regard de cette problématique; former les intervenants et les équipes en prévention des infections (particulièrement du CSSS de Portneuf) sur les problèmes de santé liés à la qualité de l'air intérieur de même que sur les lignes directrices en pareil cas

CS, établissements scolaires, CPE :

- Informer la DRSP sans délai de tout problème de santé lié à la qualité de l'air intérieur ou à la salubrité; collaborer à toute enquête menée par la DRSP; soutenir la DRSP dans ses campagnes d'information

89. Activités en lien avec l'insalubrité morbide dans l'optique d'améliorer la qualité de vie

ASSS/DRSP :

- Participer à l'élaboration, et soutenir, d'un protocole de collaboration entre les municipalités et les CSSS des régions de Portneuf et de Charlevoix en matière d'insalubrité morbide; créer une formation à l'intention des officiers de la Ville de Québec en lien avec l'Entente de collaboration intersectorielle dans les cas d'insalubrité morbide

CSSS VC et CSSS QN :

- Mettre en œuvre et maintenir l'entente de collaboration; soutenir la DRSP par un partage de l'information pertinente sur les cas traités sur le territoire

Ville de Québec :

- Mettre en œuvre et maintenir l'entente de collaboration

CSSS de Portneuf et CSSS de Charlevoix :

- Convenir avec la DRSP de stratégies d'intervention adaptées à la clientèle aux prises avec un problème d'insalubrité morbide

MRC du territoire :

- Collaborer à l'élaboration d'un protocole d'entente entre les services municipaux de leur territoire et les CSSS

90. Promotion de comportements sécuritaires relativement au monoxyde de carbone (CO)

ASSS/DRSP :

- Promouvoir auprès de la population et des responsables des résidences de personnes âgées, de services de garde et d'écoles l'utilisation sécuritaire de tout appareil de combustion, de même que l'utilisation d'un détecteur de monoxyde de carbone

CSSS, Regroupement des résidences pour personnes âgées, CS, établissements scolaires et CPE :

- Soutenir la DRSP dans sa campagne de promotion

91. Participation à la Stratégie québécoise de protection de la santé publique contre le radon dans les résidences

ASSS/DRSP :

- Soutenir la Stratégie québécoise de protection de la santé publique contre le radon; soutenir la mise en œuvre des plans d'action du CIQR dans les lieux publics (ex. : écoles, garderies); informer et sensibiliser la population du territoire

CSSS :

- Collaborer avec la DRSP dans ses efforts de sensibilisation des services médicaux de première ligne

92. Réponse aux demandes courantes

ASSS/DRSP :

- Répondre à toute demande de la population en lien avec les domaines d'activité de la santé environnementale

Contribution attendue des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels

● Activités à accomplir

93. Réponse aux urgences environnementales

ASSS/DRSP :

- Assurer une réponse 24/7; soutenir les secteurs d'intervention quant à la gestion des risques d'accidents industriels majeurs, dont ceux liés à la Loi sur la sécurité civile; collaborer à la préparation des schémas de sécurité civile (incluant le Plan régional de sécurité civile) et à l'évaluation des risques pour la santé; coordonner la mise à jour du plan d'urgence de la DRSP

Ville de Québec :

- Collaborer avec l'ASSS et la DRSP lors d'urgences environnementales

CSSS :

- Répondre aux urgences environnementales qui nécessitent un suivi psychosocial

94. Conduite d'enquêtes sur les maladies et intoxications à déclaration obligatoire (MADO/IADO)

ASSS/DRSP :

- Enquêter sur toute MADO ou IADO chimique de nature environnementale; soutenir toute activité de promotion auprès des médecins urgentistes et des laboratoires d'analyse

MAPAQ :

- Collaborer avec la DRSP advenant une enquête MADO dans les cas d'intoxication impliquant l'eau de consommation d'un établissement alimentaire

95. Analyse des schémas d'aménagement

ASSS/DRSP :

- Soutenir les autres secteurs d'intervention (MDDEP, MAMROT) concernant toute activité encadrée légalement

96. Évaluation et examen d'études d'impacts environnementaux

ASSS/DRSP :

- Soutenir le MSSS dans les évaluations et examens des études d'impacts environnementaux de projets pouvant avoir des conséquences sur l'environnement; participer aux activités encadrées légalement (ex. : audiences publiques) par d'autres secteurs d'intervention concernant des projets de développement; collaborer aux travaux du Groupe de travail sur les études et les évaluations d'impact environnemental (GTÉ-ÉIE) coordonnés par le MSSS

97. Documentation de la problématique du bruit communautaire

ASSS/DRSP :

- Collaborer avec la Ville pour son inventaire des secteurs; évaluer le risque pour la santé de chacun des secteurs ciblés

Ville de Québec :

- Effectuer un inventaire des secteurs problématiques sur le territoire de la Ville; évaluer les actions à entreprendre pour diminuer les effets

98. Vigie en lien avec des épisodes de chaleur accablante

ASSS/DRSP :

- Exercer une veille environnementale pour déclencher, le cas échéant, une intervention en lien avec un épisode de chaleur accablante; déterminer les façons de déceler les îlots de chaleur sur le territoire de la Ville de Québec

INSPQ :

- Soutenir la DRSP dans ses démarches préliminaires pour déceler des îlots de chaleur

CSSS :

- Renforcer les messages de prévention relatifs aux épisodes de chaleur accablante, notamment auprès des groupes plus vulnérables comme les personnes âgées

Ville de Québec :

- Mettre en branle son plan d'intervention lors d'un épisode de chaleur accablante; prévoir des mesures pour réduire les répercussions des îlots de chaleur

99. Documentation du domaine du développement durable

ASSS/DRSP :

- Sensibiliser la population aux problèmes d'origine environnementale (ex. : changements climatiques, réduction de l'utilisation des pesticides et des combustibles fossiles, chauffage au bois, aménagement urbain et transport durable); concevoir un plan intégrateur des activités de l'équipe Santé environnementale dans une perspective de développement durable; s'arrimer avec les instances régionales des partenaires ministériels de même que des partenaires municipaux qui ont conçu des plans d'action sur les changements climatiques

Activité à développer

- Participation à une action concertée d'ampleur nationale concernant l'amiante retrouvé dans les édifices municipaux et communautaires et les établissements de santé.

Santé au travail

Le domaine de la santé en milieu de travail se préoccupe de la prévention des lésions professionnelles. Il regroupe les interventions visant à protéger les travailleurs des facteurs de risque de nature physique, chimique et biologique ainsi que des facteurs de risque associés aux caractéristiques organisationnelles du milieu de travail ou pouvant être responsables des troubles musculosquelettiques. Ce domaine de la santé publique est encadré par la Loi sur la santé et la sécurité du travail et la Loi sur la santé publique et par différents contrats et ententes de gestion qui déterminent les mandats des équipes de santé au travail et les services à offrir aux milieux de travail. Une équipe régionale appartenant à la Direction régionale de santé publique soutient trois équipes locales relevant des CSSS qui assurent les services dans les milieux de travail. Le CSSS de la Vieille-Capitale assure les services sur le territoire du CSSS de Québec-Nord. Depuis 2007, la planification des activités en santé au travail doit également tenir compte d'un cahier des charges négocié centralement chaque année avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), lequel laisse une place réduite pour des priorités régionales, particulièrement dans les secteurs d'activité économique non prioritaires. La plupart des activités se font dans le cadre de programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE) dans les secteurs d'activité économique désignés prioritaires.

Portrait de la situation*

Le portrait des caractéristiques des établissements et des emplois de la région a peu changé depuis 2004. Le nombre de travailleurs de la région de la Capitale-Nationale se situe à près de 310 000. Le nombre d'établissements se situe autour de 19 500, mais, à ce jour, plusieurs secteurs d'activité économique ne sont pas reconnus prioritaires et, ainsi, peu sont couverts par les services de santé au travail. La région se caractérise toujours par une faible présence des secteurs primaire et secondaire et par une plus grande proportion de services gouvernementaux (15 %) que celle observée pour tout le Québec (6 %).

Les statistiques sur les lésions professionnelles indemnisées par la CSST de 2000 à 2003 établissent une moyenne annuelle de près de 12 700 lésions, alors que la moyenne était de 13 000 lésions au cours de la période de 1997 à 2000. Les secteurs d'activité économique où on retrouve le plus grand nombre de lésions font partie du secteur tertiaire, soit les secteurs du commerce, les autres services commerciaux et personnels et les services médicaux et sociaux, soit les secteurs les plus développés du territoire. Le taux de lésions chez les hommes est le double de chez les femmes. Les lésions au tronc sont les plus fréquentes (42 %), suivies des lésions aux membres supérieurs et inférieurs (plus de 25 %). Les travailleurs de moins de 30 ans ont la fréquence relative de lésions la plus importante.

* Ce portrait a été tiré essentiellement de M. FERLAND et M. PAGEAU, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008.

Le nombre de jours d'indemnisation et le niveau d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychologique (APIPP) sont des indicateurs de la gravité des lésions. En moyenne, la durée d'indemnisation est passée de 40 jours entre 1997 et 2000 à 50 jours en 2003, ce qui la situe, toutefois, en bas de la moyenne provinciale, qui est estimée à 60 jours. La tendance montre donc une légère diminution des lésions professionnelles, mais une augmentation de leur gravité; cette tendance est aussi observée à l'échelle provinciale et elle toucherait tout particulièrement les femmes. Les lésions musculosquelettiques entraînent une durée moyenne de 67 jours d'indemnisation dans la région. Toutefois, les troubles ou syndromes mentaux constituent le type de lésion dont la durée d'indemnisation est la plus longue, soit 106 jours en moyenne. Cependant, il est notoire que ces maladies sont sous-déclarées à la CSST et qu'elles sont prises en charge par les régimes collectifs d'assurances. Par ailleurs, en matière de gravité de lésion, la surdité professionnelle est une maladie professionnelle pour laquelle on reconnaît un niveau élevé d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychologique.

En 2005, le tiers des travailleurs de la région rapportait vivre un stress quotidien élevé au travail, et les femmes étaient davantage touchées (38 %) que les hommes (30 %). On note, cependant, une diminution du phénomène si on le compare aux données observées en 2000-2001, où près de 50 % des travailleurs déclaraient un tel niveau de stress. Près de la moitié des femmes (47 %) ont rapporté un manque de latitude décisionnelle au travail, ce qui constitue un des facteurs ayant des effets néfastes sur la santé psychologique, et les jeunes de 15 à 24 ans seraient particulièrement touchés (60 %).

En 2006, le directeur régional de santé publique a reçu 102 déclarations de maladies à déclaration obligatoire. Les facteurs de risque chimique les plus souvent mis en cause sont, dans l'ordre, le plomb, le monoxyde de carbone et l'amiante. Les données sur les niveaux de plombémie observés suggèrent une diminution de l'imprégnation au plomb entre 2004 et 2006, ce qui indique une diminution de l'exposition des travailleurs. Les cas d'intoxication au monoxyde de carbone sont fréquemment survenus à la suite d'une exposition causée par l'utilisation d'un moteur à combustion dans un espace confiné insuffisamment ventilé. Les maladies attribuables à l'exposition à l'amiante reflètent l'exposition importante à l'amiante qui avait cours par le passé, compte tenu de la latence de ces maladies. L'exposition à l'amiante est observée présentement lors de travaux de rénovation immobilière.

Plusieurs demandes d'information de la clientèle concernant, par ailleurs, des problèmes de prolifération de moisissures qui sont effectivement observés dans les milieux de travail.

Le portrait des travailleuses enceintes ou qui allaitent qui se prévalent du droit au retrait préventif et les facteurs de risque auxquels elles sont exposées changent peu au fil des ans. Cependant, le nombre de demandes reçues et traitées augmente d'environ 5 % annuellement depuis 2004 et a atteint 4 510 en 2007*. Les recommandations faites par les médecins désignés des CSSS sont établies à la suite d'une caractérisation de l'exposition des travailleuses et par la révision de la littérature scientifique disponible sur le travail et la grossesse.

Les interventions

Plusieurs activités prévues par le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 ont été réalisées. Certaines répondaient à des priorités provinciales d'intervention, telles que l'exposition au béryllium, au manganèse et aux facteurs de risque générés par le procédé de peinture électrostatique. D'autres activités issues de priorités provinciales des années 2000 à 2007 ont débuté et se poursuivent, telles que la prévention de l'exposition aux isocyanates dans les ateliers de carrosserie automobile, la gestion des risques infectieux et la vaccination de travailleurs dans les milieux ciblés ainsi que l'implantation du programme de détermination des facteurs de risque responsables des troubles musculosquelettiques en milieu de travail.

Plusieurs activités répondant à des priorités régionales ont pu également être faites, dont un projet qui visait à outiller les intervenants des CSSS pour sensibiliser les travailleurs et les employeurs aux répercussions de la surdité professionnelle en abordant ses conséquences sur la communication et la vie familiale et sociale. Des personnes atteintes de surdité professionnelle travaillant sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale ont également été rencontrées dans le cadre d'un programme de soutien à la réadaptation. À l'échelle régionale, d'autres activités ont eu lieu afin de mieux connaître et de réduire l'exposition à certains facteurs de risque chimique, dont le monoxyde de carbone (CO) dans les arénas, l'anhydride sulfureux (H₂S) dans le secteur de l'agriculture, les solvants organiques chez les enseignants et les étudiants en arts, et le plomb et le goudron de houille dans les ateliers de réparation de radiateurs. Un autre projet, cette fois-ci en santé mentale, a permis de produire un guide de prévention de la violence pour le personnel en milieu scolaire. Enfin, le Groupe de référence et d'intervention en santé mentale au travail[†] poursuit sa réflexion pour proposer une stratégie d'intervention à implanter dans les établissements où les problèmes de santé mentale ont une prévalence importante.

* Ces constatations ont été faites à partir des bilans annuels des équipes de santé au travail.

† Le Groupe de référence et d'intervention en santé mentale au travail (GRISMT) est composé d'intervenants du CSSS de la Vieille-Capitale, de membres de l'équipe régionale et de chercheurs de la Chaire de recherche du Canada sur l'intégration professionnelle et l'environnement psychosocial de travail de l'Université Laval.

Cependant, quelques activités planifiées n'ont pu être implantées, ce qui peut s'expliquer de différentes façons. Les priorités nationales d'intervention déterminées par le comité permanent CSST-MSSS, qui se sont ajoutées au cours de la période 2004-2007, ont eu une incidence sur ce qu'il était possible de faire régionalement. L'augmentation croissante des demandes de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite ainsi que le traitement des déclarations de MADO ont joué également un rôle sur le temps disponible pour des priorités régionales. Ainsi, par exemple, le suivi du programme provincial sur l'exposition à la silice dans les établissements non prioritaires n'a pu être réalisé, non plus que la systématisation des interventions préventives concernant les solvants, les cancérigènes ainsi que les agresseurs chimiques responsables de l'asthme professionnel et des intoxications professionnelles. Cependant, même si l'équipe régionale n'a pu planifier ou implanter certaines activités du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007, des interventions portant sur ces problématiques ont néanmoins été accomplies dans plusieurs milieux de travail où les intervenants des CSSS sont actifs. En effet, ces derniers donnent des services dans les établissements des groupes prioritaires dans le cadre des PSSE. Ainsi, concernant l'exposition aux solvants, des interventions ont eu lieu dans une centaine d'établissements entre 2002 et 2007. L'exposition à la silice, quant à elle, a été le sujet d'une intervention dans 47 établissements. Des interventions pour prévenir l'asthme professionnel dû à la farine et aux grains, aux poussières de bois et aux isocyanates ont également eu lieu, ainsi que des interventions visant la réduction de l'exposition aux cancérigènes. Des interventions ont également été faites lors des enquêtes épidémiologiques effectuées à la suite de déclarations de MADO.

Défis liés à l'implantation de l'offre de service

Le nouveau cadre de gestion de la CSST, adopté en novembre 2006, oblige à revoir à la baisse le nombre d'activités répondant à des priorités régionales qui pourraient être introduites dans la mise à jour du plan d'action régional, particulièrement pour les établissements des groupes non prioritaires. En effet, des priorités d'intervention provinciales seront déterminées par le comité permanent CSST-MSSS jusqu'en 2012, et elles devront être intégrées en cours de route au plan d'action régional. Il est difficile, dans ce contexte, d'évaluer précisément les ressources disponibles pour les priorités régionales.

Le défi sera d'établir une certaine systématisation des interventions touchant des priorités d'intervention régionales, en proposant des outils qui pourraient être intégrés dans les PSSE et qui pourraient orienter les intervenants dans la même direction. Il sera ainsi possible de donner suite aux activités du plan d'action régional qui n'ont pu être entreprises jusqu'à maintenant, en mettant en place un comité de travail qui aurait comme mandat d'établir les interventions possibles et de les mener à bien. La systématisation pourrait également créer un contexte favorable à l'évaluation des interventions et à la détermination des indicateurs de résultats permettant de mesurer l'atteinte des objectifs et, ainsi, d'en rendre compte.

Stratégiquement, la Direction régionale de santé publique veut également se donner les moyens d'influencer le choix des priorités nationales. Pour ce faire, elle devra consacrer du temps et des efforts à actualiser sa connaissance des établissements de son territoire ainsi que des agresseurs auxquels les travailleurs sont exposés et de leur état de santé, compte tenu du caractère évolutif du monde du travail. Ces activités de connaissance et de surveillance aideront de même à mieux déterminer les priorités régionales. L'exécution de portraits de la population des travailleurs et le traitement des données disponibles (lésions professionnelles, MADO) permettant de connaître et de surveiller l'état de santé ou leur exposition à des facteurs de risque ont été intégrés dans la mise à jour du plan d'action régional. D'ailleurs, ce type d'activité constitue un mandat central de la Direction régionale de santé publique. C'est un des moyens à utiliser pour influencer les décideurs afin d'offrir des services préventifs aux populations de travailleurs les plus à risque¹⁴⁸.

Finalité))))) Cibles

Réduire les problèmes de santé attribuables à l'exposition à des facteurs de risque de nature physique, chimique et biologique et à des facteurs de risque associés aux caractéristiques organisationnelles du milieu de travail ou pouvant être responsables des troubles musculosquelettiques.

D'ici 2012 :

1. Diminuer les risques pour les clientèles exposées aux agents biologiques (bactéries, virus, moisissures) et favoriser une meilleure gestion de ces facteurs de risque dans les milieux de travail.
2. Diminuer l'incidence des issues défavorables de la grossesse attribuables au milieu de travail par la réduction de l'exposition des travailleuses enceintes à des risques professionnels pouvant avoir des effets sur la grossesse ou l'enfant à naître.
3. Réduire l'incidence de la surdité professionnelle par la réduction de l'exposition à des bruits extrêmes et réduire les conséquences associées à cette maladie.
4. Réduire l'incidence des troubles musculosquelettiques par la réduction des facteurs de risque en milieu de travail.
5. Diminuer l'incidence des maladies professionnelles pulmonaires par la réduction de l'exposition, et la gravité des manifestations de l'asthme professionnel par le retrait des travailleurs atteints du lieu de l'exposition.
6. Diminuer l'incidence des intoxications professionnelles au monoxyde de carbone, à l'hydrogène sulfuré, au plomb et aux solvants organiques et leurs conséquences sur la santé par la réduction de l'exposition.
7. Réduire l'exposition des travailleurs aux cancérogènes.
8. Réduire les problèmes de santé psychologique d'origine professionnelle par la réduction des facteurs de risque liés à l'organisation du travail.

Activités

Activités à accomplir

Contribution attendue des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels

100. Programme provincial concernant les risques biologiques

ASSS/DRSP :

- Informer et soutenir les intervenants des CSSS

CSSS :

- Poursuivre l'implantation du programme; promouvoir une bonne gestion des risques biologiques et vacciner les travailleurs au besoin

101. Promotion d'un environnement de travail sans prolifération de moisissures

ASSS/DRSP :

- Promouvoir les bonnes pratiques pour éviter la contamination et favoriser l'utilisation de bonnes méthodes de décontamination

102. Programme de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite

ASSS/DRSP :

- Réviser le programme de gestion PMSD et brosser un portrait descriptif de la population et des facteurs de risque à l'origine des demandes

CSSS :

- Traiter les demandes; suivre l'évolution des connaissances dans le domaine; participer à la révision du programme

103. Programme provincial de lutte contre le bruit en milieu de travail lorsque des travailleurs sont exposés à des bruits extrêmes

ASSS/DRSP :

- Informer et soutenir les intervenants des CSSS

CSSS :

- Implanter le programme; signaler au directeur régional de santé publique les situations où les travailleurs sont exposés à des bruits extrêmes; établir avec les établissements les possibilités de réduction à la source du bruit et soutenir les milieux de travail dans leurs démarches d'implantation des solutions retenues

CSST :

- Assurer le respect de la réglementation dans les milieux de travail; tenir le directeur régional de santé publique informé de ses interventions



<p>104. Service de suivi du dépistage auditif des travailleurs (seulement CSSS VC)</p>	<p>CSSS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offrir le programme aux travailleurs atteints de surdité professionnelle et à leur conjoint ou conjointe
<p>105. Surveillance de la surdité professionnelle et de l'exposition des travailleurs au bruit</p>	<p>ASSS/DRSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brosser périodiquement un portrait de l'exposition au bruit
<p>106. Programme provincial concernant la prévention des troubles musculosquelettiques (TMS) et l'offre de service régionale</p>	<p>ASSS/DRSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer l'implantation de l'offre de service; soutenir les intervenants des CSSS; s'entendre avec la CSST sur sa collaboration pour les établissements qui refusent de gérer les contraintes <p>CSSS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer la nouvelle offre de service régionale et participer à l'évaluation des outils <p>CSST :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaborer au programme, lorsque nécessaire
<p>107. Surveillance des TMS et des facteurs de risque chimique</p>	<p>ASSS/DRSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectuer le suivi des indicateurs du plan commun de surveillance
<p>108. Programme provincial concernant l'exposition aux isocyanates dans les ateliers de carrosserie et de peinture</p>	<p>ASSS/DRSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informer et soutenir les intervenants des CSSS <p>CSSS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre l'implantation du programme <p>CSST :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer le respect de la réglementation dans les milieux de travail; tenir le directeur régional de santé publique informé de ses interventions
<p>109. Programme d'intervention concernant les cancérogènes complémentaire aux activités effectuées dans le cadre des PSSE</p>	<p>ASSS/DRSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Élaborer un programme régional d'intervention concernant les cancérogènes <p>CSSS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participer à l'élaboration du programme et le mettre en application
<p>110. Élaboration de stratégies d'intervention pour le secteur de la construction visant les travailleurs exposés au bruit, à la poussière (amiante, silice) et au monoxyde de carbone</p>	<p>ASSS/DRSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Élaborer des stratégies d'intervention avec la CSST et les CSSS <p>CSSS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participer à l'élaboration de stratégies d'intervention et les mettre en application <p>CSST :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participer à l'élaboration de stratégies d'intervention et mettre en application les actions qui la concernent
<p>111. Interventions pour réduire l'exposition des travailleurs, dans le cadre des PSSE, lorsqu'un facteur de risque chimique ciblé dans le PNSP* est décelé</p>	<p>CSSS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer l'exposition des travailleurs; promouvoir et soutenir les établissements dans la réduction de l'exposition; signaler aux autorités concernées les déficiences dans les conditions de santé et de sécurité <p>CSST :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer le respect de la réglementation dans les milieux de travail; tenir le directeur régional de santé publique informé de ses interventions

* Facteurs de risque des maladies pulmonaires (silice, amiante, béryllium, poussières de bois et de farine, isocyanates), des intoxications professionnelles (monoxyde de carbone, gaz irritants, hydrogène sulfuré, plomb, solvants organiques) et des cancers professionnels (amiante, poussières de bois, plomb et autres cancérogènes).

Contribution attendue des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels

● Activités à accomplir

112. Enquête épidémiologique et intervention dans les établissements, en cas de déclarations de MADO et de signalements

- ASSS/DRSP :
- Aviser la CSST des menaces pour la santé
- CSSS :
- Procéder aux enquêtes épidémiologiques
- CSST :
- Assurer le respect de la réglementation dans les milieux de travail; tenir le directeur régional de santé publique informé de ses interventions

113. Élaboration de stratégies en vue de favoriser la déclaration des MADO par les médecins et les laboratoires

- DRSP :
- Élaborer et réaliser les actions en vue de favoriser les déclarations

114. Promotion des obligations de l'employeur concernant le harcèlement psychologique (article 81.19 de la Loi sur les normes du travail)

- ASSS/DRSP, CSSS, Commission des normes du travail :
- Définir une stratégie de communication de ses obligations à l'employeur, pour des équipes de CSSS

115. Validation de l'outil de caractérisation préliminaire d'un milieu de travail au regard de la santé psychologique au travail

- INSPQ, CSSS, ASSS/DRSP :
- Participer au projet pilote provincial

116. Réalisation et évaluation de démarches d'intervention participative concernant les problèmes de santé psychologique d'origine professionnelle dans les milieux de travail demandeurs

- Université Laval*, CSSS, ASSS/DRSP :
- Soutenir le développement de la démarche d'intervention

Activités à développer

- Conception d'outils contribuant à la prise en charge du risque professionnel infectieux par les milieux de travail (ex. : SRAS, influenza pandémique).
- Établissement d'un état de situation concernant l'exposition aux maladies professionnelles infectieuses dans la région : agents en cause, secteur d'activité économique concerné, moyens préventifs en place.
- À partir des données disponibles (information sur les milieux de travail, données de surveillance, MADO, etc.), relevé des milieux de travail à risque d'exposition aux facteurs de risque chimique, établissement des priorités d'action (situations à risque, clientèle à risque, produits chimiques en cause) et élaboration de stratégies d'intervention.
- Élaboration d'une stratégie d'intervention concernant les intoxications professionnelles en complémentarité avec les activités effectuées dans le cadre des PSSE.
- Intervention dans les ateliers de carrosserie automobile ouverts depuis 2004 au regard de l'exposition aux isocyanates et à la silice.
- Dans le cadre de la réalisation des PSSE, activité d'information dans les milieux de travail sur les facteurs de risque responsables des atteintes à la santé mentale dans l'organisation du travail.

* Chaire de recherche du Canada sur l'intégration professionnelle et l'environnement psychosocial de travail de l'Université Laval.

Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives

La promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives (PCP) reconnues efficaces auprès des cliniciens de première ligne est l'une des stratégies choisies par le Programme national de santé publique 2003-2012 afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population¹⁴⁹. Les PCP sont un ensemble d'interventions effectuées par un clinicien (professionnel de la santé) auprès d'un patient, allant du counseling à la chimioprophylaxie, en passant par le dépistage et l'immunisation. Elles visent à promouvoir la santé et à prévenir les maladies, les blessures ainsi que les problèmes psychosociaux¹⁵⁰. Il est reconnu que les PCP peuvent avoir des effets importants sur l'amélioration de l'état de santé de la population.

Les cliniciens de première ligne : des alliés privilégiés pour agir sur la santé de la population

Les professionnels de la santé constituent des partenaires importants au regard des PCP. En effet, ils sont placés dans une position privilégiée pour faire de la promotion de la santé, de la prévention et de la protection (PPP), d'une part parce qu'ils représentent pour la population des interlocuteurs crédibles, d'autre part parce qu'ils rencontrent annuellement plus des deux tiers de celle-ci¹⁵¹. Bien que plusieurs cliniciens aient déjà adopté de telles pratiques, la diffusion de l'ensemble des PCP auprès des professionnels de la santé et surtout leur application dans la pratique courante demeurent des défis pour la santé publique. Différentes composantes de la pratique des cliniciens influencent la prestation de services préventifs. Le manque de temps constitue la barrière la plus fréquemment nommée par les médecins¹⁵². D'autres éléments, tels que le peu de soutien et de suivi donnés aux cliniciens à la suite des formations académiques, l'absence de rémunération pour la grande majorité des actes préventifs ainsi que la demande pressante et presque exclusive de la part des patients pour des soins curatifs, sont relevés comme freins à l'intégration de la PPP dans leur pratique¹⁵³.

Il faut chercher à diminuer les différentes barrières relevées par les cliniciens et à créer des conditions favorables à l'intégration de la PPP dans les pratiques cliniques.

De nouvelles connaissances pour soutenir l'action des intervenants de santé publique

Les stratégies les plus souvent utilisées pour soutenir les cliniciens dans ces changements de pratique sont la formation ainsi que la production et la distribution d'outils et de bulletins d'information. Toutefois, il apparaît que les stratégies qui visent uniquement la transmission de connaissances aux cliniciens, lorsqu'elles sont utilisées seules, sont peu efficaces pour parvenir à des changements de pratique¹⁵⁴. En plus des connaissances, la modification de l'environnement et des conditions de travail des cliniciens serait en effet essentielle à l'adoption par ces derniers d'un nouveau comportement et à son maintien.

Les interventions qui visent à la fois l'individu et l'organisation du travail, qui tiennent compte des éléments qui facilitent ou qui limitent le changement, qui favorisent le travail d'équipe entre les membres du milieu clinique et qui misent sur un soutien continu sont parmi celles qui méritent une attention particulière¹⁵⁵. Les systèmes de rappel visant les cliniciens, les équipes d'amélioration de la qualité des soins, le système de bureau sur mesure ou de facilitation, les interventions visant le patient de même que les interventions qui comportent plusieurs stratégies (multifacettes) apparaissent les plus efficaces pour amener les professionnels de la santé à intégrer davantage la PPP dans leur pratique quotidienne¹⁵⁶. Ainsi, une intervention multifacette qui modifie la disposition des cliniciens à intégrer davantage d'actes préventifs (ex. : une formation qui permet d'améliorer les connaissances), qui met en place des facteurs environnementaux facilitants (ex. : une redistribution des rôles entre les membres de la clinique au regard de la PPP, ce qui agit sur l'organisation de la pratique) et qui utilise du renforcement (ex. : un soutien continu par la rétroaction) semble offrir un meilleur potentiel d'efficacité.

De plus, des conditions de réussite devraient guider les interventions faites auprès des cliniciens afin d'en maximiser l'efficacité¹⁵⁷ :

- 1. La motivation des milieux cliniques :** miser sur l'attitude positive des membres du milieu à l'égard de la PPP et tenir compte des éléments qui peuvent être porteurs de changement (capacité de travailler en équipe, présence d'un leader local, objectifs de changements de pratique qui concordent avec les priorités du milieu, etc.).
- 2. L'accompagnement des milieux cliniques :** travailler avec les professionnels du milieu pour les soutenir tout au long de leur démarche de changement de pratique.
- 3. La flexibilité de l'intervention :** tenir compte des caractéristiques propres à chaque milieu et adapter l'intervention selon l'analyse des barrières, des besoins, des ressources disponibles, de la structure organisationnelle, etc.
- 4. L'intensité de l'intervention :** revenir à la charge à plusieurs reprises, avec plusieurs outils et auprès de l'ensemble du personnel d'un même milieu.
- 5. La continuité de l'intervention :** implanter l'intervention sur une période étendue et assurer sa pérennité.
- 6. L'inclusion de changements organisationnels dans l'intervention :** aller au-delà du simple transfert de connaissances en créant un environnement favorisant la prestation de services préventifs.

Bilan des principaux travaux de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale en rapport avec les pratiques cliniques préventives

Différentes actions ont été accomplies depuis 2004 à la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale relativement aux PCP. Un groupe de travail interéquipe a d'abord été mis sur pied en octobre 2004 afin de proposer une démarche pour une approche intégrée en matière de PCP à la direction. Les professionnels des équipes ont alors été amenés à faire l'inventaire des activités de PCP du plan d'action régional et à les analyser à partir de critères objectifs, tels que les données probantes et la faisabilité.

À l'hiver et à l'été 2006, une étude des besoins des intervenants de la direction travaillant dans des dossiers PCP¹⁵⁸ de même que des entrevues avec les gestionnaires des quatre CSSS et de l'Hôpital Jeffery Hale - St-Brigid's¹⁵⁹ ont été menées. Ces travaux ont permis de cerner des conditions favorables à l'actualisation des dossiers PCP, plus précisément au regard du soutien à offrir aux milieux cliniques et aux professionnels de la Direction régionale de santé publique. Depuis 2006, un calendrier sur les PCP a été mis en place pour les intervenants de la direction afin de favoriser une meilleure coordination des actions menées auprès des cliniciens de la région. Plus récemment, une revue de la littérature, financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, portant sur les stratégies d'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques a été publiée¹⁶⁰. Les résultats de ce travail ont été diffusés de façon active et soutenue auprès des équipes de la Direction régionale de santé publique à l'hiver 2008.

La perspective pour les pratiques cliniques préventives dans la région

Les actions liées aux PCP devront être consolidées dans les prochaines années afin de tenir compte des nouvelles connaissances, mais aussi pour agir en concordance avec la restructuration des services de première ligne, en particulier la création en 2004 des CSSS et des réseaux locaux. Le développement, dans les dernières années, des GMF et des cliniques-réseau constitue également une occasion à saisir, particulièrement en raison de la présence dans ces milieux d'infirmières qui collaborent avec les médecins.

Les mesures à prendre tiendront compte des stratégies reconues efficaces dans la littérature actuelle et des conditions de réussite qui s'en dégagent. Les CSSS seront amenés à y prendre part compte tenu de leur responsabilité populationnelle et de leur rôle d'animation dans leur réseau local. La collaboration des cliniciens de première ligne concernés est également essentielle à la mise en œuvre de ces mesures.

Selon les données obtenues dans la littérature et les expériences antérieures, le modèle de collaboration à mettre en place préconise l'identification, la formation et le soutien de professionnels de la santé dans des CSSS et des milieux cliniques volontaires agissant comme interlocuteurs privilégiés (ex. : tandem médecin-infirmière) afin qu'ils deviennent des promoteurs de PPP auprès de leurs pairs. Par l'intermédiaire d'interlocuteurs privilégiés, il serait possible d'appliquer les conditions d'efficacité et les stratégies reconnues efficaces d'intégration de la PPP dans les pratiques cliniques quotidiennes. Cela favoriserait également un contexte de travail propice à l'institution d'une culture et d'une structure organisationnelles favorables à la PPP. Ces interlocuteurs privilégiés seraient accessibles à l'ensemble des professionnels de santé publique.

Défis liés à l'implantation de l'offre de service

Selon les informations qui précèdent, les intervenants de santé publique de la région de la Capitale-Nationale, tant à l'échelle locale que régionale, auront à faire face à divers défis en rapport avec les PCP dans les prochaines années. Plus précisément, ils seront amenés à définir l'offre de service régionale en matière de promotion et de soutien à l'intégration des PCP. Des efforts devront également être faits afin de s'approprier et de mettre en œuvre les stratégies les plus efficaces d'intégration de la PPP en milieu clinique et d'en assurer la pérennité. Enfin, il sera nécessaire de créer des alliances avec des acteurs clés régionaux afin de favoriser le déploiement des PCP et de renforcer, par le fait même, la promotion de la santé, la prévention et la protection dans le système de santé et de services sociaux, en particulier les services de première ligne.

Finalité))))) Cible

Favoriser et soutenir les pratiques cliniques préventives en vue de promouvoir la santé et de prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux.

D'ici 2012 :

1. Accroître et optimiser la promotion de la santé, la prévention et la protection dans les milieux cliniques.

Activités

Activités à accomplir

Contribution attendue des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels

117. Adaptation de l'offre de service PCP des différents domaines d'intervention selon les stratégies reconnues efficaces et les conditions d'efficacité

ASSS/DRSP :
 • Revoir l'offre de service PCP

118. Développement d'un modèle de collaboration basé sur la présence de porteurs de PPP en milieu clinique

ASSS/DRSP, CSSS, GMF, cliniques-réseau :
 • Préciser le modèle de collaboration; convenir des responsabilités respectives

119. Soutien au déploiement des PCP dans la région par l'établissement des alliances nécessaires

ASSS/DRSP :
 • Établir les alliances avec le DRMG, la DRAMUH ainsi que la DRPC de l'Agence

Activité à développer

- Planification, mise en œuvre et évaluation du modèle de collaboration dans quelques milieux cliniques.

Les pratiques cliniques préventives

Voici la liste des pratiques cliniques préventives, par domaine d'intervention, qui sont offertes aux milieux cliniques ou qui seraient à développer. Par ailleurs, certaines PCP inscrites dans le Programme national de santé publique sont déjà bien intégrées dans les services cliniques et elles ne nécessitent pas de soutien de la part de la santé publique. Celles-ci sont présentées dans le dernier tableau.

Les pratiques cliniques préventives offertes aux milieux cliniques



Domaines du PAR

Activités offertes

Développement, adaptation et intégration sociale

Périnatalité et petite enfance

- Counseling sur la consommation d'alcool et de drogues auprès des femmes enceintes
- Counseling en matière d'allaitement maternel (formation et création d'outils cliniques)

Jeunesse

- Counseling sur l'activité sexuelle et les méthodes de contraception auprès des adolescents actifs sexuellement, incluant l'application des ordonnances collectives en matière de contraception hormonale par les cliniques jeunesse

Adultes et personnes âgées

- Recherche de cas de violence conjugale chez les adultes, notamment les femmes enceintes
- Recherche de cas d'abus et de négligence dont seraient victimes les personnes âgées
- Conception et réalisation d'une campagne de promotion pour inciter les praticiens de première ligne médicale et sociale à détecter précocement et à améliorer la prise en charge des troubles dépressifs chez les adultes
- Soutien à l'élaboration et à la diffusion d'outils d'information et d'aide à la pratique auprès des praticiens de première ligne médicale et sociale afin de faciliter la détection et la prise en charge des troubles dépressifs chez les adultes

Habitudes de vie et maladies chroniques

- Counseling en faveur d'une saine alimentation
- Counseling concernant l'abandon du tabagisme
- Recommandation d'une pratique régulière d'activité physique
- Counseling sur les facteurs de risque des maladies chroniques suivantes : obésité, hypertension artérielle, diabète, ostéoporose, MPOC, asthme
- Counseling sur la problématique de la gestion du poids
- Dépistage du cancer du sein : recommandation, par les médecins, d'offrir aux femmes âgées de 50 à 69 ans de participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein
- Counseling sur l'utilisation optimale du fluorure dans la prévention de la carie dentaire
- Application sélective d'agents de scellement des puits et fissures sur les molaires permanentes chez les enfants de 5 à 15 ans
- Counseling concernant la consommation d'aliments cariogènes chez les personnes à risque élevé de carie dentaire

Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes

- Évaluation multidisciplinaire des facteurs de risque de chute chez les personnes âgées à risque vivant à domicile

Maladies infectieuses

- Dépistage des ITSS et interventions préventives
- Vaccination pour les personnes appartenant aux groupes ciblés

Les pratiques cliniques préventives à développer



● Domaines du PAR	Activités à développer
Développement, adaptation et intégration sociale	
Périnatalité et petite enfance	<ul style="list-style-type: none">• Recommandation aux familles défavorisées de bénéficier des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance et orientation des enfants défavorisés vers les centres de la petite enfance pour des interventions éducatives précoces
Adultes et personnes âgées	<ul style="list-style-type: none">• Détection précoce de la dépression chez les personnes âgées, les femmes enceintes et les femmes en postnatal et référence au service diagnostic de traitement ou de suivi• Recherche de cas et counseling sur la consommation excessive d'alcool
Habitudes de vie et maladies chroniques	<ul style="list-style-type: none">• Réalisation dans les établissements sélectionnés du projet Systématisation des soins concernant l'hypertension artérielle chez les personnes âgées• Vérification de la faisabilité d'élaborer un ou des outils pour faciliter l'offre de dépistage aux femmes de 70 ans et plus par leur médecin traitant
Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes	<ul style="list-style-type: none">• Déploiement régional des interventions visant une utilisation optimale des médicaments pour les personnes âgées, en particulier celles à risque de chute• Prévention des fractures chez les personnes âgées (appréciation du risque fracturaire) dans le cadre du projet MARCHE

Les pratiques cliniques préventives intégrées dans les services



● Domaines du PAR	Activités déjà intégrées
Développement, adaptation et intégration sociale	
Périnatalité et petite enfance	<ul style="list-style-type: none">• Dépistage systématique de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie congénitale auprès des nouveau-nés (programme provincial)• Recommandation de la prise d'une dose d'acide folique aux femmes en âge de procréer
Maladies infectieuses	<ul style="list-style-type: none">• Dépistage de la rubéole chez les femmes enceintes• Dépistage du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et des autres ITS chez les femmes enceintes
Habitudes de vie et maladies chroniques	<ul style="list-style-type: none">• Dépistage du cancer du col de l'utérus

Surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants

En vertu de la Loi sur la santé publique, le directeur régional de santé publique doit mettre en œuvre des mesures visant à effectuer une surveillance continue de l'état de santé de la population en général et de ses facteurs déterminants afin d'en connaître l'évolution. La Loi attribue cette fonction de manière exclusive au ministre de la Santé et des Services sociaux et aux directeurs de santé publique. Elle prévoit la tenue régulière d'enquêtes sociosanitaires auprès de la population et la mise en place de systèmes de collecte de renseignements. De plus, à la faveur des rapports thématiques, la Direction régionale de santé publique cherche à enrichir les connaissances sur les différentes communautés, notamment par l'analyse de milieux.

Portrait de la situation

La surveillance est l'appréciation continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants. Elle consiste en un ensemble d'activités permettant de connaître, de décrire et d'analyser l'état de santé et de bien-être de la population, classiquement présenté selon le sexe, l'âge et le territoire, avec une attention particulière aux problèmes, aux facteurs de risque, aux déterminants, aux écarts et aux tendances en vue d'informer la population sur son état de santé. La fonction de surveillance s'exerce donc en étroite relation avec les autres fonctions essentielles de santé publique que sont la promotion, la prévention et la protection. Elle doit également soutenir la prise de décision et le processus de planification sociosanitaire. Dans ce contexte, la fonction de surveillance met à contribution et rejoint, à différents points de vue, tous les partenaires régionaux visés par la santé et le bien-être de la population de la région.

L'exercice de la responsabilité populationnelle exige la disponibilité d'informations sociosanitaires fiables et transmises régulièrement. C'est pourquoi, pour notre région, le directeur régional de santé publique produit et diffuse régulièrement des rapports permettant le suivi dans le temps d'indicateurs qui permettent de dresser un diagnostic populationnel. À cet égard, mentionnons, en plus de la production de rapports thématiques et des réponses à des besoins précis, la production et la diffusion de rapports statutaires, soit ceux sur le portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale et ceux livrant les principaux résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes dans la région de la Capitale-Nationale.

Soulignons l'adoption par le ministère de la Santé et des Services sociaux et son réseau de santé publique d'un cadre de référence en surveillance. Ce dernier permet de mieux définir cette fonction centrale et assure l'instauration de conditions favorables à son exercice. Notons également que, depuis 2007, des efforts sont faits, tant au niveau national que régional, pour la mise sur pied de l'Infocentre de santé publique, qui permettra un meilleur accès à des indicateurs validés et comparables.

Défis liés à l'implantation de l'offre de service

- Adapter les contenus des productions pour mieux rejoindre les publics visés, créer des services de soutien pour les diffuseurs et les utilisateurs de l'information produite et, enfin, instaurer un contexte de travail favorable à des échanges dynamiques et rétroactifs entre tous les acteurs concernés.
- S'assurer de l'appropriation des données de surveillance par l'ensemble des gestionnaires, notamment ceux des CSSS.
- Soutenir l'ensemble du plan d'action régional et des plans d'action locaux par des indicateurs de résultats significatifs et révélateurs des phénomènes mesurés.

Finalité))))) Cible

Informar la population sur son état de santé et sur ses déterminants et soutenir la prise de décision des partenaires sectoriels et intersectoriels en vue de l'adoption de politiques, de programmes et de plans d'action favorables à la santé.

1. Exercer une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants.

Activités

Activités à accomplir

Contribution attendue des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels

120. Mise à jour du Plan régional de surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population de la région de la Capitale-Nationale

ASSS/DRSP :

- Consulter les partenaires; mettre à jour, diffuser et suivre le plan régional de surveillance

CSSS :

- Participer à la consultation et au suivi du plan régional de surveillance

121. Production du Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale en 2010

ASSS/DRSP :

- Décrire et analyser l'évolution de l'état de santé et de ses déterminants; diffuser les résultats auprès des CSSS et des partenaires régionaux

CSSS :

- S'approprier le contenu et ajuster l'offre de service

Autres partenaires :

- S'approprier le contenu et ajuster leurs actions

122. Production du rapport sur les principaux résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes dans la région de la Capitale-Nationale en 2009

ASSS/DRSP :

- Décrire et analyser l'évolution de l'état de santé et de ses déterminants; diffuser les résultats auprès des CSSS et des partenaires régionaux

CSSS :

- S'approprier le contenu et ajuster l'offre de service

Autres partenaires :

- S'approprier le contenu et ajuster leurs actions

123. Production de rapports thématiques, soit par problématique, soit par clientèle*

ASSS/DRSP :

- Décrire et analyser l'évolution de la ou des problématiques considérées et de leurs déterminants; diffuser les résultats auprès des CSSS et des partenaires régionaux

CSSS :

- S'approprier le contenu et ajuster l'offre de service

Autres partenaires :

- S'approprier le contenu et ajuster leurs actions

* Les rapports dont on fait mention se retrouvent dans chacun des domaines du plan d'action régional.

Suivi et évaluation

L'évaluation du plan d'action régional doit servir à la prise de décision et permettre de mieux orienter les interventions de santé publique et la production de services préventifs. Il importe que l'évaluation soit continue afin de communiquer l'information produite aux responsables de santé publique ainsi qu'aux partenaires sectoriels et intersectoriels. Cela permet d'apporter les ajustements nécessaires à la mise en œuvre du plan d'action régional et des plans d'action locaux. Les activités d'évaluation à l'échelle régionale et locale visent non seulement à répondre aux impératifs de reddition de compte, mais surtout à s'assurer que les actions de santé publique contribuent à l'atteinte des résultats visés pour la population de la région de la Capitale-Nationale.

C'est dans ce contexte que le suivi et l'évaluation du plan d'action régional seront effectués. Les activités seront regroupées autour de quatre volets. Il s'agit du suivi de l'implantation des activités ou programmes, des évaluations d'implantation de programmes, du suivi des cibles et des finalités et enfin du suivi des défis à relever et de la mise en œuvre des conditions favorables.

La Direction régionale de santé publique poursuivra le suivi de l'implantation des activités du Plan d'action régional de santé publique 2009-2012, et ce, à la faveur de différents processus de reddition de compte, dont le bilan du Programme national de santé publique et ses volets régional et sous-régional. De plus, les ententes de gestion établies entre le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Agence et les établissements permettent déjà de suivre des activités ou programmes du plan d'action régional. Il faudra dans les prochaines années y intégrer un plus grand nombre d'activités ou programmes. Enfin, la reddition de compte en rapport avec le programme de subvention pour le Plan d'action régional de santé publique sera maintenue. Ces différents processus assurent l'ajustement et la pérennité des activités ou programmes de santé publique.

Pour plusieurs activités ou programmes, des évaluations d'implantation ou de processus sont prévues afin de se donner les moyens de connaître leurs forces, leurs faiblesses et leurs résultats et d'ainsi pouvoir les ajuster en les rendant plus efficaces, ce qui renforce la mobilisation des acteurs dans l'accomplissement des activités.

En ce qui concerne le suivi des cibles et des finalités du plan d'action régional, différentes stratégies de suivi et d'évaluation ainsi que différentes sources d'information seront utilisées. D'abord, il faudra poursuivre les travaux permettant de mesurer l'atteinte des cibles et des finalités. Pour ce faire, il faudra se donner des indicateurs de résultats. Dans plusieurs cas, les informations provenant du Plan régional de surveillance de l'état de santé et de ses déterminants seront mises à contribution.

Enfin, une évaluation devra s'intéresser tout particulièrement aux stratégies déployées pour relever les défis et instaurer les conditions favorables à la mise en œuvre du plan d'action régional et des plans d'action locaux. L'importance de relever ces défis est incontestable, et tous les moyens doivent être pris pour favoriser leur intégration dans les interventions de santé publique. Pour ce qui est des conditions favorables à la mise en œuvre, elles sont également nécessaires à la réussite du plan d'action. Tant pour les défis que pour les conditions favorables, il sera important de connaître la façon dont ils se concrétisent dans l'action.

Rappelons que le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan d'action régional et des plans d'action locaux qui en découlent sont la responsabilité de l'Agence, mais également des CSSS. Cette responsabilité partagée nécessite une collaboration bien articulée. Afin de garantir cette cohérence tant sur le plan de l'action que de l'évaluation, l'Agence et les CSSS peuvent s'appuyer sur la Table régionale de santé publique qui a comme mandat de conseiller le directeur de santé publique au regard de l'actualisation du plan d'action régional ainsi que de la coordination des programmes, projets et activités de santé publique. Ce comité, qui regroupe des gestionnaires de la Direction régionale de santé publique et des CSSS, est le lieu privilégié pour assurer le suivi et l'implantation du plan d'action régional et des plans d'action locaux et des activités évaluatives qui en découlent.

Conclusion

Le Plan d'action régional de santé publique 2009-2012 fait écho au Programme national de santé publique et propose différentes actions afin d'améliorer la santé de la population de la Capitale-Nationale et de diminuer les inégalités sociales de santé. Ces actions s'inscrivent en continuité avec celles menées jusqu'à maintenant, tout en précisant les contributions des acteurs de santé publique du réseau de la santé et des services sociaux et de plusieurs autres secteurs d'activité qui agiront en partenariat pour réaliser ce projet commun.

Ce plan d'action régional a été mis à jour par les équipes de la Direction régionale de santé publique qui ont consulté, lors de ce processus, leurs collègues des CSSS et leurs principaux partenaires. Par la suite, une consultation élargie a été entreprise, auprès de différentes personnes ou organisations concernées, sur les défis à relever et les conditions favorables à la mise en œuvre ainsi que sur l'ensemble des actions proposées. La Direction régionale de santé publique a analysé et a pris en considération, dans la mesure du possible, les commentaires émis.

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, par l'entremise de sa Direction régionale de santé publique, convie l'ensemble de ses partenaires à travailler en concertation et à s'engager dans la réalisation des activités inscrites dans le plan d'action régional et, ultérieurement, dans les plans d'action locaux. L'amélioration et le maintien de la santé de la population sont des objectifs à atteindre, et le plan d'action régional est très certainement un levier important pour assurer la mise en place d'interventions efficaces tout en mettant en commun les différentes compétences professionnelles de la région.

Notes

- 1 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012 Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 103 p.
- 2 Mona MERCIER, *Politique de reconnaissance et de soutien des organismes communautaires de la région de Québec : Un monde riche de solidarité*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2004, p. 46.
- 3 Claude GAGNON *et al.*, *Plan d'action régional en promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux des jeunes adultes et des adultes*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 22 p. [Document de travail].
- 4 Denise GAGNÉ *et al.*, *Propositions d'actions auprès de la population âgée de la région de la Capitale-Nationale pour un vieillissement en santé*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 35 p. [Document de travail].
- 5 Claude ROSSI et J. COLGAN, *Évaluation du Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2004-2007 : Bilan de l'implantation des activités du PAR*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2007, 7 p. [Document de travail].
- 6 Jenny TREMBLAY, Lise CÔTÉ et Michèle PARADIS, *Rapport d'évaluation de la capacité de mise en œuvre du Plan d'action régional en santé publique (PAR) 2004-2007 de la Capitale-Nationale*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique. [À paraître].
- 7 Claude ROSSI, *Manuel d'organisation de projet. Mise à jour du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007, région de la Capitale-Nationale*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 23 p.
- 8 M. FERLAND et M. PAGEAU, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les statistiques*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 527 p.
- 9 L. TREMBLAY *et al.*, *L'état de santé et de bien-être des enfants de 0-5 ans de la Capitale-Nationale : tout-petits, grands espoirs*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2007, 152 p.
- 10 H.W. KILBRIDE *et al.*, « Preschool outcome of less than 801 gram preterm infants compared with fullterm siblings », *Pediatrics*, 2004, 113(4) : 742-747.
- 11 COMMITTEE ON UNDERSTANDING PREMATURE BIRTH AND ASSURING HEALTHY OUTCOMES, BOARD ON HEALTH SCIENCES POLICY, *Preterm Birth : Causes, Consequences, and Prevention*, Washington (D.C.), A.S.B. Richard E. Behrman, Institute of Medicine, 2006, 609 p.
- 12 INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE, *La santé des enfants du Canada : Un profil de l'ICSI 3^e édition*, 2000, [page consultée le 7 février 2007]. Accessible à l'adresse : <http://www.cich.ca/French/ressources/Surveillance.htm#ProfileFrench>.
- 13 TREMBLAY L. et M-C. LEPAGE. *Bilan de programme OLO 1999-2000 à 2004-2006 : un outil pour sa consolidation en CSSS*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique, 2006, 108 p.
- 14 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Genève, OMS, 2003, 30 p.
- 15 SANTÉ CANADA, *Durée de l'allaitement maternel exclusif. Recommandations de Santé Canada*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 2004, 4 p.
- 16 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 91 p.
- 17 M. HAMEL, *Les retards de développement et l'intervention précoce Recension d'écrits*, Rimouski, Unité de santé publique, Centre hospitalier régional de Rimouski, 1994, 14 p. [Document interne].
- 18 L. TREMBLAY *et al.*, *op. cit.*
- 19 D. CICHETTI et J.T. MANLY, « Editorial : Operationalizing child maltreatment : Developmental processes and outcomes », *Developmental and Psychopathology*, 2001, 13(4) : 755-57.
- 20 L. TREMBLAY *et al.*, *op. cit.*
- 21 G. LESSARD et F. PARADIS, *La problématique des enfants exposés à la violence conjugale et les facteurs de protection : recension des écrits*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 39 p.
- 22 *Ibid.*
- 23 D.-R. RIOU, M. RINFRET-RAYNORS et S. CANTIN, *La violence envers les conjointes dans les couples québécois*, 1988, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 2003, 156 p.
- 24 Germain DUCLOS, D. LAPORTE et J. ROSS, *Les besoins et les défis des enfants de 6 à 12 ans*, Saint-Lambert, Les Éditions Héritage, 1994, 367 p.

- 25 CENTRE QUÉBÉCOIS DE LUTTE AUX DÉPENDANCES, *Drogues, savoir plus risquer moins*, Montréal, Le Centre, 2006, 203 p.
- 26 A.B. DOYLE et M.M. MORETTI, « Attachement aux parents et adaptation pendant l'adolescence Analyse bibliographique et incidence des politiques », *Pro-Ado*, 2005, 14(3) : 1842.
- 27 MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, Québec, Gouvernement du Québec, 2003, 34 p.
- 28 M. CROTEAU *et al.*, *Les étudiants de Cégep*, Longueuil, Collège Édouard-Montpetit, 1990, 230 p.
- 29 I. TREMBLAY et D. LALIBERTÉ, « Les jeunes travailleurs de la région de Québec Portrait des lésions professionnelles des jeunes de 24 ans et moins », *Fiche synthèse : La santé au travail*, vol. 2, n° 2, 2004, 4 p.
- 30 M. FERLAND et M. PAGEAU, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les analyses*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 140 p.
- 31 M. FERLAND et M. PAGEAU, *Principaux résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003 dans la région de la Capitale-Nationale*, Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2005, 85 p.
- 32 G.C. WENGER *et al.*, « Social Isolation and Loneliness in Old Age: Review and Model Refinement », *Ageing and Society*, 1996, 16: 333-358.
- 33 *Ibid.*
- 34 M. FERLAND et M. PAGEAU, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les analyses*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 140 p.
- 35 *Ibid.*
- 36 *Ibid.*
- 37 *Ibid.*
- 38 *Ibid.*
- 39 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, « Répartition des ménages locataires selon la proportion du revenu du ménage consacrée aux dépenses de loyer, Québec, Ontario et Canada, 1981-2001 », [En ligne]. [http ://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/famls_mengs_niv_vie/menage_famille/accessibilite/2loc8101.htm] (Consulté le 19 mars 2007).
- 40 N. DESJARDINS *et al.*, *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2008, 162 p.
- 41 E. JANÉ-LLOPIS et P. ANDERSON, *Mental Health Promotion and Mental Health Disorder Prevention. A Policy for Europe*, Nijmegen, Radboud University Nijmegen, 2005, 196 p.
- 42 M. VÉZINA *et al.*, « Workplace Prevention and Promotion Strategies », *Health Cares Papers*, 2004, 5(2) : 32-44.
- 43 M. FERLAND et M. PAGEAU, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les analyses*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 140 p.
- 44 FÉDÉRATION DES FAMILLES ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE, *État de situation et recommandations des membres de l'entourage des personnes atteintes de maladie mentale*, Québec, La Fédération, 2001, 29 p.
- 45 H.L. PROVENCHER *et al.*, *Le point de vue des familles face à la reconfiguration des services de santé mentale dans le contexte du soutien familial*, Québec, Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale, 2001, 50 p.
- 46 DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE, *Enquête sur la santé mentale des Montréalais*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002, 250 p.
- 47 H.L. PROVENCHER *et al.*, *op. cit.*
- 48 M. FERLAND et M. PAGEAU, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les analyses*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 140 p.
- 49 C. VIENS, C. ROWAN et A. LEBEAU, *Projet régional de soutien aux aidants naturels de la Montérégie*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2005, 49 p.
- 50 *Ibid.*
- 51 E. PODNIEKS et K. PILLEMER, *Une enquête nationale sur le mauvais traitement des personnes âgées au Canada*, Toronto, Institut polytechnique Ryerson, 1990; Statistique Canada, *La violence familiale au Canada. Un profil statistique 2000*, Ottawa, Centre canadien de la statistique juridique, Gouvernement du Canada, 2000, 121 p.
- 52 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE, *Plan d'action pour contrer la maltraitance envers les aînés 2008-2012*, Québec, Direction régionale des programmes clientèles, 2008, 17 p.
- 53 *Ibid.*
- 54 STATISTIQUE CANADA, « La violence familiale : violence conjugale au Canada en 2006 », *Le Quotidien*, [En ligne], octobre 2008. [http ://www.statcan.ca/Daily/Français/081009/qo810096.html] (Consulté le 14 octobre 2008).
- 55 C. CHAMBERLAND, S. LÉVEILLÉ et N. TROCMÉ (sous la direction de), *Enfants à protéger-Parents à aider. Des univers à rapprocher*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2007, 480 p.
- 56 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport du groupe de travail sur les services offerts aux femmes victimes de violence conjugale et à leurs enfants*, Québec, Le Ministère, 2003, p. 8.
- 57 M. FERLAND et M. PAGEAU, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les analyses*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 140 p.
- 58 MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, *Statistiques 2005 sur la criminalité commise dans un contexte conjugal au Québec*, Québec, Le Ministère, novembre 2006, 27 p.
- 59 M. FERLAND et M. PAGEAU, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les statistiques*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 527 p.
- 60 M. FERLAND et M. PAGEAU, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les analyses*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 140 p.

- 61 *Ibid.*
- 62 *Ibid.*
- 63 *Ibid.*
- 64 *Ibid.*
- 65 E.F.S. KANER *et al.*, « Effectiveness of brief alcohol intervention in primary care populations (review) », *The Cochrane Library*, 2007, 3: 69 p.
- 66 R. LADOUCEUR *et al.*, *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002*, Québec et Montréal, Université Laval et Institut national de santé publique du Québec, 2004, 83 p.
- 67 V. HOULE, *Processus de vigie mis en place dans le cadre de l'ouverture du salon de jeux à l'Hippodrome de Québec*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 93 p.
- 68 M. KAVANAGH *et al.*, *La dépression majeure en première ligne : les impacts cliniques des stratégies d'intervention. Revue de la littérature*, Québec, Direction de la santé publique de la Capitale-Nationale et Institut national de santé publique du Québec, 2006, 109 p.
- 69 M. FERLAND et M. PAGEAU, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les analyses*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 140 p.
- 70 N. DESJARDINS *et al.*, *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, Institut national de santé publique, mai 2008, 162 p.
- 71 M. FERLAND et M. PAGEAU, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les analyses*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 140 p.
- 72 *Ibid.*
- 73 *Ibid.*
- 74 D. ST-LAURENT et C. BOUCHARD, *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente?*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2004, 23 p.
- 75 M. FERLAND et M. PAGEAU, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les analyses*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 140 p.
- 76 *Ibid.*
- 77 M. SHIELDS, « L'obésité mesurée. L'embonpoint chez les enfants et les adolescents au Canada », dans *Nutrition. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, volume 1, Ottawa, Statistique Canada, 2006, 36 p. [No 82-620-HWF au catalogue].
- 78 M. FERLAND et M. PAGEAU, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les analyses*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 140 p.
- 79 KINO-QUÉBEC, *Les cibles d'action 2005-2008 du Programme Kino-Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 48 p.
- 80 *Ibid.*
- 81 M.N. CARON, C. SAUVAGEAU et D. PAQUETTE, *Habitudes de vie et poids. État de situation, programmes en place et défis pour la région de la Capitale-Nationale*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2006, 67 p.
- 82 B. BÉDARD *et al.*, *L'alimentation des jeunes québécois : un premier tour de table - Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 2.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 97 p.
- 83 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC EN COLLABORATION AVEC LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC 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*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 659 p.
- 84 M. FERLAND et M. PAGEAU, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les analyses*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 140 p.
- 85 J.M. BRODEUR *et al.*, *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 151 p. (Collection Analyses et surveillance, no 18).
- 86 J.M. BRODEUR *et al.*, *Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 159 p. (Collection Analyses et surveillance, no 8).
- 87 M. FERLAND et M. PAGEAU, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les analyses*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 140 p.
- 88 CENTRE COLLABORATEUR ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC POUR LA PROMOTION DE LA SÉCURITÉ ET LA PRÉVENTION DES TRAUMATISMES *et al.*, *Sécurité et promotion de la sécurité : Aspects conceptuels et opérationnels*, Beauport, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 1998, 22 p.
- 89 M. FERLAND et M. PAGEAU, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les statistiques*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 527 p.
- 90 D. HAMEL, *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 462 p.
- 91 TABLE QUÉBÉCOISE DE LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE, *Pour améliorer le bilan routier. Premier rapport de recommandations de la Table québécoise de la sécurité routière*, Québec, La Table, 2007, 50 p.
- 92 SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC *et al.*, *Utilisation correcte des sièges d'auto pour enfants : Document d'orientation pour l'élaboration d'un programme de promotion à l'échelon local*, Québec, Comité intersectoriel MSSS-SAAQ sur les sièges d'auto pour enfants, 2006, 79 p.
- 93 M. FERLAND et M. PAGEAU, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les analyses*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 140 p.
- 94 M. FERLAND et M. PAGEAU, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les statistiques*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 527 p.

- 95 *ibid.*
- 96 *ibid.*
- 97 R.G. WILKINSON, « Income distribution and life expectancy », *British Medical Journal*, 1992, 304 : 165-168.
- 98 B.G. LINK et J. PHELAN, « Social conditions as fundamental causes of disease », *Journal of Health and Social Behaviour*, 1995 : 80-94.
- 99 M. DRUHLE, *Santé et Société : le façonnement sociétal de la santé*, Paris, Presses universitaires de France, 1996, 390 p.
- 100 M. MARMOT et R.G. WILKINSON, *Social determinants of health*, Oxford, Oxford University Press, 1999, 390 p.
- 101 N.E. ADLER, « Community Preventive Services. Do we know what we need to know to improve and reduce disparities? », *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, 24(S3), 31 p.
- 102 M. MARMOT, « The social determinants of health inequalities », *The Lancet*, 2005, 365 : 1099-1104.
- 103 WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Achieving Health Equity : from root causes to fair outcomes*, Genève, Commission on Social Determinants of Health, 2007, 61 p.
- 104 R.G. WILKINSON, *Unhealthy societies : the afflictions of inequalities*, London, Routledge, 1996, 255 p.
- 105 M. MARMOT et R.G. WILKINSON, *op. cit.*
- 106 S. MACINTYRE, « The Black Report and beyond : what are the issues? », *Social Science and Medicine*, 1997, 44(6) : 723-745.
- 107 B.G. LINK et J. PHELAN, *op. cit.*
- 108 I. KAWACHI, S.V. SUBRAMANIAN et N.A. ALMEIDA-FILHO, « Glossary for health inequalities », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56 : 647-652.
- 109 WORLD HEALTH ORGANIZATION, *op. cit.*
- 110 R.G. WILKINSON, *op. cit.*
- 111 M. MARMOT et R.G. WILKINSON, *op. cit.*
- 112 L.M. ANDERSON *et al.*, « Task Force on Community Preventive Services. The Community Guide's Model for Linking the Social Environment to Health », *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, 24(S3): 12-20.
- 113 M. MARMOT, *op. cit.*
- 114 WORLD HEALTH ORGANIZATION, *op. cit.*
- 115 I. KAWACHI, S.V. SUBRAMANIAN et N.A. ALMEIDA-FILHO, *op. cit.*
- 116 M. MARMOT et R.G. WILKINSON, « Psychosocial and material pathways in the relation between income and health : a response to Lynch *et al.* », *British Medical Journal*, 2001, 322 : 1233-1236.
- 117 I. KAWACHI, S.V. SUBRAMANIAN et N.A. ALMEIDA-FILHO, *op. cit.*
- 118 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *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*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007, 162 p.
- 119 M. MARMOT et R.G. WILKINSON, *Social determinants of health*, Oxford, Oxford University Press, 1999, 366 p.
- 120 D.A. LEON, G. WALT et L. GILSON, « International perspectives on health inequalities and policy », *British Medical Journal*, 2001, 322: 591-594.
- 121 M. MARMOT et R.G. WILKINSON, « Psychosocial and material pathways in the relation between income and health : a response to Lynch *et al.* », *British Medical Journal*, 2001, 322 : 1233-1236.
- 122 I. KAWACHI, S.V. SUBRAMANIAN et N.A. ALMEIDA-FILHO, *op. cit.*
- 123 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *op. cit.*
- 124 M. FERLAND et M. PAGEAU, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les statistiques*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 527 p.
- 125 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1*, Statistique Canada, fichier de microdonnées à grande diffusion, 2008.
- 126 GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ITINÉRANCE, *Plan d'action communautaire sur l'itinérance dans le cadre de l'entente concernant l'Initiative de Partenariats en Action Communautaire*, Beauport, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2001, 40 p.
- 127 G. BURIGUSA *et al.*, *Analyse organisationnelle de l'offre de services de santé et de services sociaux aux itinérants de la Ville de Québec*, Québec, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale et Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval, 2006, 36 p.
- 128 M. FERLAND et M. PAGEAU, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les statistiques*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 527 p.
- 129 I. KAWACHI et B. KENNEDY, *The Health of Nations : Why Inequality is Harmful to Your Health*, New York, New Press, 2002, 232 p.
- 130 M. MARMOT et R.G. WILKINSON, *Social determinants of health*, Oxford, Oxford University Press, 1999, 366 p.
- 131 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *op. cit.*
- 132 DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, *Les inégalités sociales de la santé. Rapport annuel 1998 sur la santé de la population*, Montréal, La Régie, 1999, 92 p.
- 133 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *op. cit.*
- 134 M. FERLAND et M. PAGEAU, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les analyses*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 140 p.
- 135 N.E. ADLER, *op. cit.*
- 136 K.L. FROHLICH et L. POTVIN, « The Inequality Paradox : The Population Approach and Vulnerable Populations », *American Journal of Public Health*, 2008, 98(2) : 216-220.
- 137 D.V. MCQUEEN, « Strengthening the evidence base for health promotion », *Health Promotion International*, 2001, 16(3) : 261-268.
- 138 D.V. MCQUEEN, « The evidence debate », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56 : 83-84.
- 139 K.C. TANG, J.P. EHSANI et D.V. MCQUEEN, « Evidence based health promotion : recollections, reflections and reconsiderations », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57 : 841-843.
- 140 G. MACDONALD, C. VEEN et K.TONES, « Evidence for success in health promotion : suggestions for improvement », *Health Education Research*, 1996, 11(3) : 367-376.

- 141 *Ibid.*
- 142 M. FRIGON, *Maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse et d'origine chimique - Rapport annuel 2007*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2007, 100 p.
- 143 M. GÉRIN *et al.*, *Environnement et santé publique*, Montréal, Édisem, 2003, 1023 p.
- 144 M. FERLAND et M. PAGEAU. *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les analyses*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique, 2008, 140 p.
- 145 MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DES PARCS, *Programme Environnement-Plage*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007. Aussi accessible à l'adresse : <http://www.mddep.gouv.qc.ca/programmes/env-plage/>.
- 146 Isabelle TARDIF, *Portrait des coûts de santé associés à l'allergie au pollen de l'herbe à poux pour 2005 - Rapport d'enquête. Données préliminaires*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2008, 92 p.
- 147 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Environnement intérieur*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007. Aussi accessible à l'adresse : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/environnement/>.
- 148 M. FERLAND et M. PAGEAU, *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les analyses*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2008, 140 p.
- 149 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012 Mise à jour 2008*, Gouvernement du Québec, 2008, 103 p.
- 150 GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, Santé Canada, 1994, 1136 p.
- 151 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec le MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *op. cit.*
- 152 B. HAYNES et A. HAINES, « Getting research findings into practice: Barriers and bridges to evidence based clinical practice », *British Medical Journal*, 1998, 317(7153) : 273-276.
- 153 *Ibid.*
- 154 M.-H. PROVOST *et al.*, *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 168 p. (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives).
- 155 *Ibid.*
- 156 *Ibid.*
- 157 *Ibid.*
- 158 M.H. PROVOST, *Pratiques cliniques préventives : étude de besoins réalisée auprès d'intervenants de santé publique*, Essai de maîtrise, Université Laval, 2006, 63 p. [Document non publié].
- 159 L. MOREAULT *et al.*, *Compte rendu des rencontres avec les CSSS de la région de la Capitale-Nationale et le Centre Holland dans le cadre de la démarche sur les pratiques cliniques préventives*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2006, 19 p. [Document de travail non publié].
- 160 M.-H. PROVOST *et al.*, *op. cit.*

ANNEXE

I

Faits saillants relatifs à la consultation effectuée lors de la mise à jour du Plan d'action régional de santé publique de la Capitale-Nationale

Démarche

Dans le cadre de la mise à jour du plan d'action, la Direction régionale de santé publique a mis en place différentes modalités de consultation afin de recevoir, d'une part, des avis lui permettant principalement d'enrichir l'offre de service proposée et, d'autre part, de consolider la dynamique régionale avec les partenaires œuvrant dans ce champ d'activité, notamment par leur implication dans ce processus.

●● Envoi d'un questionnaire

La première démarche a été de créer un questionnaire et de le faire parvenir aux partenaires concernés par la santé publique. Celui-ci visait à connaître leur opinion sur certains éléments précis du plan d'action régional : la pertinence des cinq grands défis mis en avant, les défis qui, parmi ces derniers, les interpellaient davantage, et la clarté des conditions favorables retenues pour soutenir l'actualisation des actions proposées. Les partenaires devaient aussi se prononcer sur l'ensemble de l'offre de service en regardant, pour chacun des domaines, la clarté des trois aspects abordés, soit les finalités et les cibles, les activités ainsi que la contribution attendue des acteurs de santé publique. Enfin, des commentaires généraux pouvaient être exprimés sur l'ensemble du processus entamé.

Plus de 70 questionnaires ont été envoyés aux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'à des collaborateurs d'autres secteurs d'activité qui sont concernés, de près ou de loin, par la santé publique. Parmi les organisations visées, on peut noter les centres de santé et de services sociaux, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle, l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, le Centre de réadaptation Ubaldo-Villeneuve, le Centre jeunesse de Québec, les centres hospitaliers ainsi que plusieurs organismes

communautaires, dont le Regroupement des organismes communautaires et le Regroupement des groupes de femmes de la Capitale-Nationale. En ce qui concerne l'intersectoriel, on peut souligner que des contacts ont été établis avec la Commission administrative régionale, la Ville de Québec, les commissions scolaires, l'Université Laval et la CSST. On doit également mentionner que les instances consultatives de l'Agence ainsi que les autres directions, incluant la Direction régionale de santé publique, ont aussi reçu ledit questionnaire.

●● Présentation du document de consultation

On a présenté le document de travail aux instances consultatives de l'Agence lorsque celles-ci le souhaitaient. C'est ainsi que le Département régional de médecine générale, la Commission infirmière régionale et le Comité régional des services pharmaceutiques ont été rencontrés. La Direction régionale de santé publique a profité de cette occasion pour présenter le plan d'action régional et répondre aux questions qu'il pouvait susciter.

Des présentations ont également été faites à la Table des directeurs généraux adjoints des CSSS et à la Commission administrative régionale. Cela a permis de rejoindre tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et un bon nombre de partenaires régionaux de différents ministères. À l'Agence, le comité de direction, la Direction régionale des programmes clientèles et la Direction régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières ont aussi été rencontrés. Soulignons enfin qu'une présentation particulière a été faite au comité plénier du conseil d'administration de l'Agence.

Résultats de la consultation

Cette démarche a fait ressortir l'intérêt et l'engagement des partenaires envers la promotion-prévention ainsi que leur volonté de s'impliquer dans ce champ d'activité. Ainsi, 45 avis ont été reçus, dont un bon nombre provenant de l'intersectoriel. Tous ces commentaires ont été analysés et plusieurs d'entre eux ont été intégrés dans les sections correspondantes, mais tout particulièrement dans l'offre de service. Il est important, à ce stade-ci, de souligner la qualité et la pertinence de ces avis.

•• Commentaires généraux

Globalement, la consultation a permis de valider le plan d'action proposé. Un bon nombre de partenaires ont noté plus particulièrement la clarté du document, et ce, même si ce dernier demeure vaste. On souligne également qu'il a bien su identifier des finalités et des cibles précises, pertinentes et faciles à comprendre tout en apportant une bonne compréhension des enjeux et des actions à venir. Toutefois, quelques personnes ont mentionné que certaines cibles n'étaient pas nécessairement mesurables.

La présentation du Plan d'action régional semble pour sa part être appréciée, plus spécialement le resserrement apporté sur le plan des activités, qui permet de mieux cibler les actions. On peut dire, à cet égard, que des efforts particuliers ont été faits afin de réduire le nombre d'activités, qui est passé de 286 à 123.

C'est sur le plan des différents domaines d'intervention que les commentaires ont été les plus nombreux, tant sur les activités à accomplir que sur la contribution attendue des acteurs. Les professionnels de la Direction régionale de santé publique ont tenu compte, dans la mesure du possible, des commentaires émis, et plusieurs ajustements ont été faits au document initial.

Par ailleurs, des partenaires ont voulu porter à notre attention certaines problématiques ou clientèles particulières, telles que les personnes présentant un handicap, les Autochtones et les communautés culturelles, ainsi que des situations difficiles souvent vécues par les femmes. La Direction régionale de santé publique est consciente que certains efforts doivent être faits afin de mieux rejoindre ces clientèles tout en respectant son mandat de promotion-prévention, donc en travaillant le plus possible en amont des problèmes. Certains besoins exprimés n'auront pas été satisfaits, mais la direction s'engage à transmettre l'information recueillie aux autres instances du réseau davantage concernées par les problématiques soulevées lors de cette consultation.

•• Défis et conditions favorables

Comme mentionné précédemment, des questions particulières visaient à connaître l'opinion des acteurs de santé publique sur la pertinence des défis mis en avant ainsi que sur la clarté des conditions favorables à la mise en œuvre du plan d'action régional. Beaucoup de commentaires fort intéressants ont été émis, et ceux-ci ont permis de bonifier et de renforcer cette section du plan d'action régional.

Concernant les défis, soulignons d'abord que presque tous les répondants (96,0 %) considèrent que ces derniers s'avèrent pertinents ou très pertinents. Cependant, tous les partenaires ne se sentent pas interpellés de la même façon par ceux-ci. Ainsi, la concertation intersectorielle (69,2 %) et la réduction des inégalités sociales de santé (52,0 %) vont davantage chercher l'aval des acteurs impliqués; suivent le développement d'une vision intégrée des interventions de santé publique (40,0 %) et l'arrimage entre les paliers régional et local pour la mise en œuvre du plan d'action régional et des plans d'action locaux (36,0 %). Enfin, l'intégration des pratiques cliniques préventives ferme la marche avec 16,0 %. Il peut être intéressant de noter qu'à la suite de cette consultation, la Direction régionale de santé publique a décidé de fusionner deux défis, soit la concertation intersectorielle et le développement d'une vision intégrée, ceux-ci s'avérant complémentaires.

Pour sa part, la clarté des trois conditions favorables à l'implantation des actions est très satisfaisante, les résultats obtenus variant entre 88,9 % et 96,3 %. De plus, les commentaires émis montrent l'importance accordée à ces éléments par les partenaires, et ce, tant pour le financement adéquat et la présence de ressources humaines assignées au mandat de santé publique. La recherche s'avère également une condition considérée comme importante et on note une ouverture des répondants, notamment des organismes communautaires, à recevoir toute l'information pertinente dans l'optique d'améliorer l'efficacité des interventions de santé publique. Ce dernier élément a été bonifié par l'ajout de certaines distinctions entre les notions de recherche et d'évaluation.

Somme toute, le processus de consultation dans la région s'est avéré une démarche très constructive. La participation des différents partenaires fait ressortir, à notre avis, l'intérêt à travailler ensemble au bien-être de la population de la Capitale-Nationale.

ANNEXE

II

Plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux en cas de menace pour la santé

Mise en contexte

La Loi sur la santé publique oblige le directeur de santé publique à élaborer le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de sa région. Ce plan doit être activé lorsque la santé de la population est menacée par un agent biologique, chimique ou physique et que les capacités d'intervention de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale sont insuffisantes. Il vise à établir à l'avance les modalités et les mécanismes de mobilisation des ressources.

Le plan de mobilisation est distinct et complémentaire du Plan régional de sécurité civile sociosanitaire (PRéSCIS), qui intègre les mesures d'urgence répondant à la Loi sur la sécurité civile, incluant le plan de mobilisation en santé publique. Cependant, ce dernier peut être activé sans le déclenchement d'autres plans d'urgence.

Le cadre légal du plan de mobilisation est présenté ainsi que les balises qui encadrent la mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux. Le mécanisme d'activation et d'intervention est ensuite décrit succinctement, étape par étape.

Cadre légal

Le plan de mobilisation des ressources s'inscrit dans le cadre de la Loi sur la santé publique (L.R.Q., c. S-2.2) en vertu de laquelle, comme le stipule son article 12, le directeur régional de santé publique doit se doter d'un plan pour faire face à une menace : « *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.* »

Comme le plan s'applique lorsque « *la santé de la population [...] est menacée* » (article 12), il est important de définir cette notion de menace pour la santé.

L'article 2 de la Loi donne cette définition : « *[...] 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* ». Ainsi, les agents mécaniques (ex. : accident de la route) et les phénomènes sociaux (ex. : suicide) ne sont pas visés par ce plan. Un autre mécanisme est prévu dans la loi sur la santé publique pour ces situations, lorsque le directeur de santé publique juge qu'une intervention est nécessaire (article 55) pour réduire ou annihiler les risques.

Les autorités de santé publique peuvent également intervenir même si la menace n'est qu'appréhendée, comme le précise l'article 96 de la Loi : « *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 [...].* »

Une épidémie consiste en une situation où le nombre de cas observés d'une maladie dépasse le nombre de cas habituellement attendus. Pour constituer une menace pour la santé, le nombre minimal de cas nécessaire à la définition dépend de la menace. Par exemple, un seul cas de SRAS serait suffisant pour constituer une menace d'épidémie. Le diagnostic de menace appréhendée relève du jugement professionnel, ce qui implique une évaluation systématique de chacune des situations qui se présentent.

Conditions de mise en œuvre du plan de mobilisation

L'article 97 de la Loi décrit les conditions nécessaires à la mise en œuvre du plan : « *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.* »

Deux genres de situations peuvent représenter une menace et amener le déclenchement du plan :

1. une menace dont l'ampleur dépasse d'emblée les capacités d'intervenir efficacement;
2. une menace d'une ampleur moindre, mais nécessitant une réponse intensive et concentrée et à laquelle le directeur ne peut intervenir dans les délais requis avec les ressources disponibles à l'Agence.

La Direction régionale de santé publique effectue des activités de surveillance et de vigie sanitaire afin de détecter les menaces pour la santé de la population. L'ampleur et le caractère urgent de ces situations sont évalués par les équipes responsables à la direction.

En pratique, les enquêtes épidémiologiques et les interventions urgentes sont faites, dans la majorité des cas, par les équipes habituelles de vigie et de contrôle de la direction. Les ressources de cette dernière contactent au besoin les ressources qui répondent à la demande dans des délais acceptables et il n'y a pas, à proprement parler, de débordement de la capacité de répondre étant donné les ressources investies dans le traitement continu de ces menaces.

Mécanisme de mise en œuvre du plan de mobilisation

Étape 1 :

Détection d'une menace pour la santé dont la gestion dépasse la capacité habituelle

Lorsqu'une menace réelle ou appréhendée nécessite plus de ressources et de moyens que la capacité habituelle de la Direction régionale de santé publique, le coordonnateur de l'équipe concernée en avise le directeur de santé publique. Ce dernier constitue un comité de crise à la direction, qui évalue la menace.

La rencontre de l'équipe de crise doit se tenir dans les 24 heures suivant la détection de la menace. Par la suite, un portrait quotidien de la situation est présenté par l'équipe au directeur de santé publique.

En dehors des heures ouvrables (soirs, fins de semaine, jours fériés), ou en cas de crise majeure inattendue, le médecin de garde avise son coordonnateur d'équipe, puis le directeur de santé publique.

À cette étape, il faut s'assurer que le coordonnateur régional des mesures d'urgence et de sécurité civile de l'Agence ainsi que les partenaires concernés ont été informés de la situation.

Étape 2 :

Évaluation de la capacité de réponse avec l'aide du personnel de l'Agence

Après analyse de la situation par le comité de crise de la Direction régionale de santé publique, si des ressources supplémentaires sont nécessaires pour contrôler l'épidémie dans des délais acceptables, le comité de crise met à contribution, dans un premier temps, des ressources au sein de la Direction régionale de santé publique et, dans un deuxième temps, des ressources des autres directions de l'Agence, en fonction de leurs compétences respectives, tout en assurant la prestation des services essentiels. Les tâches exigeant une compétence médicale doivent revenir aux médecins et aux infirmières. Les autres tâches peuvent être accomplies par l'ensemble du personnel, en lui offrant une formation appropriée au besoin.

Étape 3 :

*Activation du plan de mobilisation des ressources et mobilisation des ressources nécessaires dans les établissements de santé de la région**

Lorsque l'équipe de crise se trouve dans la situation où il ne sera pas possible de réagir adéquatement à la menace en utilisant les ressources de l'Agence, le directeur de santé publique doit déclencher le plan de mobilisation. Il doit estimer le type de ressources nécessaires, leur nombre et la durée pendant laquelle il en aura besoin pour contenir la crise, et doit en aviser le coordonnateur régional des mesures d'urgence, dont le rôle sera de le soutenir sur le plan des ressources humaines et matérielles. En effet, ce dernier aura à gérer l'offre et la demande entre la Direction régionale de santé publique et les établissements. Il joindra rapidement le cadre de garde, qui aura la responsabilité de faire suivre la demande aux gestionnaires de l'établissement en mesure d'y répondre. Il convoquera également le comité interne de sécurité civile sociosanitaire (CiSCiS) de l'Agence.

La mobilisation des ressources humaines vise plus spécialement les établissements à mission CLSC, puisqu'ils effectuent déjà des activités de première ligne en santé publique. Lorsque la menace touche plus d'un CSSS, ces derniers pourront être mis à contribution. Selon l'ampleur et la nature de la menace, tous les autres établissements de la région peuvent au besoin être appelés en renfort, si les ressources disponibles ne suffisent pas. La séquence de mobilisation pourra suivre l'ordre de proximité géographique des établissements ou viser les établissements où il est possible de libérer le personnel avec le moins d'incidence sur les services à la clientèle.

Le personnel infirmier peut être mis à contribution pour une enquête épidémiologique, des travailleurs sociaux pour de l'aide ou de l'approvisionnement à domicile en cas de quarantaine, des psychologues pour une rencontre post-événement traumatique ou encore une mise en quarantaine nécessitant des lits et des locaux. Cette liste n'est pas exhaustive, mais montre que les établissements peuvent répondre à un ensemble de besoins.

Par ailleurs, lorsqu'un sinistre survient dans la communauté nécessitant l'activation du Plan régional de sécurité civile sociosanitaire et qu'il s'accompagne d'une menace pour la santé au sens de la loi sur la santé publique, le directeur de santé publique peut exercer également son droit de déclencher le plan de mobilisation des ressources, qui sera alors complémentaire au plan régional des mesures d'urgence.

Étape 4 :

Formation intensive du personnel mobilisé sous l'autorité du directeur régional de santé publique

La Direction régionale de santé publique a la responsabilité d'organiser et de donner, dans les plus brefs délais, la formation nécessaire pour que le personnel réquisitionné soit apte à remplir les tâches qui lui seront confiées. La modalité de la formation dépend du type et de la complexité des tâches à effectuer. L'équipe des ressources humaines de l'Agence sera alors mobilisée afin de veiller à tous les aspects logistiques de la formation.

Étape 5 :

Conduite de l'intervention de santé publique

Toutes les interventions seront effectuées sous la supervision de la Direction régionale de santé publique et de son directeur. Selon la nature et la quantité des tâches à effectuer, le personnel mobilisé pourra travailler dans son établissement habituel ou être déplacé vers d'autres endroits plus appropriés. Une supervision étroite des opérations sera assurée par la Direction régionale de santé publique.

Étape 6 :

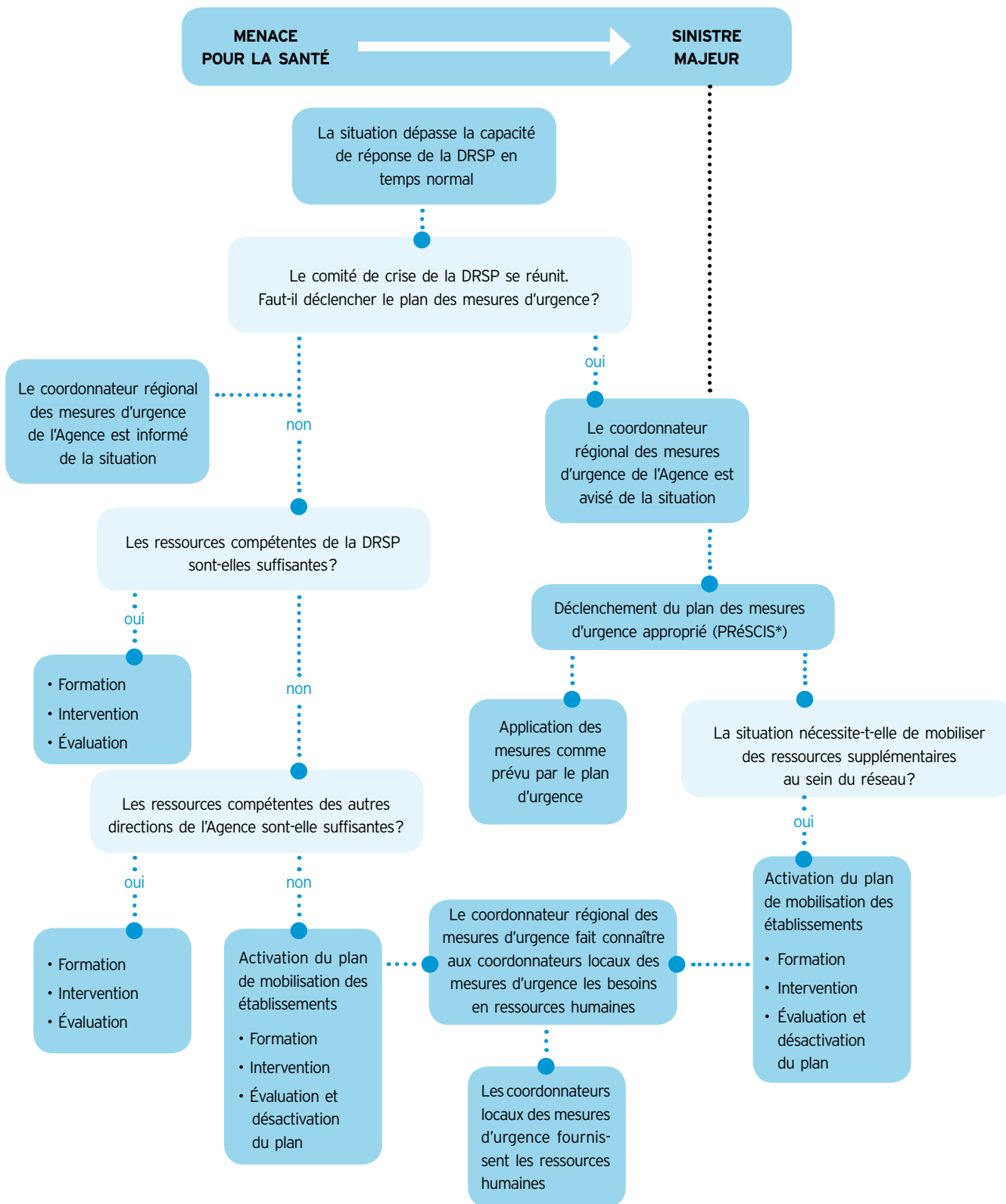
Désactivation du plan de mobilisation et évaluation de l'intervention

Un monitoring de l'intervention permettra de déterminer à quel moment le plan de mobilisation pourra être désactivé. Le personnel mobilisé pourra alors retourner à ses tâches habituelles.

Une évaluation sera effectuée subséquentement de manière à faire ressortir les forces et faiblesses de l'intervention dans l'objectif d'ajuster si nécessaire les mécanismes du plan de mobilisation et d'améliorer les interventions futures. La forme de l'évaluation dépendra de l'ampleur de l'intervention effectuée et du nombre d'établissements impliqués.

* Un arbre décisionnel concernant l'activation du plan de mobilisation figure à la fin de cette annexe.

Arbre décisionnel du directeur régional de santé publique concernant l'activation du plan de mobilisation des ressources de santé et de services sociaux



* Plan régional de sécurité civile sociosanitaire.

ANNEXE

III

Thèmes prioritaires retenus dans le Plan d'action pour la population âgée



● Rôles	À poursuivre, à consolider	À adapter	À développer
Leadership-soutien	<ul style="list-style-type: none"> • Santé dentaire • Chutes • Maladies évitables par la vaccination (influenza, pneumocoque) • Infections nosocomiales • Événements climatiques extrêmes • Maltraitance • Soutien aux aidants • Organisation des services 	<ul style="list-style-type: none"> • Habitudes de vie (activité physique, alimentation et tabac) • Consommation d'alcool à risque • Sécurité alimentaire • Ostéoporose (risque de fracture) • Cancer du sein • Suicide • Jeux de hasard et d'argent 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation appropriée des médicaments, notamment des psychotropes • Hypertension artérielle • Zona • Dépression • Milieux de vie sains et sécuritaires (ex. : collaboration avec la CRE) • Participation sociale • Intégration de la promotion de la santé et de la prévention dans les initiatives et services locaux pertinents
Représentation (à titre indicatif)	<ul style="list-style-type: none"> • Dénutrition • Transport en commun (territoires ruraux) • Sécurité dans les milieux de vie • Revenu 		

ANNEXE

IV

Les activités à accomplir par clientèle

Clientèle : Périnatalité et petite enfance (0-5 ans)



● Domaines du PAR	Numéros	Activités	Local*
Développement, adaptation et intégration sociale	1	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité	X
	2	Programme Œuf, lait, jus d'orange (OLO)	X
	3	Protection, soutien et promotion de l'allaitement maternel	X
	4	Projet Maternité, alcool et drogues	X
	5	Programme des rencontres prénatales	X
	6	Programme Y'a personne de parfait (Y'APP)	X
	7	Promotion et soutien de l'engagement paternel	X
	8	Programme Éveil à la lecture et à l'écriture (ELE)	X
	9	Programme d'intervention concertée et intersectorielle pour les enfants exposés à la violence conjugale	X
	10	Programme Soutien et aide à l'enfant et à son milieu (SAEM)	X
	11	Programme Fluppy favorisant le développement des habiletés sociales des enfants du préscolaire	X
	12	Observation comportementale du nouveau-né et approches centrées sur les besoins de la famille	X
Habitudes de vie et maladies chroniques	35	0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION†	X
	37	Activités en lien avec une offre alimentaire de qualité pour les instances publiques et communautaires, élaboration de politiques alimentaires et activités pour le maintien d'une image corporelle positive†	X
	38	Actions en lien avec la promotion des déplacements actifs et sécuritaires, l'aménagement et l'animation des aires de jeux	X
	40	Interventions préventives en santé dentaire pour les 0-5 ans	X

* Les activités locales sont offertes sur les territoires des CSSS, par les CSSS ou d'autres organisations, et doivent être inscrites dans le plan d'action local (PAL).

† Cette activité s'adresse à toute la population, mais comporte des interventions spécifiques à certains groupes d'âge.

Clientèle : Périnatalité et petite enfance (0-5 ans)



Domaines du PAR	Numéros	Activités	Local
Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes	48	Promotion de l'application d'un continuum d'activités favorisant l'utilisation adéquate des dispositifs de retenue pour enfants dans les véhicules motorisés	
	50	Intégration des activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile dans les SIPPE à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité	X
	52	Adoption et application d'une réglementation uniforme par les municipalités concernant l'installation d'une clôture sécuritaire autour des piscines résidentielles	
Système de soins et de services et évaluation	64	Évaluation des services offerts aux enfants ayant un retard de langage	
Maladies infectieuses	77	Activités de vaccination ciblant les nourrissons pour l'immunisation de base	X
	78	Élaboration et implantation du plan régional de promotion de la vaccination, incluant les stratégies visant à assurer le respect du calendrier vaccinal	X
Santé au travail	102	Programme de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite	X

Clientèle : Jeunes (6-11 ans)



Domaines du PAR	Numéros	Activités	Local
Développement, adaptation et intégration sociale	13	Approche École en santé (primaire et secondaire)	X
	14	Activités de soutien en matière de sexualité auprès de la clientèle des organismes communautaires jeunesse	
	24	Campagnes d'information sur le développement sain et les habiletés personnelles et sociales chez les enfants et les adolescents (drogues et alcool, jeux de hasard et d'argent, ITSS, grossesse, etc.)	X
Habitudes de vie et maladies chroniques	35	0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION	X
	37	Activités en lien avec une offre alimentaire de qualité pour les instances publiques et communautaires, élaboration de politiques alimentaires et activités pour le maintien d'une image corporelle positive	X
	38	Actions en lien avec la promotion des déplacements actifs et sécuritaires, l'aménagement et l'animation des aires de jeux	X
	41	Application de mesures de prévention de la carie dentaire chez les jeunes en milieu scolaire	X
Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes	52	Adoption et application d'une réglementation uniforme par les municipalités concernant l'installation d'une clôture sécuritaire autour des piscines résidentielles	
	53	Promotion de l'application de la norme de sécurité concernant l'aménagement des aires et des équipements de jeux dans les cours d'école au primaire	X
Maladies infectieuses	77	Activités de vaccination ciblant les jeunes en milieu scolaire	X
	78	Élaboration et implantation du plan régional de promotion de la vaccination, incluant les stratégies visant à assurer le respect du calendrier vaccinal	X

Domaines du PAR	Numéros	Activités	Local	
Développement, adaptation et intégration sociale	13	Approche École en santé (primaire et secondaire)	X	
	14	Activités de soutien en matière de sexualité auprès de la clientèle des organismes communautaires jeunesse		
	15	Programme E.S.P.A.R. (éducation à la sexualité au premier cycle du secondaire)	X	
	16	Activités de lutte à l'homophobie	X	
	17	Actions concertées visant la prévention des grossesses à l'adolescence	X	
	18	Ordonnance collective en matière de contraception hormonale		
	19	Activités en prévention de la violence dans les relations amoureuses	X	
	20	Activités en prévention des agressions sexuelles	X	
	21	Programme régional des Tables d'actions préventives jeunesse (TAPJ)	X	
	22	Vigie des impacts sociaux et de santé en lien avec l'ouverture du salon de jeux à l'Hippodrome de Québec	X	
	23	Implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide	X	
	24	Campagnes d'information sur le développement sain et les habiletés personnelles et sociales chez les enfants et les adolescents (drogues et alcool, jeux de hasard et d'argent, ITSS, grossesse, etc.)	X	
	Habitudes de vie et maladies chroniques	35	0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION	X
		36	Actions en lien avec la cessation tabagique	X
37		Activités en lien avec une offre alimentaire de qualité pour les instances publiques et communautaires, élaboration de politiques alimentaires et activités pour le maintien d'une image corporelle positive	X	
41		Application de mesures de prévention de la carie dentaire chez les jeunes en milieu scolaire	X	
Maladies infectieuses	77	Activités de vaccination ciblant les jeunes en milieu scolaire	X	
	78	Élaboration et implantation du plan régional de promotion de la vaccination, incluant les stratégies visant à assurer le respect du calendrier vaccinal	X	
	80	Activités de promotion de la santé et de prévention des ITSS auprès des jeunes	X	
	81	Activités de promotion de la santé et de prévention des ITSS auprès des clientèles vulnérables socialement	X	
	82	Activités de promotion de la santé et de prévention des ITSS auprès des personnes atteintes d'une ITSS, de leur ou leurs partenaires et des personnes ayant des comportements à risque	X	



Domaines du PAR	Numéros	Activités	Local
Développement, adaptation et intégration sociale	14	Activités de soutien en matière de sexualité auprès de la clientèle des organismes communautaires jeunesse	
	16	Activités de lutte à l'homophobie	X
	18	Ordonnance collective en matière de contraception hormonale	
	19	Activités en prévention de la violence dans les relations amoureuses	X
	20	Activités en prévention des agressions sexuelles	X
	21	Programme régional des Tables d'actions préventives jeunesse (TAPJ)	X
	22	Vigie des impacts sociaux et de santé en lien avec l'ouverture du salon de jeux à l'Hippodrome de Québec	X
	23	Implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide	X
	24	Campagnes d'information sur le développement sain et les habiletés personnelles et sociales chez les enfants et les adolescents (drogues et alcool, jeux de hasard et d'argent, ITSS, grossesse, etc.)	X
	26	Activités pour contrer l'isolement social	X
	27	Activités favorisant l'accès au logement social pour les personnes atteintes d'un problème de santé mentale, les personnes âgées et les familles à faible revenu	X
	28	Activités visant le soutien des proches aidants de personnes atteintes d'un problème de santé mentale et développement des activités pour les aidants des personnes âgées	X
	30	Activités de sensibilisation, de formation, de concertation régionale et de recherche en vue de prévenir la violence conjugale	X
	31	Implantation d'interventions visant à réduire la consommation d'alcool chez les buveurs à risque, par exemple le programme Alcochoix+	X
	32	Application de mesures de prévention des problèmes liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent	X
33	Activités offertes pour améliorer la connaissance-reconnaissance des signes et symptômes de la dépression et des troubles anxieux par des actions visant l'amélioration de la littératie en santé mentale	X	
Habitudes de vie et maladies chroniques	35	0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION	
	36	Actions en lien avec la cessation tabagique	X
	37	Activités en lien avec une offre alimentaire de qualité pour les instances publiques et communautaires, élaboration de politiques alimentaires et activités pour le maintien d'une image corporelle positive	X
Système de soins et de services et évaluation	66	Amélioration de la qualité des services de première ligne en santé mentale	

Domaines du PAR	Numéros	Activités	Local
Maladies infectieuses	80	Activités de promotion de la santé et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès des jeunes	X
	81	Activités de promotion de la santé et de prévention des ITSS auprès des clientèles vulnérables socialement	X
	82	Activités de promotion de la santé et de prévention des ITSS auprès des personnes atteintes d'une ITSS, de leur ou leurs partenaires et des personnes ayant des comportements à risque	X
Santé au travail	100	Programme provincial concernant les risques biologiques	X
	101	Promotion d'un environnement de travail sans prolifération de moisissures	
	103	Programme provincial de lutte contre le bruit en milieu de travail lorsque des travailleurs sont exposés à des bruits extrêmes	X
	105	Surveillance de la surdité professionnelle et de l'exposition des travailleurs au bruit	
	106	Programme provincial concernant la prévention des troubles musculosquelettiques (TMS) et l'offre de service régionale	X
	107	Surveillance des TMS et des facteurs de risque chimique	
	108	Programme provincial concernant l'exposition aux isocyanates dans les ateliers de carrosserie et de peinture	X
	109	Programme d'intervention concernant les cancérogènes complémentaire aux activités effectuées dans le cadre des programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE)	X
	110	Élaboration de stratégies d'intervention pour le secteur de la construction visant les travailleurs exposés au bruit, à la poussière (amiante, silice) et au monoxyde de carbone	X
	111	Interventions pour réduire l'exposition des travailleurs, dans le cadre des PSSE, lorsqu'un facteur de risque chimique ciblé dans le PNSP* est décelé	X
	112	Enquête épidémiologique et intervention dans les établissements, en cas de déclarations de MADO et de signalements	X
	113	Élaboration de stratégies en vue de favoriser la déclaration des MADO par les médecins et les laboratoires	
	114	Promotion des obligations de l'employeur concernant le harcèlement psychologique (article 81.19 de la Loi sur les normes du travail)	X
	115	Validation de l'outil de caractérisation préliminaire d'un milieu de travail au regard de la santé psychologique au travail	
116	Réalisation et évaluation de démarches d'intervention participative concernant les problèmes de santé psychologique d'origine professionnelle dans les milieux de travail demandeurs		

* Facteurs de risque des maladies pulmonaires (silice, amiante, béryllium, poussières de bois et de farine, isocyanates), des intoxications professionnelles (CO, gaz irritants, hydrogène sulfuré, plomb, solvants organiques) et des cancers professionnels (amiante, poussières de bois, plomb et autres cancérogènes).

Domaines du PAR	Numéros	Activités	Local	
Développement, adaptation et intégration sociale	26	Activités pour contrer l'isolement social	X	
	27	Activités favorisant l'accès au logement social pour les personnes atteintes d'un problème de santé mentale, les personnes âgées et les familles à faible revenu	X	
	28	Activités visant le soutien des proches aidants de personnes atteintes d'un problème de santé mentale et développement des activités pour les aidants des personnes âgées	X	
	30	Activités de sensibilisation, de formation, de concertation régionale et de recherche en vue de prévenir la violence conjugale		
	31	Implantation d'interventions visant à réduire la consommation d'alcool chez les buveurs à risque, par exemple le programme Alcochoix+	X	
	32	Application de mesures de prévention des problèmes liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent	X	
	33	Activités offertes pour améliorer la connaissance-reconnaissance des signes et symptômes de la dépression et des troubles anxieux par des actions visant l'amélioration de la littératie en santé mentale	X	
	34	Implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide	X	
Habitudes de vie et maladies chroniques	35	0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION	X	
	36	Actions en lien avec la cessation tabagique	X	
	37	Activités en lien avec une offre alimentaire de qualité pour les instances publiques et communautaires, élaboration de politiques alimentaires et activités pour le maintien d'une image corporelle positive	X	
	Dans le cadre du PQDCS :			
	44	Activités nécessaires pour offrir aux femmes les services de dépistage et d'investigation dans le cadre du PQDCS	X	
	45	Activités d'évaluation du Programme et d'assurance de la qualité		
	46	Actions de sensibilisation des femmes et de mobilisation communautaire	X	
	47	Activités auprès des cliniciens (médecins et infirmières) et auprès des étudiants des divers domaines de la santé (infirmières, infirmières auxiliaires, résidents en gynécologie et autres)	X	
Système de soins et de services et évaluation	66	Amélioration de la qualité des services de première ligne en santé mentale		
Maladies infectieuses	77	Activités de vaccination ciblant les personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le PIQ	X	
	81	Activités de promotion de la santé et de prévention des ITSS auprès des clientèles vulnérables socialement	X	
	82	Activités de promotion de la santé et de prévention des ITSS auprès des personnes atteintes d'une ITSS, de leur ou leurs partenaires et des personnes ayant des comportements à risque	X	

● Domaines du PAR	Numéros	Activités	Local
Santé au travail	100	Programme provincial concernant les risques biologiques	X
	101	Promotion d'un environnement de travail sans prolifération de moisissures	
	103	Programme provincial de lutte contre le bruit en milieu de travail lorsque des travailleurs sont exposés à des bruits extrêmes	X
	104	Service de suivi du dépistage auditif des travailleurs (seulement CSSS VC)	X
	105	Surveillance de la surdité professionnelle et de l'exposition des travailleurs au bruit	
	106	Programme provincial concernant la prévention des troubles musculosquelettiques (TMS) et l'offre de service régionale	X
	107	Surveillance des TMS et des facteurs de risque chimique	
	108	Programme provincial concernant l'exposition aux isocyanates dans les ateliers de carrosserie et de peinture	X
	109	Programme d'intervention concernant les cancérogènes complémentaire aux activités effectuées dans le cadre des programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE)	X
	110	Élaboration de stratégies d'intervention pour le secteur de la construction visant les travailleurs exposés au bruit, à la poussière (amiante, silice) et au monoxyde de carbone	X
	111	Interventions pour réduire l'exposition des travailleurs, dans le cadre des PSSE, lorsqu'un facteur de risque chimique ciblé dans le PNSP est décelé	X
	112	Enquête épidémiologique et intervention dans les établissements, en cas de déclarations de MADO et de signalements	X
	113	Élaboration de stratégies en vue de favoriser la déclaration des MADO par les médecins et les laboratoires	
	114	Promotion des obligations de l'employeur concernant le harcèlement psychologique (article 81.19 de la Loi sur les normes du travail)	X
	115	Validation de l'outil de caractérisation préliminaire d'un milieu de travail au regard de la santé psychologique au travail	
	116	Réalisation et évaluation de démarches d'intervention participative concernant les problèmes de santé psychologique d'origine professionnelle dans les milieux de travail demandeurs	

Domaines du PAR	Numéros	Activités	Local
Développement, adaptation et intégration sociale	25	Implantation du concept Ville-amie des aînés de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour améliorer la qualité de vie des aînés	X
	26	Activités pour contrer l'isolement social	X
	27	Activités favorisant l'accès au logement social pour les personnes atteintes d'un problème de santé mentale, les personnes âgées et les familles à faible revenu	X
	28	Activités visant le soutien des proches aidants de personnes atteintes d'un problème de santé mentale et développement des activités pour les aidants des personnes âgées	X
	29	Actions préventives pour contrer la maltraitance à l'égard des aînés	X
	31	Implantation d'interventions visant à réduire la consommation d'alcool chez les buveurs à risque, par exemple le programme Alcochoix+	X
	32	Application de mesures préventives des problèmes liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent	X
	33	Activités offertes pour améliorer la connaissance-reconnaissance des signes et symptômes de la dépression et des troubles anxieux par des actions visant l'amélioration de la littératie en santé mentale	X
	34	Implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide	X
Habitudes de vie et maladies chroniques	35	0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION	X
	38	Actions en lien avec la promotion des déplacements actifs et sécuritaires, l'aménagement et l'animation des aires de jeux et le développement du programme Viactive	X
	42	Interventions préventives en santé dentaire auprès des aînés vulnérables, tant à domicile qu'en CHSLD	X
		Dans le cadre du PQDCS :	X
	44	Activités nécessaires pour offrir aux femmes les services de dépistage et d'investigation dans le cadre du PQDCS	X
	45	Activités d'évaluation du Programme et d'assurance de la qualité	
	46	Actions de sensibilisation des femmes et de mobilisation communautaire	X
	47	Activités auprès des cliniciens (médecins et infirmières) et auprès des étudiants des divers domaines de la santé (infirmières, infirmières auxiliaires, résidents en gynécologie et autres)	X
Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes	51	Implantation de programmes en prévention des chutes chez les personnes âgées	X
Système de soins et de services et évaluation	65	Soutien à la mise en œuvre de la gestion de cas pour les personnes âgées en perte d'autonomie	X
Maladies infectieuses	77	Activités de vaccination ciblant les personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le PIQ	X

● Domaines du PAR	Numéros	Activités	Local
Habitudes de vie et maladies chroniques	35	0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION	X
	37	Activités en lien avec une offre alimentaire de qualité pour les instances publiques et communautaires, élaboration de politiques alimentaires et activités pour le maintien d'une image corporelle positive	X
	39	Plans d'action et de communication de la Mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé de la Capitale-Nationale	X
	43	Promotion de la fluoration des eaux de consommation auprès des instances municipales	
Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes	49	Promotion de l'application des mesures efficaces pour améliorer la sécurité routière auprès des partenaires visés	X
Pauvreté, développement social et des communautés	54	Plan d'action communautaire en itinérance 2007-2009 et Plan d'action intersectoriel en itinérance 2009-2012 de la région de la Capitale-Nationale	X
	55	Plan d'action en sécurité alimentaire pour la région de la Capitale-Nationale	
	56	Actions visant à promouvoir ou à influencer l'élaboration et l'implantation de lois, de politiques, de programmes, de règlements et de plans d'action qui favorisent la réduction des inégalités sociales de santé	
	57	Actions figurant dans le Plan quinquennal de développement de la région de la Capitale-Nationale 2006-2011 <i>L'innovation au cœur du développement humain</i> , du plan d'action de la Table de concertation en développement social de la CRÉ et du plan d'action de la Table en développement social de la CAR	
	58	Projets de mobilisation des communautés visant la réduction des inégalités de santé dans une approche d'empowerment	X
	59	Approche territoriale intégrée dans le cadre de l'Entente spécifique sur la pauvreté et l'exclusion sociale	X
	60	Sensibilisation des acteurs de la santé à la présence d'inégalités sociales de santé, à l'importance d'intervenir pour les réduire et aux répercussions des programmes de santé publique populationnels sur les inégalités de santé	X
Système de soins et de services et évaluation	61	Monitoring régional évaluatif des projets cliniques	
	62	Recherche évaluative sur les aspects systémiques de la transformation des services, volet « responsabilité populationnelle »	
	63	Évaluation des cliniques-réseau de Québec	
	67	Soutien aux établissements de santé de la région dans l'adoption de la stratégie HPS-OMS	
	68	Groupe de réflexion du Québec et de la chaire GETOS	

Domaines du PAR	Numéros	Activités	Local
Maladies infectieuses	69	Application des protocoles d'intervention et de contrôle et des lignes directrices relatives aux maladies infectieuses transmissibles, et diffusion, aux partenaires du réseau de santé publique, de toute autre documentation pertinente en relation avec ces dernières	X
	70	Activités d'hémovigilance et d'histovigilance	X
	71	Vigie des maladies infectieuses transmissibles lors d'événements nationaux et internationaux	X
	72	Application des lignes directrices pour les immigrants nouvellement arrivés (tuberculose et syphilis)	X
	73	Application des lignes directrices pour les contacts avec une chauve-souris et en cas de morsure animale	X
	74	Promotion de comportements préventifs en matière de santé-voyage par la vaccination, la chimioprophylaxie et l'offre de conseils aux voyageurs	X
	75	Mise à jour du volet santé publique du Plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza	X
	76	Surveillance, vigie et soutien aux établissements en ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections nosocomiales	X
	79	Surveillance et vigie des maladies évitables par la vaccination (MEV) au regard des maladies à déclaration obligatoire (MADO) et des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) survenant à la suite d'une vaccination	X
	83	Activités de promotion de la santé et de prévention des ITSS auprès de l'ensemble de la population	X
Santé environnementale	84	Surveillance et vigie au regard du programme Info-Smog/cote air santé (CAS)	
	85	Contrôle de l'herbe à poux	X
	86	Surveillance et vigie au regard de l'eau potable et des eaux récréatives	
	87	Analyse au regard des sols contaminés	
	88	Activités de surveillance en lien avec la qualité de l'air intérieur (moisissures, acariens et autres aéroallergènes et irritants)	
	89	Activités en lien avec l'insalubrité morbide dans l'optique d'améliorer la qualité de vie	X
	90	Promotion de comportements sécuritaires relativement au monoxyde de carbone (CO)	
	91	Participation à la Stratégie québécoise de protection de la santé publique contre le radon dans les résidences	
	92	Réponse aux demandes courantes	
	93	Réponse aux urgences environnementales	X
	94	Conduite d'enquêtes sur les maladies et intoxications à déclaration obligatoire (MADO/IADO)	

● Domaines du PAR	Numéros	Activités	Local
Santé environnementale <i>(suite)</i>	95	Analyse des schémas d'aménagement	
	96	Évaluation et examen d'études d'impacts environnementaux	
	97	Étude de la problématique du bruit communautaire	
	98	Vigie en rapport avec des épisodes de chaleur accablante	
	99	Documentation du domaine du développement durable	
Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives	117	Adaptation de l'offre de service PCP des différents domaines d'intervention selon les stratégies reconnues efficaces et les conditions d'efficacité	
	118	Développement d'un modèle de collaboration basé sur la présence de porteurs de PPP en milieu clinique	X
	119	Soutien au déploiement des PCP dans la région par l'établissement des alliances nécessaires	
Surveillance de l'état de santé et la population et de ses déterminants	120	Mise à jour du Plan régional de surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population de la région de la Capitale-Nationale	
	121	Production du Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale en 2010	
	122	Production du rapport sur les principaux résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes dans la région de la Capitale-Nationale en 2009	
	123	Production de rapports thématiques, soit par problématique, soit par clientèle	



Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale

Québec 