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

Québec
Saguenay–
Lac-Saint-Jean

Plan d'action régional de santé publique du Saguenay—Lac-Saint-Jean

Cahier 1 — Les 0-5 ans et leurs parents

Cahier 2 — Les 6-17 ans et leurs parents

Cahier 3 — Les 18-64 ans

Cahier 4 — Les 65 ans et plus

Cahier 5 — Toute la population

2004-2007

Adopté par le conseil d'administration
de l'Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux

le 22 juin 2004

En action, pour la santé et le bien-être des gens de notre région

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Saguenay–
Lac-Saint-Jean

Plan d'action régional de santé publique du Saguenay—Lac-Saint-Jean

Cahier 1 Les 0-5 ans et leurs parents

Cahier 2 Les 6-17 ans et leurs parents

Cahier 3 Les 18-64 ans

Cahier 4 Les 65 ans et plus

Cahier 5 Toute la population

2004-2007

Adopté par le conseil d'administration
de l'Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux

le 22 juin 2004

En action, pour la santé et le bien-être des gens de notre région

Plusieurs personnes ont contribué à l'élaboration du *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007* et nous tenons à les remercier très sincèrement.

Nos remerciements vont d'abord à toutes les équipes de la Direction de santé publique et plus particulièrement l'équipe promotion-prévention qui a travaillé sans relâche tant pour la conception du plan que pour la rédaction du document. De plus, sans l'expertise et le travail soutenu du personnel de bureau plus spécialement M[mes] Lyna Guérin, Anne-Pascale Maltais, Madeleine Tremblay et Monique Vallée, le plan d'action n'aurait probablement pas atteint ce niveau de qualité.

Merci à toutes ces personnes.

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande

par télécopieur : (418) 549-9710

ou par la poste : Agence de développement de réseaux locaux de services
de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean
Direction de santé publique
930, rue Jacques-Cartier Est
Chicoutimi (Québec)
G7H 7K9

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :

Direction de santé publique, *Plan d'action régional de santé publique du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2004-2007*, Agence de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2004.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2004
Bibliothèque nationale du Canada, 2004
ISBN 2-921247-40-2

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

MOT DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

Des actions de promotion, de prévention et de protection, pour améliorer la santé et le bien-être des gens de notre région.

C'est avec plaisir et enthousiasme que je vous présente le *Plan d'action régional de santé publique du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2004-2007*, élaboré par les professionnels de la santé publique de concert avec les établissements à mission CLSC, les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels.

Ce plan définit l'offre de service de santé publique à mettre en place sur notre territoire. Il constitue ainsi un outil permettant d'orienter les centres de santé et de services sociaux dans la planification et la mise en œuvre des actions de santé publique sur le plan local.

Plusieurs de ces activités se situent en continuité de celles déjà entreprises dans le cadre du *Plan directeur régional en promotion-prévention 2000-2003*. Le présent plan d'action est toutefois plus large que le précédent car il couvre l'ensemble des fonctions de santé publique et tient compte des spécificités de la population régionale. De plus, la plupart des activités retenues dans le plan sont conformes aux prescriptions du *Programme national de santé publique 2003-2012*. Ce programme précise les services de santé publique à mettre en œuvre au cours des prochaines années tant aux niveaux national, régional que local.

Plusieurs personnes ont contribué à l'élaboration de ce plan d'action et nous les en remercions sincèrement. Nous tenons à souligner l'exceptionnelle contribution de nos partenaires des établissements qui ont la responsabilité de la mission de santé publique et des représentants de plusieurs organismes communautaires. De par leur implication constante et leurs judicieux conseils, ils ont apporté un soutien indéniable à toute la démarche d'élaboration du plan d'action régional et lui en confère ainsi une plus-value.

Nous voulons aussi exprimer notre reconnaissance aux membres des Tables de concertation en promotion-prévention de chacun des territoires pour leur engagement soutenu et leur dynamisme au cours des dernières années et, plus particulièrement, pour leur importante collaboration au cours de la dernière année.

Nous voudrions enfin souligner l'incontournable apport des partenaires de l'intersectoriel soit du réseau de l'éducation, des municipalités, de la sécurité publique, du socio-économique, pour n'en nommer que quelques-uns, lors des journées de consultation et d'appropriation du plan d'action régional.

La mise en œuvre de ce plan constitue un défi de taille et ce défi repose sur l'essentielle contribution et implication de l'ensemble des partenaires.

Je vous invite à poursuivre votre participation et à relever avec nous ce défi car, c'est ensemble que nous pouvons améliorer la santé et le bien-être des gens de notre région.

Le directeur de santé publique,

Andy Kennedy, M.D.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES ET ACRONYMES 7

INTRODUCTION 9

PREMIÈRE PARTIE : CONTEXTE GÉNÉRAL 11

Cadre de référence du plan d'action régional de santé publique 2004-2007 (PAR-SP) 13

Objectifs du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) 20

Démarche d'élaboration du PAR-SP 24

Particularités du PAR-SP 26

Surveillance de l'état de santé de la population régionale 30

Plan de mobilisation des ressources des établissements du réseau de la santé et des services sociaux 32

DEUXIÈME PARTIE : LES CAHIERS – CLIENTÈLES 35

Cahier 1 : Les 0-5 ans et leurs parents

Cahier 2 : Les 6-17 ans et leurs parents

Cahier 3 : Les 18-64 ans

Cahier 4 : Les 65 ans et plus

Cahier 5 : Toute la population

LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES ET ACRONYMES

ACIA	Agence canadienne d'inspection des aliments
BAPE	Bureau d'audiences publiques sur l'environnement
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLD	Centre local de développement
CLE	Centre local d'emploi
CLSC	Centre local de services communautaires
CPE	Centre de la petite enfance
CREPAS	Conseil régional de prévention de l'abandon scolaire
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la Statistique du Québec
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LSP	Loi de santé publique
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAMSL	Ministère des Affaires municipales, Sport et Loisir
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation
MEQ	Ministère de l'Éducation
MESSF	Ministère de l'Emploi, Solidarité sociale et Famille
MRC	Municipalité régionale de comté
MSP	Ministère de la Sécurité Publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTQ	Ministère des Transports
PAL	Plan d'action local
PAR-SP	Plan d'action régional - santé publique
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PNSP	Programme national de santé publique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein

INTRODUCTION

Suite à l'adoption de la Loi sur la santé publique en décembre 2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a diffusé en 2003 le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP); celui-ci constitue la principale mesure prévue par la loi pour orienter les activités de santé publique aux niveaux provincial, régional et local. Ce programme constitue le cadre de référence servant à l'élaboration des plans d'action régionaux en santé publique ainsi que des plans d'action locaux.

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, conformément à ses obligations légales a donc entrepris les démarches dès 2002 pour produire le plan d'action régional de santé publique 2004-2007 (PAR-SP) pour la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Dès la promulgation de la Loi sur la santé publique, plusieurs activités de mobilisation et de concertation ont été réalisées avec différents partenaires, tant au plan régional que local, pour promouvoir les nouvelles orientations et ainsi assurer la continuité des actions de santé publique; tous ont été mis à contribution au cours du processus d'élaboration du PAR-SP.

Ce plan est donc le résultat de la mobilisation des intervenants de la Direction de santé publique ainsi que de nombreux partenaires, notamment ceux du réseau des CLSC, les représentants du réseau communautaire et les partenaires du multisectoriel. Ces derniers ont été consultés formellement au regard du *PAR-SP préliminaire* en avril 2004 et les fruits de cette consultation ont permis de produire le *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 (PAR-SP)*.

Le présent document est articulé en deux parties. La première décrit le contexte général : le cadre de référence, les objectifs du PNSP, la démarche d'élaboration du PAR-SP, les particularités de ce dernier, la surveillance de l'état de santé de la population ainsi que le plan de mobilisation en cas d'urgence.

La seconde partie structurée en cinq cahiers, concerne les clientèles suivantes : les 0-5 ans et leurs parents, les 6-17 ans et leurs parents, les 18-64 ans, les 65 ans et plus; le cinquième cahier regroupe les activités s'adressant à toute la population.

Chacun de ces cahiers est composé de trois sections : la première trace sommairement un portrait de santé pour la clientèle en titre, la seconde présente la synthèse des activités et des résultats attendus. La dernière section, présentée sous forme de fiches, expose par domaines les différentes activités du programme en fonction de quatre éléments : l'état de la situation, les structures de concertation et de coordination, les résultats attendus et la responsabilité de mise en œuvre ainsi que les rôles et contributions attendus des acteurs. Ces fiches identifient précisément les actions de santé publique à mener pour les trois prochaines années.

Ces fiches serviront de cadre de référence à l'élaboration des plans d'action locaux (PAL) car elles représentent l'offre minimale des services de santé publique qui devront être disponibles dans la région.

Première partie

Contexte général

Cadre de référence du plan d'action régional de santé publique 2004-2007 (PAR-SP)

Le plan d'action régional de santé publique repose sur une vision de la place qu'occupe la mission de la santé publique au regard des autres missions confiées aux établissements du réseau de la santé et à leurs partenaires. Ce plan prend assise sur le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP).

Cette section débute d'abord par quelques définitions. Une description du *continuum santé-maladie* y est ensuite présentée, suivi d'un court résumé du PNSP.

1. Quelques définitions

La santé et le bien-être :

« La capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie » (MSSS, 1992, article 11).

Les déterminants de la santé et du bien-être

Ce sont des facteurs qui ont une influence sur la santé et le bien-être :

- prédispositions biologiques et génétiques;
- habitudes de vie et autres comportements;
- conditions de vie et milieux de vie;
- environnement physique;
- organisation des services sociaux et de santé et accès aux ressources.

Les facteurs favorables à la santé et au bien-être : facteurs de protection

Ce sont des facteurs qui relèvent de certains attributs de personnes, d'environnements, de situations ou d'événements qui augmentent la probabilité pour un ou plusieurs individus d'éviter des problèmes de santé ou de bien-être.

Les facteurs défavorables à la santé et au bien-être : facteurs de risque

Ce sont des facteurs qui relèvent de certains attributs de l'individu, de la famille ou de la société, qui augmentent la probabilité pour un individu ou pour plusieurs individus de développer des problèmes de santé ou de bien-être, s'ils sont présents.

La notion de risque, de groupes à risque, de groupes menacés

Le risque[1] *est une notion statistique exprimée en pourcentages ou en probabilités. En étudiant le risque, on ne s'engage pas à émettre des prévisions sur les particuliers mais sur la probabilité de réalisation d'un événement dans une population ou un groupe réunissant certaines caractéristiques; c'est le groupe à risque.*

La santé d'un groupe ou d'une population peut être menacée par un agent biologique, chimique ou physique; on parle alors de groupe menacé.

2. Continuum santé-maladie

Au plan de la santé et du bien-être, une personne ou un groupe de personnes, à une période donnée, peut être soit dans un état de santé et de bien-être ou affecté d'une maladie ou d'un état de mal-être. Ces deux pôles définissent le continuum santé-maladie (figure 1).

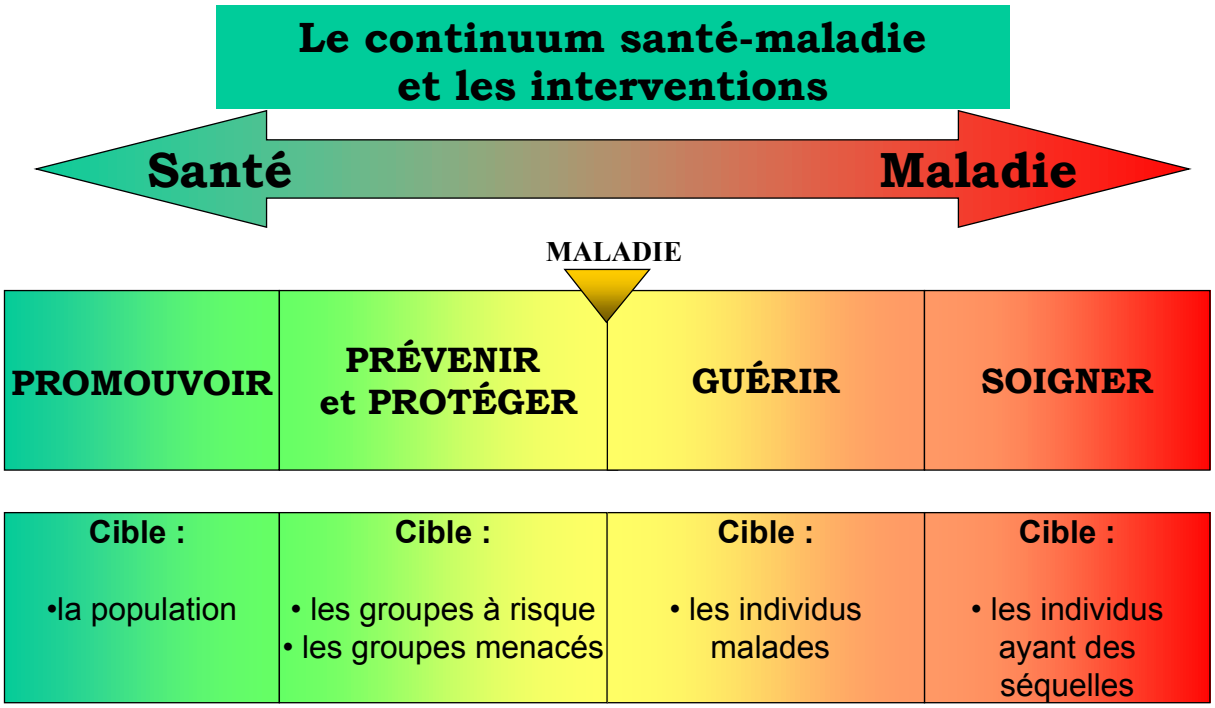
Le continuum santé-maladie tel que présenté doit cependant être interprété dans un sens plus large. En effet, lorsque nous parlons de la santé, ceci englobe la santé physique, la santé mentale et l'état de bien-être. À l'opposé, lorsque nous faisons référence à la maladie, nous nous exprimons en termes de maladie physique, de détresse psychologique ou de maladie mentale et de détresse sociale.

2.1 Continuum santé : la gamme des interventions et les cibles

Pour chacune des situations susceptibles d'être expérimentées sur le continuum de santé par une personne ou un groupe de personnes, il existe un type d'intervention y correspondant (figure 1).

[1] Marc Lalonde, *Nouvelles perspectives de la santé des canadiens*, document de travail, Gouvernement du Canada, 1974, p. 41.

Figure 1 : Le continuum santé-maladie et les interventions



Ces interventions contribuent au maintien de la santé de la population, avant que n'apparaisse la maladie; lorsque la maladie ou la détresse survient, celles-ci aideront au rétablissement de la santé de la population.

2.1.1 Promouvoir

- Promouvoir la santé et le bien-être en facilitant le développement de facteurs favorables à la santé et au bien-être.
- **Cible** : la population en général ou des segments de la population.

2.1.2 Prévenir et protéger

- Prévenir la maladie et les problèmes sociaux en diminuant l'incidence des problèmes de santé et des problèmes sociaux par l'action sur les facteurs défavorables.
- Dépister les populations qui présentent des facteurs de risque.
- Protéger en intervenant en cas de menace, réelle ou appréhendée, pour la santé.
- **Cible** : les groupes à risque et les individus à risque; les individus, les groupes ou populations menacés.

2.1.3 Guérir

- Guérir la maladie et corriger les problèmes sociaux.
- Dépister précocement la maladie et les problèmes sociaux afin d'intervenir rapidement.
- **Cible** : les individus qui ont une maladie ou qui vivent un problème d'ordre social.

2.1.4 Soigner

- Améliorer la capacité à composer avec le problème, à vivre une vie satisfaisante malgré celui-ci.

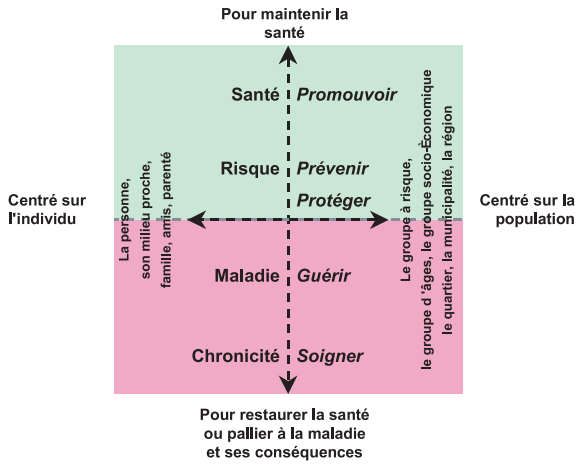
- Pallier les effets de la maladie et des problèmes sociaux.

- **Cible** : les individus qui ont des séquelles temporaires ou permanentes liées à une maladie ou à un problème social.

2.2 Un travail en continuité : des exemples

Afin de pouvoir illustrer par des exemples toutes ces activités du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires, nous les avons reportées à la figure 2 sur l'axe vertical. La partie supérieure du graphique représente la zone *promotion, prévention et protection* alors que la partie inférieure constitue la zone *guérir et soigner*.

Figure 2. Un travail en continuité



Toujours à la figure 2, l'axe horizontal rappelle que ces activités sont exercées auprès des individus et de la population. La section de gauche représente alors la personne et son milieu proche : la famille, les amis, les parents. La section de droite représente, la communauté : le groupe à risque, le groupe d'âges, le groupe socio-économique, le quartier, la municipalité, le territoire de MRC, la région.

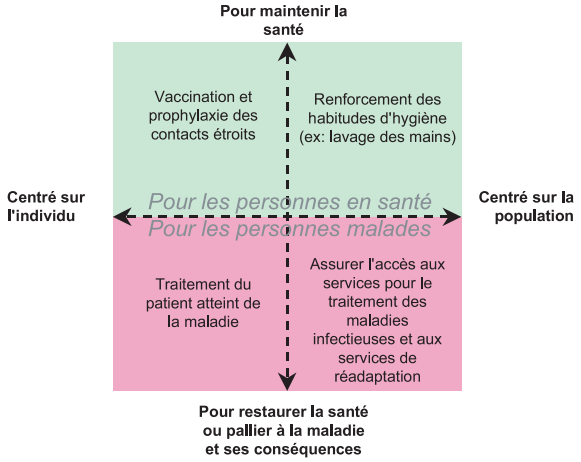
La partie supérieure s'adresse donc aux personnes et aux populations en santé, alors que la partie du bas représente davantage les services offerts aux personnes et aux populations malades ou présentant des séquelles.

2.2.1 Exemple : méningite à méningocoque

Ainsi, à la figure 3, on constate que pour agir au regard de la méningite, quatre types d'activités pourraient être mises en place.

Pour maintenir la santé, la vaccination auprès des contacts étroits (*prévenir et protéger; individus ou groupes à risque*) et la diffusion d'information concernant les habitudes d'hygiène importantes en cas d'épidémie, comme le lavage des mains (*promouvoir : population*) sont deux mesures qui seraient fort appropriées.

Figure 3. Exemple : la méningite



Pour restaurer la santé, le traitement du patient atteint de la maladie (*guérir : individus*) et l'accès aux services pour le traitement des maladies infectieuses et aux services de réadaptation *(accès aux soins : groupes ou population atteinte*) sont essentiels.

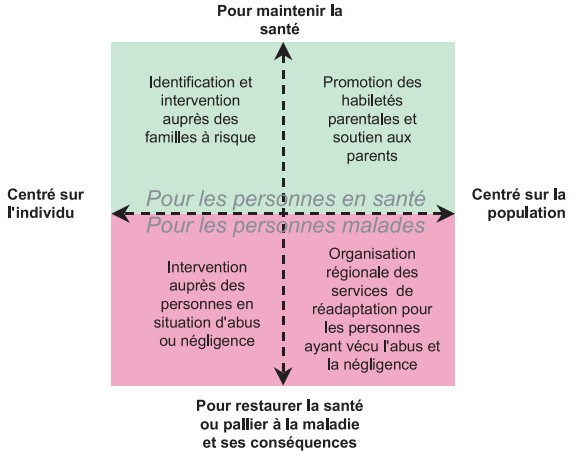
2.2.2 Exemple : abus et négligence

Un autre exemple est décrit à la figure 4 au regard de l'abus et la négligence.

Les mesures suivantes pourraient être mises en place : identification et intervention auprès des familles à risque (*prévenir : groupes à risque*), intervention auprès des personnes en situation d'abus ou de négligence (*guérir : individus*), organisation régionale des services de réadaptation pour les personnes ayant vécu

l'abus et la négligence (*accès aux soins : population*), promotion des habiletés parentales et soutien aux parents au niveau régional (*promouvoir : population*).

Figure 4. Exemple : L'abus et la négligence



Ces exemples, et bien d'autres, mettent en évidence la nécessaire complémentarité des services afin de maintenir ou de restaurer la santé de la population régionale.

2.3 Un travail en continuité : ensemble, ils contribuent à la santé et au bien-être de la population

Ces services ne sont pas l'apanage uniquement d'un établissement ou d'un autre. Ainsi, à partir des missions et de l'activité principale des établissements du réseau de santé et des services sociaux et des partenaires du milieu, on peut cartographier approximativement les types de services offerts par chacun, sur une figure.

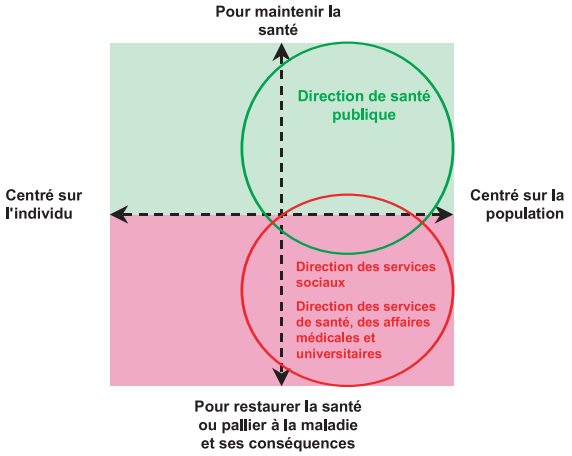
2.3.1 L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Ainsi, à la figure 5, on peut observer que les services offerts par l'Agence de santé et de services sociaux concernent davantage la population dans son ensemble.

La Direction de santé publique se préoccupe de l'organisation des services touchant la promotion, la prévention et la protection auprès de population en santé ou de groupes à risque.

Par ailleurs, la Direction des services sociaux et la Direction des services de santé, des affaires médicales et universitaires consacrent leurs énergies davantage vers l'organisation des services touchant la guérison et les soins à la population malade ou présentant des séquelles.

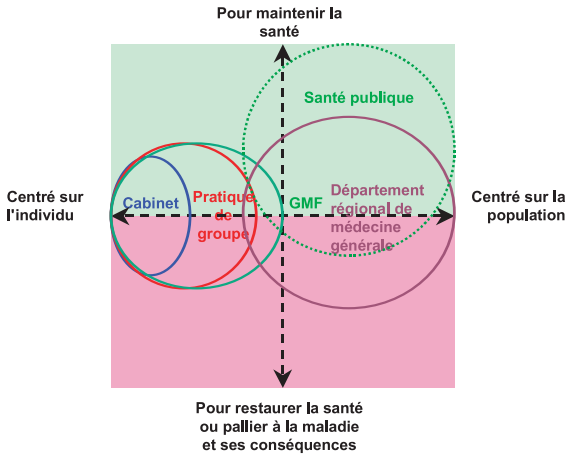
Figure 5. L'Agence de santé et de services sociaux



2.3.2 La communauté médicale

Le travail de la communauté médicale quant à lui, porte aussi bien sur les individus, les groupes à risque que sur la population, qu'ils soient malades ou à risque de l'être (figure 6). Qu'il s'agisse de médecins en cabinet privé, œuvrant en pratique de groupe ou en groupe de médecine de famille (GMF), tous se préoccupent de maintenir et restaurer la santé des individus de leur communauté.

Figure 6. La communauté médicale

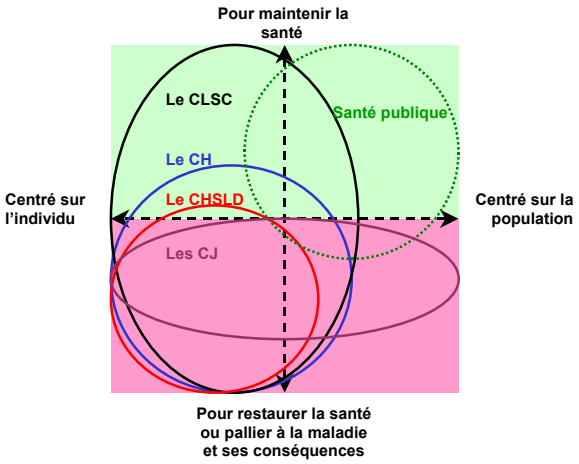


C'est lorsqu'ils participent aux activités du Département régional de médecine générale que leur action rejoint davantage la population en général, par le biais de l'organisation des services qu'ils soient de nature préventive ou de nature curative.

2.3.3 Le CLSC, les CJ, le CH et le CHSLD

Le CLSC (figure 7) offre davantage des services individuels qui peuvent être de l'ordre de la promotion jusqu'aux soins palliatifs; sa mission l'amène aussi à s'occuper de groupes à risque et de la population d'un territoire.

Figure 7. Le CLSC, les CJ, le CH et le CHSLD



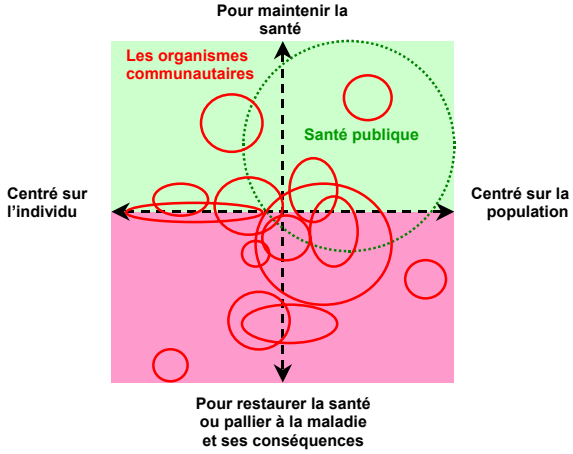
Les CH et les CHSLD, voient leurs services se situer davantage dans le quadrant inférieur gauche du graphique, celui correspondant aux individus malades ou présentant des séquelles.

Les Centres jeunesse offrent et coordonnent une gamme de services spécialisés à des jeunes en besoin de protection ou de réadaptation.

2.3.4 Les organismes communautaires

La figure 8 illustre la grande variété des services offerts par les organismes communautaires qui œuvrent autant auprès des individus que des groupes, ceux-ci étant parfois en santé, parfois à risque ou bien malades et présentant des séquelles.

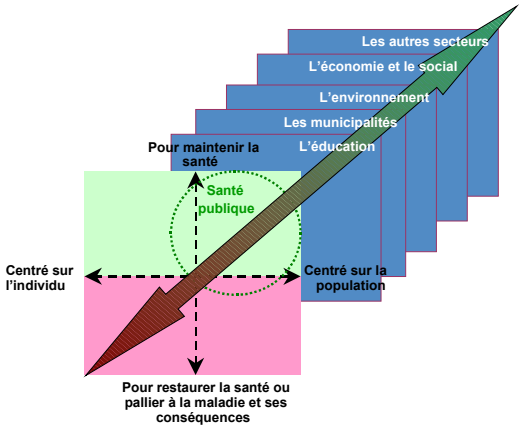
Figure 8. Les organismes communautaires



2.3.5 Les autres partenaires du milieu

Enfin, la figure 9 met en évidence d'autres partenaires du réseau de la santé et des services sociaux qui, de par leurs actions, ont un impact sur la santé de la population régionale : le réseau de l'éducation, les municipalités, le réseau de l'environnement, le réseau de l'économie, le réseau social, etc.

Figure 9. Les autres partenaires du milieu



La santé de la population d'un territoire est donc extrêmement liée à la concertation entre les acteurs du milieu pour offrir l'ensemble des activités et services utiles au maintien ou à la restauration de la santé telle que décrite en début de chapitre.

3. Programme national de santé publique 2003-2012

De par la loi, le plan d'action régional doit être élaboré en concordance avec le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) dont voici un résumé.

3.1 Les objectifs généraux

A la figure 10, on constate que les objectifs du programme sont triples : modification des déterminants de la santé ou du bien-être, amélioration de la santé ou du bien-être et réduction des problèmes de santé, des problèmes psychosociaux et des traumatismes. Ces objectifs ont été fixés au regard des déterminants de la santé.

Les objectifs liés aux différents domaines sont énumérés plus loin.

3.2 Les fonctions de santé publique

Les objectifs du PNSP se traduisent en activités qui se rapportent aux fonctions de la santé publique.

Plus haut, nous avons mentionné les fonctions suivantes associées à la santé publique *: la promotion de la santé et du bien-être, la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes et la protection de la santé.*

Ces fonctions (figure 10) sont étroitement liées à *la surveillance continue de la santé de la population* et pourraient difficilement être exercées sans les fonctions de soutien suivantes : *réglementation, législation et politiques publiques ayant des effets sur la santé, recherche et innovation, développement et maintien des compétences*.

3.3 Les domaines d'intervention

Les domaines d'intervention sont articulés autour de problématiques qui ont des caractéristiques semblables. En conséquence, les activités inscrites dans chacun des domaines sont souvent liées; certaines d'entre elles concernent des problèmes de santé présents sur tout le territoire québécois, incluant la région.

Ces activités, constituent l'ensemble des services communs à toutes les régions et à tous les territoires des centres locaux de services communautaires (CLSC).

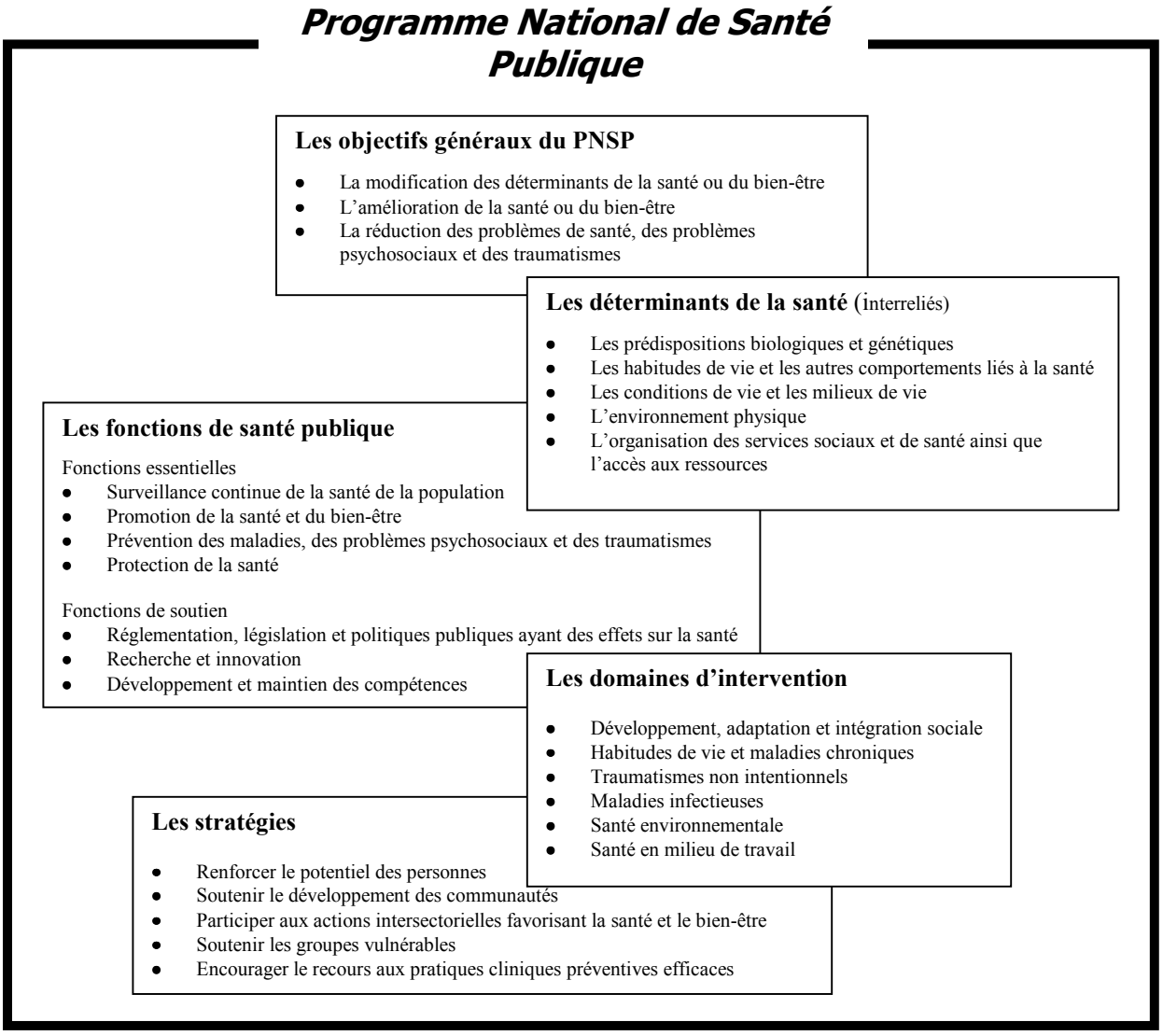
Ces domaines sont énumérés à la figure 10. Il faut référer au PNSP pour prendre connaissance des activités inscrites dans chacun des domaines.

3.4 Les stratégies

A l'intérieur du PNSP, les activités sont organisées selon des stratégies qui favorisent l'atteinte des objectifs fixés en orientant, notamment, le choix des activités et des groupes de personnes auxquels elles s'adressent.

Les cinq stratégies retenues par le PNSP sont aussi présentées à la figure 10.

Figure 10. Le programme national de santé publique[2]



[2] MSSS, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Service sociaux, 2003.

Objectifs du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP)

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* prévoit des objectifs pour chacun des domaines d'interventions.

1. Le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale

Les objectifs d'ici 2012 :

- réduire à moins de 15 pour 1 000 le taux de grossesse chez les adolescentes;
- réduire le taux de prématurité;
- réduire le taux d'insuffisance de poids à la naissance (poids inférieur à 2 500 g);
- réduire le nombre d'enfants qui naissent avec des anomalies congénitales graves ou autres problèmes graves de santé, comme les malformations du tube neural, le syndrome de l'alcoolisation fœtale et le syndrome de la rubéole congénitale;
- réduire la morbidité liée à la phénylcétonurie ou à l'hypothyroïdie congénitale;
- réduire les infections respiratoires, les infections gastro-intestinales et l'anémie ferriprive chez les nourrissons;
- augmenter la proportion d'enfants âgés de 0 à 4 ans qui ont un développement normal (moteur, langagier, cognitif et social);
- réduire les problèmes d'abus physique et psychologique, d'agression sexuelle et de négligence à l'endroit des enfants et des adolescents;
- réduire les troubles des conduites, incluant la violence envers les autres et la délinquance, chez les enfants et les adolescents;
- réduire les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool;
- réduire de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées;
- augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne santé mentale;
- réduire le nombre de tentatives de suicide et le nombre de suicides;
- réduire les problèmes d'agression sexuelle et de violence conjugale affectant les femmes;
- réduire les problèmes d'abus et de négligence à l'endroit des personnes âgées;
- retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées.

2. Le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques

Les objectifs portant sur les maladies chroniques d'ici 2012 :

- diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires (incluant les maladies cardiaques ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux);
- réduire la mortalité par cancer du sein de 25 % chez les femmes de 50 à 69 ans;
- réduire de 30 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique;
- réduire de 40 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme;
- réduire de 30 % l'incidence du diabète (de 40 % dans les populations autochtones);
- réduire la prévalence de l'excès de poids de 28 % à 22 % et celle de l'obésité de 13 % à 10 % chez les adultes en plus de prévenir l'excès de poids et l'obésité tant chez les enfants que chez les adolescents;
- réduire la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans ou plus;
- réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans;
- réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivite et maladies parodontales destructives) chez les adultes de 18 ans ou plus.

Les objectifs portant sur les habitudes de vie d'ici 2012 :

- réduire l'usage du tabac chez les jeunes du secondaire;
- réduire la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui font usage du tabac de 24 % à 18 %;
- réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement;
- augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour;

- réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %;
- augmenter la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans;
- augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique;
- améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire dans tous les groupes d'âges.

3. Le domaine des traumatismes non intentionnels

Les objectifs d'ici 2012 :

- réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route;
- réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile;
- réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs.

4. Le domaine des maladies infectieuses

Les objectifs portant sur les maladies évitables par l'immunisation d'ici 2006 :

- maintenir à zéro l'incidence annuelle de la diphtérie, de la poliomyélite, du tétanos et de la rage en ce qui concerne les cas indigènes;
- maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole, de la rubéole et des oreillons sous le seuil d'élimination;
- maintenir le nombre moyen de cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type b sous le seuil de 5 par année chez les enfants de moins de 5 ans;
- réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002;
- réduire l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale à 0;
- réduire de 50 % (à 2,5/100 000 personnes) l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A;
- réduire de 50 % (à 1/100 000 personnes) l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë;
- réduire à moins de 5 cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à méningocoque de sérogroupe C dans la population âgée de 20 ans ou moins;
- réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination.

D'ici 2012 :

- réduire la varicelle jusqu'au seuil d'élimination;
- réduire de 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans;
- réduire de 25 % le taux annuel d'hospitalisation pour influenza et pneumonie des personnes de 65 ans ou plus;
- maintenir les services essentiels en cas de pandémie d'influenza;
- maintenir l'incidence moyenne annuelle des maladies infectieuses contractées à l'étranger.

Les objectifs portant sur le VIH/SIDA, VHC et infections transmissibles sexuellement (ITS)

D'ici 2006 :

- réduire à moins de 5 le nombre de nouveau-nés infectés par le VIH chaque année;
- réduire à moins de 50 cas pour 100 000 personnes le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis*;
- réduire de 50 % le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes de 15 à 24 ans;
- maintenir l'incidence globale annuelle de syphilis récente (infectieuse) sous le seuil de l'élimination (à moins de 0,2 cas pour 100 000 personnes);
- réduire à 0 le nombre de nouveau-nés infectés par la syphilis congénitale;
- maintenir sous le seuil de l'élimination l'incidence annuelle des infections bactériennes rares transmissibles sexuellement.

Les objectifs portant sur le VIH/SIDA, VHC et infections transmissibles sexuellement (ITS)

D'ici 2012 :

- réduire l'incidence annuelle de l'infection par le VIH;
- réduire l'incidence de l'hépatite C;
- réduire la proportion des personnes infectées par l'hépatite C qui développent une cirrhose du foie;
- réduire les infections à *Neisseria gonorrhoeae* jusque sous le seuil d'élimination;
- réduire à moins de 10 pour 1 000 la fréquence des complications (grossesses ectopiques) de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique;
- réduire l'incidence annuelle des infections virales transmissibles sexuellement.

Les objectifs portant sur les autres maladies infectieuses d'ici 2006 :

- réduire de 15 % l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales dans les établissements de soins et, plus particulièrement, empêcher la transmission des bactéries ayant une résistance multiple aux antibiotiques afin de prévenir l'endémie dans les centres hospitaliers et dans les autres établissements de soins;
- réduire de 50 % le taux d'incidence des infections à *E. coli* 0157 et des infections à *Salmonella enteritidis*, et de 30 % celui des infections à *Campylobacter*;
- réduire les infections virales transmissibles par les produits sanguins;
- réduire le taux d'incidence annuel de tuberculose active à 3,5 pour 100 000 personnes et, plus précisément :
  - réduire le taux d'incidence annuel de tuberculose active à 8 par 100 000 personnes dans la région de Montréal-Centre;
  - maintenir un taux d'incidence annuel maximal de 2 pour 100 000 personnes dans les autres régions du Québec;
- maintenir à moins de 20 le nombre annuel de cas sporadiques de zoonoses autres que la rage.

D'ici 2012 :

- réduire la résistance aux antimicrobiens :
  - en ce qui concerne les infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicillene;
  - pour ce qui est des infections à *Neisseria gonorrhoeae* productrices de pénicilliase;
  - en ce qui concerne les infections à pneumocoque;
  - dans le cas de la tuberculose et des infections nosocomiales.

5. Le domaine de la santé environnementale

Les objectifs d'ici 2012 :

- réduire les problèmes de santé associés à la pollution atmosphérique;
- réduire la morbidité imputable au pollen de l'herbe à poux;
- réduire la morbidité et la mortalité dues à l'asthme chez les personnes de moins de 45 ans;
- réduire la morbidité et la mortalité reliées à la mauvaise qualité de l'air intérieur ainsi qu'à l'insalubrité dans les résidences et les édifices publics;
- contribuer à la réduction des cancers du poumon attribuables à l'exposition au radon, à l'amiante et aux hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP);
- diminuer l'incidence des cancers de la peau;
- réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies d'origine hydrique;
- réduire de 25 % les intoxications d'origine environnementale et leurs conséquences sur la santé;
- réduire les conséquences sur la santé des situations d'urgence et des catastrophes environnementales.

6. Le domaine de la santé en milieu de travail

Les objectifs d'ici 2012 :

- Diminuer la prévalence ainsi que la durée et la gravité des incapacités liées aux lésions musculo-squelettiques;
- diminuer l'incidence de la bérylliose, de la silicose et de l'amiantose chez les travailleurs par la réduction de l'exposition au bérillium, à la silice et à l'amiante;
- diminuer l'incidence de l'asthme professionnel lié aux isocyanates, à la farine et à ses composantes ou aux protéines de crustacés ainsi que la sévérité des manifestations de cette maladie;
- diminuer l'incidence des intoxications professionnelles causées par l'oxyde de carbone, l'hydrogène sulfuré, les pesticides ou les gaz irritants et réduire la prévalence des atteintes du système nerveux causées par le plomb et les solvants organiques;
- diminuer l'apparition de maladies infectieuses professionnelles chez les travailleurs exposés à des agents biologiques;
- diminuer l'incidence des cancers des voies respiratoires, des cancers de la vessie et des autres cancers par la réduction de l'exposition des travailleurs à des substances cancérogènes;
- diminuer l'incidence de la surdité professionnelle et les conséquences de cette maladie par la réduction de l'exposition des travailleurs au bruit en milieu de travail;
- diminuer la fréquence des problèmes pouvant entraîner une issue défavorable de la grossesse attribuables au milieu de travail (prématurité, avortement, mortinaissance) et des retards de croissance ou des problèmes de santé physique chez l'enfant;
- améliorer les habitudes de vie et diminuer l'incidence des maladies chroniques;
- réduire le suicide et les problèmes de consommation de drogues et d'alcool.

Démarche d'élaboration du PAR-SP

Le plan d'action régional de santé publique (PAR-SP) se situe dans la continuité des orientations préalablement établies à l'intérieur du *Plan directeur régional en promotion-prévention 2000-2003* (PDPP).

Les travaux menant à l'élaboration du plan d'action régional ont débuté dès la fin de 2002 et peuvent se résumer en sept étapes. Elles ont été menées en étroite collaboration avec les CLSC et les autres partenaires du milieu, notamment les organismes communautaires.

Les lieux de concertation et d'échanges ont été : les Tables de concertation en promotion et en prévention de chaque territoire, le Comité des mandataires regroupant des Directeurs généraux et des chefs de service des CLSC ainsi qu'un représentant de la Table régionale des organismes communautaires (T.R.O.C.-02), le Comité PAR-PAL, issu du Comité des mandataires, et de plusieurs réunions avec les responsables des maladies infectieuses en CLSC.

Étape 1 : Diffusion du contenu du PNSP

En novembre 2002, une rencontre a été organisée dans chacun des six territoires de CLSC afin de présenter le contenu du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) à tous les partenaires du milieu. Une rencontre avec les partenaires régionaux a aussi eu lieu.

Lors de ces rencontres, on a également fait connaître le processus qui devait mener à la production du PAR-SP. Des représentants des établissements du réseau, des organismes communautaires, des municipalités, du réseau de l'éducation et de la solidarité sociale étaient présents.

Étape 2 : Élaboration de fiches par les professionnels de la Direction de santé publique

À partir d'un travail de réflexion opéré par les professionnels, un fichier a été créé pour chacune des activités prévues par le PNSP grâce à un programme informatique développé à cet effet.

Chaque fichier a permis, à partir des données recensées, de développer une fiche provisoire comprenant quatre sections : l'état de la situation actuelle au regard de l'activité prévue, les structures de concertation en place dans le milieu, les résultats attendus et le responsable de la mise en œuvre, les rôles et contributions attendus des acteurs du milieu.

Étape 3 : Validation des fiches

En novembre 2003, des groupes de travail ont été formés pour compléter l'information consignée dans le fichier et valider le contenu des fiches.

Des représentants des six CLSC et des organismes communautaires de l'ensemble des territoires ont été invités à participer à ces travaux. Les groupes de travail étaient formés au regard de la clientèle : 0-5 ans, 6-17 ans, 18-64 ans et 65 ans et plus. Une validation spécifique des fiches de maladies infectieuses a été réalisée avec les responsables concernés des CLSC.

Étape 4 : Production du *PAR-SP préliminaire*

Les commentaires recueillis ont permis de compléter les fiches. Un bilan de santé s'est ajouté et le *PAR-SP préliminaire,* avec son introduction et son cadre de référence, a pris forme.

Étape 5 : Consultation

En avril 2004, la Direction de santé publique a invité plusieurs acteurs du milieu afin de leur soumettre le *PAR-SP préliminaire* pour consultation dans chaque territoire de CLSC. Cette rencontre a aussi permis à chacun des CLSC d'expliquer à ses partenaires le cheminement menant à l'élaboration du Plan d'action local (PAL) sur leur territoire.

Par ailleurs, pour le domaine de la santé environnementale, une démarche spécifique a été entreprise auprès de la Direction régionale du ministère de l'Environnement.

Étape 6 : Production du PAR-SP et dépôt

Les commentaires recueillis lors de ces rencontres ont permis d'élaborer le PAR-SP; celui-ci a fait l'objet d'un avis favorable du Forum de la population et a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Étape 7 : La mise en œuvre et le suivi du plan d'action régional de santé publique 2004-2007 et l'élaboration des PAL

Cette étape sera amorcée dès septembre 2004 en définissant les modalités de gestion ainsi que les indicateurs de suivi.

La Direction de santé publique poursuivra son soutien aux CLSC lors de l'élaboration des plans d'action locaux (PAL), notamment par le transfert des outils informatiques développés et le partage d'une base régionale de données PAR-PAL.

Particularités du PAR-SP

Quatre caractéristiques peuvent qualifier le *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007* (PAR-SP) de la région : le regroupement des activités par clientèle, et l'attention portée aux pratiques cliniques préventives, au développement des communautés et à la génétique communautaire.

1. Le regroupement des activités en fonction de groupes clientèles

La conception du PAR-SP se distingue de celle du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) où les activités sont présentées en fonction de domaines d'intervention.

En effet, après avoir consulté les CLSC, les activités du PAR-SP ont été regroupées d'abord en fonction de groupes clientèles afin de l'harmoniser davantage à la structure organisationnelle des CLSC. Pour chaque groupe clientèle, elles sont ensuite classées par domaines d'intervention.

2. Les pratiques cliniques préventives

Presque toutes les activités du PNSP associées à la promotion et au soutien d'une pratique clinique préventive ont fait l'objet d'une attention spéciale dans le PAR-SP; elles sont réparties dans les cahiers correspondant à la clientèle ciblée par la pratique clinique préventive. Pour faciliter leur repérage, elles ont été identifiées « pratique clinique préventive », sous le titre de l'activité, à l'intérieur des fiches présentées dans chacun des cahiers regroupés dans ce document.

Les pratiques cliniques préventives sont définies comme l'ensemble des interventions entre un clinicien et un patient visant la prévention de problèmes de santé et de bien-être[3]. Ces interventions, favorables au maintien de la santé, incluent les activités de counseling, de dépistage ou de détection précoce, de vaccination et de chimioprophylaxie.

Bien que l'intégration des activités de prévention à la pratique clinique soit reconnue efficace et rentable, il reste encore beaucoup à faire pour favoriser leur utilisation dans la pratique quotidienne des cliniciens. De ce constat, mis aussi en lumière par la Commission Clair, découle une des cinq stratégies d'action retenues au *Programme national de santé publique 2003-2012,* soit *encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces*. De nombreuses activités inscrites au *Programme national de santé publique 2003-2012* visent donc la promotion et le soutien d'une pratique clinique préventive.

Dans la région, plusieurs professionnels, dont notamment les médecins, seront conviés au cours des prochains mois à intégrer davantage les pratiques cliniques préventives à leur pratique quotidienne et à identifier leurs besoins pour ce faire.

En effet, une offre régionale de service sera proposée, d'ici 2006, aux groupes de médecine de famille (GMF) de la région dans un premier temps, et aux autres types de pratique médicale par la suite. D'ici 2006 également, une démarche de planification de même que les structures de concertation nécessaires à la promotion, au soutien et à l'intégration de l'ensemble des pratiques cliniques préventives, inscrites au plan d'action régional et interpellant différents groupes d'intervenants, seront aussi mises en place.

3. Le développement des communautés

Le Programme national de santé publique 2003-2012 [4] introduit le développement des communautés comme une stratégie à utiliser davantage dans le réseau de la santé publique afin de soutenir et de mobiliser les communautés locales.

Pour le PAR-SP, nous avons choisi de considérer le développement des communautés comme un septième domaine afin de souligner son importance et son utilité pour agir sur les déterminants sociaux de la santé.

[3] Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Santé Canada, 1994. (Mises à jour du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs disponibles sur le site www.ctfphc.org)

[4] MSSS, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Service sociaux, 2003.

3.1 Le concept de développement des communautés

Hormis les intervenants issus des sciences sociales, peu d'intervenants du réseau de la santé sont familiers avec le concept de par leur formation. Plusieurs actions[5] sont cependant posées dans le milieu dans une perspective de développement des communautés.

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ[6]) définit le concept de développement des communautés comme *un processus de coopération volontaire d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur le plan physique, social et économique*.

On peut approfondir le sujet en consultant les documents suivants produits par l'INSPQ : *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés.* Il s'agit d'une série de trois documents s'employant à décrire entre autres choses les concepts de développement social et de développement des communautés, les réalisations provinciales et une revue de littérature fort intéressante sur le sujet.

Rappelons maintenant ce qu'on entend par stratégie de développement des communautés.

3.2 Le développement des communautés : une stratégie

Le développement des communautés constitue une des cinq stratégies d'intervention proposées dans le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP)[7]; selon ce document, utiliser la stratégie de développement des communautés signifie soutenir :

- *la participation des personnes qui composent ces communautés à un processus visant à déterminer les problèmes de santé les plus importants pour elles et les solutions les plus appropriées à leur apporter;*
- *le processus d'empowerment des collectivités;*
- *l'engagement des acteurs locaux et régionaux;*
- *le recours à l'approche communautaire;*
- *le partenariat avec les autres secteurs en vue de favoriser la réalisation de projets issus des communautés et axés sur leur santé et leur bien-être.*

Toujours selon le PNSP[8], *les activités qui s'inscrivent dans le développement des communautés visent justement à prévenir des problèmes psychosociaux et de santé physique qui sont influencés par le contexte de vie*. Ces activités ont pour effet de renforcer l'autonomie des membres des communautés et leur cohésion sociale; elles leur permettent de *changer leur situation, de prendre part à la création d'environnements adaptés à leur contexte de tous les jours*.

3.3 Dans la région, le développement des communautés considéré comme un domaine

Dans une perspective d'amélioration de la santé de la population, le développement des communautés nous conduit, comme domaine, à accroître l'implication du réseau de la santé et des services sociaux dans d'autres sphères que celle de la santé, avec les partenaires qui y œuvrent déjà.

Ainsi, le réseau de santé et de services sociaux est un intervenant parmi d'autres et son rôle doit se situer dans un esprit de concertation intersectorielle avec les autres réseaux formels et informels et les institutions concernées par les déterminants sociaux[9] que sont :

- un accès équitable à la nourriture;
- un accès équitable au logement;

[5] INSPQ. *La santé des communautés, perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés. Conceptions, actions, enjeux, défis et préoccupations : points de vue d'acteurs de directions de santé publique,* avril 2002.

[6] INSPQ. *La santé des communautés, perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés, avril 2002 , p. 16.*

[7] MSSS. *Programme national de santé publique 2003-2012,* Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 22.

[8] *Id.* p. 70.

[9] INSPQ, *La santé des communautés, perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, avril 2002 , p. 10.

- un accès équitable à l'éducation;
- un accès équitable à un revenu adéquat;
- un accès équitable à un environnement propre et sûr;
- un accès équitable à des réseaux sociaux, amicaux, familiaux ou communautaires;
- un accès équitable aux soins de santé.

En effet, le PNSP[10] nous rappelle que *le pouvoir de l'individu de changer ses habitudes de vie ou de maîtriser sa situation de vie au regard de sa santé et de son bien-être tient non seulement à sa volonté et à sa capacité d'agir; mais aussi aux conditions présentes dans son environnement immédiat – socio-économique, physique, social et culturel… De plus, la pauvreté contribue largement à la persistance des inégalités de santé et de bien-être.*

Dans cette foulée, nous avons choisi d'axer nos interventions régionales principalement vers la réduction des inégalités et le renforcement de la vitalité des milieux. Ce choix s'appuie sur une recommandation du Comité PAR-PAL[11] et il est en concordance avec les résultats d'une consultation régionale organisée en 2003 par le Regroupement régional de développement social (RRDS).

4. La génétique communautaire

L'identification de gènes responsables de maladies héréditaires, très souvent associées à une morbidité élevée et une espérance de vie réduite, a ouvert la voie à la prévention.

En effet, depuis la fin des années 80, des tests sont offerts aux membres des familles touchées par des maladies héréditaires à transmission autosomique récessive au Saguenay–Lac-Saint-Jean où cinq maladies récessives ont une incidence particulièrement élevée : la fibrose kystique, la tyrosinémie héréditaire de type 1, l'ataxie récessive spastique de Charlevoix-Saguenay, la neuropathie sensitivo-motrice héréditaire avec agénésie du corps calleux, l'acidose lactique congénitale.

Pour chacune d'entre elles, un programme de dépistage familial en cascade a été mis en place suite à la découverte des gènes qui en sont responsables et de la détermination du génotype responsable de la maladie dans chacune des familles. Ainsi on aura sensibilisé les apparentés des personnes qui sont dépistées pour s'assurer qu'elles sont au courant de la présence de cette maladie dans la famille et les informer qu'elles peuvent avoir accès à un dépistage si elles le désirent. Une personne dont un membre de la famille est atteint d'une des cinq maladies, peut actuellement se présenter aux services de conseil génétique pour savoir si elle est porteuse de cette maladie. Actuellement, seul le test concernant la maladie présente dans la famille est réalisé chez la personne qui se présente. L'approche familiale en cascade est également utilisée pour l'identification des porteurs pour d'autres maladies récessives qui sont moins fréquentes au SLSJ : amyotrophie spinale, cystinose, défaut congénital de glycosilation 1b, Tay-Sachs et autres.

En l'an 2000, la Régie régionale a identifié la génétique communautaire comme une priorité et s'est dotée d'un plan d'action, élaboré en partenariat étroit avec le Complexe hospitalier de la Sagamie et le Centre de médecine génique communautaire. Ce plan proposait quatre priorités :

1. La mise sur pied de la clinique des maladies métaboliques pédiatriques.
2. La consolidation de la clinique des maladies neuromusculaires.
3. La consolidation des services de conseil génétique et de dépistage moléculaire.
4. Le développement d'un modèle d'organisation en génétique communautaire qui se traduit par une meilleure implication des médecins de première ligne et une meilleure coordination dans l'organisation des services de maintien dans la communauté (médecins, spécialistes, CLSC, associations de patients ou de parents d'enfants atteints).

[10] MSSS. *Programme national de santé publique 2003-2012,* Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 70.

[11] Organisations membres du Comité PAR-PAL : Table régionale des organismes communautaires (T.R.O.C), CLSC du Grand Chicoutimi, Carrefour de santé de Jonquière (CLSC), Centre Cléophas-Claveau (CLSC), Centre Maria-Chapdelaine (CLSC), CLSC Le Norois, CLSC des Prés-Bleus et Direction de santé publique.

Depuis, à l'aide d'un financement récurrent provenant du MSSS, la Clinique de maladies métaboliques pédiatriques du Complexe hospitalier de la Sagamie a été mise sur pied. Il y a eu également une première phase de consolidation des services de conseil génétique et de dépistage par l'ajout d'une ressource et d'un soutien financier additionnel à l'organisme communautaire Corporation de recherche et d'action sur les maladies héréditaires (CORAMH) pour appuyer ses programmes d'information.

Compte tenu que le *Plan de consolidation de la génétique communautaire* date de l'an 2000, l'actualisation de ce plan devra être réalisée d'ici 2005. Donc, d'ici 2005, la Direction de santé publique contribuera à la mise à jour du *Plan de consolidation en génétique communautaire* notamment en explorant les possibilités d'élargir l'offre de service de dépistage génétique.

La mise à jour de ce plan sera élaborée en concertation avec les partenaires du réseau de la santé et du réseau communautaire. Par la suite, ce plan fera l'objet d'une consultation avec les partenaires ciblés.

Surveillance de l'état de santé de la population régionale

1. Le contexte

La surveillance continue de l'état de santé de la population est l'une des fonctions essentielles de la santé publique. Elle s'exerce généralement en lien très étroit avec les fonctions d'évaluation et de recherche, identifiées comme des fonctions de soutien dans le PNSP.

1.1 La fonction surveillance

Les finalités de la surveillance définies dans la Loi de santé publique (art. 33) sont précisées comme suit dans le PNSP. Les activités de surveillance permettent de décrire et d'analyser l'état de santé de la population en ce qui concerne les problèmes, les facteurs de risque, les déterminants, les écarts et les tendances aux fins suivantes :

- informer la population sur son état de santé, de manière à ce que les individus, les groupes, les communautés ou leurs représentants puissent comparer leur état à celui de l'ensemble de la population et agir avec le meilleur éclairage possible en faveur de leur santé et de leur bien-être;

- soutenir la prise de décision et le processus de planification sociosanitaire tant par la détermination des problèmes prioritaires que par la connaissance des problèmes émergeant dans la population générale ou dans certains groupes, ce qui permet de concevoir les politiques appropriées et d'offrir les activités et les services adéquats;

- réviser les orientations et les choix grâce au suivi des indicateurs de résultats;

- soutenir la prise de décision dans les secteurs d'activité connexes dont les actions, les services ou les politiques peuvent avoir des effets sur la santé et le bien-être de la population.

La fonction de surveillance s'exerce ainsi en étroite relation avec les autres fonctions de santé publique. Elle s'exerce également à travers chacun des domaines d'intervention, sans toutefois s'y limiter; en effet, quand vient le temps de dresser le bilan de l'état de santé de la population, la surveillance peut porter sur le suivi de déterminants, de problèmes de santé et de problèmes psychosociaux qui ne sont pas visés par l'un ou l'autre des domaines d'intervention.

La surveillance permet de préciser quels sont les problèmes les plus importants et les déterminants sur lesquels doivent porter les activités offertes en vue d'améliorer l'état de santé de la population; elle permet également de mesurer le degré d'atteinte des objectifs sociosanitaires visés par ces activités. Il s'agit là d'une contribution essentielle de la surveillance à l'évaluation du programme.

1.2 La fonction évaluation

L'évaluation permet d'apprécier la pratique de santé publique, de suivre les activités proposées dans le PNSP et de vérifier l'atteinte des résultats attendus dans le PAR-SP et les PAL. Les données recueillies serviront, d'une part, à renforcer le rôle et la capacité d'intervention de la santé publique et, d'autre part, à apporter au besoin les ajustements en vue d'atteindre les résultats escomptés. La fonction évaluative est exercée en étroite collaboration avec la fonction de surveillance, notamment en ce qui concerne les indicateurs de suivi de l'état de santé de la population.

1.3 La fonction recherche

La fonction de recherche comprend un ensemble d'activités axées sur la production, la diffusion et l'application des connaissances scientifiques, ces activités étant nécessaires à l'exercice des autres fonctions de santé publique et au développement de l'expertise en santé publique; elle inclut également la recherche évaluative.

1.4 Le plan de surveillance

Le directeur de santé publique doit élaborer un plan de surveillance de l'état de santé de la population qui spécifie les finalités recherchées, les objets de surveillance, les renseignements personnels ou non qu'il est nécessaire d'obtenir, les sources d'information envisagées et le plan d'analyse de ces renseignements qui lui sont

nécessaires pour pouvoir exercer sa fonction de surveillance (LSP, art. 35).

Le MSSS et les directeurs de santé publique disposent d'un plan commun de surveillance qui doit être mis en œuvre dans chacune des régions du Québec.

2. Les activités prévues d'ici 2007

2.1 En surveillance

alimentation des données

- Mise en œuvre du plan de surveillance
- Mise en œuvre du protocole de protection et de sécurité des renseignements à caractères nominatifs
- Maintien et développement des systèmes d'informations sociosanitaires

production

- Portraits de santé par territoire de CLSC (6)
- Rapport annuel du directeur de santé publique
- Portrait de santé de la population régionale

diffusion

- Présentation des portraits de santé dans les territoires
- Bulletin d'information sociosanitaire
- Toute autre information utile à la population ou aux décideurs

2.2 En évaluation

- Suivi du PNSP (indicateurs sociosanitaires)
- Suivi du PAR-SP (implantation, demandes ad hoc d'évaluation relatives au PAR-SP)
- Production et diffusion du rapport d'évaluation du projet *Jeunes en santé (*JES*)*
- Suivi du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS)

2.3 En recherche

- Réalisation de l'*Enquête longitudinale auprès des élèves saguenéens et jeannois âgés de 14 ans en 2002* (ELESJ-14 ans)
- Suivi du projet d'analyse des interventions en sécurité alimentaire
- Réalisation de l'enquête psychosociale régionale 2005
- Planification de l'enquête sur les habitudes de vie des jeunes 2007
- Études jugées prioritaires en fonction du PAR-SP

Plan de mobilisation des ressources des établissements du réseau de la santé et des services sociaux

Quand le réseau se prépare : faire alliance pour un plan de mobilisation

1. Le contexte légal

C'est avec la nouvelle *Loi sur la santé publique,* adoptée le 19 décembre 2001, qu'est introduite pour la première fois la notion d'un plan de mobilisation pour les directions de santé publique du Québec. Plus précisément à l'article 12 il est stipulé que :

> *« 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 nécessaire pour protéger la santé de la population lorsqu'elle est menacée. »*

L'article 97 précise que c'est :

> *« lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'il ne peut intervenir efficacement dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population »*

qu'il peut mettre en opération le plan de mobilisation des ressources des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

La notion de menace pour la santé de la population est précisée à l'article 2 de la loi :

> *«… on entend par une 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 ».*

Le plan de mobilisation doit donc faire partie intégrante du plan d'action régional en santé publique et consiste dans la planification de la mobilisation des ressources des établissements du réseau, pour une réponse coordonnée, dans le respect des rôles, responsabilités et compétences de ces ressources, lors de situations exceptionnelles ou lorsque le cadre habituel d'une enquête épidémiologique est débordé et lors de situations où un agent biologique, chimique ou physique, menace la santé de la population.

Il est important de noter qu'un autre mécanisme a été prévu dans la loi, pour des situations qui ne correspondent pas à des menaces (telles que décrites à l'article 2) pour la santé de la population. Il s'agit de la demande d'aide formelle, qui doit être utilisée par le directeur de santé publique pour les autres situations pour lesquelles il juge qu'une intervention est nécessaire.

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

2. Le *Plan national de sécurité civile*

Au moment où était adoptée la *Loi sur la santé publique*, était aussi promulguée la *Loi sur la sécurité civile.* Elle attribue au ministre de la Sécurité publique d'établir et de maintenir opérationnel un plan national de sécurité civile, où en plus des autorités responsables de la sécurité civile, sont sollicités les divers ministères et organismes gouvernementaux. Ce plan vise principalement à réduire la vulnérabilité de la société à l'égard des risques de sinistre majeur et

à assurer la concertation des actions des ministères et organismes gouvernementaux dans leur champ de compétence respectif.

Ainsi 16 missions principales sont décrites, dont la mission santé, qui est celle attribuée au réseau de la santé et des services sociaux. La mission santé comporte quatre volets : le maintien des activités du réseau, la santé physique, la santé publique, le volet psychosocial et une fonction commune aux quatre volets, soit la communication.

2.1 Le plan d'organisation régionale de sécurité civile du Saguenay-Lac-Saint-Jean – Mission santé (PORSC-MS)

C'est la régionalisation de la mission santé contenue dans le *Plan national de sécurité civile*. Il constituera donc une partie intégrante du *Plan régional de sécurité civile*. Il fait le lien avec les plans de mesures d'urgence de chacun des établissements du réseau et de l'Agence de santé et de services sociaux et s'articule avec le plan de mobilisation des ressources des établissements.

2.2 L'organisation de la sécurité civile

Les municipalités régionales de comté (MRC) et les municipalités sont responsables de l'élaboration des schémas de sécurité civile (description sommaire des caractéristiques physiques, naturelles, humaines, sociales et économiques du territoire et des risques de sinistre majeur auquel il est exposé). C'est la municipalité qui est le leader de la réponse aux situations de sinistre, elle peut déclarer un état d'urgence local si la situation le justifie. La municipalité est appuyée dans sa réponse selon les besoins, par les ministères et organismes gouvernementaux coordonnés par la Direction régionale de sécurité civile (Organisation régionale de sécurité civile – ORSC) dont fait partie l'Agence de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

3. Plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean

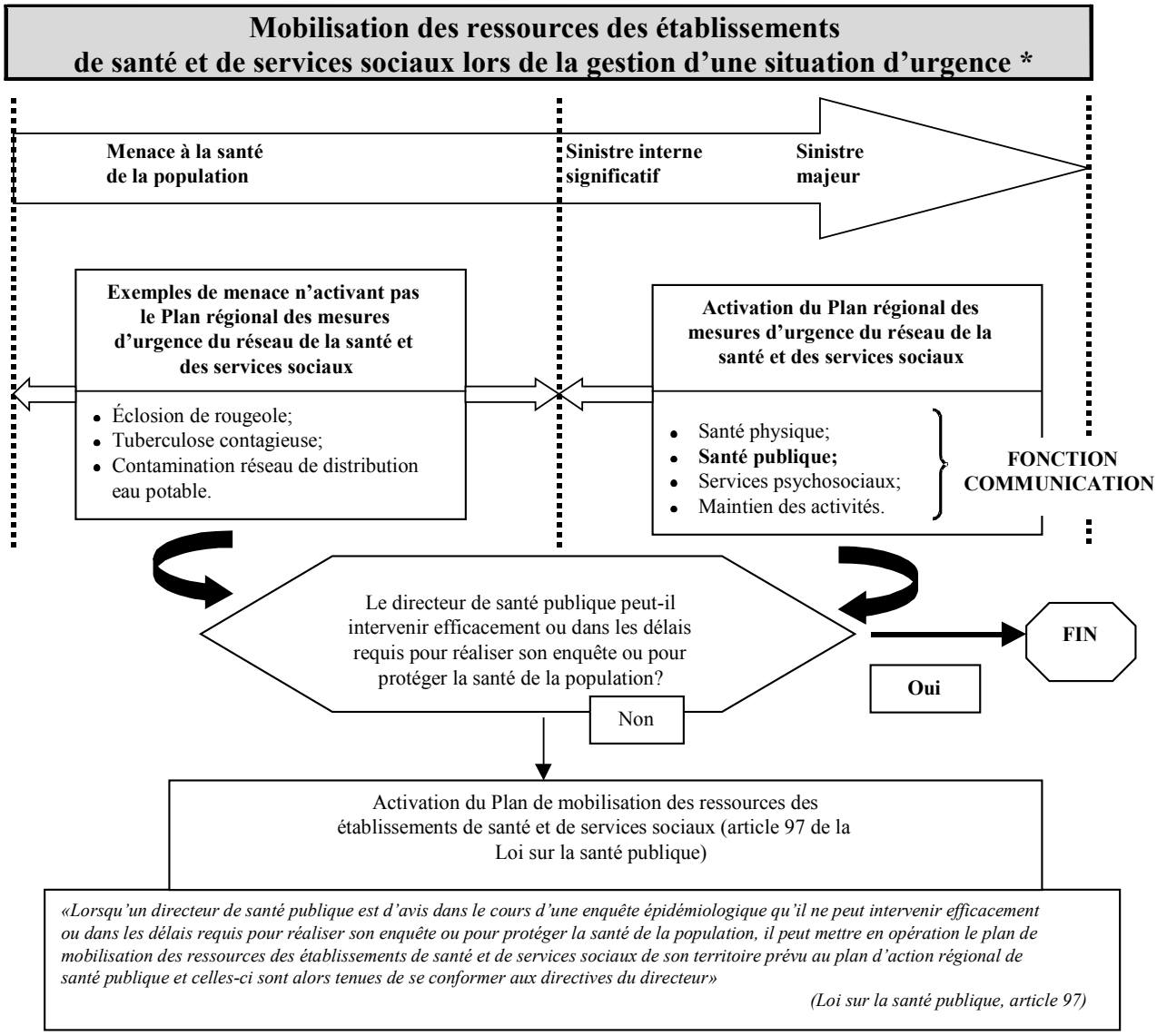
Partie intégrante du *Plan d'action régional de santé publique*, il devra être défini plus précisément dans la prochaine année. Le contexte légal dans lequel il doit être élaboré et les situations où il devra être mis en action sont maintenant bien connus.

Il n'en reste pas moins qu'il doit faire l'objet de discussions en profondeur avec les responsables des établissements de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, d'autant plus que la période de réorganisation actuelle, qui mènera à l'instauration des réseaux locaux de services (RLS), pourrait modifier certaines façons de faire. La base des discussions sera constituée par la nature des situations où le directeur devrait utiliser le plan de mobilisation et par les champs d'expertise détenus par les différents intervenants œuvrant à l'intérieur des établissements (RLS) qui pourraient être sollicités.

Dans le contexte du PORSC-MS, il est prévisible que les mécanismes et partenaires impliqués seront les mêmes pour mobiliser le réseau, lors des autres situations de catastrophe n'impliquant pas nécessairement la DSP aussi directement que dans les situations prévues dans la *Loi sur la santé publique*.

L'organigramme illustrant la mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux peut être consulté à la figure 11.

Figure 11



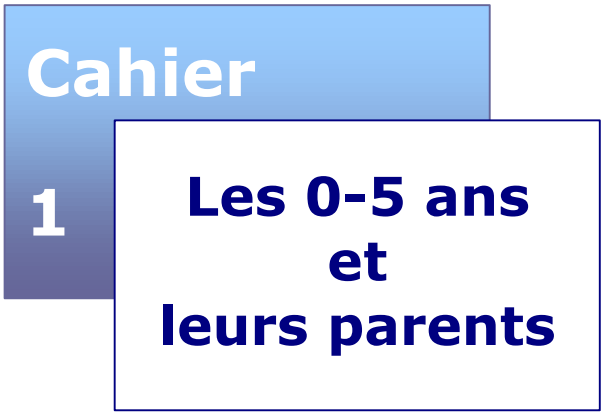
DÉFINITIONS	
Menace	*«On entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée.»* *(Loi sur la santé publique, article 2)*
Sinistre interne significatif	Sinistre limité à un établissement, mais suffisamment important pour nécessiter le support des autres établissements et de l'Agence régionale.
Sinistre majeur	*«Un événement dû à un phénomène naturel, une défaillance technologique ou un accident découlant ou non de l'intervention humaine, qui cause de graves préjudices aux personnes ou d'importants dommages aux biens et exige de la collectivité affectée des mesures inhabituelles, notamment une inondation, une secousse sismique, un mouvement de sol, une explosion , une émission toxique ou une pandémie.»* (Loi sur la sécurité civile, LRQc. P-173 article 2, paragraphe 1).

*Inspiré du Plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de l'Estrie, avril 2003.

Deuxième partie

Les cahiers-clientèles

Plan d'action régional de santé publique du Saguenay—Lac-Saint-Jean 2004-2007



En action, pour la santé et le bien-être des gens de notre région

Table des matières

1. Un portrait de santé des 0-5 ans et des mères

Introduction 1.7

1.1 Population 2001, projection 2011 ..... 1.8

1.2 Groupes plus vulnérables 1.9

1.3 État de santé global 1.12

1.4 Problèmes d'intégration et d'adaptation sociale 1.13

1.5 Habitudes de vie 1.16

1.6 Maladies chroniques 1.18

1.7 Traumatismes non intentionnels 1.19

1.8 Maladies infectieuses 1.20

1.9 Principaux documents de référence 1.23

2. Synthèse des activités et des résultats attendus par domaine pour les 0-5 ans et leurs parents .. 2.1

3. Activités de santé publique pour les 0-5 ans et leurs parents 3.1

1. UN PORTRAIT DE SANTÉ DES 0-5 ANS ET DES MÈRES

Introduction

Les programmes et services de santé, ainsi que leurs objectifs et les stratégies pour les atteindre, varient particulièrement en fonction de quatre sous-groupes de la population qui constituent les groupes clientèles, soit les enfants de 0-5 ans et leurs parents, les jeunes de 6-17 ans et leurs parents, les adultes de 18-64 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus.

Ce portrait de santé des 0-5 ans et des mères a été divisé en sept sections afin de fournir les informations pertinentes à la démarche de planification tout en tenant compte de la structure du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP).

- La 1re section décrit la population des 0-5 ans en termes de structure des effectifs, d'évolution et de répartition par territoire de CLSC.

- La 2e section identifie des populations plus vulnérables, définies dans le PNSP par des conditions socio-économiques pouvant constituer un risque pour leur santé (pauvreté, monoparentalité, certaines caractéristiques des mères).

- La 3e section est consacrée au profil de l'état de santé global de la population âgée de 0-5 ans (causes d'hospitalisation et de mortalité).

- De la 4e à la 8e section sont abordées les problématiques de santé plus spécifiques aux domaines d'intervention du PNSP. On y décrit la situation régionale en fonction des objectifs de santé du PNSP concernant les 0-5 ans. Ces sections touchent l'adaptation et l'intégration sociale (section 4), les habitudes de vie des parents (section 5) et les maladies chroniques (section 6), les traumatismes non intentionnels (section 7), ainsi que les maladies infectieuses (section 8).

L'état de situation pour les objectifs des autres domaines (santé environnementale, santé au travail et développement des communautés) se retrouve dans les fiches d'activités, lorsque pertinent à la clientèle.

Les indicateurs retenus pour ce document ont été choisis en tenant compte de leur pertinence mais aussi de leur disponibilité. Les périodes ou années de référence pour lesquelles les indicateurs sont présentés varient en fonction des différentes sources d'information utilisées. Dans tous les cas, cependant, les données auxquelles nous avons eu recours étaient les plus récentes disponibles au moment où le document a été élaboré.

On peut obtenir des données complémentaires ainsi que des précisions sur les sources de données et sur la méthodologie, en référant au *Tableau synoptique des indicateurs sociosanitaires par territoire – Le Québec, le Saguenay–Lac-Saint-Jean et ses territoires de CLSC* (DSP-02, octobre 2003).

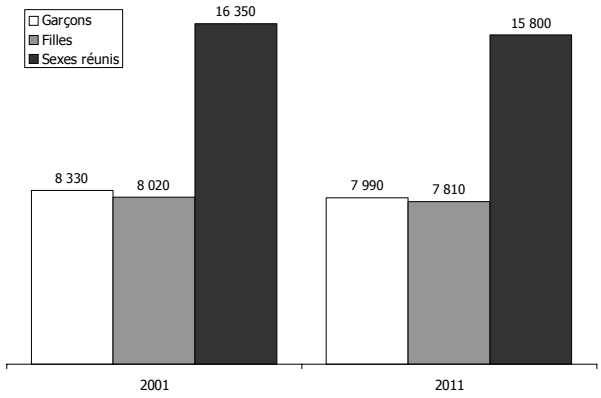
1.1 Population 2001, projection 2011

En 2001, 16 350 enfants de 0-5 ans ont été recensés dans la région SLSJ, soit une baisse de 22 % depuis 1996. En 2011, on estime qu'ils seront environ 15 800, soit 550 de moins qu'en 2001.

La région connaît une décroissance des effectifs 0-5 ans depuis plusieurs années, une conséquence de la dénatalité observée depuis au moins le début des années 1980.

Entre 1991 et 2001, notamment, le nombre annuel de naissances vivantes a diminué de 35 %, passant de 3 883 à 2 522. En 2003, il atteint 2 428.

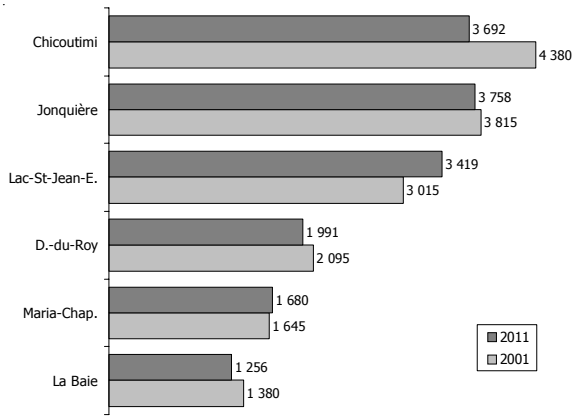
Figure 1
Nombre de 0-5 ans selon le sexe, SLSJ, 2001 et 2011



Sources : 1. Statistique Canada, Recensement 2001.
2. Prévisions basées sur les hypothèses de l'ISQ (MSSS, fichier 2001).

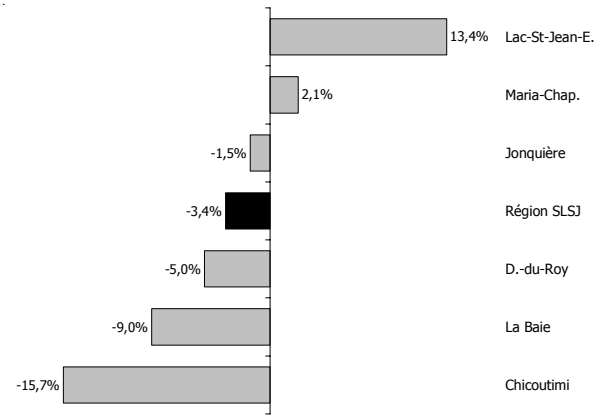
La diminution des 0-5 ans sera particulièrement marquée dans le territoire de Chicoutimi (-15,7 %) alors qu'à l'opposé, les projections de l'ISQ prévoient une augmentation notable dans celui de Lac-Saint-Jean-Est (+13,4 %).

Figure 2
Nombre de 0-5 ans, territoires de CLSC du SLSJ, 2001 et 2011



Sources : 1. Statistique Canada, Recensement 2001.
2. Prévisions basées sur les hypothèses de l'ISQ (MSSS, fichiers 2001, 2002).

Figure 3
Variation (en %) du nombre de 0-5 ans, SLSJ et territoires de CLSC, 2001 à 2011



Sources : 1. Statistique Canada, Recensement 2001.
2. Prévisions basées sur les hypothèses de l'ISQ (MSSS, fichiers 2001, 2002).

1.2 Groupes plus vulnérables

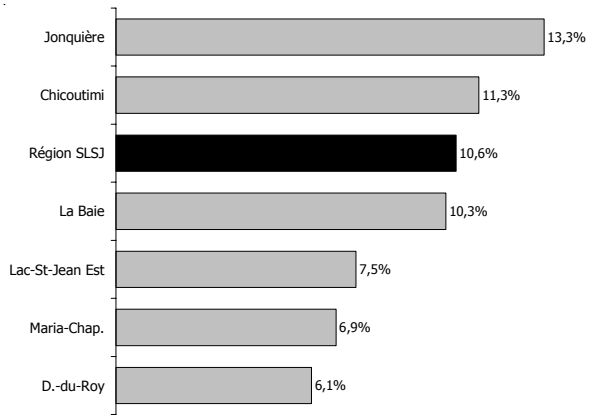
Les enfants vivant en situation de pauvreté

Le fait de vivre dans une famille dont le revenu provient de prestations du Programme d'assistance-emploi (PAE) peut être considéré comme un bon indicateur de situation de grande pauvreté. Le montant des prestations correspond en effet le plus souvent à un revenu qui se situe à 50 % et moins du seuil de faible revenu de Statistique Canada.

En mars 2002, 1 717 enfants âgés de 5 ans et moins de la région, soit 10,6 % d'entre eux, vivaient dans une famille prestataire du PAE.

La proportion d'enfants confrontés à une situation de grande pauvreté varie d'un territoire à l'autre. En général, elle est plus élevée dans les territoires de la sous-région du Saguenay.

Figure 4
Proportion de 0-5 ans prestataires du PAE, SLSJ et territoires de CLSC, mars 2002



Source : Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale, Statistiques mensuelles sur les prestataires de la sécurité du revenu.

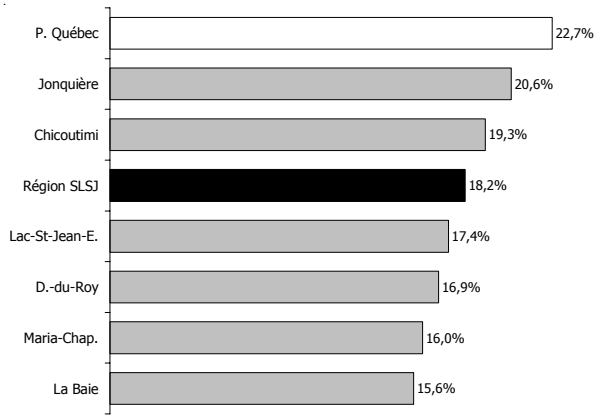
Les familles monoparentales

En 2001, Statistique Canada a recensé, dans la région SLSJ, 6 480 familles monoparentales ayant au moins un enfant âgé de moins de 18 ans.

Le phénomène de la monoparentalité ne cesse de prendre de l'ampleur : de 14 % en 1991, la proportion régionale est passée à 16 % en 1996 et à 18 % en 2001. Malgré l'augmentation, la région se situe toujours en deçà de la moyenne québécoise, soit 22,7 % en 2001.

Au niveau des territoires de CLSC, Jonquière (20,6 %) et Chicoutimi (19,3 %) présentent les proportions les plus élevées de familles monoparentales, des proportions qui demeurent toutefois inférieures à celle du Québec.

Figure 5
Proportion de familles monoparentales avec au moins un enfant de moins de 18 ans, P. Québec, SLSJ et territoires de CLSC, 2001



Source : Statistique Canada, recensement 2001.

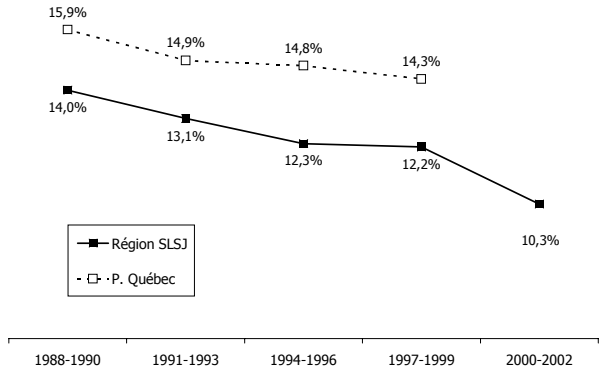
Les mères faiblement scolarisées

De 1998 à 2002, près de 1 350 bébés nés de mères faiblement scolarisées (n'ayant pas atteint une 11e année), ont vu le jour dans la région. Ces enfants font partie de la cohorte des 0-5 ans de 2003.

Depuis au moins la fin des années 1980, tant dans la région qu'au Québec, la proportion de naissances issues de mères faiblement scolarisées a diminué.

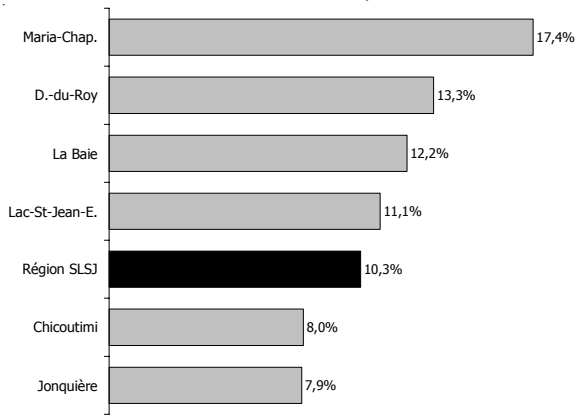
Au SLSJ, en 2000-2002, ces nouveau-nés constituent 10,3 % de l'ensemble des naissances vivantes. Le pourcentage varie selon le territoire de CLSC.

Figure 6
Proportion des naissances vivantes issues de mères faiblement scolarisées, P. Québec et SLSJ, 1988 à 2002



Sources : 1. MSSS, Fichier des naissances vivantes du Québec (1985 à 2000).
2. Direction de santé publique, SLSJ (données 2001, 2002).

Figure 7
Proportion des naissances vivantes issues de mères faiblement scolarisées, SLSJ et territoires de CLSC, 2000-2002



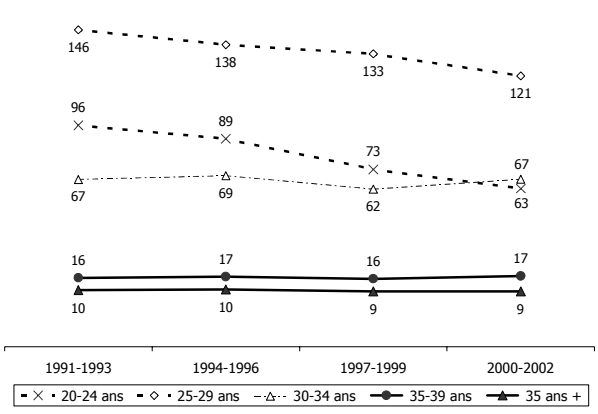
Sources : 1. MSSS, Fichier des naissances vivantes du Québec (1985 à 2000).
2. Direction de santé publique, SLSJ (données 2001, 2002).

Les mères plus âgées

De 2000 à 2002, au SLSJ, une moyenne annuelle de 216 bébés sont nés de mères ayant 35 ans ou plus; 87 % de ces naissances se rapportent à des femmes de 35-39 ans, 13 % ayant 40 ans ou plus. Le taux de fécondité des femmes de 35 ans et plus est stable depuis plusieurs années.

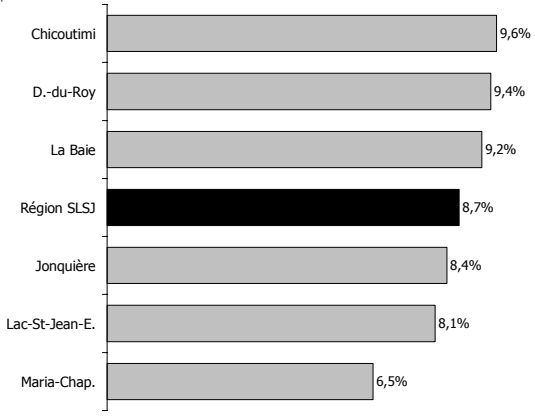
Cependant, compte tenu de la baisse du taux de fécondité des femmes plus jeunes, la proportion des naissances issues de femmes de 35 ans et plus est passée de 6,3 % en 1991-1993 à 8,7 % en 2000-2002. Au niveau des territoires de CLSC, la proportion varie entre 6,5 % et 9,6 %.

Figure 8
Taux de fécondité (pour 1 000) des femmes de 20 ans et plus, selon le groupe d'âges, SLSJ, 1991 à 2002



Sources : 1. MSSS, Fichier des naissances vivantes du Québec, 1991 à 2000.
2. Direction de santé publique, SLSJ (données 2001, 2002).

Figure 9
Proportion des naissances vivantes issues de mères ayant 35 ans et +, SLSJ et territoires de CLSC, 2000-2002

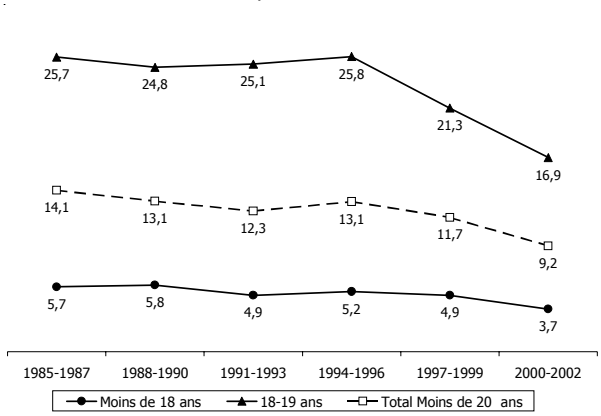


Sources : 1. MSSS, Fichier des naissances vivantes du Québec, 2000.
2. Direction de santé publique, SLSJ, 2001, 2002.

Les jeunes mères

Au SLSJ, le taux de fécondité chez les jeunes femmes de moins de 20 ans a décliné, particulièrement depuis le milieu des années 1990, passant de 13,1 pour 1 000 en 1994-1996 à 9,2 pour 1 000 en 2000-2002, soit une diminution totale de 29 %. La même tendance est observée chez les deux groupes d'âges retenus, mais la diminution du taux est plus marquée chez les 18-19 ans (- 34 %).

Figure 10
Taux de fécondité (pour 1 000) selon l'âge, femmes de moins de 20 ans, SLSJ, 1985 à 2002



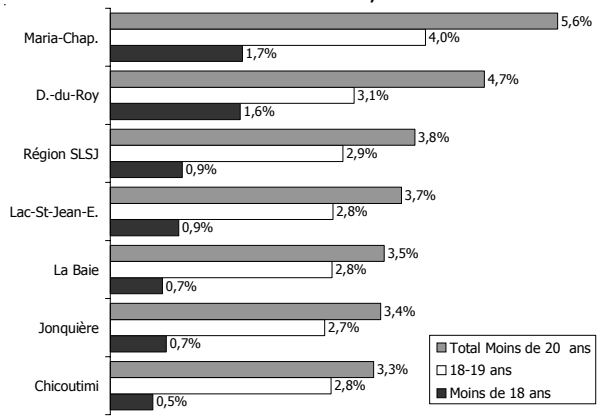
Sources : 1. MSSS, Fichier des naissances vivantes du Québec, 1985 à 2000.
2. Direction de santé publique, SLSJ, 2001, 2002.

En corollaire, et compte tenu aussi du déclin démographique, le nombre de naissances vivantes issues de jeunes mères a diminué. Ainsi, dans la région, pendant la période 2000-2002, on a recensé 96 naissances par année issues de mères de moins de 20 ans, dont 23 proviennent de mères âgées de moins de 18 ans. Dans les deux cas, il s'agit d'une diminution de plus de 40 % par rapport au nombre observé pendant la période 1994-1996.

Pour la période 2000-2002, la contribution des mères âgées de moins de 20 ans à l'ensemble des naissances varie, selon le territoire de CLSC, de 3,3 % (Chicoutimi) à 5,6 % (Maria-Chapdelaine).

En ce qui concerne la contribution des très jeunes mères (moins de 18 ans), celle-ci varie entre 0,5 % (Chicoutimi) et 1,7 % (Maria-Chapdelaine) de l'ensemble des naissances vivantes.

Figure 11
Proportion des naissances vivantes issues de mères âgées de moins de 20 ans, selon l'âge, SLSJ et territoires de CLSC, 2000-2002



Source : Direction de santé publique, SLSJ.

1.3 État de santé global

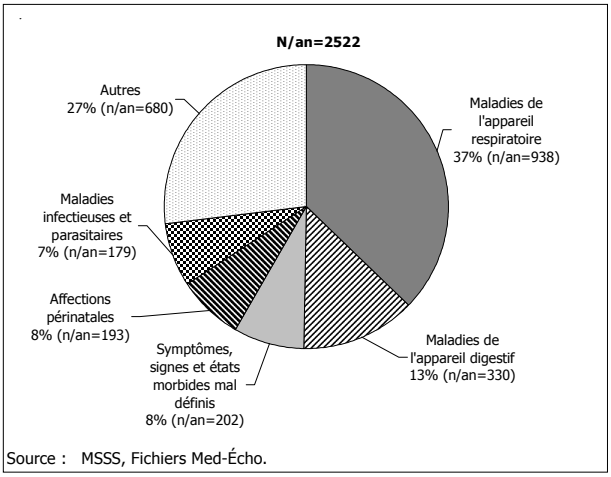
Les causes d'hospitalisation des 0-5 ans

Chez les 0-5 ans, on recense en moyenne un peu plus de 2 500 hospitalisations par année. Plus du tiers de celles-ci (37 %) sont attribuables aux maladies de l'appareil respiratoire.

Les causes de décès des 0-4 ans

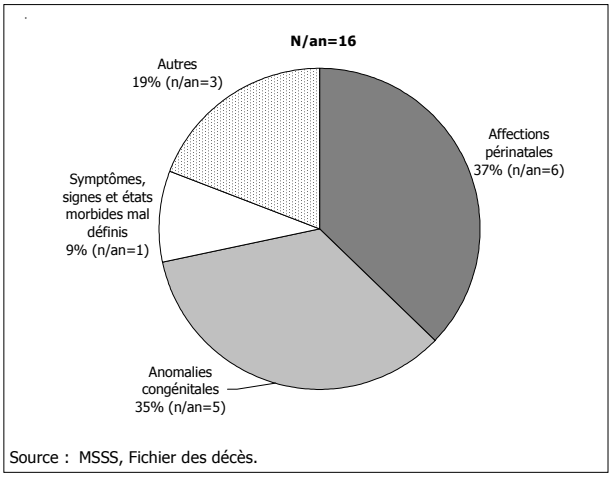
Chez les moins d'un an, les affections périnatales et les anomalies congénitales sont responsables de la grande majorité des décès (72 %, soit 11 décès par année). Chez les 1-4 ans les 5 décès recensés par année sont attribuables à cinq causes différentes.

Figure 12
Principales causes d'hospitalisation des 0-5 ans, SLSJ, 1996-2001



Source : MSSS, Fichiers Med-Écho.

Figure 13
Principales causes de décès des 0-1 an, SLSJ, 1995-1999



Source : MSSS, Fichier des décès.

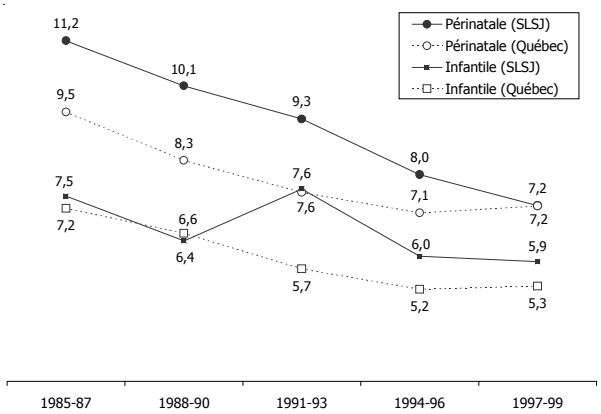
La mortalité infantile et périnatale

Tant au Québec qu'au SLSJ, 70 % des décès infantiles se produisent au cours du 1er mois de vie (période néonatale) et, plus particulièrement durant la 1re semaine de vie, soit la période néonatale précoce. Dans la région, 56 % des nourrissons décédés en 1997-1999 étaient âgés de 0 à 6 jours.

Depuis le milieu des années 1980, *la mortalité infantile* connaît un recul important au Québec. Au SLSJ, le taux tend à diminuer depuis le début des années 1990 seulement et il se maintient au-dessus du taux québécois. Pour la période 1997-1999, il se situe à 5,9 décès par 1 000 naissances vivantes *vs* 5,3 ‰ pour le Québec.

La mortalité périnatale (mort-nés et décès néonatals précoces) a également sensiblement diminué, en particulier dans la région où longtemps on a observé un taux plus élevé qu'au Québec. De 1985 à 1999, le taux de mortalité périnatale régional a constamment diminué pour rejoindre celui du Québec, soit 7,2 décès pour 1 000 naissances totales.

Figure 14
Taux de mortalité (pour 1 000) périnatale et infantile, P. Québec et SLSJ, 1985 à 1999



Source : MSSS, Fichiers des naissances vivantes du Québec.

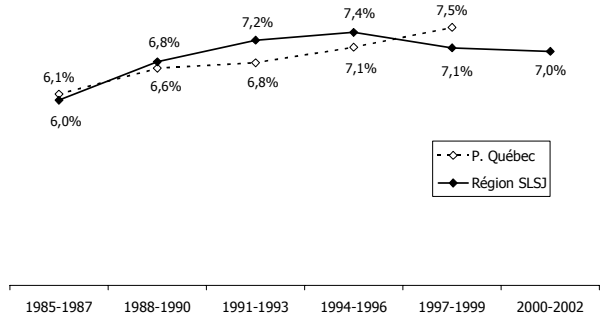
1.4 Problèmes d'intégration et d'adaptation sociale

Prématurité et insuffisance pondérale

Objectifs du PNSP : *réduire le taux de prématurité; réduire le taux d'insuffisance de poids à la naissance.*

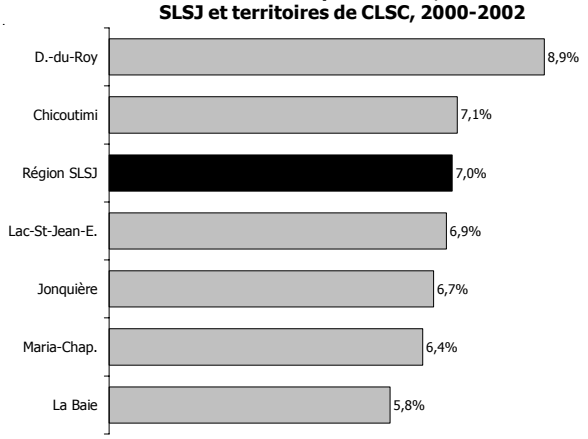
Au SLSJ, en 2000-2002, environ 58 naissances par année sont prématurées *i.e.* qu'elles surviennent avant 37 semaines de gestation. Ce qui représente un taux de 7 %. Le taux régional s'est stabilisé dans les années récentes, 1997-2002, après avoir connu un sommet en 1994-1996 (7,4 %). Au niveau intrarégional, le taux de prématurité varie de 5,8 % (La Baie) à 8,9 % (Domaine-du-Roy).

Figure 15
Taux de prématurité,
P. Québec et SLSJ, 1985 à 2002



Sources : 1. MSSS, Fichier des naissances vivantes du Québec, 1985 à 2000.
2. Direction de santé publique, SLSJ, 2001, 2002.

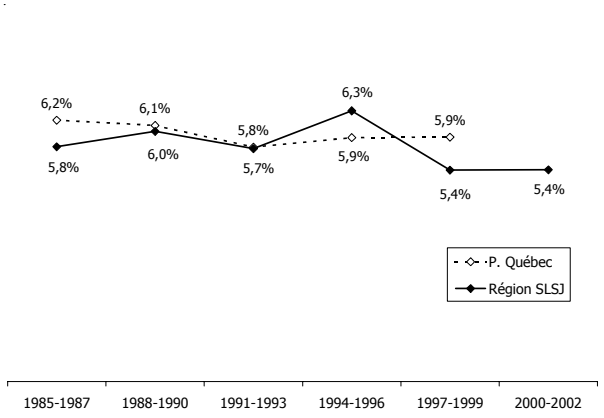
Figure 16
Taux de prématurité,
SLSJ et territoires de CLSC, 2000-2002



Sources : 1. MSSS, Fichier des naissances vivantes du Québec, 2000.
2. Direction de santé publique, SLSJ, 2001, 2002.

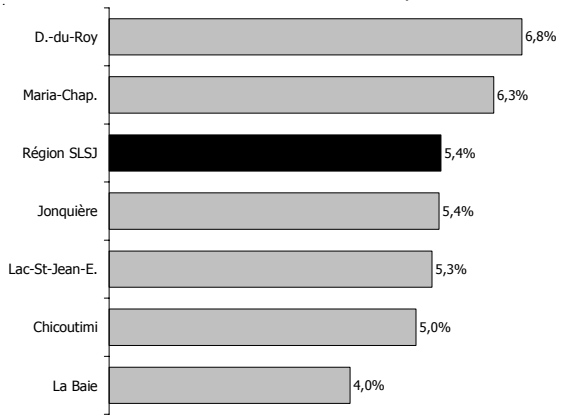
En ce qui a trait à l'insuffisance de poids à la naissance, au SLSJ, en 2000-2002, environ 45 nouveau-nés par année présentent un poids inférieur à 2 500 g, soit un taux de 5,4 %. Le taux régional d'insuffisance de poids s'est stabilisé dans les années récentes, 1997-2002, après avoir connu un sommet en 1994-1996 (6,3 %). Au niveau intrarégional, le taux varie entre 4 % (La Baie) et 6,8 % (Domaine-du-Roy).

Figure 17
Taux d'insuffisance de poids à la naissance,
P. Québec et SLSJ, 1985 à 2002



Sources : 1. MSSS, Fichier des naissances vivantes du Québec, 1985 à 2000.
2. Direction de santé publique, SLSJ, 2001, 2002.

Figure 18
Taux d'insuffisance de poids à la naissance,
SLSJ et territoires de CLSC, 2000-2002

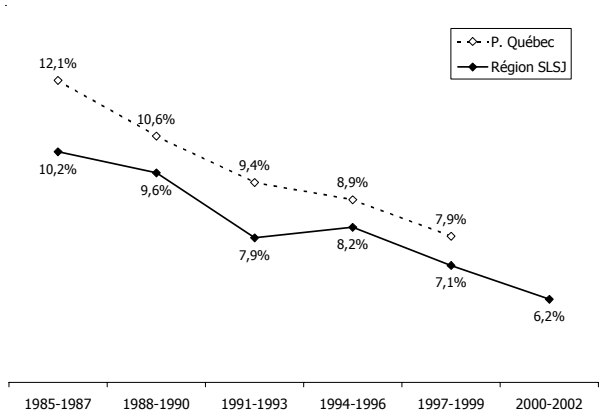


Sources : 1. MSSS, Fichier des naissances vivantes du Québec, 2000.
2. Direction de santé publique, SLSJ, 2001, 2002.

Par ailleurs, au SLSJ, en 2000-2002, environ 52 nouveau-nés par année ont un retard de croissance intra-utérine *i.e.* qu'ils présentent un poids de naissance insuffisant compte tenu de la durée de gestation. Le taux régional de retards de croissance intra-utérine se situe ainsi à 6,2 %. Depuis au moins le milieu des années 1980, le taux diminue de façon constante, tant au SLSJ qu'au Québec.

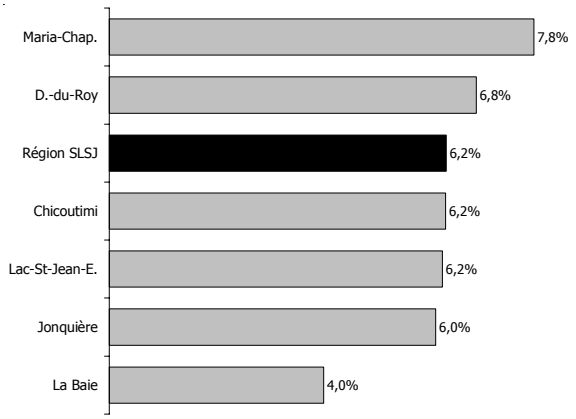
Au niveau intrarégional, le taux de retards de croissance intra-utérine varie de 4% (La Baie) à 7,8 % (Maria-Chapdelaine)**.**

Figure 19
Taux de retards de croissance intra-utérine, P. Québec et SLSJ, 1985 à 2002



Sources : 1. MSSS, Fichier des naissances vivantes du Québec, 1985 à 2000.
2. Direction de santé publique, SLSJ, 2001, 2002.

Figure 20
Taux de retards de croissance intra-utérine, SLSJ et territoires de CLSC, 1999-2001



Sources : 1. MSSS, Fichier des naissances vivantes du Québec, 1999-2000.
2. Direction de santé publique, SLSJ, 2001.

Retards de développement de l'enfant

Objectif du PNSP : *augmenter la proportion d'enfants âgés de 0 à 4 ans qui ont un développement normal (moteur, langagier, cognitif et social).*

Selon le *Cadre de référence pour l'organisation des services en orthophonie pour les enfants de 0-6 ans* (RRSSS-02, 2003), plus de 2 000 enfants de 0-5 ans de la région présentent des troubles du langage. Chaque année, environ 400 enfants entrent à la maternelle avec des troubles du langage et de la communication qui viennent affecter leur rendement et leur intégration scolaire.

En ce qui a trait au développement moteur, cognitif et social, on ne dispose d'aucune donnée pour documenter la situation régionale.

Troubles de conduite

Objectif du PNSP : *réduire les troubles des conduites, incluant la violence envers les autres et la délinquance, chez les enfants et les adolescents.*

Selon le *Programme national de santé publique*, chez les enfants et les adolescents, *entre 6 % et 16 % des garçons et de 2 % à 9 % des filles* présenteraient des troubles des conduites incluant la violence envers les autres. *Les troubles des conduites, en particulier l'agressivité persistante en bas âge, constitueraient un facteur de risque de la délinquance*. (MSSS, 2003:36)

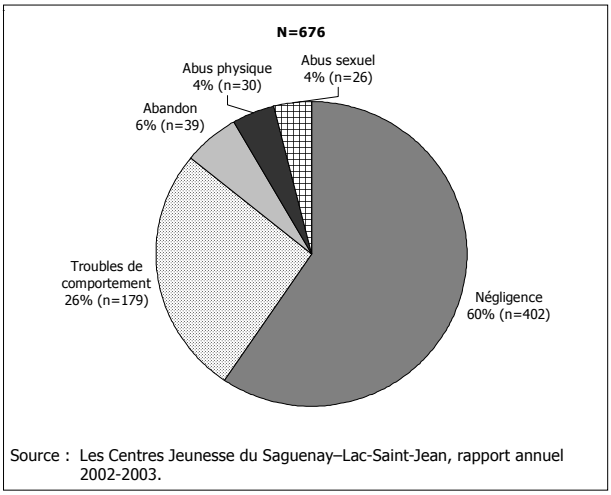
Abus et négligence

Objectif du PNSP : *réduire les problèmes d'abus physique et psychologique, d'agression sexuelle et de négligence à l'endroit des enfants et des adolescents.*

Au cours de l'année financière 2002-2003, 2 726 signalements ont été reçus à la Direction régionale de la protection de la jeunesse (DPJ). De ce nombre, 1 373 signalements ont été retenus pour une investigation plus poussée. Dans près de la moitié des signalements retenus (49 %, soit 676 cas), la sécurité et le développement de l'enfant étaient compromis.

La négligence envers l'enfant et les troubles de comportement sont les deux raisons principales qui font que la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis. *Le Portrait de la santé des jeunes québécois de 0-17 ans* (INSPQ, 2004) révèle qu'environ 80 % des cas de négligence et d'abus physique concernent les enfants de moins de 12 ans alors que 85 % des cas de troubles de comportement concernent des adolescents.

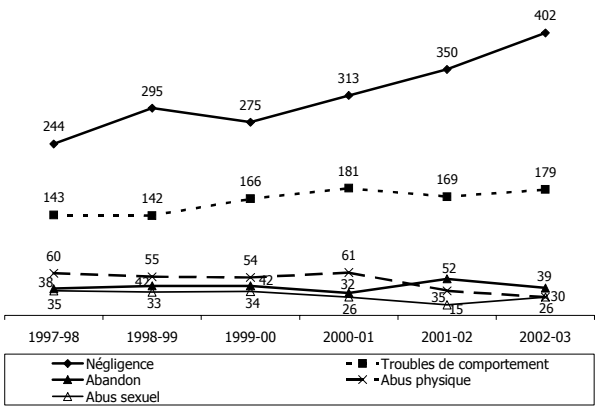
Figure 21
Répartition des signalements où la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis selon la cause, SLSJ, 2002-2003



Source : Les Centres Jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean, rapport annuel 2002-2003.

Le nombre de signalements retenus à la DPJ a peu varié depuis 1997-1998. Par contre, le nombre annuel de cas où la sécurité et le développement de l'enfant étaient compromis a augmenté, passant de 520 à 676. Les cas où cette situation était attribuable à la négligence des parents envers l'enfant ont particulièrement augmenté, soit de 244 à 402.

Figure 22
Nombre de signalements où la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis selon la cause, SLSJ, 1997-98 à 2002-03



Source : Les Centres Jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean, rapport annuel 2002-2003.

Par ailleurs, l'enquête psychosociale régionale réalisée en 2000 révèle que 3,2 % des enfants auraient été victimes de maltraitance au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

1.5 Habitudes de vie

Le tabagisme

Objectif du PNSP : *réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement.*

Chez les enfants en période de croissance, le tabagisme passif a des effets importants : plusieurs études on démontré que la présence de fumée de tabac dans l'environnement était associée à une plus forte incidence d'infections respiratoires, d'asthme et d'otites chez les jeunes enfants.

L'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ) (ISQ, 2000) révèle que 24 % des mères québécoises, de nourrissons de 5 mois, déclarent fumer quotidiennement et 4 % des mères fument de façon occasionnelle. Chez les pères québécois, 30 % fument quotidiennement et 4 % occasionnellement.

Par ailleurs, selon l' enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (Santé Canada 2003), en 1998-1999, le quart des femmes enceintes (24 %) au Québec déclarent avoir fumé pendant leur grossesse. On peut supposer qu'en ce qui a trait au profil tabagique des parents, la région ne devrait pas être très différente.

L'usage quotidien de tabac chez les parents est, selon l'ELDEQ, beaucoup plus fréquent dans les ménages à faible revenu, chez les jeunes parents (moins de 25 ans) et chez ceux n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires. À l'exception du revenu, les mêmes liens ont été observés pour ce qui est du tabagisme chez les femmes enceintes.

La consommation d'alcool

Selon Santé Canada (2003), en 1998-1999, le quart des femmes enceintes (25 %) au Québec ont déclaré avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse. Le taux de consommation d'alcool durant la grossesse est le plus élevé au Canada et n'a que peu diminué depuis 1994-1995 (26 %). Enfin, les femmes de 35 ans détiennent le taux de consommation d'alcool pendant la grossesse le plus élevé. De plus, la consommation d'alcool pendant la grossesse est plus fréquente à mesure qu'augmente le niveau de scolarité de la mère.

Les symptômes dépressifs chez les parents

L'étude sur le développement des enfants du Québec (ELDEQ) (ISQ, 2000) a permis de mesurer la fréquence des symptômes dépressifs chez les parents de jeunes nourrissons. L'étude indique d'abord que la majorité des parents affichent peu de tendances dépressives. Cependant, les mères sans diplômes d'études secondaires, monoparentales et disposant d'un revenu familial jugé insuffisant sont plus susceptibles de rapporter un nombre élevé de symptômes dépressifs. Chez les pères, outre le revenu familial, aucun facteur n'est associé au nombre de symptômes dépressifs déclarés. Enfin, les mères, et dans une moindre mesure les pères, vivant dans une famille décrite comme étant dysfonctionnelle sont aussi plus susceptibles de présenter un nombre élevé de symptômes dépressifs.

L'allaitement maternel

L'allaitement maternel protège le nouveau-né contre les infections et réduit les risques d'allergies et de maladies métaboliques. Chez la mère, il favorise, entre autres, le développement d'un sentiment de compétence, au bénéfice de la famille tout entière. On observe une diminution du taux d'abandon et de violence envers l'enfant chez les femmes qui allaitent ou qui ont allaité leur nouveau-né. *Outre les bienfaits pour la santé, l'allaitement maternel est avantageux sur le plan socio-économique. C'est une source d'alimentation écologique, efficiente et autosuffisante. Enfin, la plus faible incidence des maladies chez les bébés allaités au sein réduit les coûts des soins de santé* (Santé Canada, 2003).

Le taux d'allaitement maternel a augmenté au Québec. D'après l'enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, en 1998-1999, 71 % des enfants de moins de 2 ans ont été allaités pendant un certain temps; en 1994-1995, la proportion se situait à 57 %. Parmi les enfants qui ont été allaités, un peu plus de la moitié (53 %) l'ont été pendant au moins trois mois. Le Québec est, avec les provinces de l'Atlantique, une des régions du Canada où le taux d'allaitement est le moins élevé et la province où la proportion des enfants allaités pendant au moins trois mois est la moins élevée.

De façon générale, on observe de plus faibles taux d'allaitement chez les plus jeunes mères, les mères célibataires et les mères moins scolarisées et de faible revenu. La plus grande facilité d'utiliser des laits de remplacement est la raison la plus fréquemment évoquée pour ne pas allaiter (40 % des répondantes).

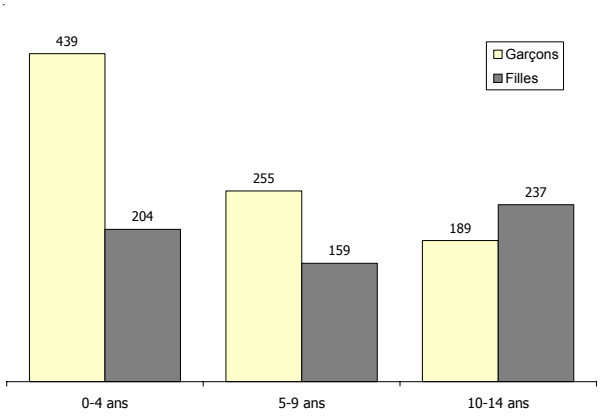
1.6 Maladies chroniques

L'asthme

L'asthme est une source de morbidité importante chez les jeunes enfants. Chaque année dans la région, on recense chez les enfants de moins de cinq ans environ 600 visites à l'urgence pour asthme. Les enfants de 0-4 ans, et en particulier ceux de sexe masculin, sont particulièrement touchés.

Dans ce groupe d'âges, les visites à l'urgence pour cause d'asthme sont par contre moins fréquentes dans la région qu'au Québec. Le taux régional est en effet nettement inférieur au taux québécois pour les trois années étudiées, soit 1992, 1994 et 1996.

Figure 23
Taux de visites à l'urgence (pour 10 000) pour asthme, selon l'âge et le sexe, population de moins de 15 ans, SLSJ, 1996

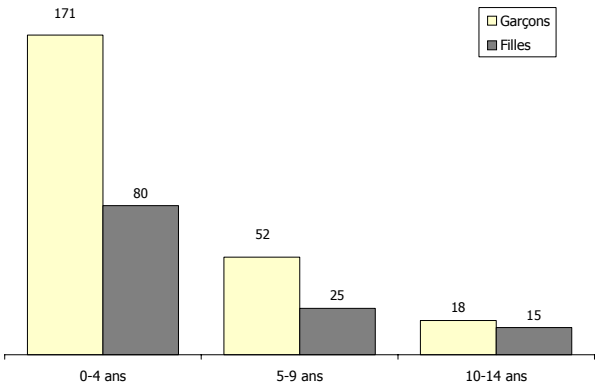


Source : Laberge, A. et coll., 2000, *Études des variations géographiques et annuelles de la fréquence de décès, d'hospitalisations et de visites à l'urgence pour causes d'asthme au Québec.*

L'asthme nécessite dans certains cas l'admission en centre hospitalier. Pour la période 1996-2001, dans la région, on dénombre par année 196 hospitalisations pour asthme chez les moins de cinq ans.

Les taux d'hospitalisations pour asthme sont nettement plus élevés chez les enfants de moins de cinq ans que pour les autres groupes d'âges (Laberge et coll., 2000). Les données régionales corroborent ce constat. Les taux sont trois fois plus élevés chez les enfants de moins de cinq ans que chez les 5-9 ans et nettement plus élevés que le taux observé chez les 10-14 ans. Autre constat, les garçons sont plus souvent hospitalisés pour asthme : chez les enfants de moins de dix ans, leur taux d'hospitalisation est deux fois plus élevé que celui des filles.

Figure 24
Taux d'hospitalisation (pour 10 000) pour asthme, selon l'âge et le sexe, population de moins de 15 ans, SLSJ, 1996-2001



Source : MSSS, Fichiers Med-Écho.

1.7 Traumatismes non intentionnels

Objectifs du PNSP : *réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route;*
réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile;
réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs.

Avec les personnes âgées de 65 ans et plus, les enfants de moins de 4 ans sont désignés comme les principales victimes des traumatismes survenant à la maison. Ils sont à la fois les plus vulnérables et les plus exposés. Les traumatismes représentent ainsi une cause non négligeable de mortalité et de morbidité chez les enfants d'âge préscolaire. Le plus souvent, ils sont occasionnés par une chute, une intoxication ou une noyade.

Dans la région, les traumatismes n'occasionnent en moyenne qu'un seul décès par an d'enfants de moins de cinq ans. Par contre, les traumatismes sont responsables annuellement de 118 hospitalisations, soit près de 5 % des hospitalisations chez ce groupe d'âges.

1.8 Maladies infectieuses

Le domaine d'intervention des maladies infectieuses concerne les maladies et infections causées par des agents biologiques acquis selon différentes voies de transmission. Les symptômes et l'évolution de ces maladies varient selon l'agent en cause, l'hôte, certains facteurs biologiques ou comportementaux, l'environnement social et l'organisation du système de soins. Les premières années de vie sont cruciales pour établir, par la vaccination, une protection durable contre plusieurs agresseurs.

Les maladies évitables par l'immunisation

Objectifs du PNSP : *maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole, de la rubéole et des oreillons sous le seuil d'élimination;*
maintenir le nombre moyen de cas d'infection invasive à Haemophilus influenzae de type b sous le seuil de cinq par année chez les enfants de moins de 5 ans;
réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002;
réduire l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale à zéro;
réduire à moins de cinq cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à méningocoque de sérogroupe C dans la population âgée de 20 ans ou moins;
réduire la varicelle jusqu'au seuil d'élimination;
réduire de 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans;
maintenir à zéro l'incidence annuelle de la diphtérie, de la poliomyélite, du tétanos et de la rage en ce qui concerne les cas indigènes.

Depuis 1997, le SLSJ n'a vu apparaître aucun cas indigène d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type b, de rougeole, de rubéole ou d'oreillons dans la population âgée de 0 à 5 ans. Aucun cas également de poliomyélite, tétanos et diphtérie. Pour ce qui est de la coqueluche, le nombre de cas se trouve considérablement réduit depuis le milieu des années 90. De 54 cas en moyenne par année de 1995 à 1999, ce nombre est passé à 4 cas en 2000 et 2001. Actuellement, l'incidence annuelle est de 1,4/100 000, mais elle est nettement sous estimée car cette maladie est souvent non suspectée et difficile à diagnostiquer. Les infections infantiles causées par le pneumocoque et la varicelle devraient également régresser avec l'ajout éventuel de ces vaccins au calendrier régulier.

La qualité de la protection offerte aux populations visées repose sur une couverture vaccinale adéquate (au moins 95 % des populations cibles). Pour 2001, chez les enfants de 2 ans, l'objectif est atteint dans la région avec un résultat de couverture vaccinale global de 95,4 %.

Les enfants d'âge préscolaire ont une protection contre l'infection invasive à méningocoque de sérogroupe C de 99,8 % depuis la campagne de vaccination massive de 2001-2002.

Les infections transmissibles sexuellement

Objectifs du PNSP : *réduire à moins de cinq le nombre de nouveau-nés infectés par le VIH chaque année;*
réduire à zéro le nombre de nouveau-nés infectés par la syphilis congénitale.

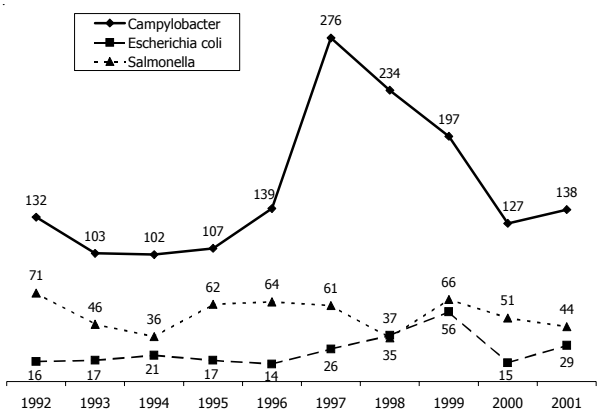
Aucun cas de syphilis congénitale ou de VIH chez un nouveau-né n'a été déclaré, dans la région, jusqu'à maintenant.

Les maladies à déclaration obligatoire (MADO)

Objectifs du PNSP : *réduire de 50 % le taux d'incidence des infections à Escherichia coli 0157 et des infections à* Salmonella enteritidis*, et de 30 % celui des infections à* Campylobacter*; réduire le taux d'incidence annuel de tuberculose active à 2/100 000 personnes.*

Dans l'ensemble de la population, entre 1992 et 2001, les entérites à *Salmonella* s'avèrent deux fois plus fréquentes que celles à *Escherichia coli*, avec 536 cas contre 248, d'où une incidence moyenne respective de 18,5 et 8,5 pour 100 000 personnes. Le nombre de cas déclarés de ces entérites demeure stable. Les infections à *Campylobacter* représentent la principale cause d'entérites avec 1 555 cas pendant cette période soit une incidence annuelle moyenne de 54,8 pour 100 000. L'évolution du nombre de cas déclarés est intéressante car les données montrent une augmentation importante en 1997 (276 cas, soit environ 2,5 fois plus de cas que d'habitude). Une élévation qui s'est poursuivie pendant deux ans (234 cas en 1998 et 197 en 1999) avant un retour progressif à des nombres de cas plus habituels en 2000 et 2001 (127 et 138 cas).

Figure 25
Évolution du nombre de cas déclarés, de certaines maladies entériques, SLSJ, 1992 à 2001



Source: Direction de santé publique (2002). Maladies à déclaration obligatoire. Rapport annuel 2001. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

En ce qui concerne la tuberculose, les données observées montrent une légère diminution de l'incidence qui est passée d'environ 3,5 pour 100 000 au début des années 90 à moins de 2 pour 100 000 pour les années récentes (12 cas de 1999 à 2001).

1.9 Principaux documents de référence

COUTURE, R. (2003). *Enquête psychosociale du Saguenay–Lac-Saint-Jean (2000) : résultats de la collecte des données,* Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 99 p.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE, C. Bouchard (sous la dir. de), (2003). *Tableau synoptique des indicateurs sociosanitaires par territoire – Le Québec, le Saguenay– Lac-Saint-Jean et ses territoires de CLSC,* Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 39 p.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE, C. Bouchard (sous la dir. de), (2001). *Les enfants 0-5 ans et le soutien aux parents, Cahier thématique 1 - Plan directeur régional en promotion-prévention 2000-2003,* Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, pp. 17-32.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (2002). *Maladies à déclaration obligatoire. Rapport annuel 2001*. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay– Lac-Saint-Jean, 24 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2002). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 520 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2000). *Enquête sociale et de santé, 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 642 p. et annexes.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2000). *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002), Les nourrissons de 5 mois : conditions de vie, santé et développement,* vol. 1, numéro 3, Santé et adaptation sociale des parents, section 1, Institut de la statistique du Québec, pp. 23-33.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, M. PAGEAU, R. CHOINIÈRE, M. FERLAND et Y. SAUVAGEAU (2001). *Le Portrait de santé : Le Québec et ses régions,* Institut de la statistique du Québec, édition 2001, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 432 p.

LEFEBVRE, C. (2004). *Un portrait de la santé des jeunes Québécois de 0 à 17 ans*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 23 p.

LES CENTRES JEUNESSE DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN, Rapport annuel 2002-2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (2002). *Statistiques sur les prestataires du programme d'assistance-emploi*, Québec, Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, ministère de la Santé et des Services sociaux.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY– LAC-SAINT-JEAN (2003). *Cadre de référence pour l'organisation des services en orthophonie pour les enfants de 0-6 ans*, Saguenay, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay– Lac-Saint-Jean, 47 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY– LAC-SAINT-JEAN, J.-F. Saint-Gelais (sous la dir. de), (2003). *Rapport annuel d'activités 2002-2003*, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay– Lac-Saint-Jean.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY– LAC-SAINT-JEAN, J.-F. Saint-Gelais (sous la dir. de), (2002). *Rapport annuel d'activités 2001-2002*, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay– Lac-Saint-Jean.

SANTÉ CANADA (2003). *Rapport sur la santé périnatale au Canada*, Ottawa, ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, 232 p.

2. SYNTHÈSE DES ACTIVITÉS ET DES RÉSULTATS ATTENDUS PAR DOMAINE POUR LES 0-5 ANS ET LEURS PARENTS

Lexique

Activités : les activités sont prescrites par le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP). Ce sont les activités choisies par le Ministère pour contribuer à l'atteinte des objectifs de santé qu'il a fixés pour chacun des domaines.

Résultats attendus : ce sont les orientations de la région; il s'agit des résultats attendus pour la mise en œuvre de chacune des activités.

Responsabilité de mise en œuvre : la responsabilité de mise en œuvre est associée au niveau qui doit initier la mise en œuvre. Selon les résultats attendus, il peut s'agir d'une responsabilité régionale ou locale; dans certains cas, la responsabilité incombe aux deux paliers.

Numérotation

Chacune des activités est associée à un numéro composé de 3 chiffres. Le 1er chiffre désigne le groupe clientèle (de 1 à 5), le 2e chiffre réfère au domaine d'intervention (de 1 à 7) et le 3e chiffre représente la séquence des activités.

Le domaine du développement de l'adaptation et de l'intégration sociale					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
1.1.01	Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives : recherche de cas et counseling sur la consommation d'alcool auprès des femmes enceintes.	1	Que d'ici 2006, au moins 75 % des intervenants en périnatalité aient reçu la formation sur le syndrome d'alcoolisme fœtal.	X	
		2	Que d'ici 2007, les médecins aient eu accès à la formation sur le syndrome d'alcoolisme fœtal.	X	
		3	Que d'ici 2006, la formation *Comprendre le syndrome d'alcoolisme foetal* soit offerte aux intervenants des organismes communautaires et des Centres jeunesse ainsi qu'aux intervenants, autres que ceux en périnatalité des CLSC.		X
1.1.02	Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives : counseling concernant le tabagisme auprès des femmes enceintes.	1	Que d'ici 2007, une formation en cessation tabagique ait été promue et dispensée à une centaine de professionnels de la santé.	X	
		2	Que d'ici 2007, un mécanisme de référence entre les professionnels de la santé et les Centres d'abandon du tabagisme, pour les femmes enceintes disposées à cesser de fumer, ait été mis en oeuvre.	X	
1.1.03	Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives : counseling en matière d'allaitement maternel.	1	D'ici 2006, 70 % des professionnels et intervenants en périnatalité de la région, œuvrant en CLSC, aient assisté aux 18 heures de formation prescrites par le Comité d'accréditation de l'*Initative amis des bébés* (IAB).	X	
		2	Que d'ici 2006, les intervenantes des organismes communautaires de support à l'allaitement de la région aient eu accès à cette formation, si elles le désirent.	X	
		3	D'ici 2007, 70 % des professionnels et intervenants en périnatalité de la région œuvrant en CH aient assisté aux 18 heures de formation prescrites par le Comité d'accréditation de IAB.	X	
1.1.04	Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives : dépistage systématique de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie congénitale auprès des nouveau-nés.	1	Que d'ici 2005, un état de situation régionale plus complet de même qu'une évaluation des actions à portée régionale à mettre en place soient réalisés.	X	
		2	Que d'ici 2007, selon l'évaluation réalisée, des actions à portée régionale soient mises en place.	X	
		3	Que d'ici 2007, le counseling auprès des parents et le dépistage sanguin systématique de tous les nouveau-nés au regard de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie soient maintenus.		X
1.1.05	Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives suivantes: orientation des enfants défavorisés vers les centres de la petite enfance pour des interventions éducatives précoces.	1	D'ici 2007, maintenir les activités aux enfants vulnérables dans les organismes communautaires et les Centres de la petite enfance utilisant des programmes d'intervention éducative précoce reconnus efficaces.		X
		2	D'ici 2007, favoriser la participation des organismes communautaires et des Centres de la petite enfance aux formations de programmes efficaces visant le développement des enfants.		X
1.1.06	Établissement du réseau *Amis des bébés* dans les services de maternité des centres hospitaliers et dans les CLSC.	1	Que d'ici 2007, un rapport soit produit annuellement faisant état des taux d'allaitement exclusif et mixte dans la région.	X	
		2	Que d'ici 2005, les établissements de santé de la région aient mis en place les conditions nécessaires (temps, espace et soutien) pour favoriser l'allaitement maternel parmi leur personnel.		X
		3	Que d'ici 2006, tous les CLSC aient amorcé le processus afin d'être désignés *Amis des bébés*.		X
		4	Que d'ici 2007, au moins un CH ou un CLSC soit reconnu *Amis des bébés*.		X

Le domaine du développement de l'adaptation et de l'intégration sociale					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
1.1.07	Intervention par des activités du type *Naître égaux - Grandir en santé* (NEGS) et par le *Programme de soutien aux jeunes parents* (PSJP).	1	Que d'ici 2006, 75 % des femmes enceintes et mères de moins de 20 ans et leur famille aient bénéficié du programme.	X	
		2	Que d'ici 2006, tous les territoires de CLSC aient implanté l'ensemble des volets du *PSJP*.		X
		3	Que d'ici 2007, tous les territoires de CLSC offrent les programmes *PSJP* et *NEGS* si le financement est accordé par le MSSS.		X
		4	Que d'ici 2007, sur les deux territoires de CLSC offrant présentement *NEGS*, 50 % des femmes enceintes et des mères de plus de 20 ans et leurs enfants vivant en extrême pauvreté aient bénéficié du programme jusqu'à 2 ans.		X
1.1.08	Intervention concernant le soutien éducatif précoce pour les enfants d'âge préscolaire venant de milieux défavorisés.	1	D'ici 2007, maintenir et consolider l'offre de service en soutien éducatif dans les organismes communautaires, sur tous les territoires de CLSC, avec l'animation des programmes reconnus efficaces.	X	
		2	D'ici 2007, mise en œuvre dans tous les territoires de CLSC des activités en promotion-prévention en lien avec le modèle d'organisation des services en orthophonie pour les enfants 0-5 ans.		X
Le domaine des habitudes de vie et de maladies chroniques					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
1.2.01	Counseling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires, l'activité physique et l'utilisation de fluorure, soit en se brossant les dents ou en prenant des suppléments fluorés.	1	D'ici 2007, qu'une centaine de professionnels de la santé aient suivi une formation en cessation tabagique, soit en counseling minimal ou intensif.	X	
		2	D'ici 2007, produire un avis sur la pertinence d'un programme de distribution de suppléments fluorés en CLSC comme alternative pour la population ayant de l'eau de consommation peu fluorée ou n'ayant pas accès à de l'eau de consommation artificiellement fluorée.	X	
		3	D'ici 2007, élaborer et diffuser un avis sur l'utilisation de fluorure destiné aux professionnels concernés des secteurs privé et public.	X	
		4	D'ici 2005, assurer la mise en œuvre des services dentaires préventifs du *PNSP* dans tous les territoires de CLSC.		X
		5	D'ici 2007, soutenir et assurer la mise en œuvre des activités privilégiées dans les milieux d'intervention ayant été retenues dans le *Plan d'action en matière de santé dentaire publique 2004-2012*.	X	X
		6	D'ici 2007, le programme d'aide à la cessation tabagique ait été dispensé, annuellement, à au moins 230 femmes en période prénatale et postnatale.		X
Le domaine des traumatismes non intentionnels					
N°	**Activité**		**Résultats attendus**	**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
1.3.01	Promotion auprès des usagers de la route, de l'utilisation d'équipements de sécurité - dispositif de retenue pour enfant dans les voitures, casque pour les cyclistes, les conducteurs et les passagers d'une motocyclette ou d'un véhicule tout-terrain, ceinture de sécurité - selon les mesures législatives en vigueur.	1	Que d'ici 2007, tous les CLSC aient développé une collaboration avec les partenaires du milieu pour la réalisation de la campagne annuelle de vérification de dispositifs de retenue pour enfants (DRE).		X
		2	Que d'ici 2007, un CLSC ait amorcé une démarche en vue de l'implantation d'un programme de promotion de l'utilisation des équipements de sécurité à l'intention des usagers de la route (équipement ciblé : DRE).		X

Le domaine des traumatismes non intentionnels					
N°	**Activité**		**Résultats attendus**	**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
1.3.02	Intégration d'activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile, qu'ils soient causés par une chute, une intoxication, une suffocation, une brûlure, une noyade ou une quasi-noyade, aux actions préventives s'adressant aux bébés, aux jeunes enfants et à leurs parents comme *Naître égaux - Grandir en santé* (NEGS), le *Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP)* et les activités relatives au soutien éducatif précoce.	1	D'ici 2007, tous les CLSC auront intégré la trousse de sécurité lors des visites à domicile, auprès des clientèles vulnérables.		X
		2	D'ici 2007, les CLSC et les organismes communautaires auront maintenu les activités de prévention des blessures à domicile.		X
1.3.03	Promotion de l'application adéquate de la norme de sécurité existante concernant les aménagements des aires et des équipements de jeu auprès des municipalités, des écoles et des centres de la petite enfance.	1	D'ici 2006, quatre formations auront été offertes aux CLSC, aux municipalités, aux commissions scolaires, aux écoles, aux établissements de plein air, aux entreprises récréotouristiques et dans les centres de la petite enfance (CPE) pour qu'ils soient en mesure d'appliquer la norme volontaire «CAN/CSA-614-03», sur la sécurité des aires de jeu publiques.	X	
Le domaine des maladies infectieuses					
N°	**Activité**		**Résultats attendus**	**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
1.4.01	Vaccination des jeunes contre la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos (DTP). (vaccination de base)	1	Que d'ici 2007, 95 % des jeunes (jusqu'à l'entrée à l'école) soient vaccinés adéquatement contre la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos.	X	X
1.4.02	Vaccination des jeunes contre la rougeole, la rubéole et les oreillons. (vaccination de base)	1	Que d'ici 2007, 95 % des jeunes à la maternelle soient vaccinés adéquatement contre la rougeole, la rubéole et les oreillons.	X	X
1.4.03	Vaccination des jeunes contre *l'Haemophilus influenzae* de type b. (vaccination de base)	1	Que d'ici 2007, 95 % des jeunes (jusqu'à la maternelle) soient vaccinés adéquatement contre *l'Haemophilus influenzae* de type b.	X	X
1.4.04	Vaccination des jeunes contre la coqueluche. (vaccination de base)	1	Que d'ici 2007, 95 % des jeunes (jusqu'à la maternelle) soient vaccinés adéquatement contre la coqueluche.	X	X
1.4.05	Vaccination des jeunes contre les infections à méningocoque du sérogroupe C. (vaccination de base)	1	Que d'ici 2007, 95 % des jeunes (jusqu'à la maternelle) soient vaccinés adéquatement contre le méningocoque de sérogroupe C.	X	X
1.4.06	Vaccination des jeunes contre la varicelle.	1	Que d'ici 2007, 95 % de la clientèle visée par la vaccination gratuite contre la varicelle soit vaccinée.	X	X
1.4.07	Vaccination contre les infections à pneumocoque des jeunes à risque.	1	D'ici 2007, que 90 % des enfants âgés entre 2 mois et 59 mois atteints d'une maladie chronique, aient reçu au moins une dose du vaccin conjugué contre le pneumocoque et que tous les enfants âgés de 2 ans et plus atteints d'une maladie chronique, reçoivent une dose de vaccin polysaccharidique.	X	X
1.4.08	Mise en place d'un plan de promotion de la vaccination.	1	Que d'ici 2004, la pochette soit mise à jour afin d'inclure les vaccins contre le méningocoque, contre le pneumocoque et contre la varicelle.	X	
		2	Que d'ici 2007, cette pochette soit distribuée à tous les nouveaux parents de la région par les CH et CLSC (adoption internationale).		X

Le domaine des maladies infectieuses					
N°	**Activité**		**Résultats attendus**	**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
1.4.09	Soutien des pratiques cliniques préventives pour le dépistage de la rubéole et de l'hépatite B chez les femmes enceintes.	1	Que d'ici 2007, 100 % des plans de soins des départements de périnatalité contiennent des éléments relatifs au statut sérologique et à la vaccination chez les femmes enceintes tant pour la rubéole que pour l'hépatite B.	X	X
1.4.10	Soutien des pratiques cliniques préventives par l'offre systématique du test de dépistage du VIH aux femmes enceintes.	1	Que d'ici 2007, au moins 90 % des femmes enceintes soient dépistées pour le VIH dans la communauté ciblée.	X	
		2	Que d'ici 2007, 100 % des cliniciens-obstétriciens aient inclus dans leur pratique le dépistage du VIH auprès des femmes enceintes.	X	

3. ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE POUR LES 0–5 ANS ET LEURS PARENTS

Lexique

Activités : les activités sont prescrites par le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP). Ce sont les activités choisies par le Ministère pour contribuer à l'atteinte des objectifs de santé qu'il a fixés pour chacun des domaines.

Niveau actuel d'implantation : le niveau d'implantation est assigné au regard de l'activité PNSP plutôt que d'un ou des projets qui la compose; il s'agit d'un des trois niveaux suivants :

- *À mettre en place* : activité nouvelle à implanter;
- *À maintenir* : activité existante à poursuivre telle quelle;
- *À consolider* : activité existante à modifier ou à restructurer.

Voie d'action incontournable : activité prévue dans l'entente MSSS-CSST ou encore, activité à mettre en place dans le cas d'une menace pour la santé de la population par un agent biologique, chimique ou physique souvent associé aux intoxications, infections et maladies à déclaration obligatoire ou à des manifestions cliniques inhabituelles associées à une vaccination et associées à des mesures population-nelles de protection reconnues efficaces (ex. : vaccination, médication prophylaxique, quarantaine). Dans ces situations, il y a souvent nécessité d'agir rapidement.

État de la situation : il s'agit d'un bilan de la situation régionale réalisé en 2003 dans une perspective régionale.

Structure de concertation et de coordination : les membres des comités ou des tables régionales indiqués dans cette section, sont ceux qui travaillent à la réalisation de l'activité et qui contribueront à l'atteinte des résultats attendus.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre : il s'agit des résultats attendus pour la mise en œuvre de chacune des activités. Ce sont les orientations de la région.

La responsabilité de mise en œuvre est associée au niveau qui doit initier la mise en œuvre. Selon les résultats attendus, il peut s'agir d'une responsabilité régionale ou locale; dans certains cas, la responsabilité incombe aux deux paliers.

Rôles et contributions attendus des acteurs : la liste des partenaires, dont la collaboration est sollicitée pour atteindre les résultats exprimés plus haut, est énumérée. Pour chacun, on indique les rôles et contributions attendus au regard de la mise en œuvre.

Numérotation

Chacune des activités est associée à un numéro composé de 3 chiffres. Le 1er chiffre désigne le groupe clientèle (de 1 à 5), le 2e chiffre réfère au domaine d'intervention (de 1 à 7) et le 3e chiffre représente la séquence des activités.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE — N° : 1.1.01

Activité : Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives : recherche de cas et counseling sur la consommation d'alcool auprès des femmes enceintes.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À mettre en place

État de la situation

Dans le cadre des programmes de périnatalité *Naître égaux – Grandir en santé* (NEGS*)*, *Programme de soutien aux jeunes parents* (PSJP*)* et les autres, des visites médicales, des activités de dépistage et de counseling en lien avec la consommation d'alcool peuvent être actuellement réalisées. Aucune activité structurée ou mesure de soutien spécifique à cette pratique clinique préventive n'a été déployée au cours des dernières années par la Direction de santé publique. Or, la DSP a donné son soutien à l'organisation d'une offre de formation subventionnée par Santé Canada intitulée *Comprendre le syndrome d'alcoolisme foetal* à tous les intervenants impliqués dans les projets *Programme d'action communautaire pour les enfants* (PACE) et les projets *Programme canadien de nutrition prénatale* (PCNP).

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE

1. Que d'ici 2006, au moins 75 % des intervenants en périnatalité aient reçu la formation sur le syndrome d'alcoolisme fœtal.
2. Que d'ici 2007, les médecins aient eu accès à la formation sur le syndrome d'alcoolisme fœtal.

LOCALE

3. Que d'ici 2006, la formation *Comprendre le syndrome d'alcoolisme foetal* soit offerte aux intervenants des organismes communautaires et des Centres jeunesse ainsi qu'aux intervenants autres que ceux en périnatalité des CLSC.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Élaboration et soutien à l'offre de formation.

CLSC : Participation à la formation.

Centres jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean : Participation à la formation.

Groupes de médecine de famille (GMF) – **Cabinets médicaux** – **Professionnels de la santé :** Participation aux activités de formation.

Organismes communautaires : Participation aux activités de formation.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE

N° : 1.1.02

Activité : Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives : counseling concernant le tabagisme auprès des femmes enceintes.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

De façon régulière, des formations en cessation tabagique sont dispensées aux professionnels de la santé (médecins, infirmières, etc.) tant au niveau du counseling minimal qu'intensif. Ces dernières années, les formations ont surtout été offertes aux infirmières de CLSC qui suivent les femmes enceintes dans le cadre des services offerts en périnatalité. Les infirmières des CH ainsi que les médecins accoucheurs ont fait l'objet de peu de formation. Les Centres d'abandon du tabagisme des CLSC peuvent recevoir cette clientèle. Par ailleurs, aucun mécanisme de référence entre les médecins accoucheurs et les Centres d'abandon n'a été mis en place.

Structures de concertation et de coordination

· Comité régional en cessation tabagique

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE

1. Que d'ici 2007, une formation en cessation tabagique ait été promue et dispensée à une centaine de professionnels de la santé.
2. Que d'ici 2007, un mécanisme de référence entre les professionnels de la santé et les Centres d'abandon du tabagisme, pour les femmes enceintes disposées à cesser de fumer, ait été mis en oeuvre.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Mise en oeuvre de la formation en cessation tabagique. Coordination du comité régional en cessation tabagique. Mise en oeuvre d'un mécanisme de référence entre les professionnels de la santé et le Centre d'abandon du tabagisme pour les femmes enceintes disposées à cesser de fumer.

CLSC : Promotion de la formation en cessation tabagique auprès des professionnels de la santé. Participation au comité régional en cessation tabagique. Participation à la mise en œuvre d'un mécanisme de référence entre les professionnels de la santé et le Centre d'abandon du tabagisme pour les femmes enceintes disposées à cesser de fumer.

CH : Promotion de la formation en cessation tabagique auprès des professionnels de la santé. Participation à la mise en œuvre d'un mécanisme de référence entre les professionnels de la santé et le Centre d'abandon du tabagisme pour les femmes enceintes disposées à cesser de fumer.

Groupes de médecine de famille (GMF) – **cabinets médicaux** – **professionnels de la santé en périnatalité :** Participation aux activités de formation en cessation tabagique. Participation à la mise en œuvre d'un mécanisme de référence entre les professionnels de la santé et le Centre d'abandon du tabagisme pour les femmes enceintes disposées à cesser de fumer.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE — N° : 1.1.03

Activité : Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives : counseling en matière d'allaitement maternel.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

La parution du document *L'allaitement maternel au Québec*, *lignes directrices,* émis par le MSSS en 2001, a constitué un jalon important dans le milieu puisqu'il a précisé l'action des partenaires en spécifiant les responsabilités de chacun au regard d'objectifs en matière d'allaitement et de stratégies à implanter au Québec.

Certaines de ces responsabilités touchent la formation des intervenants qui font du counseling en allaitement : les infirmières en CH et en CLSC, les intervenantes des groupes de support à l'allaitement, les médecins, les diététistes nutritionnistes et les pharmaciens. C'est pourquoi la formation adaptée et l'utilisation d'outils de diffusion congruents avec les pratiques acceptées font l'objet de travaux aux trois palliers (national, régional et local); l'uniformisation du message et sa véracité sont les éléments importants pour supporter adéquatement les mères qui ont choisi d'allaiter.

Structures de concertation et de coordination

- Comité d'allaitement du Saguenay et son sous-comité uniformisation des outils
- Comité intersectoriel en allaitement et son sous-comité formation

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE

1. D'ici 2006, 70 % des professionnels et intervenants en périnatalité de la région, œuvrant en CLSC, aient assisté aux 18 heures de formation prescrites par le Comité d'accréditation de l'*Initative amis des bébés* (IAB).
2. Que d'ici 2006, les intervenantes des organismes communautaires de support à l'allaitement de la région aient eu accès à cette formation, si elles le désirent.
3. D'ici 2007, 70 % des professionnels et intervenants en périnatalité de la région œuvrant en CH aient assisté aux 18 heures de formation prescrites par le Comité d'accréditation de IAB.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Planification régionale de la mise en œuvre des lignes directrices; soutien aux diverses structures de concertation portant sur la promotion de l'allaitement, la standardisation des outils, la formation et l'évaluation; soutien à la mise en oeuvre de l'IAB en CLSC et en CH; gestion du budget afférent au dossier.

CLSC : Collaboration à la stratégie de mise en œuvre régionale des lignes directrices en matière d'allaitement au regard de la formation du personnel et de la mise en opération de *Initiative Amis des bébés* (IAB) en CLSC.

CH : Collaboration à la stratégie de mise en œuvre régionale des lignes directrices en matière d'allaitement au regard de la formation du personnel et de la mise en opération de *Initiative Amis des bébés* (IAB) en CH.

Organismes communautaires de soutien à l'allaitement : Collaboration à la mise en œuvre régionale des lignes directrices en matière d'allaitement et collaboration aux activités.

Professionnels de la santé liés à l'allaitement : Collaboration à la mise en œuvre régionale des lignes directrices en matière d'allaitement et collaboration aux activités.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE **N° : 1.1.04**

Activité : Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives : dépistage systématique de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie congénitale auprès des nouveau-nés.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À maintenir

État de la situation

Sous la coordination provinciale du Réseau de médecine génétique du Québec, le dépistage de la phénylcétonurie, de l'hypothyroïdie congénitale et de la tyrosinémie est réalisé systématiquement, et depuis plusieurs années, par ponction sanguine au talon de tous les nouveau-nés avant leur départ de l'hôpital. De plus, pour compléter ce premier dépistage, un formulaire est remis à tous les parents afin qu'ils puissent réaliser et expédier un prélèvement urinaire lors de la 3e semaine de vie du bébé (test de la couche). Ce prélèvement permet le dépistage d'une trentaine de maladies reliées au métabolisme des acides aminés et des acides organiques. Grâce à ces dépistages, des interventions précoces peuvent être faites auprès des parents en vue de prévenir, le plus souvent par la modification de la diète de l'enfant, l'apparition de troubles cliniques sévères chez leur enfant.

Chaque année, les établissements responsables des dépistages reçoivent des données sur les taux de participation au prélèvement sanguin à partir du nombre de naissances vivantes transmis au Réseau de médecine génétique du Québec. Depuis plusieurs années, les taux provinciaux de participation au dépistage sanguin dépassent les 99,0 %. En ce qui concerne le dépistage urinaire, seul le taux provincial de participation est calculé. Depuis plusieurs années, il se situe autour de 90 %.

Plusieurs mesures ont été mises en place tant à l'échelle provinciale que locale pour assurer l'atteinte de ces taux. Le counseling fait aux parents par les équipes locales de périnatalité en CH (lors de l'hospitalisation) et en CLSC (cours prénataux et suivi postnatal) y contribue pour une très large part. Aucune mesure de soutien à ces dépistages n'a été réalisée par la Direction de santé publique au cours des dernières années.

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE

1. Que d'ici 2005, un état de situation régionale plus complet de même qu'une évaluation des actions à portée régionale à mettre en place soient réalisés.
2. Que d'ici 2007, selon l'évaluation réalisée, des actions à portée régionale soient mises en place.

LOCALE

3. Que d'ici 2007, le counseling auprès des parents et le dépistage sanguin systématique de tous les nouveau-nés au regard de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie soient maintenus.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Documentation de la situation régionale. Mise en place d'actions régionales selon l'évaluation réalisée.

CLSC : Counseling auprès des parents.

CH : Counseling auprès des parents et poursuite du dépistage sanguin systématique.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE

N° : 1.1.05

Activité : Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives : orientation des enfants défavorisés vers les centres de la petite enfance pour des interventions éducatives précoces.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À mettre en place

État de la situation

Dans notre région, beaucoup d'enfants défavorisés sont orientés vers les organismes communautaires, dans des programmes structurés spécialement pour eux et leurs parents, dès la naissance et jusqu'à 5 ans.

Durant les dernières années, la Direction de santé publique a offert de la formation aux organismes communautaires offrant ces services aux enfants vulnérables, favorisant des programmes d'intervention éducative précoce reconnus efficaces. Ces programmes sont compris dans la continuité d'offre de service par le *Programme de soutien aux jeunes parents* (PSJP) et *Naître égaux – Grandir en santé* (NEGS). Ces organismes ont des projets subventionnés par le *Plan directeur en promotion-prévention* et par le *Programme d'action communautaire pour les enfants* (PACE), ce qui constitue la contribution de la DSP à la promotion de cette pratique clinique préventive.

Par ailleurs, la DSP n'est pas impliquée dans les ententes locales qui sont négociées entre les CLSC et les Centres de la petite enfance, afin de réserver des places aux enfants de familles vulnérables, mais ces ententes permettent la réservation de 5 % des places en CPE, pour ces clientèles.

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

LOCALE

1. D'ici 2007, maintenir les activités aux enfants vulnérables dans les organismes communautaires et les Centres de la petite enfance utilisant des programmes d'intervention éducative précoce reconnus efficaces.
2. D'ici 2007, favoriser la participation des organismes communautaires et des Centres de la petite enfance aux formations de programmes efficaces visant le développement des enfants.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Élaboration et mise en oeuvre de l'offre régionale de service de formation.

CLSC : Collaboration selon les protocoles d'entente entre les CLSC/CPE.

Centres de la petite enfance (CPE) : Collaboration selon les protocoles d'entente entre les CLSC/CPE. Maintien des activités aux enfants vulnérables et participation aux activités de formation.

Organismes communautaires : Maintien des activités aux enfants vulnérables et participation aux activités de formation.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE **N° : 1.1.06**

Activité : Établissement du réseau *Amis des bébés* dans les services de maternité des centres hospitaliers et dans les CLSC.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

La parution du document *L'allaitement maternel au Québec, lignes directrices,* émis par le MSSS en 2001, a constitué un jalon important dans le milieu puisqu'il a précisé l'action des partenaires en spécifiant les responsabilités de chacun au regard d'objectifs en matière d'allaitement et de stratégies à implanter au Québec.

Un premier objectif intermédiaire, dont fait état le document ministériel *L'allaitement maternel au Québec, lignes directrices*, est présentement en voie de réalisation; il s'agit de l'instauration d'un système de suivi des taux d'allaitement exclusif et mixte dans la région.

Pour devenir une organisation (CH ou CLSC) *Amis des bébés*, il faut remplir des conditions très précises et suivre une démarche d'accréditation parrainée par un comité national. La Direction de santé publique et ses partenaires sont à mettre en place quelques-unes des conditions nécessaires à cette accréditation; le processus s'étalera sur plusieurs années.

Structures de concertation et de coordination

- Comité d'allaitement du Saguenay
- Comité intersectoriel en allaitement et ses sous-comités : promotion de l'allaitement, formation, uniformisation de la cueillette des données

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE

1. Que d'ici 2007, un rapport soit produit annuellement faisant état des taux d'allaitement exclusif et mixte dans la région.

LOCALE

2. Que d'ici 2005, les établissements de santé de la région aient mis en place les conditions nécessaires (temps, espace et soutien) pour favoriser l'allaitement maternel parmi leur personnel.
3. Que d'ici 2006, tous les CLSC aient amorcé le processus afin d'être désignés *Amis des bébés*.
4. Que d'ici 2007, au moins 1 CH ou 1 CLSC soit reconnu *Amis des bébés*.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Planification régionale de la mise en œuvre des lignes directrices en matière d'allaitement; soutien aux diverses structures de concertation portant sur la promotion de l'allaitement, la standardisation des outils, la formation et l'évaluation; soutien à la mise en oeuvre de *l'Initiative Amis des Bébés* (IAB) en CLSC et en CH; support au système de suivi des taux d'allaitement exclusif et mixte dans la région et production du rapport; gestion du budget afférent au dossier.

CLSC : Collaboration à la stratégie de mise en œuvre des lignes directrices en matière d'allaitement. Mise en oeuvre des conditions nécessaires pour implanter le programme *Amis des bébés* en CLSC. Collaboration et participation au système de suivi des taux d'allaitement exclusif et mixte dans la région.

CH : Collaboration à la stratégie de mise en œuvre des lignes directrices en matière d'allaitement. Mise en œuvre des conditions nécessaires pour implanter le programme *Amis des bébés* en milieu hospitalier. Collaboration et participation au système de suivi des taux d'allaitement exclusif et mixte dans la région.

Organismes communautaires de soutien à l'allaitement : Collaboration à l'élaboration de la stratégie de mise en œuvre régionale des lignes directrices en matière d'allaitement et collaboration aux activités.

Professionnels de la santé liés à l'allaitement : Collaboration à la mise en œuvre régionale des lignes directrices en matière d'allaitement et collaboration aux activités.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE **N° : 1.1.07**

Activité : Intervention par des activités du type *Naître égaux – Grandir en santé* (NEGS) et par le *Programme de soutien aux jeunes parents* (PSJP).

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Présentement, le programme NEGS est implanté dans deux CLSC de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, il faudra donc les consolider et débuter l'implantation dans les quatre autres CLSC. Actuellement, au total 94 femmes sont suivies dans le cadre de ce programme. En 2003, on estime qu'environ 11 % soit, 262 naissances vivantes, sont issues de mères sous-scolarisées.

En ce qui a trait au programme PSJP, l'implantation se fait plutôt difficilement dans les six CLSC car les fonds nécessaires ont tardé à venir et la rédaction du contenu du programme n'est pas complétée. Le programme de formation a débuté officiellement à l'automne 2003 et deux formations seront offertes localement.

Deux guides d'intervention sur l'attachement et les habitudes de vie, devront paraître d'ici l'automne 2004. Des outils pour les parents, en lien avec ces guides seront produits à partir de 2004. Les formations en lien avec ces guides et les outils seront offerts après les parutions de ceux-ci.

Le *Programme canadien de nutrition prénatale* (PCNP) est géré par Santé Canada et les directions de santé publique sont invitées à supporter la démarche dans leur région lors de la sélection des projets soumis dans le cadre de ce programme et d'en assurer le suivi budgétaire (analyse des rapports d'étapes, production d'un rapport au regard du renouvellement des subventions).

Structures de concertation et de coordination

· Comité régional des coordonnateurs NEGS-PSJP

Résultats attendus et responsabilité de mise en oeuvre

REGIONALE

1. Que d'ici 2006, 75 % des femmes enceintes et mères de moins de 20 ans et leur famille aient bénéficié du programme.

LOCALE

2. Que d'ici 2006, tous les territoires de CLSC aient implanté l'ensemble des volets du PSJP.
3. Que d'ici 2007, tous les territoires de CLSC offrent les programmes PSJP et NEGS si le financement est accordé par le MSSS.
4. Que d'ici 2007, sur les deux territoires de CLSC offrant présentement NEGS, 50 % des femmes enceintes et des mères de plus de 20 ans et leurs enfants vivant en extrême pauvreté aient bénéficié du programme jusqu'à 2 ans.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à l'implantation du PSJP (formation, soutien à la concertation). Maintien et soutien à l'implantation de NEGS (formation, soutien à la concertation). Animation du comité régional des coordonnateurs NEGS-PSJP.

CLSC : Mise en œuvre du PSJP tant au niveau des suivis individuels que du volet intersectoriel. Maintien des services et mise en œuvre de NEGS tant au niveau des suivis individuels que du volet intersectoriel.

Centre local d'emploi (CLE) : Soutien aux références et participation au volet intersectoriel.

Centres de la petite enfance (CPE) : Collaboration et participation au volet intersectoriel.

Centres jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean : Collaboration à la mise en œuvre.

Écoles : Collaboration et participation au volet intersectoriel.

Groupes de médecine de famille (GMF) – **Cabinets médicaux :** Référence de la clientèle et collaboration avec les CLSC.

Municipalités : Collaboration et participation au volet intersectoriel.

Organismes communautaires : Participation au volet intersectoriel et collaboration à la mise en oeuvre.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE — N° : 1.1.08

Activité : Intervention concernant le soutien éducatif précoce pour les enfants d'âge préscolaire venant de milieux défavorisés.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Diverses activités de soutien éducatif sont déjà en place dans les organismes communautaires, les CLSC et les CPE de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, parmi lesquelles sont animés le programme *Brindami*, les *Ateliers l'Éveil*, et les *Ateliers de stimulation des Centres jeunesse de Montréal.* Parallèlement un projet pilote en promotion et en prévention des troubles du langage chez les enfants de 0 à 5 ans a été instauré sur l'un des territoires de CLSC et est présentement sur tous les territoires de CLSC de la région; il s'agit du programme *ALI*.

Une instance consultative régionale en services de garde a effectué des travaux afin de comprendre les besoins des milieux de garde et l'un des sous-comités s'est penché sur la prévention des troubles de comportement en CPE. Le comité régional en orthophonie a présenté un état de situation des services en orthophonie sur le territoire du SLSJ pour les enfants de 0 à 6 ans et un plan d'action a été déposé par la Direction de la coordination des services de l'Agence de santé et de services sociaux.

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE

1. D'ici 2007, maintenir et consolider l'offre de service en soutien éducatif dans les organismes communautaires, sur tous les territoires de CLSC, avec l'animation des programmes reconnus efficaces.

LOCALE

2. D'ici 2007, mise en œuvre dans tous les territoires de CLSC des activités en promotion-prévention en lien avec le modèle d'organisation des services en orthophonie pour les enfants 0-5 ans.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à la mise en œuvre des programmes et activités (formation, conception d'outils, etc.). Soutien à l'organisation des services en orthophonie. Participation à la consultation régionale.

CLSC : Collaboration à la mise en œuvre des programmes et activités. Mise en œuvre d'activités en orthophonie. Soutien aux organismes communautaires et intersectoriels.

Centres jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean : Collaboration et soutien à la mise en œuvre.

Municipalités : Collaboration et soutien à la mise en œuvre des activités intersectorielles.

Organismes communautaires : Collaboration et soutien à la mise en œuvre des activités intersectorielles.

Services de garde (CPE) : Collaboration à la mise en œuvre des activités intersectorielles.

Domaine : HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES — N° : 1.2.01

Activité : Counseling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires, l'activité physique et l'utilisation de fluorure, soit en se brossant les dents ou en prenant des suppléments fluorés.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

De façon générale, dans tous les territoires de CLSC, les intervenants en CH et en CLSC font du counseling individuel ou en groupe sur les saines habitudes de vie (tabagisme, alimentation, activité physique et hygiène dentaire) auprès des parents, avant ou après la naissance d'un enfant. Ces types de counseling sont réalisés notamment dans le cadre des activités suivantes : les rencontres prénatales, les suivis individuels de type *Naître égaux – Grandir en santé* (NEGS), *Naître en santé* ou *Programme de soutien aux jeunes parents* (PSJP), les suivis en périnatalité et en petite enfance, les rencontres lors de la vaccination et lors des activités de dépistage auprès des enfants de trois ans. Ce type de counseling est aussi offert par certains organismes communautaires, les services de garde en milieu scolaire et les centres de la petite enfance.

De façon régulière, des formations en cessation tabagique sont dispensées aux professionnels de la santé (médecins, infirmières en périnatalité, etc.) tant au niveau du counseling minimal qu'intensif.

Près de 230 femmes en période prénatale et postnatale reçoivent annuellement des services d'aide à la cessation tabagique en individuel.

Le comité régional en cessation tabagique voit, entre autres, à la réorganisation du système de collecte de données au regard de l'évaluation en suivi tabagique.

Dans le cadre du *Programme public de Services dentaires préventifs* (PPSDP) volet 0-5 ans, des interventions de counseling sur les habitudes alimentaires (collation) et l'utilisation de fluorure en se brossant les dents sont réalisées chez les enfants de 0 à 5 ans par les hygiénistes dentaires (ex. : Dentosaure préscolaire).

Depuis 1991, le CLSC des Prés-Bleus offre gratuitement, par l'entremise de son programme d'hygiène dentaire, des suppléments fluorés aux enfants de 4 ans et plus ayant eu des caries sur leur dentition primaire. Les enfants participant au programme de distribution de suppléments fluorés peuvent s'en procurer jusqu'à l'âge de 12 ans pour consommation à la maison.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE

1. D'ici 2007, qu'une centaine de professionnels de la santé aient suivi une formation en cessation tabagique, soit en counseling minimal ou intensif.
2. D'ici 2007, produire un avis sur la pertinence d'un programme de distribution de suppléments fluorés en CLSC comme alternative pour la population ayant de l'eau de consommation peu fluorée ou n'ayant pas accès à de l'eau de consommation artificiellement fluorée.
3. D'ici 2007, élaborer et diffuser un avis sur l'utilisation de fluorure destiné aux professionnels concernés des secteurs privé et public.

LOCALE

4. D'ici 2005, assurer la mise en œuvre des services dentaires préventifs du PNSP dans tous les territoires de CLSC.

REGIONALE ET LOCALE

5. D'ici 2007, soutenir et assurer la mise en œuvre des activités privilégiées dans les milieux d'intervention ayant été retenues dans le *Plan d'action en matière de santé dentaire publique 2004-2012.*

LOCALE

6. D'ici 2007, le programme d'aide à la cessation tabagique ait été dispensé, annuellement, à au moins 230 femmes en période prénatale et postnatale.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Organisation de formation en cessation tabagique. Promotion et coordination de l'offre du programme d'aide à la cessation tabagique auprès des femmes en période prénatale et postnatale. Responsable du Comité régional en cessation tabagique. Soutien à la mise en œuvre des services dentaires préventifs et activités dans tous les territoires de CLSC. Responsable de l'élaboration et de la diffusion des avis. Responsable des rencontres des intervenants en santé dentaire publique.

Structures de concertation et de coordination	
· Comité régional en cessation tabagique · Rencontres des intervenants en santé dentaire publique	**CLSC :** Offre du programme d'aide à la cessation tabagique aux femmes en période prénatale et postnatale. Participation au comité régional en cessation tabagique. Mise en œuvre des services dentaires préventifs et activités sur leur territoire. Collaboration à l'analyse d'un programme de distribution de suppléments fluorurés en CLSC (CLSC des Prés-Bleus). **Centre de santé de Mashteuiatsh :** Offre du programme d'aide à la cessation tabagique aux femmes en période prénatale et postnatale. **Organismes communautaires :** Maintien au développement d'activités de counseling. **Centres de la petite enfance (CPE) :** Collaboration à la mise en œuvre des services dentaires préventifs et activités (Entente MSSS-CPE). **Commissions scolaires et écoles primaires :** Collaboration à la mise en œuvre des services dentaires préventifs et activités (Entente MSSS-MEQ). **Direction régionale du MEQ :** Collaboration à la mise en œuvre des services dentaires préventifs et activités (Entente MSSS-MEQ). **Dentistes** – **Médecins** – **Pédiatres** – **Pharmaciens :** Diffusion de l'avis sur l'utilisation de fluorure.

Domaine : TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS **N° : 1.3.01**

Activité : Promotion auprès des usagers de la route, de l'utilisation d'équipements de sécurité - dispositif de retenue pour enfant dans les voitures, casque pour les cyclistes, les conducteurs et les passagers d'une motocyclette ou d'un véhicule tout-terrain, ceinture de sécurité - selon les mesures législatives en vigueur.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

La promotion de l'utilisation de sièges d'auto (dispositifs de retenue) pour enfants se fait dans l'ensemble des territoires de CLSC de la région. Celle-ci a lieu lors de différentes activités : cours prénataux, visites postnatales, rencontres de groupe ou individuelles, ateliers de stimulation, ateliers sur la sécurité, cliniques de vaccination. La promotion se fait également par la remise de dépliants et la publication d'affiches.

Les centres hospitaliers veillent à ce que les nouveau-nés quittent l'hôpital dans un siège d'auto adéquatement installé; à cet effet, en collaboration avec un organisme communautaire, des sièges pour prématurés sont mis à la disposition des parents.

Des organismes communautaires font la promotion de l'utilisation des sièges d'auto, offrent un service de location et s'assurent également de la conformité de ces sièges. Des intervenants, autant des CLSC que du milieu communautaire, ont reçu la formation du CAA-Québec sur les dispositifs de retenue pour enfants (DRE).

En collaboration avec la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), les corps policiers, le milieu communautaire et les CLSC, des activités d'information portant sur l'utilisation adéquate des DRE dans les voitures, sont offertes dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean (SLSJ) : cliniques de vérification régionale et cliniques dans les centres de la petite enfance (CPE).

Des représentants de la santé publique participent ou s'associent à des organismes qui font la promotion d'activités à vélo et recommandent le port du casque.

Au Québec, un projet d'expérimentation portant sur l'intensification des activités de sensibilisation à l'utilisation des dispositifs de retenue pour enfants (DRE) dans le cadre des activités régulières des CLSC, est en cours et une évaluation est à venir.

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

LOCALE

1. Que d'ici 2007, tous les CLSC aient développé une collaboration avec les partenaires du milieu pour la réalisation de la campagne annuelle de vérification de dispositifs de retenue pour enfants (DRE).
2. Que d'ici 2007, un CLSC ait amorcé une démarche en vue de l'implantation d'un programme de promotion de l'utilisation des équipements de sécurité à l'intention des usagers de la route (équipement ciblé : DRE).

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à la mise en oeuvre des interventions (soutien financier, soutien à la concertation, etc.).

CLSC : Collaboration aux activités de promotion de l'utilisation des DRE et mise en œuvre d'un programme de promotion de l'utilisation des équipements de sécurité à l'intention des usagers de la route.

Centres de la petite enfance (CPE) : Collaboration aux activités de promotion de l'utilisation des DRE.

Corps policiers : Sûreté du Québec (SQ – Saguenay) : Collaboration aux activités de promotion de l'utilisation des DRE.

Organismes communautaires : Collaboration aux activités de promotion de l'utilisation des DRE.

Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) : Mise en œuvre de la campagne annuelle de vérification de dispositifs de retenue pour enfants.

Domaine : TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS — N° : 1.3.02

Activité : Intégration d'activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile, qu'ils soient causés par une chute, une intoxication, une suffocation, une brûlure, une noyade ou une quasi-noyade, aux actions préventives s'adressant aux bébés, aux jeunes enfants et à leurs parents comme *Naître égaux – Grandir en santé* (NEGS), le *Programme de soutien aux jeunes parents* (PSJP) et les activités relatives au soutien éducatif précoce.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Dans le cadre de *Naître égaux – Grandir en santé* (NEGS) et du *Programme de soutien aux jeunes parents* (PSJP), les intervenantes qui font des visites à domicile sont invitées à réaliser des activités de prévention des blessures et traumatismes à domicile, auprès des parents vulnérables.

Il est à noter qu'une intervention en prévention des traumatismes à domicile, combinant les visites postnatales à l'utilisation d'une trousse de sécurité, a été implantée et évaluée positivement, d'abord dans une région du Québec, et dans quatre communes de France.

Le document *Prévenons les blessures chez nos enfants : guide à l'intention des intervenants* est disponible dans tous les CLSC et organismes communautaires subventionnés par le *Programme d'action communautaire pour les enfants* (PACE) et sert de référence à la réalisation d'activités à domicile.

Les organismes communautaires et les CLSC réalisent des interventions en prévention des traumatismes lors des activités de stimulation précoce, lors des cours prénataux ainsi que lors des activités du programme *Y'a-personne de parfait* (Y'APP).

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

LOCALE

1. D'ici 2007, tous les CLSC intégreront la trousse de sécurité lors des visites à domicile, auprès des clientèles vulnérables.
2. D'ici 2007, les CLSC et les organismes communautaires auront maintenu les activités de prévention des blessures à domicile.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à la mise en œuvre des interventions.

CLSC : Mise en application du volet de prévention des blessures à domicile par l'utilisation de la trousse en vigueur. Maintien des activités en vigueur de prévention de blessures à domicile.

Organismes communautaires : Maintien des activités en vigueur de prévention de blessures à domicile.

Domaine : TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS **N° : 1.3.03**

Activité : Promotion de l'application adéquate de la norme de sécurité existante concernant les aménagements des aires et des équipements de jeu auprès des municipalités, des écoles et des centres de la petite enfance.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Afin de promouvoir la norme « CAN/CSA-614-98 » qui porte sur la sécurité dans les aires de jeu, deux formations ont été données à près de 36 intervenants en provenance des municipalités, des commissions scolaires, des CLSC et firmes de paysagement.

Un soutien conseil sur la mise en place et l'application de la norme « CAN/CSA-614-98 » est donné sur demande par la Direction de santé publique.

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE

1. D'ici 2006, quatre formations auront été offertes aux CLSC, aux municipalités, aux commissions scolaires, aux écoles, aux établissements de plein air, aux entreprises récréotouristiques et dans les centres de la petite enfance (CPE) pour qu'ils soient en mesure d'appliquer la norme volontaire « CAN/CSA-614-03 », sur la sécurité des aires de jeu publiques.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Promotion, soutien et mise à niveau des partenaires dans l'application de la norme. Organisation de 4 formations sur la sécurité des aires de jeu.

CLSC : Participation à la formation, promotion de la norme de sécurité des aires de jeu auprès des partenaires.

Centres de la petite enfance (CPE) : Participation à la formation, évaluation des aires de jeu et modifications menant à la conformité à la norme.

Établissements de plein air et entreprises récréotouristiques : Participation à la formation, évaluation et modification de leurs parcs menant à la conformité à la norme.

Municipalités : Participation à la formation, évaluation et modification de leurs parcs menant à la conformité à la norme.

Réseau scolaire : Participation à la formation, évaluation des cours d'école et modifications menant à la conformité à la norme.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 1.4.01**

Activité : Vaccination des jeunes contre la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos (DTP). (vaccination de base)

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

Diphtérie - Poliomyélite - Tétanos

La vaccination est une mesure de prévention qui a largement fait la preuve de son efficacité pour réduire les coûts de santé et prévenir certaines maladies infectieuses.

Aucun cas de diphtérie n'a été déclaré au Québec depuis 1977 et la poliomyélite causée par le virus sauvage a été déclarée éradiquée des Amériques en 1994 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cependant, ces deux maladies sont encore présentes ailleurs dans le monde et il faut continuer de protéger la population. Le tétanos, contrairement à la diphtérie et à la poliomyélite, ne se transmet pas d'une personne à une autre. Il s'agit donc d'un risque individuel mais qui est complètement évitable par l'immunisation. On a enregistré une dizaine de cas de tétanos au Québec entre 1991 et 1996, mais aucun cas n'a été déclaré depuis 1997.

Au Québec, ces trois maladies sont donc considérées comme contrôlées par les programmes de vaccination qui existent contre la diphtérie depuis 1931, contre le tétanos depuis 1949 et contre la poliomyélite depuis 1955. La vaccination systématique contre ces maladies se fait à l'âge de 2, 4, 6 et 18 mois, au moyen du vaccin DCaT-Polio-Hib; la primovaccination se termine au moment de l'entrée à la maternelle, au moyen du vaccin DCaT-Polio et un premier rappel est administré en 3e secondaire, au moyen du vaccin DT. Par la suite, un rappel DT aux 10 ans demeure recommandé, mais ne fait pas l'objet d'un programme systématique.

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, la vaccination chez les enfants de moins de 5 ans est effectuée par les CLSC.

Les critères de couverture vaccinale varient selon les maladies visées. Les résultats, en 2001, chez les enfants de 2 ans, atteignent plus de 95 % pour la poliomyélite (au moins 3 doses de vaccin), la diphtérie et le tétanos (4 doses de vaccin). L'objectif de couverture vaccinale à atteindre contre ces trois maladies fixé à 95 % est donc atteint. Il reste à le maintenir. La couverture vaccinale par territoire de CLSC varie de 84,6 % à 98,3 %.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, 95 % des jeunes (jusqu'à l'entrée à l'école) soient vaccinés adéquatement contre la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Expert-conseil pour les programmes de vaccination. Gestion régionale des produits immunisants. Formation des vaccinateurs en collaboration avec les établissements. Évaluation des couvertures vaccinales régionales et locales (CLSC). Coordination de l'implantation des nouveaux programmes. Diffusion des mises à jour du *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ). Validation et suivi des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) suite à l'immunisation.

CLSC et Centres de santé autochtones : Vaccination de la clientèle visée par les programmes gratuits. Gestion adéquate de la base de données SIC + du module vaccination pour le calcul de la couverture vaccinale. Déclaration des MCI suite à l'immunisation.

Dépôts sous-régionaux des produits immunisants (pharmacies du Complexe hospitalier de la Sagamie (CHS) et de l'Hôtel-Dieu de Roberval) : Gestion et distribution des produits immunisants.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 1.4.02**

Activité : Vaccination des jeunes contre la rougeole, la rubéole et les oreillons. (vaccination de base)

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

Rougeole - Rubéole - Oreillons

La vaccination est une mesure de prévention qui a largement fait la preuve de son efficacité pour réduire les coûts de santé et prévenir certaines maladies infectieuses.

La rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) sont des maladies considérées comme contrôlées par l'immunisation, bien que des cas isolés ou des éclosions puissent toujours survenir.

Depuis l'épidémie de rougeole de 1989 au cours de laquelle plus de 10 000 cas avaient été déclarés au Québec, la rougeole n'est présente que de façon sporadique. Au Québec, moins de 5 cas de rougeole ont été enregistrés de 1997 à 1999 dans le fichier sur les maladies à déclaration obligatoire. En 2000, 32 cas de rougeole étaient déclarés, dont 28 reliés à une éclosion dans une communauté non vaccinée. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, les 3 cas de rougeole survenus en 2000 sont associés à un contexte d'adoption internationale.

Rappelons que suite à une épidémie de rougeole qui a sévi en Ontario en 1995, une vaste campagne de revaccination a été réalisée au Québec, au printemps 1996, auprès des enfants du primaire et du secondaire, au terme de laquelle, la protection contre la rougeole (2 doses) atteignait 89 %. Depuis 1996, également, le programme régulier de vaccination prévoit l'administration systématique du vaccin RRO à l'âge de 12 et 18 mois.

La campagne de revaccination au moyen du vaccin RRO a également eu un impact sur l'incidence de la rubéole et des oreillons. Au Québec, moins de 3 cas de rubéole sont déclarés annuellement de 1998 à 2001. Deux cas de rubéole congénitale sont survenus au Québec (1999 et 2000), venant rappeler l'importance de la vérification du statut immunitaire chez les femmes en âge de procréer. Aucun cas de rubéole n'a été enregistré au Saguenay–Lac-Saint-Jean depuis 1997. Finalement, aucun cas d'oreillons n'est confirmé au Saguenay–Lac-Saint-Jean depuis 1997, malgré quelques signalements de parotidites cliniques. Dans l'ensemble du Québec, on enregistre une moyenne annuelle de 15 cas confirmés de parotidites ourliennes entre 1997 et 2001.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, 95 % des jeunes à la maternelle soient vaccinés adéquatement contre la rougeole, la rubéole et les oreillons.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Expert-conseil pour les programmes de vaccination. Gestion régionale des produits immunisants. Formation des vaccinateurs en collaboration avec les établissements. Évaluation des couvertures vaccinales régionales et locales (CLSC). Coordination de l'implantation des nouveaux programmes. Diffusion des mises à jour du *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ). Validation et suivi des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) suite à l'immunisation.

CLSC et Centres de santé autochtones : Vaccination de la clientèle visée par les programmes gratuits. Gestion adéquate de la base de données SIC + du module vaccination pour le calcul de la couverture vaccinale. Déclaration des MCI suite à l'immunisation.

Dépôts sous-régionaux des produits immunisants (pharmacies du Complexe hospitalier de la Sagamie (CHS) et de l'Hôtel-Dieu de Roberval) : Gestion et distribution des produits immunisants.

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, la couverture vaccinale pour la période 2001-2002 est de 97 % chez les enfants âgés de 2 ans. L'objectif de vaccination contre la rougeole (2 doses), la rubéole (1 dose) et les oreillons (1 dose) est fixé à 95 %.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 1.4.03**

Activité : Vaccination des jeunes contre *l'Haemophilus influenzae* de type b. (vaccination de base)

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

Haemophilus influenzae de type b

La vaccination est une mesure de prévention qui a largement fait la preuve de son efficacité pour réduire les coûts de santé et prévenir certaines maladies infectieuses.

La bactérie *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) est responsable d'infections graves, comme la méningite et l'épiglottite, particulièrement chez les tout-petits. Depuis 1997, aucun cas de Hib n'est documenté au Saguenay–Lac-Saint-Jean alors que moins de 10 cas sont détectés par année au Québec, pour une incidence minimale se maintenant à 1 cas par million.

Les premiers vaccins contre l'*Haemophilus influenzae* de type b ont été homologués au Canada en 1986 pour les enfants âgés de 2 à 5 ans. En 1988, le premier programme de vaccination au Québec contre cette infection permettait d'abaisser l'âge d'administration des vaccins à 18 mois et depuis 1992, le programme prévoit la vaccination des nourrissons dès l'âge de 2 mois. Le vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* de type b est combiné avec le vaccin contre la diphtérie, coqueluche, tétanos, poliomyélite (DCaTP) à l'âge de 2, 4, 6 et 18 mois.

Pour être considéré comme protégé contre l'*Haemophilus influenzae* type b, l'enfant doit avoir reçu au moins une dose de vaccin après l'âge de 15 mois. En 2001, la couverture vaccinale contre l'*Haemophilus influenzae* type b chez les enfants de 2 ans est de 97 %. L'objectif de couverture vaccinale à atteindre contre cette maladie est fixé à 95 %.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, 95 % des jeunes (jusqu'à la maternelle) soient vaccinés adéquatement contre l'*Haemophilus influenzae* de type b.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Expert-conseil pour les programmes de vaccination. Gestion régionale des produits immunisants. Formation des vaccinateurs en collaboration avec les établissements. Évaluation des couvertures vaccinales régionales et locales (CLSC). Coordination de l'implantation des nouveaux programmes. Diffusion des mises à jour du *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ). Validation et suivi des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) suite à l'immunisation.

CLSC et Centres de santé autochtones : Vaccination de la clientèle visée par les programmes gratuits. Gestion adéquate de la base de données SIC + du module vaccination pour le calcul de la couverture vaccinale. Déclaration des MCI suite à l'immunisation.

Dépôts sous-régionaux des produits immunisants (pharmacies du Complexe hospitalier de la Sagamie (CHS) et de l'Hôtel-Dieu de Roberval) : Gestion et distribution des produits immunisants.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 1.4.04**

Activité : Vaccination des jeunes contre la coqueluche. (vaccination de base)

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

Coqueluche

La vaccination est une mesure de prévention qui a largement fait la preuve de son efficacité pour réduire les coûts de santé et prévenir certaines maladies infectieuses.

La couverture vaccinale contre la coqueluche des enfants de moins de 5 ans est estimée à 93 %, ce qui se rapproche de l'objectif de 95 % visé par le MSSS. La couverture vaccinale par territoire de CLSC varie de 84,7 % à 97,2 %.

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, l'incidence annuelle des cas de coqueluche déclarés est de 1,4/100 000. Une incidence sous-estimée parce que cette maladie est parfois non suspectée, difficile à diagnostiquer et que les personnes atteintes sont de plus en plus des adolescents et des jeunes adultes.

À l'hiver 2004, le MSSS ajoute la composante acellulaire contre la coqueluche (Ca) au vaccin de rappel contre la diphtérie et le tétanos (d_2T_5) actuellement offert en secondaire III. Une activité de rattrapage pour vacciner la cohorte des jeunes inscrits en secondaire I et II se profile pour 2004. Cela permettra de protéger une cohorte d'individus dont la protection immunitaire contre la coqueluche est jugée inadéquate.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, 95 % des jeunes (jusqu'à la maternelle) soient vaccinés adéquatement contre la coqueluche.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Expert-conseil pour les programmes de vaccination. Gestion régionale des produits immunisants. Formation des vaccinateurs en collaboration avec les établissements. Évaluation des couvertures vaccinales régionales et locales (CLSC). Coordination de l'implantation des nouveaux programmes. Diffusion des mises à jour du *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ). Validation et suivi des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) suite à l'immunisation.

CLSC et Centres de santé autochtones : Vaccination de la clientèle visée par les programmes gratuits. Gestion adéquate de la base de données SIC + du module vaccination pour le calcul de la couverture vaccinale. Déclaration des MCI suite à l'immunisation.

Dépôts sous-régionaux des produits immunisants (pharmacies du Complexe hospitalier de la Sagamie (CHS) et de l'Hôtel-Dieu de Roberval) : Gestion et distribution des produits immunisants.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 1.4.05**

Activité : Vaccination des jeunes contre les infections à méningocoque du sérogroupe C. (vaccination de base)

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

Infections à méningocoque du sérogroupe C

La vaccination est une mesure de prévention qui a largement fait la preuve de son efficacité pour réduire les coûts de santé et prévenir certaines maladies infectieuses.

Les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C, bien qu'elles soient peu fréquentes, même lorsqu'elles connaissent une recrudescence, sont graves, imprévisibles et souvent fulgurantes dans leur mode de présentation.

Ces infections ont été à l'origine de plusieurs éclosions et interventions avec antibioprophylaxie et vaccination auprès des jeunes, à l'hiver et printemps 2001, dans différentes régions du Québec. En effet, alors qu'il y avait régression régulière de ces infections dans la population depuis la campagne de vaccination massive de 1993 et qu'on ne relevait, entre 1996 et 2000, que moins de 10 cas en moyenne par année au Québec, une épidémie de 57 cas a été confirmée en 2001, reliée à un clone du méningocoque de sérogroupe C particulièrement virulent (létalité de 17 %).

En mai 2001, un premier vaccin conjugué contre les infections à méningocoque de sérogroupe C, le vaccin Menjugate, était homologué au Canada et son profil d'efficacité est venu modifier les perspectives de prévention à long terme de ces infections. Une campagne provinciale de vaccination massive s'est déroulée du 24 septembre 2001 au 31 janvier 2002, auprès de tous les jeunes nés depuis le 17 juillet 1980. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, les CLSC ont administré ce vaccin conjugué à plus de 67 973 jeunes durant la campagne, pour une couverture vaccinale globale de près de 90 %, soit 99 % chez les moins de 1 an et les enfants d'âge pré-scolaire, 99 % chez les étudiants de niveau primaire, 96 % chez ceux du niveau secondaire et 85 % chez les étudiants de niveau collégial.

Depuis le 1er novembre 2002, la vaccination contre le méningocoque de sérogroupe C est intégrée au programme de vaccination régulier des enfants du Québec et ce, à l'âge de 1 an (1 dose). L'objectif de couverture vaccinale contre cette maladie est fixé à 95 %.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, 95 % des jeunes (jusqu'à la maternelle) soient vaccinés adéquatement contre le méningocoque de sérogroupe C.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Expert-conseil pour les programmes de vaccination. Gestion régionale des produits immunisants. Formation des vaccinateurs en collaboration avec les établissements. Évaluation des couvertures vaccinales régionales et locales (CLSC). Coordination de l'implantation des nouveaux programmes. Diffusion des mises à jour du *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ). Validation et suivi des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) suite à l'immunisation.

CLSC et Centres de santé autochtones : Vaccination de la clientèle visée par les programmes gratuits. Gestion adéquate de la base de données SIC + du module vaccination pour le calcul de la couverture vaccinale. Déclaration des MCI suite à l'immunisation.

Dépôts sous-régionaux des produits immunisants (pharmacies du Complexe hospitalier de la Sagamie (CHS) et de l'Hôtel-Dieu de Roberval) : Gestion et distribution des produits immunisants.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 1.4.06**

Activité : Vaccination des jeunes contre la varicelle.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À mettre en place

État de la situation

Varicelle

La vaccination est une mesure de prévention qui a largement fait la preuve de son efficacité pour réduire les coûts de santé et prévenir certaines maladies infectieuses.

La varicelle est une maladie virale qui touche 90 % des enfants avant l'âge de 10 ans. Ce virus reste présent dans l'organisme et pourra récidiver plus tard dans la vie sous forme de zona chez 10 à 20 % des personnes atteintes. Bien que la varicelle chez le jeune enfant soit le plus souvent bénigne, elle peut être à l'origine de complications cutanées, pulmonaires, neurologiques et hématologiques, qui seront particulièrement sévères chez les personnes immunosupprimées. Chez les enfants, les surinfections cutanées constituent 50 % des complications observées et parmi celles-ci on observe une recrudescence des infections invasives à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A. Chez les adultes, la pneumonie est la complication la plus fréquente (42 %). L'infection maternelle durant la première moitié de la grossesse peut provoquer des malformations importantes chez l'enfant à naître (syndrome de varicelle congénitale) alors que l'infection de la mère en fin de grossesse, soit 5 jours avant et jusqu'à 2 jours après l'accouchement, peut donner lieu à une varicelle potentiellement fatale chez le nouveau-né (varicelle néonatale). La varicelle produit environ deux décès par an au Québec et 400 à 500 hospitalisations, soit un pour 200 cas de varicelle.

La varicelle est devenue une maladie évitable par la vaccination au Canada depuis 1999 avec l'homologation du vaccin utilisé aux États-Unis depuis 1995 et au Japon depuis 1988. La vaccination universelle des enfants contre la varicelle a été recommandée par les organismes aviseurs américain, canadien et québécois en matière d'immunisation. En effet, le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) considère que la vaccination contre la varicelle constitue un moyen efficace et sécuritaire de diminuer la mortalité et surtout la morbidité engendrée par la varicelle. Différents modèles d'intervention au Québec ont été comparés selon leurs avantages et leurs coûts associés. La stratégie la plus efficiente selon l'avis du CIQ de novembre 2000, consiste à introduire la vaccination universelle contre la varicelle à l'âge de 12 mois, au moment de la première dose du vaccin

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, 95 % de la clientèle visée par la vaccination gratuite contre la varicelle soit vaccinée.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Expert-conseil pour les programmes de vaccination. Gestion régionale des produits immunisants. Formation des vaccinateurs en collaboration avec les établissements. Évaluation des couvertures vaccinales régionales et locales (CLSC). Coordination de l'implantation des nouveaux programmes. Diffusion des mises à jour du *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ). Validation et suivi des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) suite à l'immunisation.

CLSC et Centres de santé autochtones : Vaccination de la clientèle visée par les programmes gratuits. Gestion adéquate de la base de données SIC + du module vaccination pour le calcul de la couverture vaccinale. Déclaration des MCI suite à l'immunisation.

Dépôts sous-régionaux des produits immunisants (pharmacies du Complexe hospitalier de la Sagamie (CHS) et de l'Hôtel-Dieu de Roberval) : Gestion et distribution des produits immunisants.

Rougeole, Rubéole et Oreillons, accompagnée pendant cinq ans, d'un rattrapage lors de l'entrée à la maternelle ainsi que lors de la vaccination contre l'hépatite B en 4e année du primaire, pour les enfants qui n'auraient pas d'histoire de varicelle antérieure. Certains groupes d'adultes réceptifs devraient également recevoir le vaccin, notamment les travailleurs de la santé et les personnes en contact avec des personnes à haut risque de complications.

Actuellement, la vaccination contre la varicelle n'est pas gratuite et demeure une activité marginale malgré les recommandations en vigueur. Cependant, un programme restreint de vaccination gratuite a été mis en place en juillet 2001, dans les directions de santé publique, permettant l'immunisation des contacts familiaux réceptifs à la varicelle des personnes immunosupprimées.

À partir de l'automne 2004, le MSSS veut implanter la vaccination gratuite pour les travailleurs de la santé en contact avec la clientèle vulnérable aux complications et possiblement les enfants en 4e année scolaire.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 1.4.07**

Activité : Vaccination contre les infections à pneumocoque des jeunes à risque.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Infections à pneumocoque

La vaccination est une mesure de prévention qui a largement fait la preuve de son efficacité pour réduire les coûts de santé et prévenir certaines maladies infectieuses.

Les infections à pneumocoque sont très fréquentes, surtout chez les enfants, et peuvent causer des complications sérieuses. Environ 5 000 personnes sont hospitalisées chaque année au Québec pour une infection invasive à pneumocoque. L'incidence de ces infections invasives, documentées en laboratoire, se situe en moyenne à 16 cas par 100 000 personnes au Québec au cours des années 1997 à 2001. La présentation la plus fréquente en 2001 demeure la pneumonie bactériémique (environ 50 %) suivie de la bactériémie isolée (environ 30 %) et de la méningite (environ 6 %). Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, la létalité est de 7,5 % causée principalement par une pneumonie. Alors que le pneumocoque était particulièrement sensible à la pénicilline, un phénomène de résistance est documenté à l'échelle mondiale depuis la fin des années 1980 et se situe à 15 % en 2001 au Québec.

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, 46 cas d'infections invasives à streptocoque *pneumoniae* ont été signalés en 2000. La surveillance de ces infections est récente (depuis 1997) et il persiste encore des artéfacts dans la déclaration. Toutefois, on remarque qu'une proportion importante des cas déclarés s'observe chez les 0-4 ans, une clientèle qui bénéficierait grandement de l'efficacité du vaccin maintenant disponible pour les enfants dès l'âge de 2 mois.

Depuis l'homologation au Canada, en juin 2001 du vaccin conjugué 7-valent contre le pneumocoque, les organismes aviseurs canadiens et québécois ont recommandé son utilisation dans les programmes réguliers d'immunisation des enfants à partir de l'âge de 2 mois. Le MSSS rend ce vaccin disponible gratuitement depuis décembre 2002, pour les enfants âgés de moins de 5 ans qui présentent une condition médicale augmentant les risques de faire une infection grave (ex. : maladie cardiaque ou pulmonaire). Toutefois, le programme universel de vaccination gratuite n'est pas encore disponible au Québec.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses

Résultats attendus et responsabilité de mise en oeuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. D'ici 2007, que 90 % des enfants âgés entre 2 mois et 59 mois atteints d'une maladie chronique, aient reçu au moins une dose du vaccin conjugué contre le pneumocoque et que tous les enfants âgés de 2 ans et plus atteints d'une maladie chronique, reçoivent une dose du vaccin polysaccharidique.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Expert-conseil pour le programme de vaccination. Gestion régionale des produits immunisants. Formation des vaccinateurs en collaboration avec les établissements. Évaluation des couvertures vaccinales régionales et locales (CLSC). Coordination de l'implantation des nouveaux programmes. Diffusion des mises à jour *du Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ). Validation et suivi des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) suite à l'immunisation.

CLSC et Centres de santé autochtones : Vaccination de la clientèle visée par les programmes gratuits. Gestion adéquate de la base de données SIC + du module vaccination pour le calcul de la couverture vaccinale. Déclaration des MCI suite à l'immunisation.

Dépôts sous-régionaux des produits immunisants (pharmacies du Complexe hospitalier de la Sagamie (CHS) et de l'Hôtel-Dieu de Roberval) : Gestion et distribution des produits immunisants.

Pédiatres et médecins généralistes : Identification de la clientèle vulnérable et référence pour la vaccination.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 1.4.08**

Activité : Mise en place d'un plan de promotion de la vaccination.

Niveau actuel d'implantation : À maintenir

État de la situation

Depuis l'automne 1995, la Direction de santé publique distribue aux nouveaux parents, par le biais des départements d'obstétrique des centres hospitaliers, une pochette contenant des dépliants d'information sur les vaccins et un bavoir qui représentent *La vaccination, un plus pour sa santé*.

Le matériel remis aux nouveaux parents leur permet de recevoir l'information sur les vaccins du calendrier régulier d'immunisation afin de procéder à un choix éclairé au regard de la vaccination de leur enfant.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses

Résultats attendus et responsabilité de mise en oeuvre

REGIONALE

1. Que d'ici 2004, la pochette soit mise à jour afin d'inclure les vaccins contre le méningocoque, contre le pneumocoque et contre la varicelle.

LOCALE

2. Que d'ici 2007, cette pochette soit distribuée à tous les nouveaux parents de la région par les CH et CLSC (adoption internationale).

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Mise à jour de la pochette et diffusion auprès des partenaires.

CH, CLSC et Centres de santé autochtones : Distribution de la pochette aux nouveaux parents.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 1.4.09**

Activité : Soutien des pratiques cliniques préventives pour le dépistage de la rubéole et de l'hépatite B chez les femmes enceintes.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Rubéole

La rubéole est une infection en général bénigne. Cependant, lorsque l'infection survient chez la femme enceinte et qu'elle est transmise au foetus, elle peut entraîner chez ce dernier une infection grave pouvant se manifester par une mort *in utéro* ou par un ensemble de malformations congénitales constituant le syndrome de rubéole congénitale.

Depuis les débuts du programme d'immunisation en 1970, le nombre de nourissons atteints du syndrome de rubéole congénitale, au Canada, a chuté d'environ 200 cas par année à une moyenne de 3, soit une réduction de 99 %. Cependant, de 1990 à 1999, 9 des 25 cas de syndrome de rubéole congénitale déclarés au Canada provenaient du Québec, soit environ 40 %. En 1999, le Québec fut la seule province à enregistrer des cas de syndrome de rubéole congénitale. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, aucun cas de syndrome de rubéole congénitale n'a été déclaré depuis 1990.

L'objectif ultime du programme de vaccination contre la rubéole est d'éliminer cette infection au cours de la grossesse et ce faisant, prévenir l'embryopathie rubéoleuse et les autres issues défavorables de grossesse. Parmi les principales stratégies retenues pour atteindre cet objectif, on note :

- l'atteinte de haut taux de couverture vaccinale chez les enfants et les adolescents;
- la mise à jour de la vaccination des femmes en âge de procréer;
- la vérification du statut immunitaire en cours de grossesse, suivie de la vaccination en post-partum immédiat des femmes non immunisées.

Hépatite B

L'hépatite B est une infection du foie transmise par le sang ou d'autres liquides organiques. La transmission périnatale au moment de l'accouchement est associée à un taux d'infection chronique chez les nouveau-nés pouvant atteindre 90 %. L'infection chronique est le plus souvent silencieuse chez les jeunes enfants mais environ 25 % développeront, des années plus tard, une insuffisance hépatique secondaire à une infection chronique active ou un cancer primaire du foie.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, 100 % des plans de soins des départements de périnatalité contiennent des éléments relatifs au statut sérologique et à la vaccination chez les femmes enceintes tant pour la rubéole que pour l'hépatite B.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Promouvoir la mise à jour des plans de soins et la vaccination des femmes non immunisées contre la rubéole avant la grossesse.

Cliniciens-obstétriciens : Application des plans d'intervention adéquats pour la prévention de la rubéole congénitale et de l'hépatite B chez les nouveau-nés.

Département de périnatalité des CH de la région : Mise à jour des plans de soins chez les femmes enceintes au regard de la prévention de la rubéole congénitale et de l'hépatite B chez les nouveau-nés.

Le dépistage systématique chez la femme enceinte du virus de l'hépatite B est recommandé au Québec depuis 1991. L'immunoprophylaxie chez le nouveau-né dont la mère est infectée, doit être débutée dans les 12 heures qui suivent l'accouchement pour être pleinement efficace. La connaissance du statut du virus de l'hépatite B chez la mère est la mesure charnière pour déterminer quel nouveau-né doit faire l'objet de cette intervention précoce.

Dans la région, l'incidence de la rubéole et de l'hépatite B chez les nouveau-nés est faible (< 1,0 %). Une offre provinciale de service de santé publique, ciblant une première série d'interventions préventives dont le dépistage de la rubéole et de l'hépatite B chez les nouveau-nés, a été faite aux groupes de médecine de famille (GMF) et mise en annexe du *Guide provincial d'implantation des GMF* en juin 2003. Une traduction régionale de cette offre de service pourrait être présentée aux GMF et à l'ensemble des médecins de la région éventuellement.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 1.4.10**

Activité : Soutien des pratiques cliniques préventives par l'offre systématique du test de dépistage du VIH aux femmes enceintes.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Le programme de dépistage du VIH auprès des femmes enceintes a été implanté en 1997 dans la région. L'application du programme est inégale et on estime que seulement 50 % des femmes enceintes sont dépistées.

Au cours de l'été 2003, le MSSS a relancé ce programme afin que le dépistage du VIH soit inclus dans le bilan prénatal.

Une offre provinciale de service de santé publique, ciblant une première série d'interventions préventives dont le dépistage du VIH notamment chez les femmes enceintes, a été faite aux groupes de médecine de famille (GMF) et mise en annexe du *Guide provincial d'implantation des GMF* en juin 2003. Une traduction régionale de cette offre de service pourrait être présentée aux GMF et à l'ensemble des médecins de la région éventuellement. Jusqu'à maintenant une démarche auprès des médecins pratiquant dans une communauté autochtone a été faite afin de promouvoir le dépistage systématique des femmes enceintes de cette communauté, ceci afin d'être capable d'offrir la vaccination contre la tuberculose à leur enfant nouveau-né. Dans cette communauté, la vaccination des nouveau-nés avec le vaccin BCG est recommandée. Les connaissances scientifiques actuelles nous confirment qu'un état d'immunosuppression est une contre-indication absolue à la vaccination par le BCG. Afin d'éviter des risques pour le nouveau-né, la vaccination avec le vaccin BCG sera retardée si la mère n'a pas eu de dépistage du VIH durant sa grossesse.

Structures de concertation et de coordination

- Groupe de travail sur l'implantation régionale de la stratégie de lutte contre les ITS, les hépatites virales et le VIH

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE

1. Que d'ici 2007, au moins 90 % des femmes enceintes soient dépistées pour le VIH dans la communauté ciblée.
2. Que d'ici 2007, 100 % des cliniciens obstétriciens aient inclus dans leur pratique le dépistage du VIH auprès des femmes enceintes.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Promotion des recommandations du MSSS auprès des cliniciens.

Centres de santé autochtones : Soutien dans l'application du dépistage.

Cliniciens-obstétriciens : Application du dépistage du VIH chez les femmes enceintes.

Plan d'action régional de santé publique du Saguenay—Lac-Saint-Jean 2004-2007

Cahier 2

Les 6-17 ans et leurs parents

En action, pour la santé et le bien-être des gens de notre région

Table des matières

1. Un portrait de santé des 6-17 ans

Introduction 1.7

1.1 Caractéristiques démographiques 1.8

1.2 Groupes plus vulnérables 1.10

1.3 État de santé global 1.11

1.4 Problèmes d'intégration et d'adaptation sociale 1.14

1.5 Habitudes de vie 1.23

1.6 Maladies chroniques 1.26

1.7 Traumatismes non intentionnels 1.29

1.8 Maladies infectieuses 1.31

1.9 Principaux documents de référence 1.35

2. Synthèse des activités et des résultats attendus par domaine pour les 6-17 ans et leurs parents 2.1

3. Activités de santé publique pour les 6-17 ans et leurs parents 3.1

1. UN PORTRAIT DE SANTÉ DES 6-17 ANS

Introduction

Les programmes et services de santé, ainsi que leurs objectifs et les stratégies pour les atteindre varient particulièrement en fonction de quatre sous-groupes de la population qui constituent les groupes clientèles, soit les enfants de 0-5 ans et leurs parents, les jeunes de 6-17 ans et leurs parents, les adultes de 18-64 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus.

Ce portrait de santé des 6-17 ans a été divisé en sept sections afin de fournir les informations pertinentes à la démarche de planification tout en tenant compte de la structure du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP).

- La 1re section présente les effectifs de 6-17 ans en termes de structure des effectifs, d'évolution et de répartition par territoire de CLSC.

- La 2e section identifie des populations plus vulnérables, définies dans le PNSP par des conditions socio-économiques pouvant constituer un risque pour leur santé (assistance-emploi, famille monoparentale).

- La 3e section est consacrée au profil de l'état de santé global de la population des 6-17 ans (perception de l'état de santé, principaux problèmes de santé).

- De la 4e à la 8e section sont abordées les problématiques de santé plus spécifiques aux domaines d'intervention du PNSP. On y décrit la situation régionale en fonction des objectifs de santé du PNSP concernant les 6-17 ans. Ces sections touchent l'adaptation et l'intégration sociale (section 4), les habitudes de vie et les maladies chroniques (sections 5 et 6), les traumatismes non intentionnels (section 7), ainsi que les maladies infectieuses (section 8).

L'état de situation pour les objectifs des autres domaines (santé environnementale, santé au travail et développement des communautés) se retrouve dans les fiches d'activités, lorsque pertinent à la clientèle.

Les indicateurs retenus pour ce document ont été choisis en tenant compte de leur pertinence mais aussi de leur disponibilité. Les périodes ou années de référence pour lesquelles les indicateurs sont présentés varient en fonction des différentes sources d'information utilisées. Dans tous les cas, cependant, les données auxquelles nous avons eu recours étaient les plus récentes disponibles au moment où le document a été élaboré.

On peut obtenir des données complémentaires ainsi que des précisions sur les sources de données et sur la méthodologie, en référant au *Tableau synoptique des indicateurs sociosanitaires par territoire – Le Québec, le Saguenay–Lac-Saint-Jean et ses territoires de CLSC* (DSP-02, octobre 2003).

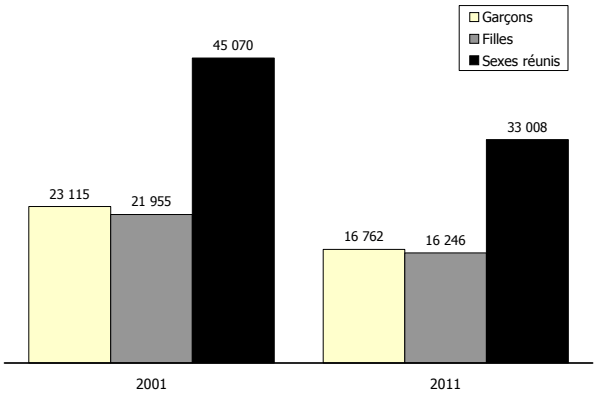
1.1 Caractéristiques démographiques

Population 2001, projection 2011

En 2001, Statistique Canada a recensé 45 070 jeunes âgés entre 6 et 17 ans dans la région du SLSJ. On y compte un peu plus de garçons (51 %) que de filles (49 %).

On distingue deux sous-groupes d'âges, soit 21 455 jeunes de 6-11 ans (48 %) et 23 615 adolescents de 12-17 ans (52 %).

Figure 1
Nombre de 6-17 ans, selon le sexe,
SLSJ, 2001 et 2011

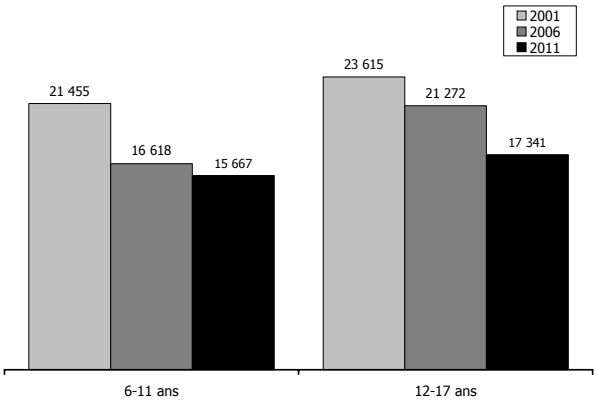


Sources : 1) Statistique Canada, Recensement 2001.
2) Prévisions basées sur les hypothèses de l'ISQ (MSSS, fichier 2001).

Entre 2001 et 2011, on s'attend à ce que le groupe des 6-17 ans de la région perde un peu plus du quart (- 27 %) de son effectif; ce qui représente une perte d'au moins 12 000 individus.

La décroissance projetée sera de même ampleur (- 27 %) dans les deux sous-groupes, celui des jeunes (6-11 ans) et celui des adolescents (12–17 ans).

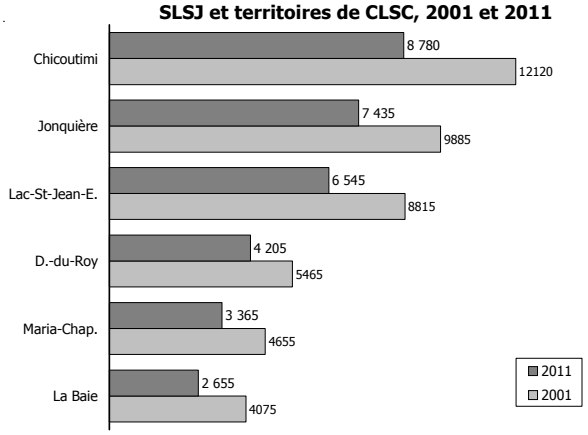
Figure 2
Évolution du nombre de 6-17 ans, selon le groupe d'âges,
SLSJ, 2001, 2006, 2011



Sources : 1. Statistique Canada, Recensement 2001.
2. Prévisions basées sur les hypothèses de l'ISQ (MSSS, fichier 2001).

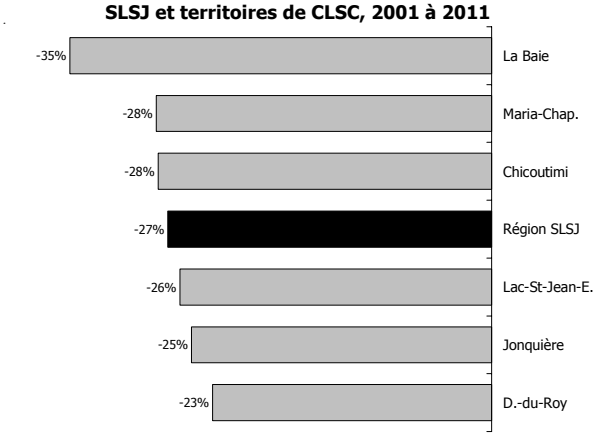
Tous les territoires de CLSC subiront une diminution de leur population jeunes et adolescents, mais à des degrés divers. Les pertes projetées varient entre - 23 % (Domaine-du-Roy) et - 35 % (La Baie).

Figure 3
Nombre de 6-17 ans, sexes réunis, SLSJ et territoires de CLSC, 2001 et 2011



Sources : 1. Statistique Canada, Recensement 2001.
2. Prévisions basées sur les hypothèses de l'ISQ (MSSS, fichier 2001).

Figure 4
Variation (en %) du nombre de 6-17 ans, SLSJ et territoires de CLSC, 2001 à 2011

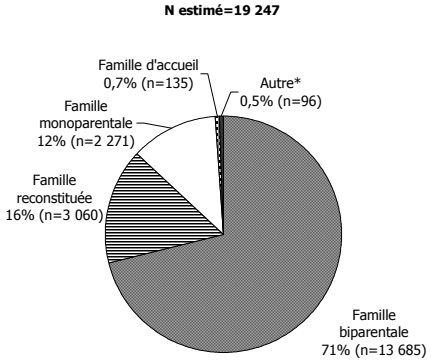


Sources : 1. Statistique Canada, Recensement 2001.
2. Prévisions basées sur les hypothèses de l'ISQ MSSS, fichiers 2001, 2002).

Composition de la famille

D'après les données de l'enquête 2002 auprès des élèves du secondaire de la région, la majorité d'entre eux (71 %) vivent dans une famille où l'on retrouve les deux parents; 16 % vivent dans une famille recomposée, soit avec la mère et son conjoint, avec le père et sa conjointe, ou chez l'un et l'autre parent à tour de rôle. Une proportion un peu plus faible (12 %) vit dans une famille monoparentale, 8,4 % vivant avec leur mère et 3,4 % avec leur père. Aucune donnée ne permet cependant de documenter cette réalité chez les jeunes de 6-11 ans.

Figure 5
Répartition des élèves du secondaire, selon la structure de la famille, SLSJ, 2002



Source : Gaudreault, M., Veillette, S. et M. Perron. 2003. *Cahier des fréquences. Comparaison des résultats de deux enquêtes régionales auprès des élèves du secondaire (1997 et 2002)*, Groupe Écobes, Cegep de Jonquière.
* grands-parents, oncle, tante, frère ou sœur.

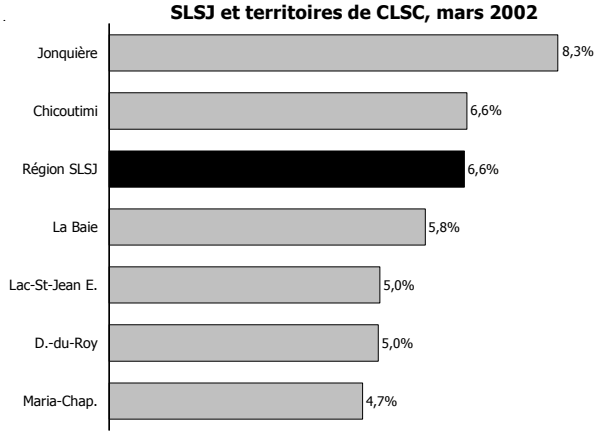
1.2 Groupes plus vulnérables

Assistance-emploi (aide sociale)

La proportion de jeunes vivant dans une famille dont le revenu provient de prestations du programme d'assistance-emploi (PAE) constitue un bon indicateur de situation de grande pauvreté puisque le montant des prestations correspond le plus souvent à un revenu qui se situe à 50 % et moins du seuil de faible revenu de Statistique Canada.

Dans la région, en 2002, 6,6 % des jeunes de 6–17 ans, soit près de 3 000 d'entre eux, vivent dans une famille dont le revenu provient de prestations du PAE. Au niveau des territoires de CLSC, cette proportion varie de 4,7 % (Maria-Chapdelaine) à 8,3 % (Jonquière).

Figure 6
Proportion des 6-17 ans prestataires du PAE, SLSJ et territoires de CLSC, mars 2002

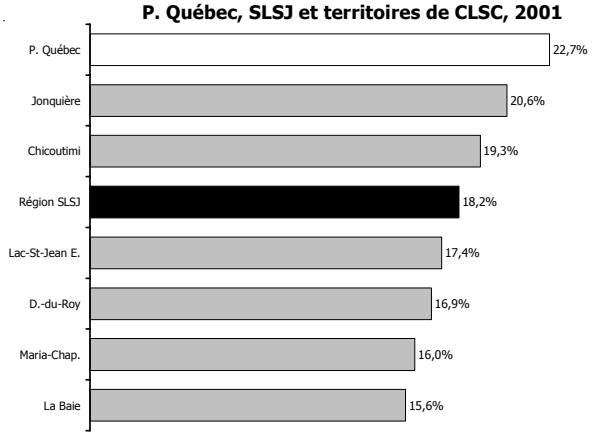


Source : Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale, Statistiques mensuelles sur les prestataires de la sécurité du revenu.

Famille monoparentale

Au recensement de 2001, 6 480 familles monoparentales, ayant au moins un enfant âgé de moins de 18 ans, ont été dénombrées dans la région. Ces familles représentaient 18 % de l'ensemble des familles avec enfant d'âge mineur, comparativement à 23 % au Québec. La proportion de familles monoparentales est plus élevée dans le territoire de Jonquière (20,6 %) et la plus faible dans celui de La Baie (15,6 %).

Figure 7
Familles monoparentales avec au moins un enfant de moins de 18 ans, P. Québec, SLSJ et territoires de CLSC, 2001



Source : Statistique Canada, Recensement 2001.

1.3 État de santé global

Perception de son état de santé

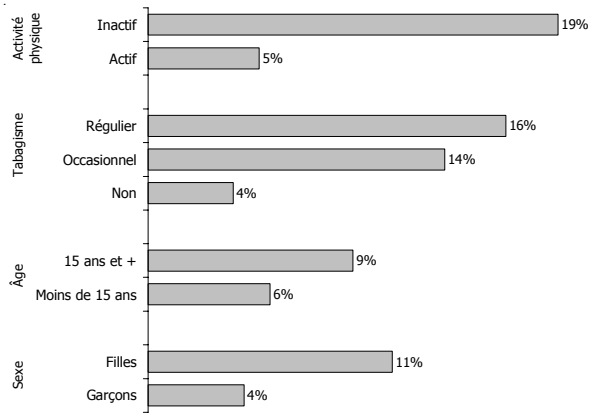
D'après l'enquête régionale 2002 auprès des élèves du secondaire, la majorité des jeunes (70,6 %) se perçoivent en excellente ou très bonne santé, 21,7 % se considèrent en bonne santé alors que 7,7 % la jugent moyenne ou mauvaise.

De façon générale, les garçons se perçoivent en meilleure santé que les filles. La proportion de filles percevant leur santé comme moyenne ou mauvaise est, en effet, supérieure : 11 % *vs* 4 % chez les garçons.

De même, les adolescents de moins de 15 ans jugent leur état de santé de façon plus positive que ceux âgés de 15 ans ou plus. Ces derniers sont relativement plus nombreux à percevoir leur santé comme moyenne ou mauvaise (9 % *vs* 6 %).

La perception de son état de santé est aussi reliée à certaines habitudes de vie : les fumeurs et ceux qui sont physiquement inactifs sont relativement plus nombreux à percevoir leur santé comme étant moyenne ou mauvaise.

Figure 8
Proportion de jeunes percevant leur santé comme moyenne ou mauvaise selon le sexe, l'âge et certaines habitudes de vie, SLSJ, 2002

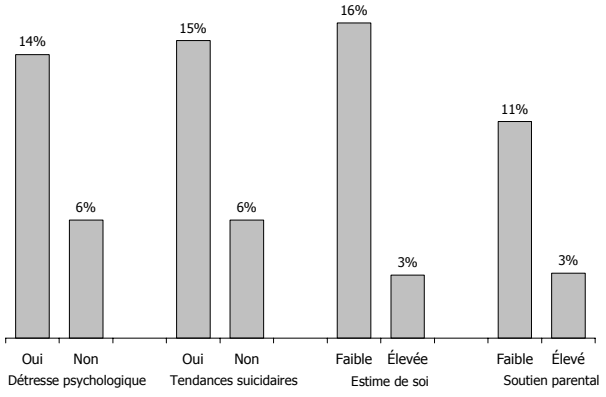


Source : Gaudreault, M. et al. 2003 (op.cit).

La perception de l'état de santé est en lien avec plusieurs facteurs psycho-affectifs. Ainsi, la proportion de jeunes qui considèrent leur santé moyenne ou mauvaise est plus élevée chez ceux qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique, une faible estime de soi, des tendances suicidaires ou qui bénéficient d'un faible soutien affectif de la part des parents.

La relation entre la perception de son état de santé et les facteurs psycho-affectifs ou les habitudes de vie persiste peu importe l'âge ou le sexe.

Figure 9
Proportion de jeunes percevant leur santé comme moyenne ou mauvaise, selon divers facteurs psycho-affectifs, SLSJ, 2002



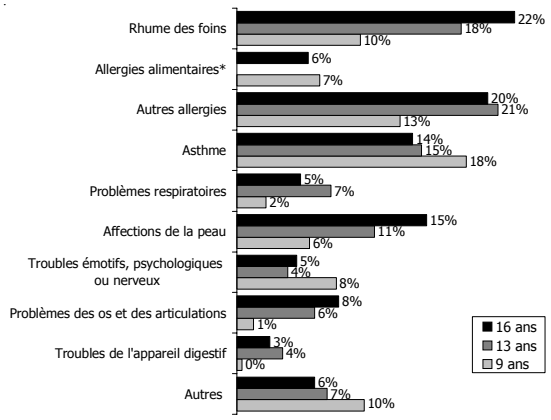
Source : Gaudreault, M. et al. 2003 (op.cit).

Principaux problèmes de santé chroniques

Selon les données de l'enquête sociale et de santé, 1999, auprès des enfants et adolescents québécois (ISQ, 2002), l'ensemble des allergies (incluant le rhume des foins et les allergies alimentaires), l'asthme et les affections de la peau sont les problèmes chroniques les plus fréquents chez les jeunes québécois âgés de 9, 13 et 16 ans, peu importe leur sexe.

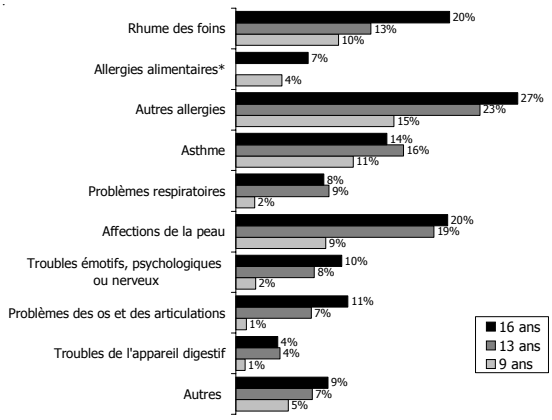
La prévalence des problèmes de santé varie cependant suivant l'âge. Les allergies, le rhume des foins et les affections de la peau, entre autres, tendent à augmenter avec l'âge alors que l'asthme tend à diminuer chez les garçons seulement.

Figure 10
Prévalence des problèmes de santé chroniques ou de longue durée, selon l'âge, garçons, P. Québec, 1999



Source : I.S.Q. 2002. Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois, 1999, tableau 16.17, p.384.
* Données manquantes chez les enfants âgés de 13 ans

Figure 11
Prévalence des problèmes de santé chroniques ou de longue durée, selon l'âge, filles, P. Québec, 1999

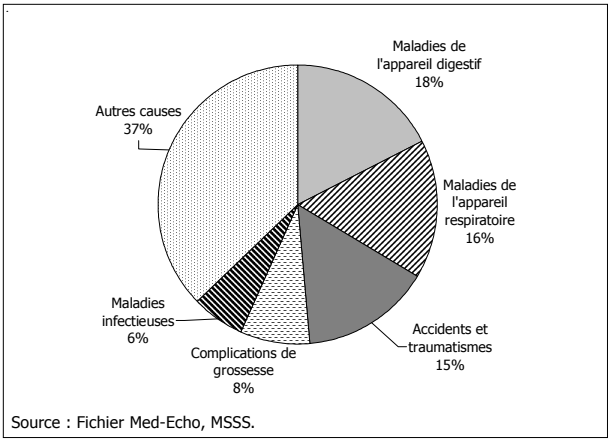


Source : I.S.Q. 2002 (op.cit.).
* Données manquantes chez les enfants âgés de 13 ans

Principales causes d'hospitalisation

Chaque année, dans la région SLSJ, on recense 2 165 hospitalisations de jeunes âgés entre 5 et 19 ans. Près de la moitié (49 %) sont attribuables à trois causes : les maladies de l'appareil digestif, les maladies de l'appareil respiratoire et les accidents et traumatismes.

Figure 12
Répartition des hospitalisations, selon la cause, 5-19 ans, SLSJ, 1997-1999



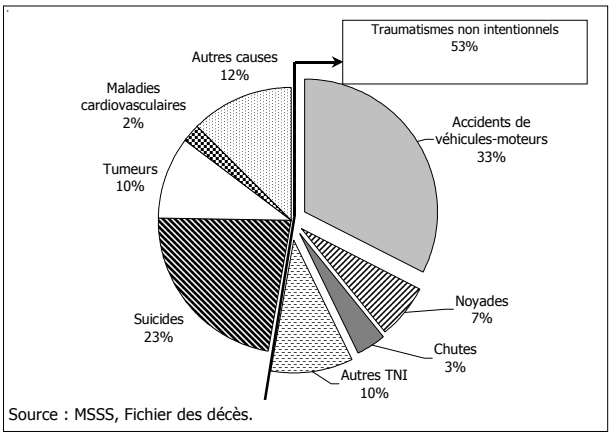
Source : Fichier Med-Echo, MSSS.

Chez les 5-14 ans, les maladies de l'appareil respiratoire occupent le 1er rang (21 %), suivies des maladies de l'appareil digestif (18 %) et des accidents et traumatismes (14 %). On compte en moyenne 1 346 hospitalisations par année pour ce groupe d'âges.

Chez les 15-19 ans, le profil est différent puisque les complications de la grossesse et de l'accouchement, bien que concernant seulement les filles, occupent le 1er rang (21 %) et précèdent, ainsi, les maladies de l'appareil digestif (17 %) et les accidents et traumatismes (17 %). À cet âge, les hospitalisations pour maladies de l'appareil respiratoire représentent une part plus faible des hospitalisations (7 %). On recense en moyenne 819 hospitalisations par année chez les 15-19 ans.

Principales causes de mortalité

Figure 13
Répartition des décès, selon la cause, 5-19 ans, SLSJ, 1997-1999

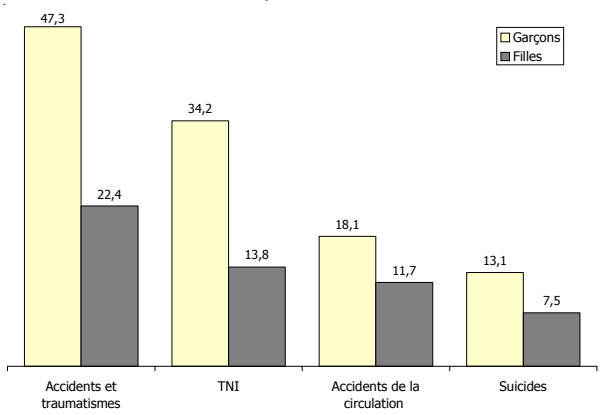


Source : MSSS, Fichier des décès.

Chez les jeunes de 5-19 ans de la région, on recense 30 décès par année en moyenne. Un peu plus de la moitié (16 décès ou 53 %) sont attribuables aux traumatismes non intentionnels (accidents de la route, noyades, chutes) et près du quart (7 décès ou 23 %) sont dus à un suicide. Les tumeurs malignes occupent le troisième rang, étant à l'origine de 3 décès par an (10 %).

Deux tiers des décès par traumatismes non intentionnels (TNI) surviennent chez des jeunes de 15-19 ans, l'autre tiers impliquant des jeunes de 5 à 14 ans. Pour les suicides, c'est plutôt 3 décès sur quatre qui concernent des jeunes de 15-19 ans.

Figure 14
Taux de mortalité (par 100 000) par traumatismes et accidents par sexe, selon la cause, SLSJ, 1997-1999



Source : MSSS, Fichier des décès.

Par ailleurs, environ 70 % des décès accidentels et des suicides surviennent chez les jeunes de sexe masculin. Le taux de mortalité pour l'ensemble des accidents et traumatismes, les traumatismes non intentionnels, les accidents de la route et les suicides sont en effet environ deux fois plus élevés chez les garçons que chez les filles.

Comparativement à l'ensemble du Québec, la région se caractérise par une surmortalité significative chez les jeunes de 5-19 ans pour l'ensemble des décès. La surmortalité est attribuable aux traumatismes non intentionnels, plus spécifiquement aux accidents de véhicules-moteurs et, dans une moindre mesure, aux noyades et aux chutes accidentelles. Le taux de mortalité par suicide est par contre équivalent au taux québécois.

1.4 Problèmes d'intégration et d'adaptation sociale

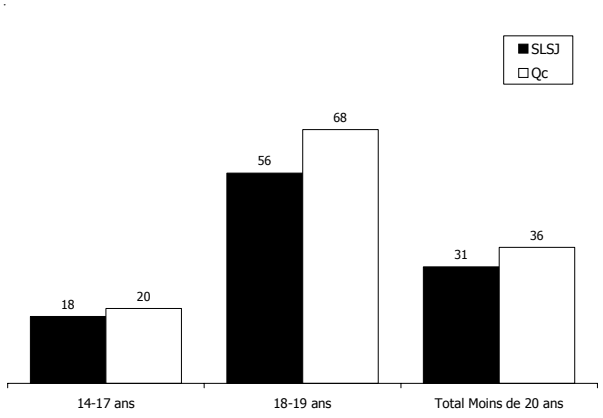
Grossesses à l'adolescence

Objectif du PNSP : *réduire à moins de 15 pour 1 000 le taux de grossesse chez les adolescentes.*

En 1997-1998, dans la région, on dénombre en moyenne 170 grossesses par année chez des adolescentes de 14-17 ans. Ce qui donne un taux de 18 grossesses pour 1 000 adolescentes comparativement à 20 ‰ pour la moyenne québécoise. Ce taux régional constitue néanmoins une hausse par rapport à celui observé en 1995-1996 (14 ‰).

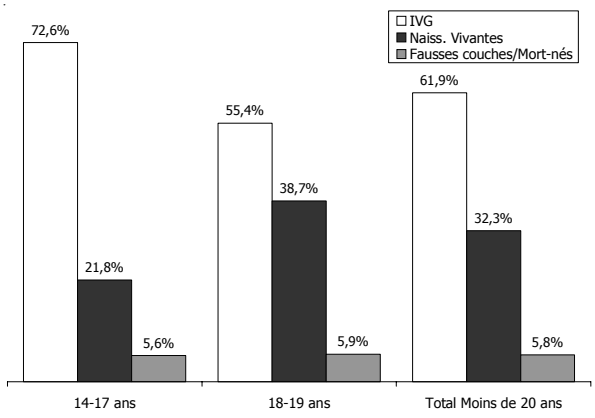
Près des trois-quarts (72,6 %) des jeunes filles de 14-17 ans de la région ont choisi de mettre fin à leur grossesse alors que 21,8 % d'entre elles l'ont poursuivie et ont donné naissance à un enfant. On obtient ainsi une moyenne par année de 37 naissances vivantes issues de mères âgées de 14 à 17 ans.

Figure 15
Taux de grossesse (par 1 000 filles), chez les moins de 20 ans, P. Québec et SLSJ, 1997-1998



Source : MSSS, Fichier des naissances et des mortinaissances.

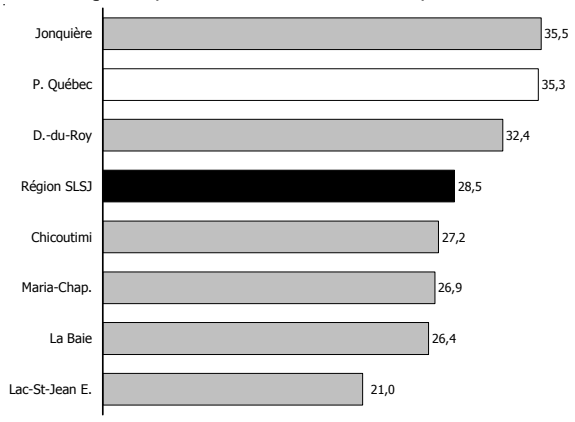
Figure 16
Répartition des grossesses chez les moins de 20 ans, selon l'issue, P. Québec et SLSJ, 1997-1998



Source : MSSS, Fichier des naissances et des mortinaissances.

Les taux de grossesse de la période 1997-1998 n'ont pu être produits pour les territoires de CLSC. Cependant en 1995-1996, le territoire Lac-Saint-Jean-Est obtenait le taux le plus bas (21 pour 1 000) et celui de Jonquière, le plus élevé (35,5 pour 1 000).

Figure 17
Taux de grossesse (par 1 000) chez les moins de 20 ans, P. Québec, SLSJ et territoires de CLSC, 1995-1996



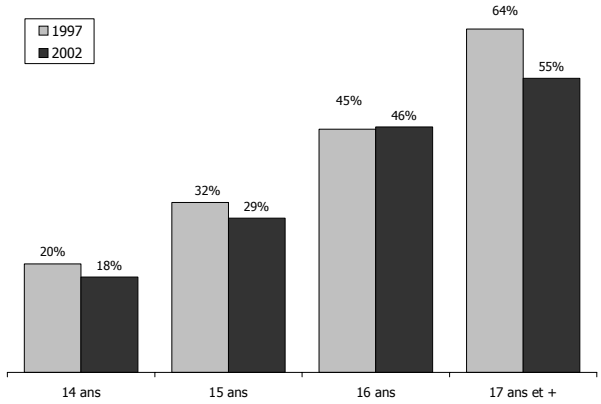
Source : MSSS, Fichier des naissances et des mortinaissances.

Relations sexuelles non protégées

Lors de l'enquête régionale 2002 auprès des élèves du secondaire, 36 % des jeunes ont déclaré avoir déjà eu une relation sexuelle complète (avec pénétration). La proportion est plus élevée chez les filles (44 %) que chez les garçons (28 %). Par ailleurs, cette proportion augmente sensiblement avec l'âge, passant de 18 % chez les jeunes de 14 ans à 55 % chez les 17 ans et plus.

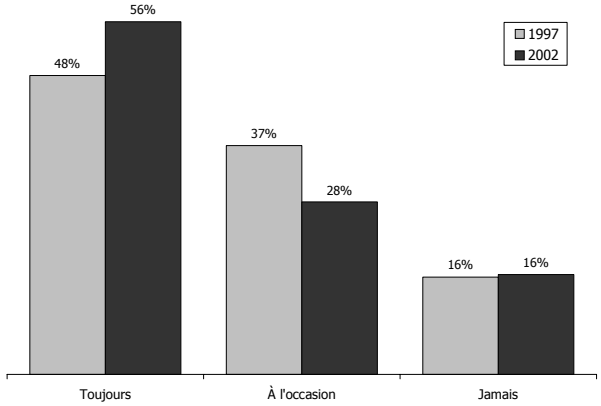
En 2002, plus de la moitié (56 %) des jeunes de 15 ans et plus, ayant déjà eu une relation sexuelle complète, déclarent utiliser régulièrement le condom lors de leurs relations sexuelles. Il s'agit là d'une amélioration significative par rapport à la proportion observée en 1997 (48 %). Par contre, un peu plus du quart (28 %) ne se protègent qu'occasionnellement et 16 % n'ont jamais recours à cette forme de protection.

Figure 18
Proportion de jeunes ayant déjà eu une relation sexuelle complète, selon l'âge, élèves du secondaire, SLSJ, 1997 et 2002



Source : Gaudreault, M., Veillette, S. et M. Perron. 2003. *Cahier des fréquences. Comparaison des résultats de deux enquêtes régionales auprès des élèves du secondaire (1997 et 2002),* Groupe Écobes, Cegep de Jonquière.

Figure 19
Utilisation du condom lors des relations sexuelles, élèves du secondaire de 15 ans et plus, SLSJ, 1997 et 2002



Source : Gaudreault, M. et al. 2003 (op.cit).

Le fait d'avoir un *chum* ou *une blonde* de même que le fait de déclarer se restreindre à un seul partenaire sexuel pour éviter les MTS ne favorisent pas l'usage systématique du condom chez les jeunes; l'adolescent sent moins le besoin de se protéger contre les MTS ou le SIDA lorsqu'il vit une situation de couple ou une relation amoureuse. Or, cette stratégie, qui peut davantage se justifier dans le cadre d'une relation adulte stable et de longue durée, peut devenir problématique à mesure que le nombre de relations amoureuses ou sexuelles que vit le jeune s'accroît avec le temps.

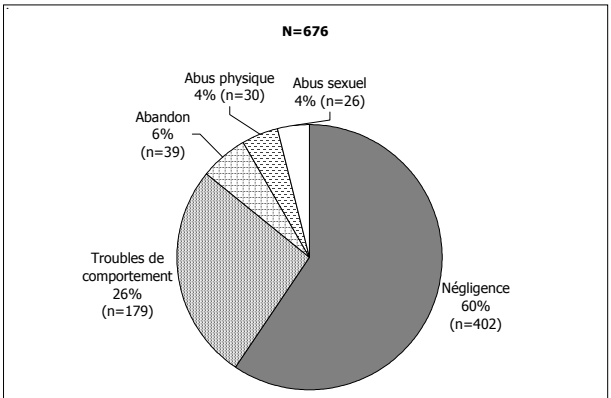
Abus et négligence

Objectif du PNSP : *réduire les problèmes d'abus physique et psychologique, d'agression sexuelle et de négligence à l'endroit des enfants et des adolescents.*

Au cours de l'année financière 2002-2003, 2 726 signalements ont été reçus à la Direction régionale de la protection de la jeunesse (DPJ). De ce nombre, 1 373 signalements ont été retenus pour une investigation plus poussée. Dans près de la moitié des signalements retenus (49 % soit 676 cas), la sécurité et le développement de l'enfant étaient compromis.

La négligence envers l'enfant et les troubles de comportement sont les deux raisons principales qui font que la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis. Le *Portrait de la santé des jeunes québécois de 0-17 ans* (INSPQ, 2004) révèle qu'environ 80 % des cas de négligence et d'abus physique concernent les enfants de moins de 12 ans alors que 85 % des cas de troubles de comportement concernent des adolescents.

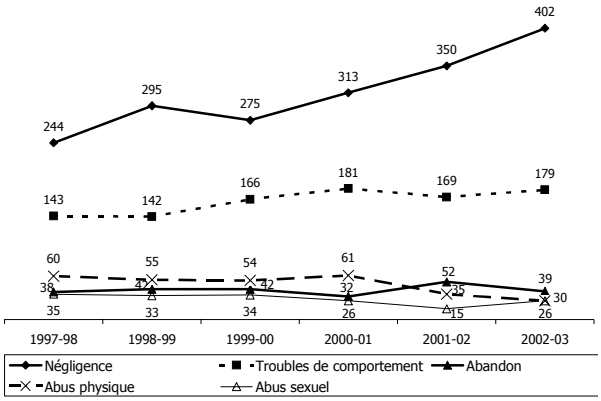
Figure 20
Répartition des cas où la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis, selon la raison à l'origine de la situation, SLSJ, 2002-03



Source : Les Centres Jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Rapport annuel 2002-2003.

Le nombre de signalements retenus à la DPJ a peu varié depuis 1997-1998. Par contre, le nombre annuel de cas où la sécurité et le développement de l'enfant étaient compromis a augmenté, passant de 520 à 676. Les cas où cette situation était attribuable à la négligence des parents envers l'enfant ont particulièrement augmenté, soit de 244 à 402.

Figure 21
Nombre de signalements où la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis, selon la raison à l'origine de la situation, SLSJ, 1997-98 à 2002-03.



Source : Les Centres Jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Rapport annuel 2002-2003.

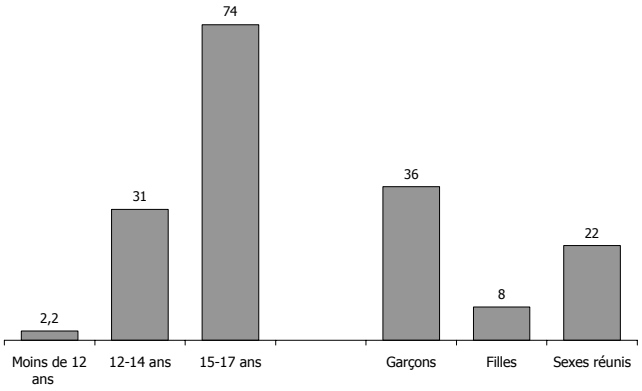
Par ailleurs, lors de l'enquête régionale 2002 auprès des élèves du secondaire (Gaudreault et al., 2003) 8,3 % des jeunes ont déclaré que leurs parents crient ou s'insultent entre eux souvent ou très souvent; 8,7 % ont affirmé avoir subi de la violence physique mineure au cours des 12 derniers mois (avoir été giflé, poussé ou bousculé); 1,8 % ont mentionné avoir été frappés violemment, au moins une fois au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, par l'un ou l'autre des parents avec qui ils demeurent.

Délinquance

Objectif du PNSP : *réduire les troubles des conduites, incluant la violence envers les autres et la délinquance, chez les enfants et les adolescents.*

Selon les données du ministère de la Sécurité publique du Québec de 2001, 1 368 jeunes âgés de 17 ans et moins auraient commis une infraction au Code criminel ou à d'autres lois fédérales et québécoises. Le taux de délinquance, qui s'élève à 22 pour 1 000 pour les sexes réunis, est 4,6 fois plus élevé chez les garçons (36 pour 1 000) que chez les filles (7,8 pour 1 000) et il augmente sensiblement avec l'âge atteignant 74 pour 1 000 chez les 15-17 ans.

Figure 22
Taux de jeunes (pour 1 000), ayant commis une infraction au Code criminel ou autres lois fédérales ou provinciales, par groupe d'âges et sexe, SLSJ, 2001



Source : Ministère de la Sécurité publique, Statistiques 2001 sur la criminalité au Québec, tableau 2.9.

L'enquête régionale 2002 auprès des élèves du secondaire comportait des questions sur certains comportements délinquants et mesurait le niveau de civisme public.

- Vol de moins de 100 $: 20 % des jeunes ont déclaré avoir commis un vol de moins de 100 $, à une ou deux reprises, et 9 %, au moins à trois reprises; ces proportions sont similaires à ce qui avait été observé en 1997.

- Actes de vandalisme : 22 % des jeunes ont perpétré des actes de vandalisme, une augmentation significative par rapport à la proportion observée en 1997 (17 %).

- Vol avec effraction : 5,2 % des élèves auraient commis un vol avec effraction; une proportion de même niveau qu'en 1997.

- Faveurs sexuelles : 3 % auraient eu des relations sexuelles en échange d'argent ou de faveurs, une proportion similaire à celle observée en 1997.

- Civisme public : 13 % des jeunes se classent au niveau élevé de civisme public; ce qui s'avère une baisse notable par rapport à 1997 alors que 19 % des jeunes se classaient ainsi. En contrepartie, en 2002, il y a davantage de jeunes dont le niveau de civisme public est faible (24 % comparativement à 19 % en 1997).

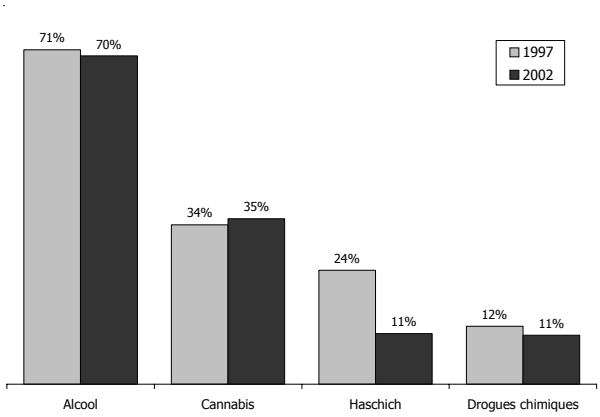
Consommation d'alcool et de drogues

Objectif du PNSP : *réduire les problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues.*

L'enquête régionale 2002 auprès des élèves du secondaire révèle que la consommation d'alcool est très répandue chez ces derniers puisque 70 % déclarent en consommer. La proportion des jeunes qui en consomment régulièrement (une fois par semaine ou plus) a toutefois légèrement diminué depuis 1997, passant de 28 % à 25 %. En outre, les jeunes consomment de l'alcool plus modérément, en ce sens que les quantités habituellement consommées ont diminué et davantage de jeunes ne se sont pas enivrés au cours des 12 derniers mois.

Quant à la consommation de drogues, elle est assez fréquente : 35 % des élèves du secondaire déclarent consommer du cannabis, 11 % du haschich et 11 % des drogues chimiques (hallucinogènes et stimulants sans prescription). Le haschich est moins populaire qu'en 1997; la proportion de consommateurs a diminué de façon marquée, soit de 24 % à 11 %.

Figure 23
Prévalence de consommation de substances psychoactives, élèves du secondaire, SLSJ, 1997 et 2002

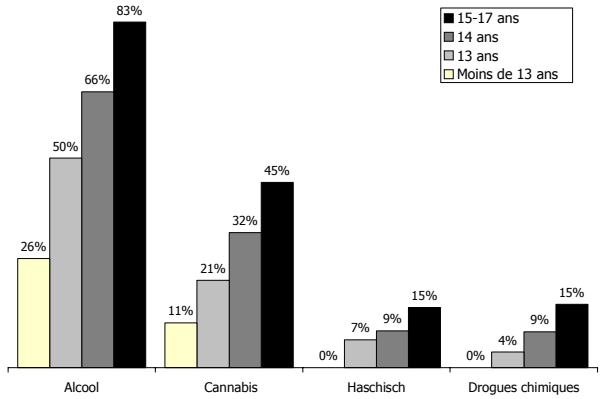


Source: Gaudreault, M., Veillette, S. et M. Perron. 2003. *Cahier des fréquences. Comparaison des résultats de deux enquêtes régionales auprès des élèves du secondaire (1997 et 2002),* Groupe Écobes, Cegep de Jonquière.

Par contre, la proportion de jeunes qui consomment du cannabis, à tous les jours ou presque, a augmenté de 4 % à 7 % depuis 1997; cependant, les quantités habituellement consommées ont diminué. Par ailleurs, les adolescents s'initient plus jeunes au cannabis; l'âge moyen d'initiation est passé de 13,7 à 13,4 ans. En 2002, 56 % des consommateurs de cannabis s'y sont initiés avant 14 ans, comparativement à 43 % en 1997.

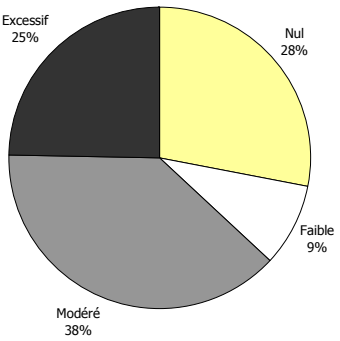
L'enquête régionale de 2002 révèle aussi que la consommation d'alcool et de drogues augmente fortement avec l'âge, particulièrement entre 12 et 15 ans.

Figure 24
Prévalence de consommation actuelle de diverses substances psychoactives, selon l'âge, élèves du secondaire, SLSJ, 2002



Source : Gaudreault, M. et al. 2003 (op.cit).

Figure 25
Répartition des jeunes, selon le niveau de consommation d'alcool et drogues, élèves du secondaire, SLSJ, 2002



Source : Gaudreault, M. et al. 2003 (op.cit).

La consommation d'alcool et de drogues est qualifiée d'excessive chez 25 % des jeunes. Cela signifie qu'ils consomment, soit au moins trois substances différentes, soit une quantité élevée d'alcool ou de cannabis 1 ou 2 fois par semaine, soit au moins un produit de façon régulière (3 fois/sem. ou plus). Cette situation correspond à peu de choses près aux résultats observés lors de l'enquête de 1997.

Bien que la fréquence de consommation d'alcool et de drogues des filles et des garçons soit à peu près similaire, on retrouve plus de consommateurs excessifs chez les garçons (30 %) que chez les filles (19 %).

Enfin, pour près d'un jeune élève sur huit, la consommation d'alcool ou de drogues amène un nombre suffisant de conséquences pour qu'on puisse parler de sérieux problèmes de consommation (difficulté de contrôler sa consommation, présence de certains dysfonctionnements sociaux, divers symptômes physiques et psychologiques).

Santé mentale

Objectifs du PNSP : *augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne santé mentale; réduire le nombre de tentatives de suicide et le nombre de suicides.*

➢ *Détresse psychologique*

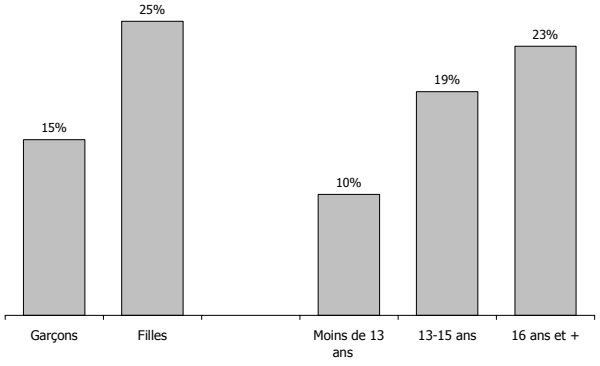
L'échelle de détresse psychologique peut servir à identifier des groupes où le phénomène est plus fréquent ou encore à comparer la prévalence du phénomène dans le temps.

Selon les enquêtes régionales, 1997 et 2002, auprès des élèves du secondaire, la prévalence de la détresse psychologique est demeurée à peu près stable chez les garçons (14 % et 15 %); alors que chez les filles, elle a diminué de façon significative, passant de 30 % à 25 %.

Bien que l'écart entre les deux sexes se soit ainsi amenuisé, on observe plus fréquemment un niveau élevé de détresse psychologique chez les filles que chez les garçons.

Chez les jeunes, la détresse psychologique est aussi associée à l'âge : le taux de prévalence, en effet, tend à augmenter avec l'âge.

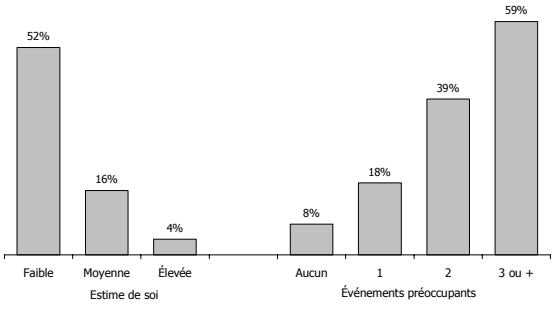
Figure 26
Proportion de jeunes, ayant un niveau élevé de détresse psychologique, selon le sexe et l'âge, élèves du secondaire, SLSJ, 2002



Source : Gaudreault, M., Veillette, S. et M. Perron. 2003. *Cahier des fréquences. Comparaison des résultats de deux enquêtes régionales auprès des élèves du secondaire (1997 et 2002),* Groupe Écobes, Cegep de Jonquière.

Plusieurs facteurs accroissent la probabilité d'un niveau élevé de détresse psychologique chez un adolescent. Certains ont trait aux caractéristiques du jeune même : une faible estime de soi et le fait d'avoir, au cours des derniers mois, vécu un ou plusieurs événements préoccupants (peines d'amour, solitude, relations difficiles avec les parents, problèmes de santé, etc.).

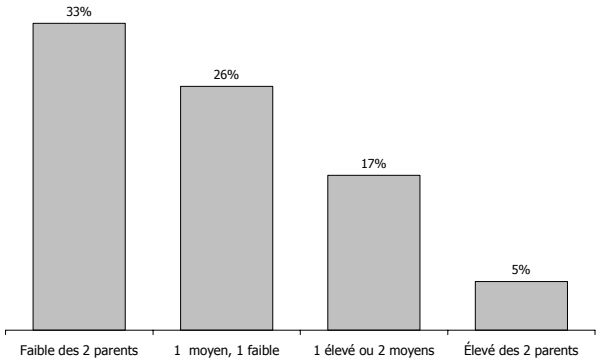
Figure 27
Proportion de jeunes, ayant un niveau élevé de détresse psychologique, selon le degré d'estime de soi et les événements préoccupants, élèves du secondaire, SLSJ, 2002



Source : Gaudreault, M. et al. 2003 (op.cit).

D'autres facteurs réfèrent au milieu familial dans lequel le jeune vit : un faible soutien affectif de la part des deux parents et le fait de subir un contrôle abusif de la part de la mère. Dans ce dernier cas, il faut préciser qu'il s'agit d'une certaine violence psychologique et d'intrusion excessive dans la vie du jeune, à distinguer de l'encadrement normal qui doit être fourni par les parents.

Figure 28
Proportion de jeunes, ayant un niveau élevé de détresse psychologique, selon le degré de soutien affectif parental, élèves du secondaire, SLSJ, 2002



Source : Gaudreault, M. et al. 2003 (op.cit).

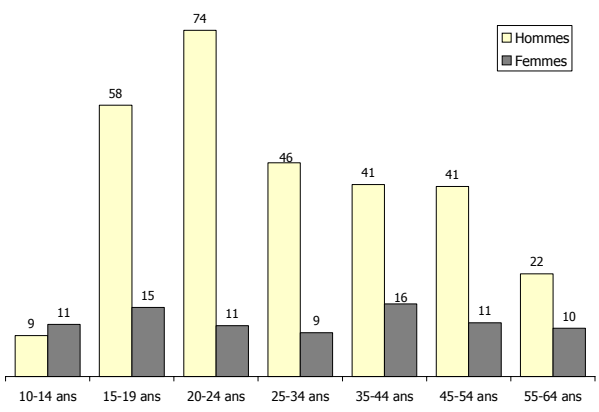
➢ *Idées et gestes suicidaires*

Au SLSJ, au cours de la période 1994-1998, il y a eu, en moyenne par année, 2 suicides et 5 hospitalisations pour tentative de suicide de jeunes âgés entre 10-14 ans et 9 suicides et 18 hospitalisations pour tentative chez les jeunes âgés entre 15-19 ans.

Au cours des vingt dernières années, le taux de suicide a augmenté de façon notable dans la région SLSJ. Le taux a notamment quintuplé chez les 10-14 ans et il a doublé chez les 15-19 ans. Depuis le début des années 1990, la région obtient des taux supérieurs aux taux québécois pour ces deux groupes d'âges.

A l'exception des 10-14 ans, les taux de suicide sont nettement plus élevés chez les garçons que chez les filles. Les jeunes hommes de 15-24 ans obtiennent les taux de mortalité par suicide les plus élevés dans l'ensemble de la population.

Figure 29
Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide, selon l'âge et le sexe, 10-64 ans, SLSJ, 1994-1998

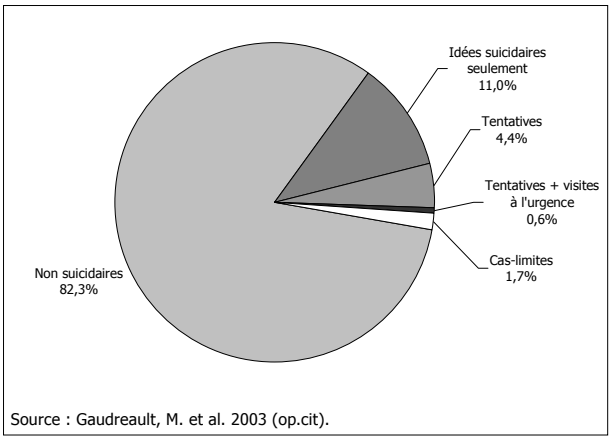


Source : MSSS, Fichier des décès.

Par contre, les tendances suicidaires sont plus fréquentes chez les filles que chez les garçons. Lors de l'enquête régionale 2002 auprès des élèves du secondaire, 23 % des filles présentaient des tendances suicidaires comparativement à 13 % des garçons.

Cette plus forte prévalence de tendances suicidaires chez les filles est cohérente avec le fait qu'elles sont plus nombreuses que les garçons à présenter un niveau élevé de détresse psychologique, une faible estime de soi et à avoir vécu au moins un événement préoccupant au cours des six derniers mois, trois facteurs associés à la présence d'idées suicidaires chez les jeunes.

Figure 30
Prévalence des tendances suicidaires, élèves du secondaire, SLSJ, 2002



Source : Gaudreault, M. et al. 2003 (op.cit).

Nouvelle encourageante cependant, de 1997 à 2002, la prévalence des idées suicidaires chez les jeunes a diminué de façon significative. En 2002, 17,7 % des élèves du secondaire affirment avoir déjà pensé sérieusement au suicide, comparativement à 25 % lors de l'enquête de 1997.

De plus, en 2002, on observe, une proportion plus faible de jeunes ayant fait une tentative sérieuse de suicide (*i.e.* impliquant une visite à l'urgence), soit 0,6 % comparativement à 1,4 % cinq ans plus tôt.

Cette amélioration de la situation est cohérente avec l'évolution observée au niveau des principaux facteurs associés aux tendances suicidaires : diminution de la proportion de jeunes ayant une faible estime d'eux-mêmes (de 19 % à 15 %); plus faible fréquence d'événements préoccupants vécus par le jeune et réduction de la prévalence d'un niveau élevé de détresse psychologique chez les filles (de 30 % à 25 %).

1.5 Habitudes de vie

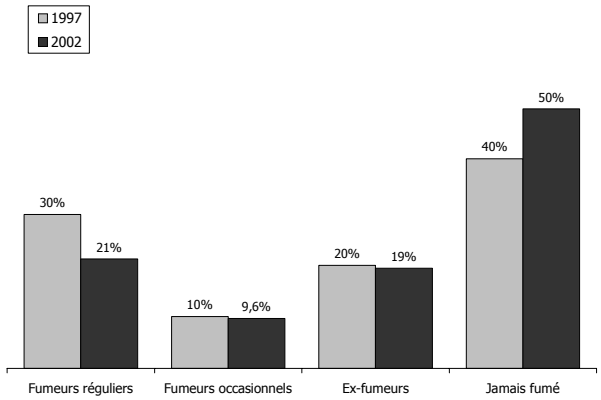
Le tabagisme

Objectifs du PNSP : *réduire l'usage du tabac chez les jeunes du secondaire;*
réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement.

Selon l'enquête régionale 2002 auprès des élèves du secondaire, le taux de fumeurs actuels chez les jeunes s'élève à 31 %, soit 21 % des fumeurs réguliers et 9,6 % de fumeurs occasionnels. Ce résultat constitue une nette amélioration par rapport à 1997, alors que le taux de fumeurs réguliers s'élevait à 30 %.

Plusieurs facteurs ont contribué à cette réduction : augmentation du prix des cigarettes, application plus complète de la loi interdisant de fumer dans les écoles, interdiction progressive de la publicité sous forme de commandite à partir d'octobre 1998, réalisation de nombreux programmes de prévention dans les écoles primaires et secondaires de la région.

Figure 31
Prévalence du tabagisme, élèves du secondaire, SLSJ, 1997 et 2002

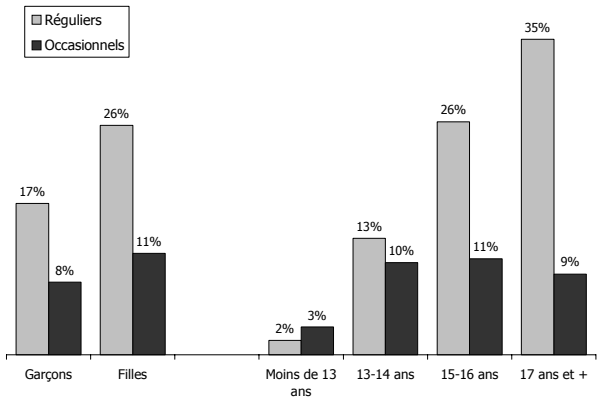


Source : Gaudreault, M., Veillette, S. et M. Perron. 2003. *Cahier des fréquences. Comparaison des résultats de deux enquêtes régionales auprès des élèves du secondaire (1997 et 2002),* Groupe Écobes, Cegep de Jonquière.

Comme c'était le cas en 1997, les filles fument davantage que les garçons : le taux de fumeurs actuels (réguliers et occasionnels) s'élève à 37 % chez les filles comparativement à 25 % chez les garçons.

On note aussi que le taux de fumeurs réguliers chez les jeunes augmente sensiblement avec l'âge alors que le taux de fumeurs occasionnels demeure assez stable chez les 13 ans et plus.

Figure 32
Prévalence du tabagisme, selon le sexe et l'âge, élèves du secondaire, SLSJ, 2002



Source : Gaudreault, M. et al. 2003 (op.cit).

Les choix alimentaires et la disponibilité d'aliments

Objectifs du PNSP : *augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour ; réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %.*

L'enquête régionale 2002 auprès des élèves du secondaire fournit quelques données sur l'insécurité alimentaire chez les jeunes adolescents. On observe ainsi que 16 % des adolescents ne prennent pas trois repas par jour. Une proportion de 11,4 % déclarent vivre une ou plusieurs des situations associées à l'insécurité alimentaire : manger la même chose plusieurs jours de suite, manger moins qu'ils ne devraient et le fait que la famille ne peut pas offrir de repas équilibrés aux enfants. Le fait de manger la même chose plusieurs jours de suite est la situation la plus fréquemment mentionnée. Par ailleurs, 1,8 % des jeunes déclarent qu'eux-mêmes ou leur famille ont manqué d'argent pour acheter de la nourriture une fois ou plus au cours du dernier mois.

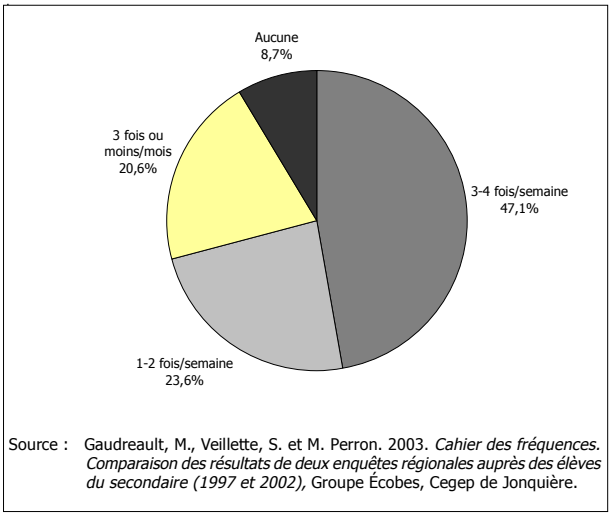
L'activité physique

Objectif du PNSP : *augmenter la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans.*

Kino-Québec recommande que les enfants et les adolescents soient physiquement actifs tous les jours ou presque. Ils devraient pratiquer des activités physiques variées d'intensité moyenne ou plus élevée, 3 fois ou plus chaque semaine, pendant au moins 20 minutes par séance.

Selon l'enquête régionale 2002 auprès des élèves du secondaire, si l'on exclut les cours réguliers d'éducation physique, 47 % des jeunes pratiquent une activité physique de loisir trois fois par semaine ou plus. À l'opposé, 8,7 % ne pratiquent aucune autre activité physique. Cette situation correspond à peu de choses près à celle observée cinq ans plus tôt, lors de l'enquête de 1997. Il n'y a donc pas eu de changement notable sur ce plan.

Figure 33
Fréquence des activités physiques de loisir, élèves du secondaire, SLSJ, 2002

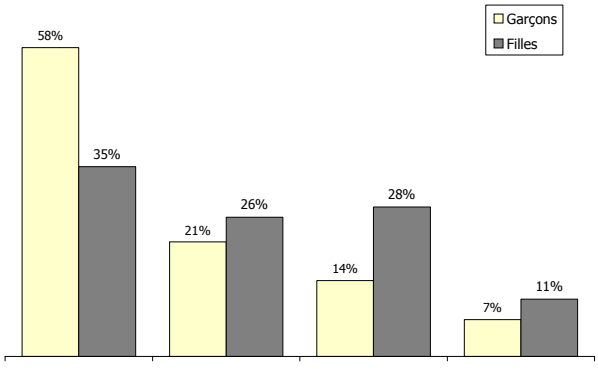


Source : Gaudreault, M., Veillette, S. et M. Perron. 2003. *Cahier des fréquences. Comparaison des résultats de deux enquêtes régionales auprès des élèves du secondaire (1997 et 2002),* Groupe Écobes, Cegep de Jonquière.

Il appert également que la pratique de l'activité physique est moins fréquente chez les filles que chez les garçons; 35 % des filles pratiquent des activités physiques de loisir 3-4 fois par semaine comparativement à 58 % chez les garçons. En corollaire, la proportion des filles physiquement peu actives et inactives est aussi plus élevée (39 % *vs* 21 %).

Comme chez les adultes, la fréquence de l'activité physique tend à décroître avec le tabagisme. La proportion de jeunes peu ou pas du tout actifs, notamment, passe de 24 % chez les non-fumeurs à 46 % chez ceux qui fument régulièrement.

Figure 34
Fréquence des activités physiques de loisir, selon le sexe, élèves du secondaire, SLSJ, 2002



Source : Gaudreault, M. et al. 2003 (op.cit).

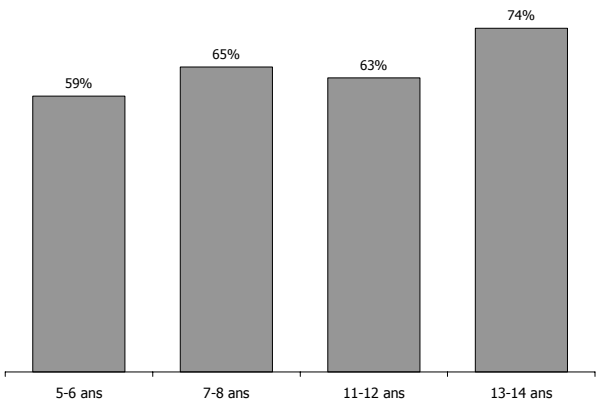
L'hygiène buccodentaire

Objectif du PNSP : *améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire dans tous les groupes d'âges.*

Selon l'étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois, la proportion d'enfants qui se sont brossé les dents au moins deux fois la veille de l'investigation est de 59 % chez les jeunes de 5-6 ans (à la maternelle) et de 65 % chez ceux âgés de 7-8 ans (élèves de 2e année). Ce dernier pourcentage est un peu plus élevé chez les élèves de la région du SLSJ (70 %).

Par ailleurs, l'étude québécoise 1996-1997 indique que la proportion d'enfants qui se sont brossé les dents au moins deux fois la veille de l'investigation est de 74 % chez les 13-14 ans (secondaire II) et de 63 % chez ceux âgés de 11-12 ans (6e année). Pour ce groupe d'âges, le pourcentage observé chez les élèves de la région, soit 70,3 %, est significativement plus élevé.

Figure 35
Proportion des élèves se brossant les dents au moins 2 fois/jour,
P. Québec, 1996-1999



Sources : 1. Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans.
2. Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans.

En ce qui a trait à l'utilisation de la soie dentaire chez les jeunes élèves québécois, la proportion se situe respectivement à 14 % et 14,5 % chez les 11-12 ans et les 13-14 ans. Les données régionales indiquent 12,7 % chez les 11-12 ans.

1.6 Maladies chroniques

L'asthme

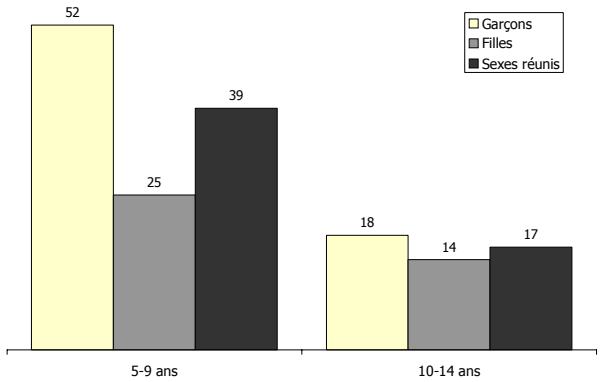
Objectif du PNSP : *réduire de 40 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme.*

Dans la région, on recense en moyenne 106 hospitalisations par année pour asthme de jeunes âgés entre 5 et 14 ans.

Chez les 5-9 ans, les deux tiers des 72 hospitalisations annuelles pour asthme concernent des garçons; le taux masculin est d'ailleurs deux fois plus élevé que celui des filles.

Chez les 10-14 ans, de la région, on recense en moyenne 34 hospitalisations par année pour asthme et le taux d'hospitalisation est deux fois moins élevé que chez les 5-9 ans.

Figure 36
Taux d'hospitalisation (pour 100 000) pour asthme, selon l'âge et le sexe, SLSJ, 1996-2001



Source : Med-Écho (MSSS).

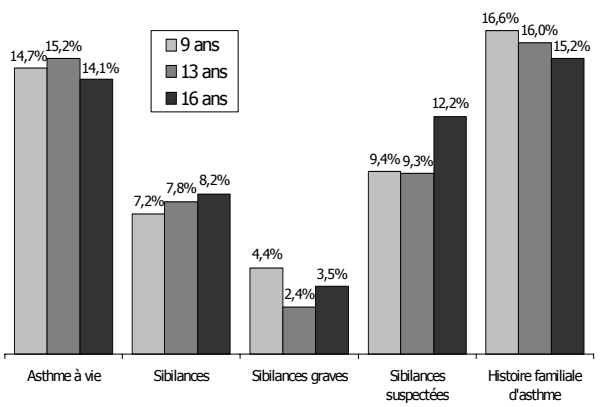
L'asthme est la première cause de limitation d'activités en raison d'une maladie chronique ou d'un problème de santé chez les jeunes de 9 et 13 ans. Chez ceux âgés de 16 ans, l'asthme est à l'origine de la limitation d'activités dans le quart des cas.

Selon l'enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois de 1999, la proportion de jeunes qui souffrent ou ont déjà souffert d'asthme (la prévalence à vie) se situe à environ 15 % peu importe l'âge. La prévalence de l'asthme au cours des 12 derniers mois est évidemment plus faible. L'Enquête sociale et de santé 1998 la situe à 6,3 % chez les jeunes de 9 à 16 ans.

Toujours selon l'enquête de 1999, la proportion de jeunes québécois, ayant souffert de sibilances au cours des 12 derniers mois, varie entre 7 % et 8 % selon l'âge. Quant à la proportion de ceux affectés de sibilances graves, qui dénotent un asthme mal contrôlé, elle se situe ente 2,4 % et 4,4 % selon l'âge.

Chez les enfants et adolescents québécois, la présence d'allergies, une histoire familiale d'asthme positive et le fait de vivre dans un ménage à faible ou très faible revenu accroissent la probabilité de souffrir ou d'avoir souffert d'asthme au cours de sa vie.

Figure 37
Prévalence de l'asthme et des sibilances, selon l'âge, P. Québec, 1999



Source : Institut de la statistique du Québec, 2002. *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois, 1999*, tableau 17.1, p. 397.

Le diabète

Objectif du PNSP : *réduire de 30 % l'incidence du diabète (de 40 % dans les populations autochtones).*

Il n'existe aucune donnée permettant de décrire la prévalence du diabète chez les jeunes de moins de 20 ans. Le registre provincial ne documente que les cas chez les personnes de 20 ans et plus, parce que la définition de cas n'est pas clairement établie chez la clientèle plus jeune.

L'obésité et l'excès de poids

Objectif du PNSP : *prévenir l'excès de poids et l'obésité tant chez les enfants que chez les adolescents.*

L'enquête régionale de 2002 auprès des élèves du secondaire permet de décrire la préoccupation des jeunes, tant en ce qui touche la perte de poids corporel que la prise de poids.

La perte de poids : 30 % des jeunes ont tenté sérieusement de perdre du poids au cours des 6 mois ayant précédé l'enquête. Les filles sont trois fois plus nombreuses que les garçons à avoir tenté sérieusement de perdre du poids : 47 % l'ont fait, comparativement à 15 % des garçons.

Les moyens les plus fréquemment utilisés pour perdre du poids sont, par ordre d'importance : réduire ou couper le sucre et le gras (utilisé souvent ou quelquefois par 85 % de ceux qui ont tenté de perdre du poids); s'entraîner de façon intensive (53 %); sauter des repas (40 %); ne pas manger pendant toute la journée (20 %); essayer de suivre une diète (18 %); commencer ou recommencer à fumer (13 %) et se faire vomir (3,6 %).

La prise de poids : 9,6 % des jeunes ont tenté sérieusement de prendre du poids au cours des 6 mois ayant précédé l'enquête. Beaucoup plus de garçons (15 %) que de filles (3 %) ont tenté de prendre du poids. Les moyens les plus fréquemment utilisés sont, par ordre d'importance: s'efforcer de manger plus (71 %); s'entraîner de façon intensive (52 %); prendre des suppléments alimentaires (31 %) et prendre des stéroïdes (3,4 %).

La carie dentaire

Objectif du PNSP : *réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.*

Le PNSP signale que *la carie dentaire affecte la quasi-totalité de la population, dont 56 % des enfants de 7 et 8 ans et 75 % des jeunes de 14 ans* (MSSS, 2003 : 43).

Selon l'étude québécoise sur la santé buccodentaire (Brodeur et al. 2001), en 1998-1999, 42 % des enfants québécois de *5 et 6 ans*, soit à la maternelle, sont déjà atteints par la carie sur dentition primaire dont le caof est de 3,9 %.

Chez les élèves de *7 et 8 ans* (2e année), de 1983-1984 à 1998-1999, on note une diminution notable de la carie en dentition primaire, tant dans la région (- 44 %) qu'au Québec (- 48,3 %). En 1998-1999, la région conserve toutefois un caof significativement plus élevé qu'au Québec. La proportion d'élèves de 2e année, n'ayant jamais expérimenté la carie dentaire en dentition primaire (caof = 0), est significativement moins élevée dans la région (28,7 %) qu'au Québec (44 %) en 1998-1999. En contrepartie, la proportion de ceux qui sont à risque élevé de carie dentaire en dentition primaire (caof $\geq$ 10), est significativement plus élevée dans la région (40,5 %) qu'au Québec (25,7 %). En dentition permanente, la proportion d'élèves de 2e année avec au moins un agent de scellement est sensiblement moins élevée dans la région (14,5 %) qu'au Québec (26,5 %).

Chez les élèves de *11 et 12 ans* (6e année), de 1983-1984 à 1996-1997, il y a eu une importante diminution de la carie en dentition permanente, dans la région (- 50,1 %) et au Québec (- 54,5 %). En 1996-1997, la région obtient toujours un CAOF significativement plus élevé qu'au Québec. La proportion d'élèves de 6e année, n'ayant jamais expérimenté la carie dentaire en dentition permanente (CAOF = 0), est significativement moins élevée dans la région (33 %) qu'au Québec (40,9 %) en 1996-1997. La proportion d'élèves de 6e année, ayant un niveau élevé de carie dentaire en dentition permanente (CAOF $\geq$ 5), est aussi significativement plus élevée dans la région (36,8 %) qu'au Québec (27,9 %). En dentition permanente, la proportion d'élèves de 6e année avec au moins un agent de scellement est sensiblement moins élevée dans la région (13,2 %) qu'au Québec (29 %).

Chez les élèves québécois de *13 et 14 ans* (secondaire II), le CAOF a diminué de 54 % de 1983-1984 à 1996-1997, passant de 11,20 % à 5,13 %.

Nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes et obturées

en dentition primaire (caof), élèves 7-8 ans

	1983-84	1989-90	1998-99
P. Québec	11,27	6,19	5,83
Région SLSJ	16,10	n.d.	9,02 *

en dentition permanente (CAOF), élèves 11-12 ans

	1983-84	1989-90	1996-97
P. Québec	6,81	3,99	3,10
Région SLSJ	7,72	n.d.	3,85 *

Sources: 1. Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans.
2. Enquêtes santé dentaire Québec 1983-1984 et 1989-1990.
3. Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans.

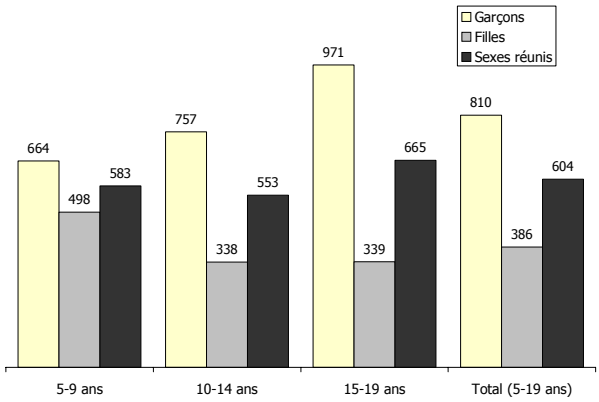
* Différence significative par rapport au Québec ($p < 0,001$).

1.7 Traumatismes non intentionnels

Objectifs du PNSP : *réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route;*
réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile;
réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs.

Selon l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois 1999 (ISQ, 2002), environ 10 % des jeunes québécois de 9 ans ont subi, au cours des 12 mois précédant l'enquête, des blessures assez sérieuses pour nécessiter une consultation auprès d'un médecin ou d'une infirmière. Cette proportion atteint 15 % chez les adolescents de 13 ans et 23 % chez ceux âgés de 16 ans. Chez les enfants de 9 ans, l'accident s'est passé le plus souvent à la maison ou à l'école; chez les adolescents, il a eu lieu le plus souvent dans des endroits dédiés au sport.

Figure 38
Taux d'hospitalisation (pour 100 000) par TNI, selon l'âge et le sexe, jeunes de 5-19 ans, SLSJ, 1996-2001



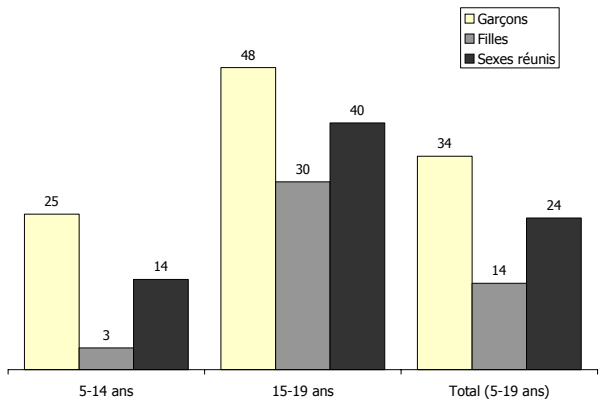
Source : Med-Écho (MSSS).

Chaque année, dans la région SLSJ, les traumatismes non intentionnels (TNI) sont à l'origine de 345 hospitalisations chez les 5-19 ans.

De façon générale, les taux sont deux fois plus élevés chez les garçons que chez les filles et l'écart entre les sexes s'accroît avec l'âge.

Enfin, contrairement aux taux féminins, les taux d'hospitalisation chez les garçons tendent à augmenter avec l'âge.

Figure 39
Taux de mortalité (pour 100 000) par TNI, selon l'âge et le sexe, jeunes de 5-19 ans, SLSJ, 1997-1999



Source : Fichiers des décès (MSSS).

Toujours dans la région, les TNI sont responsables, en moyenne de 16 décès par an chez les jeunes de 5 à 19 ans; ce qui représente 53 % des décès à cet âge.

La majorité des décès par TNI surviennent chez des garçons, dont le taux est deux fois plus élevé que chez les filles.

Le taux de décès par TNI est, par ailleurs, près de trois fois plus élevé chez les jeunes de 15-19 ans, comparativement à ceux âgés de 5-14 ans.

Comparativement au Québec, la région affiche une surmortalité par TNI qui affecte, tant les 5-14 ans que les 15-19 ans.

Les accidents de véhicules, sur la route et hors route

Dans la région SLSJ, les accidents de la route sont à l'origine, en moyenne par année, de 53 hospitalisations chez les jeunes âgés de 5 à 19 ans. Au sein de cette population, les garçons de 15-19 ans sont les plus touchés.

Les accidents de la route occasionnent annuellement 10 décès de jeunes âgés de 5 à 19 ans. Les garçons de 15-19 ans sont aussi plus fréquemment victimes d'accidents de la route.

Depuis au moins une vingtaine d'années, la région se distingue du Québec par une surmortalité significative reliée aux accidents de la route, une surmortalité qui touche les 5-19 ans.

En ce qui a trait aux accidents de véhicules survenant en dehors du réseau routier, ils sont responsables de 26 hospitalisations par année et les garçons sont nettement plus susceptibles d'être hospitalisés pour cette cause.

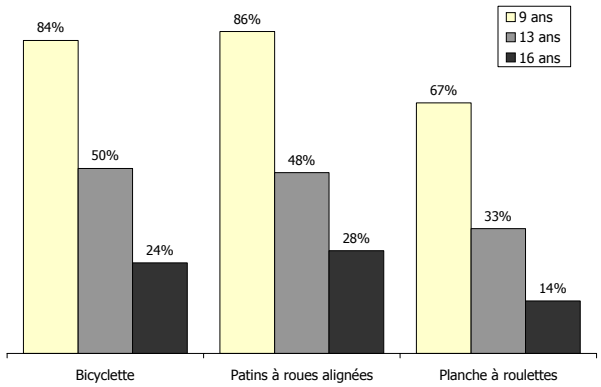
De 1995 à 1999, on ne recense qu'un seul décès chez les jeunes de 5-19 ans relié à des accidents de véhicules survenant hors route.

Le port du casque protecteur

Le port du casque protecteur peut permettre de prévenir ou de réduire la gravité des traumatismes survenant lors de certaines activités récréatives ou sportives.

Les données de l'enquête québécoise auprès des enfants et adolescents 1999 indique que le port du casque diminue avec l'âge pour les trois activités où il est recommandé.

Figure 40
Port d'un casque de protection lors d'activités physiques, enfants et adolescents,
P. Québec, 1999



Source : Institut de la statistique du Québec, 2002. *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois, 1999*, tableau 16.17, p.384.

1.8 Maladies infectieuses

Le domaine d'intervention des maladies infectieuses concerne les maladies et infections causées par des agents biologiques acquis selon différentes voies de transmission. Les symptômes et l'évolution de ces maladies varient selon l'agent en cause, l'hôte, certains facteurs biologiques ou comportementaux, l'environnement social et l'organisation du système de soins. L'étape de la scolarisation et l'augmentation des contacts entre enfants qui s'ensuit favorisent la multiplication des contacts avec des agresseurs biologiques potentiels. La vaccination et la promotion de divers moyens de protection réduisent le risque d'acquisition de certaines infections.

Les maladies évitables par l'immunisation

Objectifs du PNSP : *maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole, de la rubéole et des oreillons sous le seuil d'élimination;*
réduire l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale à zéro;
réduire à moins de 5 cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à méningocoque de sérogroupe C dans la population âgée de 20 ans ou moins;
réduire la varicelle jusqu'au seuil d'élimination;
maintenir à zéro l'incidence annuelle de la diphtérie, de la poliomyélite, du tétanos et de la rage en ce qui concerne les cas indigènes;
réduire de 50 % (à 2,5/100 000 personnes) l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A;
réduire de 50 % (à 1/100 000 personnes) l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë;
réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002.

Depuis 1997, le SLSJ n'a vu apparaître aucun cas indigène de rougeole, de rubéole ou d'oreillons dans la population âgée de 6 à 17 ans. Aucun cas également de poliomyélite, tétanos et diphtérie. En ce qui concerne la coqueluche, même si le nombre de cas déclarés est peu élevé (4 cas en 2001, taux d'incidence de 1,4/100 000), il faut être prudent car elle semble toucher de plus en plus les adolescents.

La protection des populations visées repose en fait sur une couverture vaccinale adéquate (au moins 95 % des populations cibles). À l'entrée scolaire 2001-2002, le SLSJ atteint presque l'objectif avec 93,0% sur presque tous ses territoires sociosanitaires.

Pour toutes les données de couverture vaccinale, il faut être prudent dans l'interprétation des pourcentages obtenus puisque la qualité des bases de données utilisées est très variable et ne peut faire l'objet de validation.

Pour la vaccination contre l'hépatite B (4e année primaire), le taux de couverture régional s'élève à 97%.

Depuis 2004, le rappel avec le vaccin dCaT en secondaire III est fait sur tout le territoire du SLSJ.

Les signalements pour morsures animales à risque dépassent la centaine à chaque année. L'administration rapide de la prophylaxie antirabique fait en sorte que le nombre de cas de rage humaine est de zéro.

Entre 1992 et 1999, le nombre annuel de cas d'hépatite A dans l'ensemble de la population, quel que soit l'âge, se situe généralement autour de 10, sauf en 1997 où 32 cas ont été déclarés. Depuis, le nombre de cas a nettement diminué en 2000 et 2001 (0 et 4 cas). En ce qui concerne l'hépatite B, seulement quelques cas aigus surviennent à chaque année. Pour 2001 l'incidence ajustée est d'environ 2 cas pour 100 000 personnes. La vaccination des jeunes de 4e année primaire contre l'hépatite B contribue, avec une couverture vaccinale de 97 %, à maintenir une faible incidence.

Les infections transmissibles sexuellement

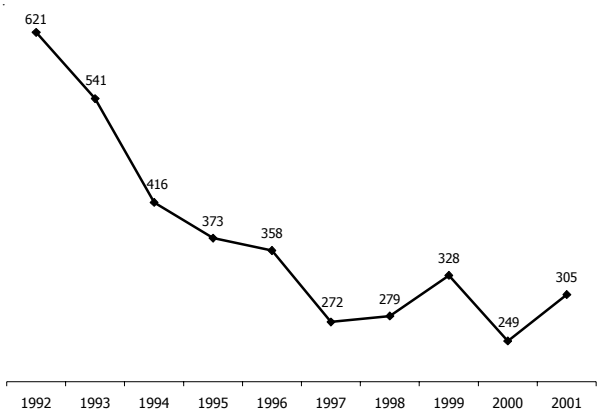
Objectifs du PNSP : *réduire à moins de 50 cas pour 100 000 personnes le taux d'infection annuel à Chlamydia trachomatis;*
maintenir l'incidence globale annuelle de syphilis récente (infectieuse) sous le seuil de l'élimination (à moins de 0,2 cas pour 100 000 personnes);
maintenir sous le seuil de l'élimination l'incidence annuelle des infections bactériennes rares transmissibles sexuellement;
réduire l'incidence annuelle de l'infection par le VIH;
réduire l'incidence de l'hépatite C;
réduire les infections à Neisseria gonorrhoeae jusque sous le seuil d'élimination;
réduire à moins de 10 pour 1 000 la fréquence des complications (grossesses ectopiques) de l'infection à Chlamydia trachomatis et de l'infection gonococcique;
réduire l'incidence annuelle des infections virales transmissibles sexuellement;
réduire la résistance aux antimicrobiens pour ce qui est des infections à Neisseria gonorrhoeae productrices de pénicilliase.

Pour la période de 1998 à 2001, 3 cas de SIDA (état terminal de l'infection à VIH) ont été déclarés dans la région (incidence annuelle moyenne d'environ 0,15 pour 100 000 personnes), une réduction attendue avec l'arrivée de la trithérapie antirétrovirale en 1996. En effet, au cours de la période 1992-1997, l'incidence annuelle de ce syndrome se chiffrait à environ 2 pour 100 000.

L'hépatite C aiguë est quasi-absente de la région (un seul cas signalé entre 1992 et 2001). Cependant, en devenant une maladie à déclaration obligatoire en 1999, l'hépatite C sans précision paraît être en pleine ascension : le nombre de cas passe de 1 ou 2 cas par an de 1992 à 1996 (incidence annuelle de 1 pour 100 000) à environ 45 de 1997 à 2001 (incidence d'environ 17 pour 100 000), une tendance à surveiller en particulier chez les jeunes utilisateurs de drogues injectables.

En 1997, une enquête, auprès d'élèves du secondaire, révélait que 9 jeunes âgées de 15 à 17 ans pour 1 000 avaient déjà été traités dans leur vie pour une chlamydia, et 1/1 000 pour une gonorrhée. La gonorrhée demeure une infection rare au SLSJ (environ 5 cas par an de 1995 à 2001; une incidence d'environ 2 cas pour 100 000 personnes). Dans l'ensemble de la population, la fréquence de la chlamydiose génitale a diminué de moitié entre 1992 et 2001, passant de 621 cas (incidence de 212 pour 100 000) à 305 (107 pour 100 000 personnes), donc près du taux québécois; elle demeure l'infection transmissible sexuellement la plus fréquente. Cependant, ces deux dernières infections sont en augmentation, dans la région comme dans l'ensemble du Québec, selon des observations plus récentes.

Figure 41
Évolution du nombre de cas déclarés, de chlamydioses génitales, SLSJ, 1992 à 2001



Source: Direction de santé publique (2002). Maladies à déclaration obligatoire. Rapport annuel 2001. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

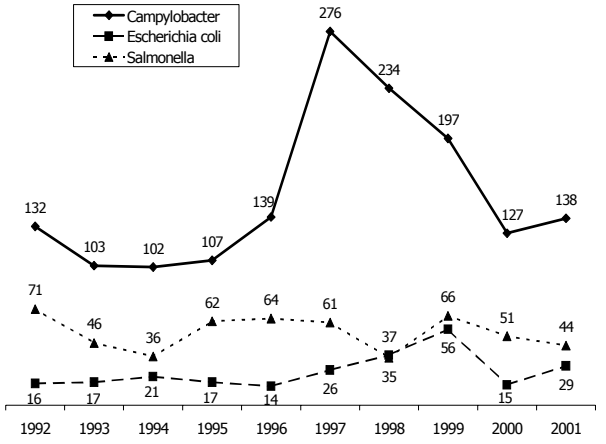
En ce qui concerne la syphilis, aucun cas n'a été déclaré depuis plusieurs années.

Les maladies à déclaration obligatoire (MADO)

Objectifs du PNSP : *réduire de 50 % le taux d'incidence des infections à Escherichia Coli 0157 et des infections à Salmonella enteritidis, et de 30 % celui des infections à Campylobacter; réduire le taux d'incidence annuel de tuberculose active à 2/100 000 personnes.*

Dans l'ensemble de la population, entre 1992 et 2001, les entérites à *Salmonella* s'avèrent deux fois plus fréquentes que celles à *Escherichia coli*, avec 536 cas contre 248, d'où une incidence moyenne respective de 18,5 et 8,5 pour 100 000 personnes. Le nombre de cas déclarés de ces entérites demeure stable. Les infections à *Campylobacter* représentent la principale cause d'entérites avec 1 555 cas pendant cette période soit une incidence annuelle moyenne de 54,8 pour 100 000. L'évolution du nombre de cas déclarés est intéressante car les données montrent une augmentation importante en 1997 (276 cas, soit environ 2,5 fois plus de cas que d'habitude). Une élévation qui s'est poursuivie pendant deux ans (234 cas en 1998 et 197 en 1999) avant un retour progressif à des nombres de cas plus habituels en 2000 et 2001 (127 et 138 cas).

Figure 42
Évolution du nombre de cas déclarés, de certaines maladies entériques, SLSJ, 1992 à 2001



Source: Direction de santé publique (2002). Maladies à déclaration obligatoire. Rapport annuel 2001. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

En ce qui concerne la tuberculose, les données observées montrent une légère diminution de l'incidence qui est passée d'environ 3,5 pour 100 000 au début des années 90 à moins de 2 pour 100 000 pour les années récentes (12 cas de 1999 à 2001).

1.9 Principaux documents de référence

BRODEUR, J.M., et autres, (2001). *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans*, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 151 p.

BRODEUR, J.M., et autres, (1999). *Étude sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans*, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 148 p.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE, C. Bouchard (sous la dir. de), (2003). *Tableau synoptique des indicateurs sociosanitaires par territoire – Le Québec, le Saguenay– Lac-Saint-Jean et ses territoires de CLSC,* Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 39 p.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE, C. Bouchard (sous la dir. de), (2001). *Les jeunes 6-17 ans et le soutien aux parents, Cahier thématique 2 - Plan directeur régional en promotion-prévention 2000-2003,* Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, pp. 17-43.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (2002). *Maladies à déclaration obligatoire*, *Rapport annuel 2001*, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 24 p.

GAUDREAULT, M., VEILLETTE, S. et M. PERRON (2003). *Cahier des fréquences. Comparaison des résultats de deux enquêtes régionales auprès des élèves du secondaire (1997 et 2002)*. Série Enquête régionale 2002 : Les jeunes du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Qui sont-ils ? Que font-ils? Jonquière, Groupe ÉCOBES, Cégep de Jonquière, 65 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2002). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, 520 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2000). *Enquête sociale et de santé, 1998*, Québec, 642 p. et annexes.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Le Portrait de santé : Le Québec et ses régions,* édition 2001, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 432 p.

LEFEBVRE, C. (2004). *Un portrait de la santé des jeunes Québécois de 0 à 17 ans*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 23 p.

LES CENTRES JEUNESSE DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN. *Rapport annuel 2002-2003*.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012* , Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 p.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2002). *Statistiques 2001 sur la criminalité au Québec,* Québec, Direction des affaires policières, de la prévention et des services de sécurité, ministère de la Sécurité publique, 82 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (2002). *Statistiques sur les prestataires du programme d'assistance-emploi*, Québec, Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

PAYETTE, M., et autres, (1991). *Enquête santé dentaire Québec 1989-1990 – Portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans, Rapport final*, Département de santé communautaire Hôpital Saint-Luc, Association des hôpitaux du Québec, Division CH-DSC, 260 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN, J.-F. Saint-Gelais (sous la dir. de), (2003). *Rapport annuel d'activités 2002-2003*.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN, J.-F. Saint-Gelais (sous la dir. de), (2002). *Rapport annuel d'activités 2001-2002*.

2. SYNTHÈSE DES ACTIVITÉS ET DES RÉSULTATS ATTENDUS PAR DOMAINE POUR LES 6-17 ANS ET LEURS PARENTS

Lexique

Activités : les activités sont prescrites par le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP). Ce sont les activités choisies par le Ministère pour contribuer à l'atteinte des objectifs de santé qu'il a fixés pour chacun des domaines.

Résultats attendus : ce sont les orientations de la région; il s'agit des résultats attendus pour la mise en œuvre de chacune des activités.

Responsabilité de mise en œuvre : la responsabilité de mise en œuvre est associée au niveau qui doit initier la mise en œuvre. Selon les résultats attendus, il peut s'agir d'une responsabilité régionale ou locale; dans certains cas, la responsabilité incombe aux deux paliers.

Numérotation

Chacune des activités est associée à un numéro composé de 3 chiffres. Le 1er chiffre désigne le groupe clientèle (de 1 à 5), le 2e chiffre réfère au domaine d'intervention (de 1 à 7) et le 3e chiffre représente la séquence des activités.

Le domaine du développement de l'adaptation et de l'intégration sociale					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
2.1.01	Généralisation des services relatifs à la consultation en matière de sexualité - du type clinique jeunesse - à la contraception orale d'urgence et des services gratuits d'interruption volontaire de grossesse à toutes les régions du Québec.	1	Que d'ici 2007, soit maintenu l'ensemble des services d'interruption volontaire de grossesse (IVG) soit l'accès aux services pré-post IVG dans chaque territoire de CLSC et l'accès aux services d'IVG dans au moins deux territoires.		X
		2	Que d'ici 2007, la contraception orale d'urgence (COU) soit accessible et promue sur chaque territoire de CLSC notamment en milieu scolaire, auprès des médecins, en centres jeunesse, en pharmacies, en centres hospitaliers et en CLSC.		X
		3	Que d'ici 2007, les services de type clinique jeunesse déjà offerts soient maintenus dans tous les territoires de CLSC.		X
		4	Que d'ici 2007, une clinique de type clinique jeunesse soit développée dans au moins deux territoires de CLSC de la région permettant ainsi d'offrir, entre autres, des services en matière de sexualité auprès des jeunes.		X
2.1.02	Intervention visant le développement des habiletés sociales des enfants (Programme expérimental de Montréal - *Fluppy*) dans les milieux scolaires primaires défavorisés.	1	Que d'ici 2007, soient appliqués prioritairement dans les 35 écoles primaires défavorisées*, des programmes tels, *Fluppy*, *Vers le Pacifique* et autres de ce type qui incluent un volet parent. *(telles qu'identifiées par la cote 8 à 10 selon les indicateurs socioéconomiques du ministère de l'Éducation et corroborés par les commissions scolaires respectives).		X
2.1.03	Élaboration et implantation, en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, d'une intervention globale et concertée pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'adaptation sociale.	1	Que d'ici 2006, soit diffusé, auprès des partenaires, le cadre de référence provincial pour l'implantation de l'intervention globale et concertée en milieu scolaire (*École en santé*).	X	
		2	Que d'ici 2007, soit mis en place une démarche visant le développement d'une intervention globale et concertée (*École en santé*) auprès d'au moins 25 % des écoles primaires et secondaires de la région.	X	X
		3	Que d'ici l'implantation d'une intervention globale et concertée, les activités et programmes en cours visant la prévention de problèmes d'adaptation sociale soient maintenus.		X
		4	Que d'ici 2006, chaque territoire de CLSC dispose de mécanismes formels et fonctionnels de soutien clinique offerts aux intervenants multisectoriels oeuvrant auprès des jeunes.		X
2.1.04	Organisation de campagnes de communication sociétales, portant sur la promotion des habiletés personnelles et sociales des enfants et des adolescents, et sur la prévention des problèmes psychosociaux qui les affectent tels que la violence, les agressions sexuelles et les problèmes de santé mentale.	1	D'ici 2007, réaliser à chaque année, des activités promotionnelles relatives à la prévention des problèmes psychosociaux dont la violence, le suicide et les problèmes de santé mentale.	X	X
		2	D'ici 2007, réaliser annuellement une activité régionale ainsi que des activités locales dans le cadre de la semaine de prévention des toxicomanies.	X	X
		3	D'ici 2007, tenir à chaque année dans la région, des activités promotionnelles de type campagne sociétale pour la prévention des abus sexuels faits aux enfants.	X	X
2.1.05	Promotion de l'application de lois et de règlements visant à restreindre l'accessibilité à l'alcool pour les jeunes de moins de 18 ans.	1	D'ici 2007, élaboration, en concertation avec les partenaires, d'un plan d'action régional visant la promotion de l'application des lois et règlements visant à restreindre l'accessibilité à l'alcool pour les jeunes de moins de 18 ans.	X	

Le domaine du développement de l'adaptation et de l'intégration sociale					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
2.1.06	Intervention globale au regard de la prévention du suicide par la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives, par l'organisation 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, par l'établissement des réseaux de sentinelles et par la concertation avec les partenaires du réseau et ceux des autres secteurs afin de faire diminuer la tolérance par rapport au suicide et la banalisation de ce problème.	1	Que d'ici 2007, 200 intervenants de la santé et des services sociaux, incluant les organismes communautaires de l'ensemble des territoires de CLSC, soient informés sur les dangers et les mesures à prendre lorsqu'il y a présence d'une arme à feu dans l'environnement d'une personne suicidaire, dépressive ou violente.	X	
		2	Que d'ici 2007, une campagne régionale d'information et de sensibilisation visant la réduction de l'accès aux médicaments ait été menée afin de prévenir les suicides et les accidents.	X	
		3	Que d'ici 2007, soit tenue annuellement une activité destinée à l'ensemble de la population sur l'entreposage sécuritaire des armes à feu et les risques associés à la présence de celles-ci (accidents, suicide, homicide).	X	
		4	Que d'ici 2007, les interventions actuellement en cours, liées à l'actualisation de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*, soient poursuivies.	X	X
		5	Que d'ici 2007, un groupe de pairs aidants en milieu scolaire et autres milieux de vie des jeunes, ait été implanté dans un territoire de CLSC.		X
Le domaine des habitudes de vie et de maladies chroniques					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
2.2.01	Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie dont la pratique régulière d'activité physique (30 minutes d'activité physique par jour).	1	Que d'ici 2006, 100 % des écoles primaires et secondaires aient reçu l'information dans le cadre du concours *École active* de Kino-Québec en promotion de l'activité physique.	X	
		2	Que d'ici 2006, 100 % des écoles secondaires aient reçu l'information sur la promotion de l'activité physique dans le cadre de la tournée *Équipe-Québec* en collaboration avec Kino-Québec.	X	
		3	Que d'ici 2007, 100 % des écoles primaires et secondaires aient reçu l'information dans le cadre de la Journée internationale *Marchons vers l'école* en collaboration avec Kino-Québec.	X	
		4	Que d'ici 2007, 100 % des écoles primaires et secondaires aient reçu de l'information en lien avec le répertoire *Jeunesse en action* en collaboration avec Kino-Québec.	X	
2.2.02	Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie dont le non-usage du tabac.	1	Que d'ici 2007, soient tenues annuellement des activités en lien avec les campagnes de communication : la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*, le *Défi J'arrête, j'y gagne!* et *La gang allumée pour une vie sans fumée*.	X	X
2.2.03	Conception et organisation dans les écoles primaires et secondaires d'activités axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie - par exemple : le non-usage du tabac, une saine alimentation, l'activité physique et l'hygiène dentaire - dans le cadre d'une intervention globale et concertée en promotion de la santé et en prévention.	1	Que d'ici 2006, la promotion d'un projet intégrateur, tel *ISO-ACTIF*, soit faite auprès de toutes les écoles de la région.	X	X
		2	Que d'ici 2007, soit conçue et organisée dans au moins 25 % des écoles primaires et secondaires de la région, une intervention globale et concertée.		X
		3	Que d'ici l'implantation d'une intervention globale et concertée, les activités suivantes soient maintenues au moins au niveau actuel de réalisation: le Concours *École active* de Kino-Québec, dans le but d'animer et d'aménager la cour d'école, le programme *Voltage*, la Journée internationale *Marchons vers l'école,* le programme *La gang allumée pour une vie sans fumée,* les représentations du théâtre rock *IN VIVO*, le programme *Mission TNT 06* des activités de promotion et de prévention en lien avec le *Programme public de services dentaires préventifs.*	X	X

Le domaine des habitudes de vie et de maladies chroniques					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
2.2.04	Counseling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires, l'activité physique et l'utilisation de fluorure, soit en se brossant les dents ou en prenant des suppléments fluorés.	1	D'ici 2007, qu'une centaine de professionnels de la santé aient suivi une formation en cessation tabagique, soit en counseling minimal ou intensif.	X	
		2	D'ici 2007, produire un avis sur la pertinence d'un programme de distribution de suppléments fluorés en CLSC comme alternative pour la population ayant de l'eau de consommation peu fluorée ou n'ayant pas accès à de l'eau de consommation artificiellement fluorée.	X	
		3	D'ici 2007, élaborer et diffuser un avis sur l'utilisation de fluorure destiné aux professionnels concernés du secteur privé et public.	X	
		4	D'ici 2005, assurer la mise en œuvre des services dentaires préventifs du *PNSP* dans tous les territoires de CLSC.		X
		5	D'ici 2007, soutenir et assurer la mise en œuvre des activités privilégiées en milieu scolaire ayant été retenues dans le *Plan d'action en matière de santé dentaire publique 2004-2012*.	X	X
		6	D'ici 2007, que le *Programme d'aide à la cessation tabagique* ait été dispensé, annuellement, à au moins 100 élèves d'écoles secondaires.		X
2.2.05	Suivi préventif individualisé en milieu scolaire afin que les enfants de la maternelle à la 3e année qui satisfont aux critères concernant le risque de carie dentaire, bénéficient de deux applications topiques de fluorure par année et des activités d'éducation à la santé dentaire.	1	D'ici 2007, maintenir dans tous les territoires de CLSC un suivi préventif individualisé en milieu scolaire, afin que les enfants de la maternelle à la 3e année répondant aux critères de risque de carie dentaire, bénéficient de deux applications topiques de fluorure par année et des activités d'éducation à la santé dentaire (services dentaires préventifs).		X
2.2.06	Application d'agents de scellement dentaire afin que les enfants de 5 à 15 ans, qui satisfont aux critères concernant le risque de carie dentaire, reçoivent des agents de scellement sur les faces des molaires permanentes qui présentent des fosses et des sillons.	1	D'ici 2007, assurer la mise en œuvre dans tous les territoires de CLSC de l'application d'agents de scellement dentaire afin que les enfants de 5 à 15 ans, répondant aux critères de risque de carie dentaire reçoivent, des agents de scellement sur les faces avec fosses et sillons des molaires permanentes (services dentaires préventifs).	X	X

Le domaine des traumatismes non intentionnels					
N°	**Activité**		**Résultats attendus**	**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
2.3.01	Promotion de l'application adéquate de la norme de sécurité existante concernant les aménagements des aires et des équipements de jeu auprès des municipalités, des écoles et des centres de la petite enfance (CPE).	1	Que d'ici 2006, quatre formations aient été offertes aux CLSC, aux municipalités, aux commissions scolaires, aux écoles, aux établissements de plein air, aux entreprises récréotouristiques et dans les Centres de la petite enfance (CPE) afin qu'ils soient en mesure d'appliquer la norme volontaire « CAN/CSA-614-03 », sur la sécurité des aires de jeu publiques.	X	

Le domaine des maladies infectieuses					
N°	**Activité**		**Résultats attendus**	**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
2.4.01	Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche des jeunes inscrits au secondaire III.	1	Que d'ici 2007, 95 % des jeunes (jusqu'au secondaire III) soient vaccinés adéquatement contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche.	X	X
2.4.02	Vaccination contre l'hépatite B des élèves de 4e année.	1	Que d'ici 2007, 95 % des élèves de 4e année soient vaccinés adéquatement contre l'hépatite B.	X	X

Le domaine des maladies infectieuses					
N°	**Activité**		**Résultats attendus**	**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
2.4.03	Mise en place d'un plan de promotion de la vaccination.	1	Que d'ici 2007, l'autocollant *la vaccination*, *un plus pour ma santé*, soit remis à chaque enfant après sa vaccination contre l'hépatite B en 4e année.		X
2.4.04	Intervention visant l'échange de seringues pour prévenir la transmission du virus de l'hépatite B et du virus de l'hépatite C ainsi que la transmission du VIH.	1	Que d'ici 2005, le nouveau matériel recommandé par le MSSS pour les trousses UDI soit disponible.	X	X
		2	Que d'ici 2007, le réseau *Programme d'échange de seringues* (P.E.S.) soit maintenu et accessible pour les UDI.	X	X
2.4.05	Promotion des comportements préventifs par la sensibilisation de la population aux conséquences du VIH/sida, du VHC et des ITS.	1	Que d'ici 2007, 100 % des CLSC et Centres de santé autochtones aient implanté, dans leurs écoles d'éducation aux adultes, des activités visant la promotion de l'usage du condom et autres comportements sécuritaires.	X	X
		2	Que d'ici 2007, soit conçue et organisée dans au moins 25 % des écoles secondaires de la région, une intervention globale et concertée visant l'acquisition de comportements sains et sécuritaires en matière de sexualité.	X	X

3. ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE POUR LES 6–17 ANS ET LEURS PARENTS

Lexique

Activités : les activités sont prescrites par le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP). Ce sont les activités choisies par le Ministère pour contribuer à l'atteinte des objectifs de santé qu'il a fixés pour chacun des domaines.

Niveau actuel d'implantation : le niveau d'implantation est assigné au regard de l'activité PNSP plutôt que d'un ou des projets qui la compose; il s'agit d'un des trois niveaux suivants :

- *À mettre en place* : activité nouvelle à implanter;
- *À maintenir* : activité existante à poursuivre telle quelle;
- *À consolider* : activité existante à modifier ou à restructurer.

Voie d'action incontournable : activité prévue dans l'entente MSSS-CSST ou encore, activité à mettre en place dans le cas d'une menace pour la santé de la population par un agent biologique, chimique ou physique souvent associé aux intoxications, infections et maladies à déclaration obligatoire ou à des manifestions cliniques inhabituelles associées à une vaccination et associées à des mesures population-nelles de protection reconnues efficaces (ex. : vaccination, médication prophylaxique, quarantaine). Dans ces situations, il y a souvent nécessité d'agir rapidement.

État de la situation : il s'agit d'un bilan de la situation régionale réalisé en 2003 dans une perspective régionale.

Structure de concertation et de coordination : les membres des comités ou des tables régionales indiqués dans cette section, sont ceux qui travaillent à la réalisation de l'activité et qui contribueront à l'atteinte des résultats attendus.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre : il s'agit des résultats attendus pour la mise en œuvre de chacune des activités. Ce sont les orientations de la région.

La responsabilité de mise en œuvre est associée au niveau qui doit initier la mise en œuvre. Selon les résultats attendus, il peut s'agir d'une responsabilité régionale ou locale; dans certains cas, la responsabilité incombe aux deux paliers.

Rôles et contributions attendus des acteurs : la liste des partenaires, dont la collaboration est sollicitée pour atteindre les résultats exprimés plus haut, est énumérée. Pour chacun, on indique les rôles et contributions attendus au regard de la mise en œuvre.

Numérotation

Chacune des activités est associée à un numéro composé de 3 chiffres. Le 1er chiffre désigne le groupe clientèle (de 1 à 5), le 2e chiffre réfère au domaine d'intervention (de 1 à 7) et le 3e chiffre représente la séquence des activités.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE — N° : 2.1.01

Activité : Généralisation des services relatifs à la consultation en matière de sexualité - du type clinique jeunesse - à la contraception orale d'urgence et des services gratuits d'interruption volontaire de grossesse à toutes les régions du Québec.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Le service d'interruption volontaire de grossesse (IVG) du premier trimestre est accessible dans deux territoires soit, le CLSC du Grand Chicoutimi et au Centre régional de planification familiale du Carrefour de Santé de Jonquière. L'IVG du deuxième trimestre est référée selon des ententes à Québec. L'ensemble des CLSC du Saguenay–Lac-Saint-Jean offre le service pré-post IVG.

Un groupe de travail IVG constitué d'intervenantes oeuvrant auprès de cette clientèle, est formé depuis 1998. L'objectif premier est de bâtir un système régional informatisé des données IVG. Les rencontres du groupe permettent également l'échange et le partage d'expertise clinique. Récemment, une démarche éthique a été entreprise afin d'élaborer, entre autres, une action préventive à l'égard des grossesses non planifiées.

L'accessibilité à la contraception orale d'urgence (COU) est assez bien déployée sur l'ensemble du territoire touchant les CLSC et le milieu scolaire. Les pharmaciens peuvent, depuis octobre 2001, remettre la contraception orale d'urgence (COU) sans ordonnance médicale. Depuis décembre 2003, la consultation auprès de ce professionnel ne comporte plus aucun frais pour la patiente. Le contraceptif lui-même n'est pas gratuit mais est remboursable tant au régime public que privé d'assurance. De façon générale, la contraception orale d'urgence (COU) est encore sous-utilisée.

Les cliniques jeunesse sont peu implantées dans les CLSC et très hétérogènes d'un territoire à l'autre. Dans les territoires Chicoutimi et Maria-Chapdelaine, il n'y a pas d'équipe multidisciplinaire mais un service de dépistage des infections transmissibles sexuellement (ITS) est offert. Le projet *Infirmière de milieu* du territoire Chicoutimi est à sa quatrième année d'implantation et vise les jeunes de la rue (12-30 ans). Une clinique jeunesse spécialisée, accessible sur référence médicale, a été mise sur pied en septembre au Complexe hospitalier de la Sagamie à raison de 3 jours/semaine. Celle du territoire Jonquière offre des services aux jeunes aux prises avec une problématique de santé mentale. Dans le territoire La Baie, une clinique Planning-ITS est accessible une demi-journée par semaine à toute la population. En milieu scolaire, un service de consultation médicale est disponible sur 3 territoires. En effet, à raison d'une demi-journée par semaine, des médecins offrent leurs services aux

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

LOCALE

1. Que d'ici 2007, soit maintenu l'ensemble des services d'interruption volontaire de grossesse (IVG) soit l'accès aux services pré-post IVG dans chaque territoire de CLSC et l'accès aux services d'IVG dans au moins 2 territoires.
2. Que d'ici 2007, la contraception orale d'urgence (COU) soit accessible et promue sur chaque territoire de CLSC notamment en milieu scolaire, auprès des médecins, en centres jeunesse, en pharmacies, en centres hospitaliers et en CLSC.
3. Que d'ici 2007, les services de type clinique jeunesse déjà offerts soient maintenus dans tous les territoires de CLSC.
4. Que d'ici 2007, une clinique de type clinique jeunesse soit développée dans au moins 2 territoires de CLSC de la région permettant ainsi d'offrir, entre autres, des services en matière de sexualité auprès des jeunes.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à la mise en œuvre des services à l'égard des cliniques jeunesse, des services d'interruption volontaire de grossesse (IVG) et de la contraception orale d'urgence (COU). Participation au comité régional Enfance-Jeunesse-Famille (CREJF) et au groupe de travail IVG.

CLSC : Mise en place d'une clinique jeunesse ou maintien des services. Mise en place ou collaboration au maintien des services d'interruption volontaire de grossesse (IVG). Mise en place de mesures pour rendre accessible la contraception orale d'urgence (COU) et les condoms. Participation au comité régional Enfance-Jeunesse-Famille (CREJF) et au groupe de travail IVG.

CH : Collaboration à la mise en place de services rendant accessible la contraception orale d'urgence (COU). Maintien du service IVG.

Centres jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean : Mise en place de mesures pour rendre accessible à leur clientèle les cliniques jeunesse, la contraception orale d'urgence (COU), les condoms et le counseling en matière de sexualité.

écoles secondaires Dominique-Racine et Lafontaine de Chicoutimi, la polyvalente de La Baie et la polyvalente de Roberval.

Structures de concertation et de coordination

- Comité régional Enfance-Jeunesse-Famille (CREJF)
- Groupe de travail IVG

Écoles : Mise en place de mesures pour rendre accessibles à leur clientèle les cliniques jeunesse, la contraception orale d'urgence (COU), les condoms et le counseling en matière de sexualité.

Groupes de médecine de famille (GMF) - Cabinets médicaux : Collaboration à la mise en place de services en matière de sexualité incluant la prescription à l'avance de la contraception orale d'urgence (COU).

Organismes communautaires : Collaboration à la mise en place de mesures pour rendre accessibles à leur clientèle les condoms. Collaboration à la promotion de la contraception orale d'urgence (COU) et des services de consultation en matière de sexualité du territoire.

Pharmaciens : Collaboration à la mise en place de services en matière de sexualité en rendant accessible la contraception orale d'urgence (COU) et en référant aux ressources de leur territoire.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE — N° : 2.1.02

Activité : Intervention visant le développement des habiletés sociales des enfants (Programme expérimental de Montréal - *Fluppy)* dans les milieux scolaires primaires défavorisés.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Le programme *Fluppy*, comporte trois volets : enseignants, parents et enfants. L'efficacité de ce programme est reconnue en matière de développement des compétences sociales des enfants. Il vise la prévention de plusieurs problèmes tels que les troubles de comportement, de violence, de toxicomanie et d'autres dépendances.

Le programme est actuellement implanté dans l'ensemble des écoles de 3 commissions scolaires. Quant à la quatrième, soit celle des Rives-du-Saguenay, seules 5 écoles primaires de son territoire ont implanté *Fluppy*.

Les CLSC y sont aussi impliqués, particulièrement au regard du volet parents. Depuis septembre 2003, 5 CLSC ont spécifiquement dégagé du temps-intervenant : Grand Chicoutimi, Le Norois, des Prés-Bleus, Carrefour de santé de Jonquière et Centre Cléophas-Claveau.

Par ailleurs, *Vers le Pacifique* est un programme visant également le développement des compétences sociales des enfants et la prévention des comportements violents. Il est appliqué dans de nombreuses écoles primaires de la région et plusieurs CLSC soutiennent leurs interventions.

De plus, divers autres programmes visant les mêmes objectifs de prévention se font hors du milieu scolaire par des organismes communautaires dans le cadre de projets spécifiques financés par la Direction de santé publique ou dans le cadre de leurs activités régulières. Mentionnons entre autres, ceux offerts par les Associations de parents, les Maisons des Familles, les Maisons de jeunes, les Centres de soir, les Cafés jeunesse, etc.

De nombreux intervenants souhaitent que le programme *Fluppy* soit étendu à l'ensemble des écoles, car les problèmes de violence et de comportements ne se limitent pas aux écoles primaires défavorisées.

Structures de concertation et de coordination

· Comité régional d'implantation *Fluppy*

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

LOCALE

1. Que d'ici 2007, soient appliqués prioritairement dans les 35 écoles primaires défavorisées*, des programmes tels, *Fluppy, Vers le Pacifique* et autres de ce type qui incluent un volet parent.

   * (telles qu'identifiées par la cote 8 à 10 selon les indicateurs socioéconomiques du ministère de l'Éducation et corroborées par les commissions scolaires respectives).

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à la mise en œuvre des programmes (formation, expert-conseil, promotion du programme, etc.). Soutien au Comité régional d'implantation *Fluppy*.

CLSC : En collaboration avec le réseau scolaire, soutien au développement des programmes (*Fluppy*, *Vers le Pacifique*, etc.). Mise en œuvre du volet parents de ces différents programmes. Soutien au Comité régional d'implantation *Fluppy*.

Centres jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean : Mise en œuvre en collaboration avec les CLSC et le réseau scolaire du volet parents des programmes de type *Fluppy*, *Vers le Pacifique*, etc. Soutien au Comité régional d'implantation *Fluppy*.

Commissions scolaires : Soutien aux écoles dans l'application des programmes (*Fluppy, Vers le Pacifique*, etc.) volet enseignants et volet jeunes. Collaboration avec le réseau de la santé pour la mise en œuvre.

Direction régionale du ministère de l'Éducation (Service régional de soutien aux troubles de comportement) : Responsable du Comité régional d'implantation de *Fluppy*, soutien aux commissions scolaires et aux écoles.

Écoles : Mise en œuvre des programmes plus spécifiquement auprès des enfants et des enseignants. Collaboration avec le réseau de la santé plus spécifiquement pour le volet de l'intervention auprès des parents.

Organismes communautaires : Collaboration aux activités et à la concertation. Poursuite d'activités préventives en milieu scolaire et hors milieu scolaire.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE **N° : 2.1.03**

Activité : Élaboration et implantation, en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, d'une intervention globale et concertée pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'adaptation sociale.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

L'intervention globale et concertée en milieu scolaire aussi appelée *École en santé* est un ensemble planifié et intégré de programmes, de services et d'activités de promotion et de prévention en remplacement d'actions souvent ponctuelles et fragmentées, sans lien les unes avec les autres. Cette intervention vise à favoriser le développement physique, intellectuel, social et cognitif du jeune par des actions soutenues au fil des ans et adaptées à son niveau de développement. Elle agit sur des facteurs tels que, l'estime de soi, la compétence sociale, les habitudes de vie, les comportements sains et sécuritaires, les environnements favorables et les services préventifs. Cette intervention cible à la fois les jeunes et l'école mais aussi la famille et la communauté.

Dans la région, l'approche *Jeunes en santé* constitue une première étape vers ce type d'intervention. En effet, elle chapeaute différents programmes ciblant les habitudes de vie ainsi que la socialisation des jeunes. La responsabilité en est conjointement assurée par la Direction de santé publique et la Direction régionale du ministère de l'Éducation (MEQ). Les 6 CLSC de la région y sont impliqués. En 2002-2003, 82 écoles primaires et 9 écoles secondaires y ont participé bien qu'à différents niveaux d'intensité. Une évaluation de *Jeunes en santé* a été réalisée et les résultats seront diffusés en 2004.

Plusieurs programmes et activités visant la prévention de problèmes d'adaptation sociale sont déjà offerts aux jeunes en milieu scolaire. Ces programmes et activités ciblent plus spécifiquement l'estime de soi (*Reasoner*), les comportements pacifiques (*Fluppy*, *Vers le Pacifique*), les rapports égalitaires (*VIRAJ*), une saine sexualité, la prévention des abus sexuels (*Mon corps, c'est mon corps*), la prévention du suicide et de la toxicomanie.

Suite à la parution de l'entente MEQ-MSSS et, en décembre 2003, du guide *Une école en santé pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes* qui met de l'avant l'intervention globale et concertée, la réalisation de ces différents programmes et activités devra maintenant être planifiée à l'intérieur du cadre de cette intervention.

En ce sens, l'intervention globale et concertée contribue à l'actualisation de la nouvelle entente de complémentarité MEQ-MSSS plus particulièrement au

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE

1. Que d'ici 2006, soit diffusé, auprès des partenaires, le cadre de référence provincial pour l'implantation de l'intervention globale et concertée en milieu scolaire (*École en santé*).

REGIONALE ET LOCALE

2. Que d'ici 2007, soit mis en place une démarche visant le développement d'une intervention globale et concertée (*École en santé*) auprès d'au moins 25 % des écoles primaires et secondaires de la région.

LOCALE

3. Que d'ici l'implantation d'une intervention globale et concertée, les activités et programmes en cours visant la prévention de problèmes d'adaptation sociale soient maintenus.
4. Que d'ici 2006, chaque territoire de CLSC dispose de mécanismes formels et fonctionnels de soutien clinique offerts aux intervenants multisectoriels oeuvrant auprès des jeunes.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Diffusion du cadre de référence. Coordination régionale, en partenariat avec la Direction régionale du MEQ, de la démarche d'implantation de l'intervention globale et concertée en milieu scolaire. Coordination en partenariat avec la Direction des services sociaux et la Direction régionale du MEQ de l'application régionale de l'entente de complémentarité MEQ-MSSS. Soutien aux activités et programmes de prévention en milieu scolaire. Responsable du Comité de gestion Jeunes en santé. Participation au Comité régional Enfance-Jeunesse-Famille et au Comité régional pour la prévention de l'abandon scolaire.

CLSC : Élaboration et mise en œuvre, conjointement avec la commission scolaire et les autres partenaires, d'un plan d'action visant le développement de l'approche globale et concertée en milieu scolaire dans le cadre de l'entente de complémentarité MEQ-MSSS. Développement et mise en place de mécanismes de support clinique à l'intention des intervenants multisectoriels, de la mise en place d'outils de monitoring, du support clinique dispensé annuellement.

volet prévention-promotion. Le Comité régional Enfance-Jeunesse-Famille qui regroupe des représentants de l'ensemble des institutions et des organismes préoccupés par le développement et le bien-être des enfants et de leur famille a été désigné comme le mécanisme régional pour l'implantation régionale de l'entente de complémentarité.

Par ailleurs, compte tenu que plusieurs jeunes adolescents de 16 ans se retrouvent dans des Centres de formation pour adultes, quelques-uns de ces derniers ont développé en collaboration avec les CLSC et les organismes communautaires de leur territoire des interventions intégrées et planifiées qui visent à répondre aux besoins des jeunes.

Enfin, mentionnons que la Direction de santé publique a, depuis 1983, apporté un soutien clinique en relation d'aide à plus de 97 groupes d'intervenants qui œuvrent auprès des jeunes et de leur famille. Plusieurs établissements du réseau et la majorité des CLSC offrent aussi ce type de soutien bien qu'à différents niveaux d'intensité.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de gestion de Jeunes en santé
- Comité régional Enfance-Jeunesse-Famille (CREJF)
- Comité régional MEQ-MSSS
- Conseil régional pour la prévention de l'abandon scolaire (CREPAS)

Centres jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean : Participation au Comité régional Enfance-Jeunesse-Famille. Supervision clinique des éducateurs en prévention des toxicomanies en milieu scolaire (EPT). Participation à la concer-tation locale.

Commissions scolaires : Élaboration et mise en œuvre conjointement avec le CLSC et les autres partenaires, d'un plan d'action visant le développement de l'approche globale et concertée en milieu scolaire dans le cadre de l'entente de complémentarité MEQ-MSSS.

Direction régionale du MEQ : Diffusion du cadre de référence. Coordination régionale, en partenariat avec la Direction de santé publique, de la démarche d'implantation de l'intervention globale et concertée en milieu scolaire. Coordination régionale en partenariat avec l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean de l'application de l'entente de complémentarité MEQ-MSSS. Soutien au Comité régional Enfance-Jeunesse-Famille et aux comités locaux. Promotion dans le réseau de l'éducation de l'intervention globale et concertée en milieu scolaire.

Écoles : Mise en place d'un Comité École en santé responsable du développement de l'intervention globale et concertée intégrée au projet de réussite éducative de l'école. Collaboration à la mise en œuvre des programmes et activités de prévention.

Organismes communautaires : Participation au Comité régional Enfance-Jeunesse-Famille. Collaboration avec l'équipe-école de leur territoire dans le cadre d'une intervention globale et concertée. Collaboration à la mise en œuvre des programmes et activités de prévention. Participation à la concertation locale.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCALE — N° : 2.1.04

Activité : Organisation de campagnes de communication sociétales, portant sur la promotion des habiletés personnelles et sociales des enfants et des adolescents, et sur la prévention des problèmes psychosociaux qui les affectent tels que la violence, les agressions sexuelles et les problèmes de santé mentale.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Parmi les campagnes de communication, portant sur la promotion des habiletés personnelles et sociales des enfants et des adolescents ainsi que sur la prévention des problèmes psychosociaux, certaines d'entre elles sont à signaler.

La campagne *J'ai quelque chose à te dire* (prévention des abus sexuels faits aux enfants) en est à sa troisième année d'application. Bien que divers partenaires s'impliquent, les investissements financiers sont à consolider pour l'impression d'outils et la diffusion du message télévisuel.

Une autre activité promotionnelle sur la prévention des abus sexuels est offerte dans certaines écoles primaires de la région. Il s'agit du projet *Il faut que tu le dises* qui comprend une présentation théâtrale, un livre à colorier et un CD remis aux enfants. Ce projet est parrainé par la Fondation Marie-Vincent, mais les écoles doivent débourser quelques centaines de dollars pour l'avoir.

La campagne provinciale *Parler, c'est grandir* a permis la venue de la roulotte Ados express, laquelle a visité 6 écoles secondaires de la région, soit 1 par territoire de CLSC.

Il faut également mentionner la *Semaine de prévention des toxicomanies*, laquelle se tient depuis plus de 10 ans au cours du mois de novembre et qui bénéficie d'une grande visibilité régionale.

De plus, l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) ainsi que le Centre de prévention du suicide 02 (CPS-02), mènent annuellement des campagnes pour la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide.

On remarque, par contre, que les jeunes de 6-12 ans sont moins visés par ce type de campagne.

Structures de concertation et de coordination

- Comité organisateur pour la semaine de prévention des toxicomanies
- Table régionale de prévention des toxicomanies
- Table régionale prévention des abus sexuels faits aux enfants

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. D'ici 2007, réaliser à chaque année, des activités promotionnelles relatives à la prévention des problèmes psychosociaux dont la violence, le suicide et les problèmes de santé mentale.
2. D'ici 2007, réaliser annuellement une activité régionale ainsi que des activités locales dans le cadre de la semaine de prévention des toxicomanies.
3. D'ici 2007, tenir à chaque année dans la région, des activités promotionnelles de type campagne sociétale pour la prévention des abus sexuels faits aux enfants.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Mise en œuvre de campagnes de communication en prévention des toxicomanies et des abus sexuels (planification, gestion financière, information, évaluation, etc.). Soutien à la mise en œuvre des campagnes de communication sociétales du MSSS, telle que celle de *Parler, c'est grandir*. Responsable de la concertation régionale en prévention des toxicomanies et en prévention des abus sexuels faits aux enfants. Soutien au Comité organisateur de la semaine de prévention des toxicomanies.

CLSC : Mise en œuvre d'activités promotionnelles en lien avec la prévention des abus sexuels et la prévention des toxicomanies. Implication dans les écoles pour soutenir les activités relatives aux campagnes promotionnelles du MSSS. Soutien à la concertation.

Centres jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean : Soutien à la concertation multisectorielle (toxicomanie et abus sexuels).

Direction régionale du MEQ et Commissions scolaires : Participation à la concertation multisectorielle.

Écoles : Mise en œuvre d'activités préventives lors de la semaine de prévention des toxicomanies et lors des campagnes promotionnelles du MSSS.

Le réseau des délégués sociaux de la FTQ : Mise en œuvre d'activités de prévention en toxicomanie en milieu de travail. Soutien à la concertation multisectorielle.

Organismes communautaires en toxicomanie : Mise en œuvre d'activités en prévention des toxicomanies. Soutien à la concertation multisectorielle.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE **N° : 2.1.05**

Activité : Promotion de l'application de lois et de règlements visant à restreindre l'accessibilité à l'alcool pour les jeunes de moins de 18 ans.

Niveau actuel d'implantation : À mettre en place

État de la situation

Dans la région, l'application de la loi visant à restreindre l'accessibilité aux bars pour les jeunes de moins de 18 ans se fait de façon inégale d'un territoire à l'autre et d'un établissement licencié à l'autre. En effet, à certains soirs, on retrouverait une large clientèle de moins de 18 ans dans plusieurs de ces établissements.

De plus, bien que des campagnes provinciales diffusent aux dépanneurs le message de ne pas vendre d'alcool aux mineurs, plusieurs d'entre eux font encore fi de ce règlement.

Structures de concertation et de coordination

· Comité régional de prévention des toxicomanies

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE

1. D'ici 2007, élaboration, en concertation avec les partenaires, d'un plan d'action régional visant la promotion de l'application des lois et règlements visant à restreindre l'accessibilité à l'alcool pour les jeunes de moins de 18 ans.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Élaboration du plan d'action régional en collaboration avec le Comité régional de prévention des toxicomanies. Coordination du Comité régional en prévention des toxicomanies.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE — N° : 2.1.06

Activité : Intervention globale au regard de la prévention du suicide par la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives, par l'organisation 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, par l'établissement des réseaux de sentinelles et par la concertation avec les partenaires du réseau et ceux des autres secteurs afin de faire diminuer la tolérance par rapport au suicide et la banalisation de ce problème.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Régionalement, le Centre de prévention du suicide 02 (CPS-02) a le mandat d'assurer le leadership de l'actualisation de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide - S'entraider pour la vie*, de concert avec les parteniaires concernés. Il est le principal initiateur de comités et d'activités de prévention, d'intervention et de postvention sur l'ensemble des territoires. Également le CPS-02 sensibilise les médias relativement aux règles à suivre lors du traitement d'information relative à la problématique du suicide.

Dans chacun des territoires, on retrouve un groupe de travail sur l'actualisation de la *Stratégie* (intersectoriel, multidisciplinaire). Des guides d'intervention et de références sont disponibles dans 3 territoires de CLSC, d'autres guides seront également développés dans les 3 autres territoires. En appui à ces guides, le CPS-02 offre une formation de 3 heures sur leur utilisation.

Toujours en lien avec la *Stratégie*, un comité aviseur sur les risques associés aux armes à feu se rencontre régulièrement afin de réaliser et soutenir des activités favorisant la réduction de l'accès à celles-ci comme : le soutien des pratiques cliniques préventives (formations d'intervenants, démarche auprès du Département régional de médecine générale visant à faciliter le retrait préventif, si un médecin le juge nécessaire) et la sensibilisation de la population (médias, napperons, feuillets éducatifs, tirage de verrous, etc.). La mobilisation et le soutien constant de nombreux partenaires contribuent à l'atteinte des clientèles ciblées et des objectifs de prévention.

Le CPS-02 développe des réseaux de pairs aidants, de groupes d'entraide, de sentinelles et d'aidants naturels. Ces derniers sont constitués de personnes sélectionnées, formées et soutenues pour reconnaître les personnes suicidaires et les accompagner vers les ressources d'aide. De plus, des rencontres-échanges auprès de groupes à risque sont réalisées dans l'ensemble de la région.

En collaboration avec ses partenaires, un projet visant à réduire les risques de suicide associés aux médicaments est en cours de réalisation.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE

1. Que d'ici 2007, 200 intervenants de la santé et des services sociaux, incluant les organismes communautaires de l'ensemble des territoires de CLSC, soient informés sur les dangers et les mesures à prendre lorsqu'il y a présence d'une arme à feu dans l'environnement d'une personne suicidaire, dépressive ou violente.
2. Que d'ici 2007, une campagne régionale d'information et de sensibilisation visant la réduction de l'accès aux médicaments ait été menée afin de prévenir les suicides et les accidents.
3. Que d'ici 2007, soit tenue annuellement une activité destinée à l'ensemble de la population sur l'entreposage sécuritaire des armes à feu et les risques associés à la présence de celles-ci (accidents, suicide, homicide).

REGIONALE ET LOCALE

4. Que d'ici 2007, les interventions actuellement en cours, liées à l'actualisation de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*, soient poursuivies.

LOCALE

5. Que d'ici 2007, un groupe de pairs aidants en milieu scolaire et autres milieux de vie des jeunes, ait été implanté dans un territoire de CLSC.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à la mise en place d'activités (information, subvention, promotion, soutienl, etc.). Promotion et soutien à la concertation. Participation au Comité régional en santé mentale (CRSM) et au comité aviseur.

CLSC : Participation aux activités et à la concertation.

Centre de prévention du suicide 02 (CPS-02) : Actualisation de *la Stratégie québécoise d'action face au suicide*. Poursuite des formations, de la concertation et des activités au regard des risques associés aux armes à

Un DVD interactif en promotion-prévention intitulé *Agir avant, agir à temps* destiné aux adultes et aux intervenants oeuvrant auprès des jeunes a vu le jour en 2003.

Les interventions auprès des jeunes se déroulent majoritairement en milieu scolaire en collaboration avec les partenaires. Ces activités interpellent les jeunes entre autres sur : l'estime de soi, l'homosexualité, la santé mentale, les relations amoureuses (ex. : *Prêter main forte, Solidaire pour la vie*).

La concertation se retrouve également à l'intérieur des Tables jeunesse dans chaque territoire de CLSC.

La collaboration des CLSC, du milieu scolaire et du CPS-02 pour des activités de postvention est présente partout.

Structures de concertation et de coordination

- Comité aviseur sur les risques associés aux armes à feu
- Comité régional en santé mentale

feu. Implantation d'un réseau de sentinelles ou d'aidants naturels. Tenue d'une campagne visant la réduction de l'accès aux médicaments.

Centres jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean : Participation aux activités et à la concertation.

Commissions scolaires : Participation aux activités et à la concertation.

Corps policiers : Participation aux activités et à la concertation.

Groupes de médecine de famille (GMF) - Cabinets médicaux – Pharmaciens : Participation aux activités.

Organismes communautaires : Participation aux activités et à la concertation.

Domaine : HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES — N° : 2.2.01

Activité : Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie dont la pratique régulière d'activité physique (30 minutes d'activité physique par jour).

Campagne de communication

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Le concours *École active* en est à sa troisième année. Il est de plus en plus connu des écoles. Nous sommes passé de 4 écoles en 2001 à 15 écoles en 2002 et 30 écoles en 2003. Ont été remis 4 000 $ de bourses à 6 écoles.

La Journée internationale *Marchons vers l'école* a permis de réaliser une ou des activités dans 6 écoles.

La tournée *Vis ton énergie* a été réalisée à l'école Curé-Hébert d'Hébertville ainsi qu'à la Cité étudiante de Roberval. Près de 600 étudiants de niveau secondaire ont eu la chance d'entendre et d'échanger avec le médaillé canadien Marc Gagnon sur l'importante contribution de l'activité physique pour la santé.

Jeunesse en action est un outil de communication régional faisant la promotion des différents programmes d'activités physiques disponibles dans les écoles. Un répertoire est créé et diffusé depuis deux ans par le Regroupement Loisirs et Sports Saguenay–Lac-Saint-Jean, en collaboration avec Kino-Québec.

Structures de concertation et de coordination

Table des organismes régionaux en loisir et en sport

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE

1. Que d'ici 2006, 100 % des écoles primaires et secondaires aient reçu l'information dans le cadre du concours *École active* de Kino-Québec en promotion de l'activité physique.
2. Que d'ici 2006, 100 % des écoles secondaires aient reçu l'information sur la promotion de l'activité physique dans le cadre de la tournée *Équipe-Québec* en collaboration avec Kino-Québec.
3. Que d'ici 2007, 100 % des écoles primaires et secondaires aient reçu l'information dans le cadre de la Journée internationale *Marchons vers l'école* en collaboration avec Kino-Québec.
4. Que d'ici 2007, 100 % des écoles primaires et secondaires aient reçu de l'information en lien avec le répertoire *Jeunesse en action* en collaboration avec Kino-Québec.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Promotion de l'activité physique par son programme Kino-Québec. Organisation, mise en œuvre et coordination de campagnes de communication. Soutien aux partenaires (formation, conception d'outils, soutien à la concertation). Soutien au développement d'une approche globale et concertée en milieu scolaire.

CLSC : Soutien à la promotion et à la réalisation de campagnes de communication qui favorisent l'acquisition de saines habitudes de vie, dont l'activité physique.

Association régionale du sport étudiant : Soutien aux écoles pour la réalisation de projets de type *ISO-ACTIF* (promotion de l'activité physique, du non-usage du tabac et d'une saine alimentation) qui favorisent l'acquisition de saines habitudes de vie.

Commissions scolaires : Soutien à la promotion de l'activité physique dans les écoles et au développement de projets de concertation scolaire et municipale qui permettront le développement d'environnements accessibles et sécuritaires.

Écoles : Soutien à la promotion, à la réalisation et à l'organisation de projets d'activités physiques dans le cadre d'une approche globale et concertée favorisant l'acquisition de saines habitudes de vie.

	Maison des jeunes et autres organismes communautaires : Soutien à la promotion, à la réalisation et à l'organisation de projets d'activités physiques qui favorisent l'acquisition de saines habitudes de vie. **Municipalités :** Soutien à l'implantation de politiques qui favorisent la promotion de l'activité physique dans les écoles, par des projets de concertation scolaire et municipale permettant le développement d'environnements accessibles et sécuritaires. **Regroupement Loisirs et Sports Saguenay–Lac-Saint-Jean :** Promotion auprès des écoles, municipalités, commissions scolaires et autres partenaires de programmes sur les saines habitudes de vie, dont l'activité physique, par divers moyens de communication.

Domaine : HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES **N° : 2.2.02**

Activité : Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie dont le non-usage du tabac.

Niveau actuel d'implantation : À maintenir

État de la situation

Chaque année, la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*, le défi *J'arrête, j'y gagne!* et *La gang allumée pour une vie sans fumée* sont planifiés et promus régionalement. Ces événements font l'objet d'une bonne couverture médiatique.

Par ailleurs, en 2002-2003, 10 écoles et 16 maisons de jeunes ont réalisé des projets dans le cadre du programme *La gang allumée pour une vie sans fumée*.

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, soient tenues annuellement des activités en lien avec les campagnes de communication : la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*, le *Défi J'arrête, j'y gagne!* et *La gang allumée pour une vie sans fumée*.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Mise en œuvre régionale des campagnes de promotion.

CLSC : Promotion des activités en lien avec la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac* et le *Défi J'arrête, j'y gagne!* Promotion et réalisation de projets *La gang allumée pour une vie sans fumée* avec les écoles secondaires.

Centre de santé de Mashteuiatsh : Promotion des activités en lien avec la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac* et le *Défi J'arrête, j'y gagne!* Promotion et réalisation d'un projet *La gang allumée pour une vie sans fumée* avec l'école secondaire.

Centres jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean : Promotion des activités en lien avec la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac* et le *Défi J'arrête, j'y gagne!* Promotion et réalisation d'un projet *La gang allumée pour une vie sans fumée.*

Commissions scolaires et écoles primaires : Promotion des activités en lien avec la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac* et le *Défi J'arrête*, *j'y gagne!* Promotion et réalisation d'un projet *La gang allumée pour une vie sans fumée* par les écoles secondaires.

Maisons de jeunes : Promotion des activités en lien avec la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac* et le *Défi J'arrête, j'y gagne!* Promotion et réalisation d'un projet *La gang allumée pour une vie sans fumée.*

Domaine : HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES — N° : 2.2.03

Activité : Conception et organisation dans les écoles primaires et secondaires d'activités axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie - par exemple : le non-usage du tabac, une saine alimentation, l'activité physique et l'hygiène dentaire - dans le cadre d'une intervention globale et concertée en promotion de la santé et en prévention.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Diverses actions sont réalisées dans les écoles de la région visant l'acquisition de saines habitudes de vie.

Depuis plusieurs années, des programmes visant le non-usage du tabac sont mis en place dans toutes les commissions scolaires de la région. À cet effet, un plan d'action de lutte contre le tabagisme chez les jeunes 2001-2004 a été préparé et présenté aux commissions scolaires de la région. Reconnues comme étant efficaces ou prometteuses, toutes ces actions s'inscrivent dans le cadre du *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*.

Le programme *Mission TNT.06* de *Acti-menu* est le dernier programme à avoir été implanté de façon expérimentale dans une trentaine d'écoles primaires des commissions scolaires des Rives-du-Saguenay et de la Jonquière.

Par ailleurs, le programme *La gang allumée pour une vie sans fumée* s'est poursuivi dans 10 écoles. La distribution du cahier à colorier *Une vie sans fumée, c'est meilleur pour la santé* a été effectuée dans toutes les classes de 2e année du primaire de la région (classes de 3e année du primaire dans le territoire de La Baie).

Le spectacle théâtre rock *IN VIVO* a été présenté à 14 reprises auprès d'élèves d'écoles primaires et secondaires de la région.

Kino-Québec a fait 8 rencontres de formation en leadership étudiant dans le cadre du programme *Voltage* au cours de la dernière année.

Le concours *École active* a permis à 30 écoles primaires et secondaires de concevoir et d'organiser des activités de promotion de l'activité physique.

Treize écoles de la commission scolaire de la Jonquière ont fait de petits projets d'aménagement et d'animation de la cour d'école avec leurs élèves.

La *Journée internationale Marchons vers l'école* a permis à 4 écoles de promouvoir ce mode de transport actif, sain et sécuritaire.

La tournée *Vis ton énergie* a permis à 600 jeunes de 2 écoles secondaires de faire la rencontre du médaillé Marc Gagnon, leur permettant ainsi d'échanger sur la motivation à l'activité physique et les trucs pour demeurer actif.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2006, la promotion d'un projet intégrateur, tel *ISO-ACTIF*, soit faite auprès de toutes les écoles de la région.

LOCALE

2. Que d'ici 2007, soit conçue et organisée dans au moins 25 % des écoles primaires et secondaires de la région, une intervention globale et concertée.

REGIONALE ET LOCALE

3. Que d'ici l'implantation d'une intervention globale et concertée, les activités suivantes soient maintenues au moins au niveau actuel de réalisation : le concours *École active* de Kino-Québec, dans le but d'animer et d'aménager la cour d'école, le programme *Voltage*, la Journée internationale *Marchons vers l'école*, le programme *La gang allumée pour une vie sans fumée*, les représentations du théâtre rock *IN VIVO*, le programme *Mission TNT.06* des activités de promotion et de prévention en lien avec le *Programme public de services dentaires préventifs*.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Diffusion du cadre de référence. Coordination régionale en partenariat avec la Direction régionale du MEQ de la démarche d'implantation de l'intervention globale et concertée en milieu scolaire. Coordination régionale en partenariat avec la Direction des services sociaux et la Direction régionale du MEQ, de l'application de l'entente de complémentarité MEQ-MSSS. Mise en œuvre et soutien aux activités axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie. Participation aux comités régionaux. Co-responsables de la promotion *ISO-ACTIF*.

CLSC : Élaboration et mise en œuvre, conjointement avec la commission scolaire et les autres partenaires, d'un plan d'action visant le développement de l'approche globale et concertée en milieu scolaire dans le cadre de l'entente de complémentarité MEQ-MSSS.

Association régionale du sport étudiant : Co-responsable de la promotion du projet *ISO-ACTIF* et collaboration avec les équipes-écoles à la réalisation d'activités axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie dans le cadre de l'intervention globale et concertée.

En plus des activités éducatives et de communication déjà en cours, un projet intégrateur qui vise également la création d'environnements favorables à l'acquisition et au maintien de saines habitudes de vie, soit le projet *ISO-ACTIF*, est proposé aux différentes écoles.

En lien avec le *Programme public de services dentaires préventifs* (PPSDP), diverses activités de promotion et de prévention ont été réalisées auprès des élèves fréquentant les écoles primaires.

En collaboration avec la Direction de santé publique et le Collège de Chicoutimi, chacun des CLSC a tenu une activité dans le cadre d'une campagne régionale de promotion en santé buccodentaire *Défi show bise* dans toutes les écoles secondaires du Saguenay–Lac-Saint-Jean en avril 2000, *Mois de la santé dentaire*.

Mentionnons également que, suite à la parution de l'entente MEQ-MSSS et du guide *Une école en santé pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes*, les activités axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie devront maintenant être planifiées à l'intérieur d'une démarche globale et concertée.

Structures de concertation et de coordination

- Comité Kino-Québec sur l'éducation physique et à la santé
- Comité régional MEQ-MSSS
- Comité régional Enfance-Jeunesse-Famille (CREJF)
- Rencontres des intervenants en santé dentaire publique
- Table de concertation régionale pour la prévention des abus sexuels faits aux enfants
- Table régionale des organismes en loisirs et en sports

Centre de santé de Mashteuiatsh : Promotion, coordination et réalisation de projets ou programmes reconnus efficaces ou prometteurs dans le *Plan d'action régionale de lutte contre le tabagisme chez les jeunes*.

Commissions scolaires : Élaboration et mise en œuvre conjointement avec le CLSC et les autres partenaires, d'un plan d'action visant le développement de l'approche globale et concertée en milieu scolaire dans le cadre de l'entente de complémentarité MEQ-MSSS.

Direction régionale du MEQ : Diffusion du cadre de référence. Coordination régionale, en partenariat avec la Direction de santé publique, de la démarche d'implantation de l'intervention globale et concertée en milieu scolaire. Coordination régionale, en partenariat avec l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de l'application de l'entente de complémentarité MEQ-MSSS. Promotion dans le réseau de l'éducation de l'intervention globale et concertée en milieu scolaire.

Écoles : Mise en place d'un comité École en santé responsable du développement de l'intervention globale et concertée intégrée au projet de réussite éducative de l'école. Collaboration au maintien des activités axées sur l'acquisition de saine habitudes de vie.

Municipalités : Collaboration à la mise en œuvre d'activités de communication et de création d'environnements sains, accessibles et sécuritaires.

Organismes communautaires : Collaboration avec l'équipe-école de leur territoire dans le cadre de l'intervention globale et concertée. Participation à la concertation locale.

Regroupement Loisirs et Sports Saguenay–Lac-Saint-Jean : Collaboration avec les équipes-écoles à la réalisation d'activités axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie dans le cadre de l'intervention globale et concertée.

Services de garde en milieu scolaire : Collaboration avec les équipes-écoles de leur territoire dans le cadre de l'intervention globale et concertée. Participation à la concertation locale.

Domaine : HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES **N° : 2.2.04**

Activité : Counseling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires, l'activité physique et l'utilisation de fluorure, soit en se brossant les dents ou en prenant des suppléments fluorés.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

De façon générale, dans tous les territoires de CLSC, les intervenants font du counseling individuel ou de groupe sur les saines habitudes de vie (tabagisme, alimentation, activité physique, etc.) en milieu scolaire.

De façon régulière, des formations en cessation tabagique sont dispensées aux professionnels de la santé (médecins, infirmières scolaires, etc.) tant au niveau du counseling minimal qu'intensif.

Présentement, nous ne possédons pas de données sur le nombre de suivis en cessation tabagique effectués auprès des élèves du secondaire. Le Comité régional en cessation tabagique verra, entre autres, à la réorganisation du système de collecte de données au regard de l'évaluation en suivi tabagique.

Dans le cadre du *Programme public de Services dentaires préventifs* (PPSDP), chaque jeune dépisté à risque élevé de carie dentaire reçoit du counseling pendant son suivi préventif individualisé par une hygiéniste dentaire dont, entre autres, sur les collations (habitudes alimentaires), sur l'utilisation de fluorure en se brossant les dents et sur l'utilisation de la soie dentaire.

Depuis 1991, le CLSC des Prés-Bleus offre gratuitement, par l'entremise de son programme d'hygiène dentaire, des suppléments fluorés aux enfants de 4 ans et plus ayant eu des caries sur dentition primaire. Les jeunes participant au programme de distribution de suppléments fluorés peuvent s'en procurer jusqu'à l'âge de 12 ans pour consommation à la maison.

Structures de concertation et de coordination

- Comité régional en cessation tabagique
- Rencontres des intervenants en santé dentaire publique

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE

1. D'ici 2007, qu'une centaine de professionnels de la santé aient suivi une formation en cessation tabagique, soit en counseling minimal ou intensif.
2. D'ici 2007, produire un avis sur la pertinence d'un programme de distribution de suppléments fluorés en CLSC, comme alternative pour la population ayant de l'eau de consommation peu fluorée ou n'ayant pas accès à de l'eau de consommation artificiellement fluorée.
3. D'ici 2007, élaborer et diffuser un avis sur l'utilisation de fluorure destiné aux professionnels concernés du secteur privé et public.

LOCALE

4. D'ici 2005, assurer la mise en œuvre des services dentaires préventifs du PNSP dans tous les territoires de CLSC.

REGIONALE ET LOCALE

5. D'ici 2007, soutenir et assurer la mise en œuvre des activités privilégiées en milieu scolaire ayant été retenues dans le *Plan d'action en matière de santé dentaire publique 2004-2012*.

LOCALE

6. D'ici 2007, que le *Programme d'aide à la cessation tabagique* ait été dispensé, annuellement, à au moins 100 élèves d'écoles secondaires.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Organisation de formation en cessation tabagique. Promotion et coordination de l'offre du *Programme d'aide à la cessation tabagique* en milieu scolaire. Responsable du Comité régional en cessation tabagique. Soutien à la mise en œuvre des services dentaires préventifs et activités dans tous les territoires de CLSC. Responsable de l'élaboration et de la diffusion des avis. Responsable des rencontres des intervenants en santé dentaire publique.

	CLSC : Promotion et offre du *Programme d'aide à la cessation tabagique* auprès des élèves du secondaire. Mise en œuvre des services dentaires préventifs et activités sur leur territoire. Collaboration à l'analyse d'un *Programme de distribution de suppléments fluorés* en CLSC (CLSC des Prés-Bleus). **Commissions scolaires et écoles :** Collaboration à la promotion et l'offre *du Programme d'aide à la cessation tabagique* auprès des élèves du secondaire. Collaboration à la mise en œuvre des services dentaires préventifs et activités (Entente MSSS-MEQ). **Direction régionale du MEQ :** Collaboration à la mise en œuvre des services dentaires préventifs et activités (Entente MSSS-MEQ). **Dentistes** – **Médecins** – **Pédiatres – Pharmaciens :** Diffusion de l'avis sur l'utilisation de fluorure.

Domaine : HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES — N° : 2.2.05

Activité : Suivi préventif individualisé en milieu scolaire afin que les enfants de la maternelle à la 3e année qui satisfont aux critères concernant le risque de carie dentaire, bénéficient de deux applications topiques de fluorure par année et des activités d'éducation à la santé dentaire.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À maintenir

État de la situation

Le *Programme public de services dentaires préventifs* (PPSDP) est appliqué dans tous les territoires de CLSC. Par ailleurs, le PPSDP est également appliqué à l'école primaire de Mashteuiatsh (entente contractuelle avec une hygiéniste dentaire).

Ainsi, dans le cadre de ce programme, tous les CLSC offrent un suivi préventif individualisé en milieu scolaire aux enfants de la maternelle à la 3e année qui satisfont aux critères concernant le risque de carie dentaire. Ils bénéficient de deux applications topiques de fluorure par année et d'activités d'éducation à la santé dentaire. Par la suite, ces mêmes enfants, durant le deuxième cycle du primaire, continuent de bénéficier d'activités d'éducation à la santé dentaire en petits groupes. De plus, il y a également des activités en promotion-prévention pour l'ensemble des élèves fréquentant les écoles primaires.

Structures de concertation et de coordination

- Rencontres des intervenants en santé dentaire publique

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

LOCALE

1. D'ici 2007, maintenir dans tous les territoires de CLSC un suivi préventif individualisé en milieu scolaire, afin que les enfants de la maternelle à la 3e année répondant aux critères de risque de carie dentaire, bénéficient de deux applications topiques de fluorure par année et des activités d'éducation à la santé dentaire (services dentaires préventifs).

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à la mise en œuvre des services dentaires préventifs du PNSP dans tous les territoires de CLSC. Responsable des rencontres des intervenants en santé dentaire publique.

CLSC : Mise en œuvre des services dentaires préventifs du PNSP sur leur territoire.

Commissions scolaires et écoles primaires : Collaboration à la mise en œuvre des services dentaires préventifs du PNSP (Entente MSSS-MEQ).

Direction régionale du MEQ : Collaboration à la mise en œuvre des services dentaires préventifs du PNSP (Entente MSSS-MEQ).

Domaine : HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES — N° : 2.2.06

Activité : Application d'agents de scellement dentaire afin que les enfants de 5 à 15 ans, qui satisfont aux critères concernant le risque de carie dentaire, reçoivent des agents de scellement sur les faces des molaires permanentes qui présentent des fosses et des sillons.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À mettre en place

État de la situation

Aucun CLSC ne fait l'application d'agents de scellement dentaire auprès des clientèles à risque. Cette nouvelle mesure fera partie du PPSDP actuellement en révision.

En collaboration avec la Société dentaire du Saguenay–Lac-Saint-Jean et les CLSC, la Direction de santé publique a organisé durant le mois de la santé dentaire d'avril 2002, une campagne régionale de promotion sur les scellants dentaires, qui est une mesure reconnue efficace (pratique clinique préventive) en santé dentaire publique afin de prévenir la carie dentaire de fosses et sillons.

Structures de concertation et de coordination

- Rencontres des intervenants en santé dentaire publique

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. D'ici 2007, assurer la mise en œuvre dans tous les territoires de CLSC de l'application d'agents de scellement dentaire afin que les enfants de 5 à 15 ans, répondant aux critères de risque de carie dentaire, reçoivent des agents de scellement sur les faces avec fosses et sillons des molaires permanentes (services dentaires préventifs).

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à la mise en œuvre des services dentaires préventifs du PNSP dans tous les territoires de CLSC. Responsable des rencontres des intervenants en santé dentaire publique.

CLSC : Mise en œuvre des services dentaires préventifs du PNSP sur leur territoire.

Commissions scolaires et écoles primaires : Collaboration à la mise en œuvre des services dentaires préventifs du PNSP (Entente MSSS-MEQ).

Direction régionale du MEQ : Collaboration à la mise en œuvre des services dentaires préventifs du PNSP (Entente MSSS-MEQ).

Domaine : TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS **N° : 2.3.01**

Activité : Promotion de l'application adéquate de la norme de sécurité existante concernant les aménagements des aires et des équipements de jeu auprès des municipalités, des écoles et des centres de la petite enfance (CPE).

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Afin de promouvoir la norme « CAN/CSA-614-98 » sur la sécurité dans les aires de jeu, 2 formations ont été données en 2002 à près de 36 intervenants en provenance de municipalités, de commissions scolaires, de CLSC et de firmes d'aménagement paysager.

Un soutien sur la mise en place et l'application de la norme « CAN/CSA-614-98 » est donné, sur demande, par la Direction de santé publique.

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE

1. Que d'ici 2006, 4 formations aient été offertes aux CLSC, aux municipalités, aux commissions scolaires, aux écoles, aux établissements de plein air, aux entreprises récréotouristiques et dans les centres de la petite enfance (CPE) afin qu'ils soient en mesure d'appliquer la norme volontaire « CAN/CSA-614-03 », sur la sécurité des aires de jeu publiques.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Promotion, soutien et mise à niveau des partenaires dans l'application de la norme. Organisation de 4 formations sur la sécurité des aires de jeu publiques.

CLSC : Participation à la formation, promotion de la norme de sécurité des aires de jeu auprès des partenaires.

Établissements de plein air et entreprises récréotouristiques : Participation à la formation, évaluation et modification de leurs parcs menant à la conformité.

Municipalités : Participation à la formation, évaluation et modification de leurs parcs menant à la conformité.

Réseau scolaire : Participation à la formation, évaluation des cours d'école et modifications menant à la conformité.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 2.4.01**

Activité : Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche des jeunes inscrits au secondaire III.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider - Voie d'action incontournable

État de la situation

La vaccination est une mesure de prévention qui a largement fait la preuve de son efficacité pour réduire les coûts de santé et prévenir certaines maladies infectieuses.

Le programme de vaccination contre la diphtérie et le tétanos, pour les jeunes inscrits en secondaire III, est appliqué inégalement dans la région Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Seulement 4 secteurs de CLSC sur 6 appliquent le programme et offrent une dose de vaccin d_2T_5 à cette clientèle. Les jeunes des secteurs de Jonquière et Chicoutimi ne sont pas rejoints par cette activité et représentent près de 50 % du groupe visé par cette vaccination.

Pour l'année scolaire 2000-2001, la couverture vaccinale est incomplète. De façon approximative, avec les données disponibles, nous pouvons estimer qu'elle est environ de 66,2 %. Selon les territoires de CLSC, elle varie de 39,9 % à 91,5 %.

À l'hiver 2004, le MSSS ajoute la composante acellulaire contre la coqueluche (Ca) au vaccin contre le diphtérie et le tétanos (d_2T_5) actuellement offert aux jeunes inscrits au secondaire III. La Direction de santé publique devra identifier des moyens pour faciliter l'implantation de cette activité sur l'ensemble du territoire d'ici 2006.

Structures de concertation et de coordination

· Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

. Que d'ici 2007, 95 % des jeunes (jusqu'au secondaire III) soient vaccinés adéquatement contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Expert-conseil pour les programmes de vaccination. Gestion régionale des produits immunisants. Formation des vaccinateurs en collaboration avec les établissements. Évaluation des couvertures vaccinales régionales et locales (CLSC). Coordination de l'implantation des nouveaux programmes. Diffusion des mises à jour du *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ). Validation et suivi des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) suite à l'immunisation.

CLSC et Centres de santé autochtones : Vaccination de la clientèle visée par les programmes gratuits. Gestion adéquate de la base de données SIC + du module vaccination pour le calcul de la couverture vaccinale. Déclaration des MCI suite à l'immunisation.

Dépôts sous-régionaux des produits immunisants (pharmacies du Complexe hospitalier de la Sagamie (CHS) et de l'Hôtel-Dieu de Roberval) : Gestion et distribution des produits immunisants.

Milieu scolaire secondaire : Collaboration à la tenue de l'activité dans les écoles.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 2.4.02**

Activité : Vaccination contre l'hépatite B des élèves de 4e année.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

La vaccination est une mesure de prévention qui a largement fait la preuve de son efficacité pour réduire les coûts de santé et prévenir certaines maladies infectieuses.

L'hépatite B est une infection virale du foie, évitable par l'immunisation, qui se transmet lors de relations sexuelles non protégées avec une personne infectée, par le sang ou le matériel d'injection contaminé et lors de l'accouchement. Au moment de l'acquisition du virus, la personne peut développer une hépatite aiguë, mais souvent l'infection passera inaperçue. Près de 10 % des adultes, mais jusqu'à 90 % des nouveau-nés infectés resteront porteurs chroniques du virus et seront à risque de développer éventuellement une maladie hépatique chronique, comme la cirrhose ou un cancer du foie.

Le Canada ainsi que la plupart des pays industrialisés, sont considérés comme des pays de faible endémicité pour l'hépatite B avec environ 1 personne sur 200 (0,5 %) qui est porteuse chronique du virus, alors que dans les pays de haute endémicité, comme le sont la plupart des pays en voie de développement, la prévalence du portage chronique peut atteindre 1 personne sur 10.

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, l'incidence annuelle des cas d'hépatite B aiguë est de 1,0 / 100 000.

On se rappellera que la vaccination universelle contre l'hépatite B est recommandée au Québec et qu'elle est réalisée auprès des enfants de la 4e année du primaire depuis l'automne 1994. À chaque année, le taux de couverture de ce programme se maintient à plus de 95 %.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, 95 % des élèves de 4e année soient vaccinés adéquatement contre l'hépatite B.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Expert-conseil pour les programmes de vaccination. Gestion régionale des produits immunisants. Formation des vaccinateurs en collaboration avec les établissements. Évaluation des couvertures vaccinales régionales et locales (CLSC). Coordination de l'implantation des nouveaux programmes. Diffusion des mises à jour du *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ). Validation, déclaration et suivi des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) suite à l'immunisation.

CLSC et Centres de santé autochtones : Vaccination de la clientèle visée par les programmes gratuits. Gestion adéquate de la base de données SIC + du module vaccination pour le calcul de la couverture vaccinale. Déclaration des MCI suite à l'immunisation.

Dépôts sous-régionaux des produits immunisants (pharmacies du Complexe hospitalier de la Sagamie (CHS) et de l'Hôtel-Dieu de Roberval) : Gestion et distribution des produits immunisants.

Milieu scolaire : Collaboration pour réaliser le programme.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 2.4.03**

Activité : Mise en place d'un plan de promotion de la vaccination.

Niveau actuel d'implantation : À maintenir

État de la situation

Dans un contexte d'une campagne de promotion de la vaccination depuis 1995, les jeunes de 4e année, après avoir complété la vaccination contre l'hépatite B, reçoivent un autocollant qui représente *La vaccination, un plus pour ma santé*.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

LOCALE

1. Que d'ici 2007, l'autocollant *La vaccination, un plus pour ma santé* soit remis à chaque enfant après sa vaccination contre l'hépatite B en 4e année.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Impression de l'autocollant et modification de l'outil de promotion au besoin.

CLSC et Centres de santé autochtones : Distribution de l'autocollant aux jeunes de 4e année après leur vaccination.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 2.4.04**

Activité : Intervention visant l'échange de seringues pour prévenir la transmission du virus de l'hépatite B et du virus de l'hépatite C ainsi que la transmission du VIH.

Niveau actuel d'implantation : À maintenir

État de la situation

Le *Programme d'échange de seringues* (P.E.S.) et son réseau de distribution est opérationnel depuis 1992 dans la région Saguenay–Lac-Saint-Jean. Le réseau de distribution de seringues stériles aux UDI regroupait jusqu'en 2003, 56 sites, situés dans des pharmacies, les CLSC, les centres hospitaliers, les organismes communautaires et certaines cliniques médicales. Le nombre de sites a peu changé depuis le début des années 90, le territoire étant correctement desservi et l'accès adéquat dans chacun des secteurs de CLSC.

Pour plusieurs des sites du réseau et ce, depuis plusieurs années, les données de surveillance démontrent qu'aucune demande de trousses n'a été enregistrée, ce qui a amené, en 2004, la Direction de santé publique à réviser le réseau de distribution afin de réduire le nombre de sites en ne conservant que ceux qui sont déjà fonctionnels tout en maintenant une accessibilité dans chacun des secteurs de CLSC. Cette révision du réseau ne remet aucunement en question les objectifs visés par le P.E.S. qui sont de prévenir la transmission du VIH et des hépatites B et C et de maintenir l'accessibilité à du matériel d'injection stérile sur l'ensemble du territoire.

Une révision des sites de distribution a permis de réduire le nombre de 56 à 23 tout en maintenant une accessibilité par secteur de CLSC. Une tournée de ces sites est prévue pour revoir les mécanismes de collecte de données et présenter aux intervenants le nouveau matériel qui compose la trousse UDI : stéricup, ampoule d'eau filtrée. De plus, la récupération du matériel souillé demeure une préoccupation importante de la DSP et des modalités seront proposées afin d'augmenter le retour du matériel souillé vers les sites de distribution.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses
- Groupe de travail sur l'implantation régionale de la stratégie de lutte contre les ITS, les hépatites virales et le VIH.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2005, le nouveau matériel, recommandé par le MSSS pour les trousses UDI, soit disponible.
2. Que d'ici 2007, le réseau *Programme d'échange de seringues* (P.E.S.) soit maintenu et accessible pour les UDI.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Formation des intervenants du réseau de la santé. Coordination du *Programme d'échange de seringues* (P.E.S.) et soutien des organismes et établissements. Distribution des trousses. Évaluation du programme.

CLSC et Centres de santé autochtones : Mise en place des services minimaux requis. Collaboration et concertation avec les organismes communautaires.

Centre de détention de Roberval et Chicoutimi : Collaboration et concertation avec les CLSC et la DSP pour rendre les services accessibles.

Établissements du réseau de la santé participant au programme d'échange de seringues (P.E.S) : Distribution de trousses et offre de service au besoin. Transmission de données à la DSP.

Organisme communautaire régional de lutte contre le VIH/sida (Le Miens) : Collaboration et concertation avec les CLSC.

Organismes communautaires participant au programme d'échange de seringues (P.E.S) : Transmission de données à la DSP (rapports périodiques).

Organismes de travail de rue : Collaboration et concertation avec les CLSC.

Pharmacies privées participant au programme d'échange de seringues (P.E.S.) : Transmission de données à la DSP (rapports périodiques).

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 2.4.05**

Activité : Promotion des comportements préventifs par la sensibilisation de la population aux conséquences du VIH/sida, du VHC et des ITS.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Selon les secteurs de CLSC et Centres de santé autochtones, des activités visant la promotion des comportements préventifs sont implantées dans les écoles secondaires. Il n'y a pas d'accès uniforme à ces activités. Un portrait de la situation a été établi en 2002 concernant les services actuels et les services minimaux requis en regard de ITS, des hépatites virales et du VIH/sida qui devraient être disponibles et accessibles dans chacun des secteurs de CLSC et des Centres de santé autochtones.

On sait par ailleurs, que suite à la parution de l'Entente de complémentarité MSSS-MEQ et du guide *Une école en santé pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes*, les activités axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie incluant celles reliées aux comportements sains et sécuritaires en matière de sexualité, devront dorénavant être planifiées à l'intérieur d'une démarche globale et concertée.

Structures de concertation et de coordination

- Groupe de travail sur l'implantation régionale de la stratégie de lutte contre les ITS, les hépatites virales et le VIH

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, 100 % des CLSC et Centres de santé autochtones aient implanté, dans leurs écoles d'éducation aux adultes, des activités visant la promotion de l'usage du condom et autres comportements sécuritaires.
2. Que d'ici 2007, soit conçue et organisée dans au moins 25 % des écoles secondaires de la région, une intervention globale et concertée visant l'acquisition de comportements sains et sécuritaires en matière de sexualité.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à la mise en oeuvre des programmes.

CLSC et Centres de santé autochtones – **intervenants des milieux scolaires secondaires :** Mise en œuvre des activités dans les écoles d'éducation aux adultes.

Promotion d'une intervention globale et concertée dans des écoles secondaires.

Milieu scolaire – **directeurs d'école :** Collaboration à la mise en œuvre des activités dans le milieu.

Plan d'action régional de santé publique du Saguenay—Lac-Saint-Jean 2004-2007

En action, pour la santé et le bien-être des gens de notre région

Table des matières

1. Un portrait de santé des 18-64 ans

Introduction 1.7

1.1 Population 2001, projection 2011 ..... 1.8

1.2 Groupes plus vulnérables 1.10

1.3 État de santé global 1.12

1.4 Problèmes d'intégration et d'adaptation sociale 1.17

1.5 Habitudes de vie 1.23

1.6 Maladies chroniques 1.26

1.7 Traumatismes non intentionnels 1.33

1.8 Maladies infectieuses 1.36

1.9 Principaux documents de référence 1.39

2. Synthèse des activités et des résultats attendus par domaine pour les 18-64 ans 2.1

3. Activités de santé publique pour les 18-64 ans 3.1

1. UN PORTRAIT DE SANTÉ DES 18-64 ANS

Introduction

Les programmes et services de santé, ainsi que leurs objectifs et les stratégies pour les atteindre, varient particulièrement en fonction de quatre sous-groupes de la population qui constituent les groupes clientèles, soit les enfants de 0-5 ans et leurs parents, les jeunes de 6-17 ans et leurs parents, les adultes de 18-64 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus.

Ce portrait de santé des adultes de 18-64 ans a été divisé en sept sections afin de fournir les informations pertinentes à la démarche de planification tout en tenant compte de la structure du Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP).

- La 1re section décrit la population de 18-64 ans en termes de structure des effectifs, d'évolution et de répartition par territoire de CLSC.

- La 2e section identifie des populations plus vulnérables, définies dans le PNSP par des conditions socio-économiques pouvant constituer un risque pour leur santé (pauvreté, sous-scolarisation, faible soutien social).

- La 3e section est consacrée au profil de l'état de santé global de la population âgée de 18-64 ans (perception de l'état de santé, principaux problèmes de santé).

- De la 4e à la 8e section sont abordées les problématiques de santé plus spécifiques aux domaines d'intervention du PNSP. On y décrit la situation régionale en fonction des objectifs de santé du PNSP concernant les 18-64 ans. Ces sections touchent l'adaptation et l'intégration sociale (section 4), les habitudes de vie et les maladies chroniques (sections 5 et 6), les traumatismes non intentionnels (section 7), ainsi que les maladies infectieuses (section 8).

L'état de situation pour les objectifs des autres domaines (santé environnementale, santé au travail et développement des communautés) se retrouve dans les fiches d'activités, lorsque pertinent à la clientèle.

Les indicateurs retenus pour ce document ont été choisis en tenant compte de leur pertinence mais aussi de leur disponibilité. Les périodes ou années de référence pour lesquelles les indicateurs sont présentés varient en fonction des différentes sources d'information utilisées. Dans tous les cas, cependant, les données auxquelles nous avons eu recours étaient les plus récentes disponibles au moment où le document a été élaboré.

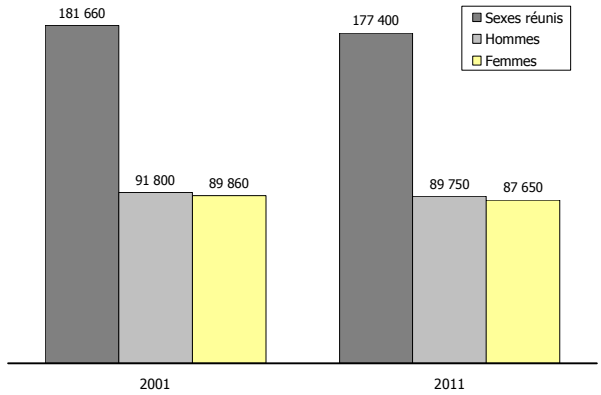
On peut obtenir des données complémentaires ainsi que des précisions sur les sources de données et sur la méthodologie, en référant au Tableau synoptique des indicateurs sociosanitaires par territoire – Le Québec, le Saguenay–Lac-Saint-Jean et ses territoires de CLSC (DSP-02, octobre 2003).

1.1 Population 2001, projection 2011

En 2001, Statistique Canada a dénombré 181 660 personnes âgées de 18 à 64 ans au SLSJ, sur une population totale de 278 280 personnes.

En 2011, on prévoit que le nombre d'adultes de 18-64 ans aura diminué de 2,3 % dans la région, pour se chiffrer à 177 400. En comparaison, dans l'ensemble du Québec, le nombre de 18-64 ans devrait augmenter de 4 %.

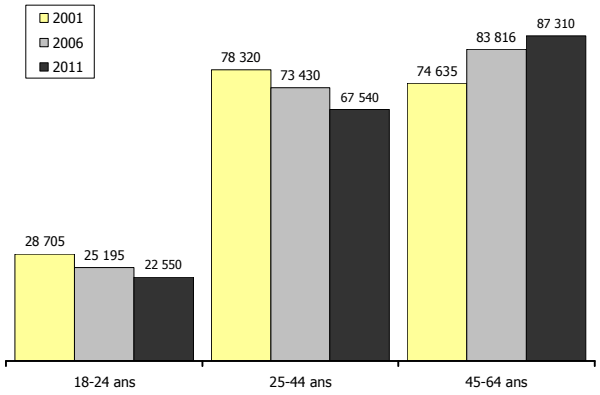
Figure 1
Nombre de personnes de 18 à 64 ans par sexe, SLSJ, 2001 et 2011



Sources : 1. Statistique Canada, Recensement 2001.
2. Prévisions basées sur les hypothèses de l'ISQ (MSSS, fichier 2001).

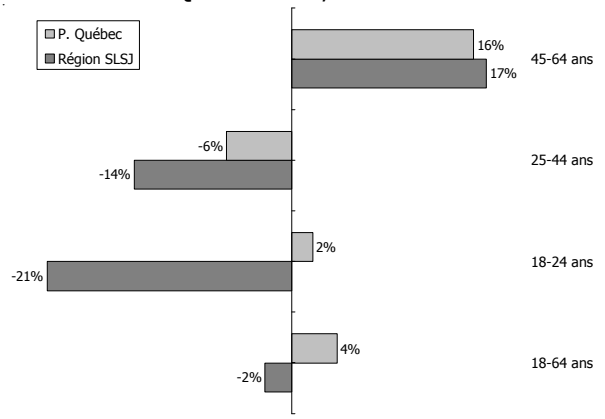
La diminution projetée concerne seulement les groupes d'âges plus jeunes, soit les 18-44 ans. Dans la région, la perte estimée entre 2001 et 2011 chez les 18-24 ans est de 6 155 individus (- 21 %) et celle des 25-44 ans, de 10 780 individus (- 14 %). À l'opposé, les effectifs 45-64 ans auront augmenté d'environ 12 675 individus au cours de la même décennie.

Figure 2
Évolution du nombre des 18-64 ans, selon le groupe d'âges, SLSJ, 2001, 2006, 2011



Sources : 1. Statistique Canada, Recensement 2001.
2. Prévisions basées sur les hypothèses de l'ISQ (MSSS, fichier 2001).

Figure 3
Variation en % du nombre des 18-64 ans, par groupe d'âges, P. Québec et SLSJ, 2001 à 2011

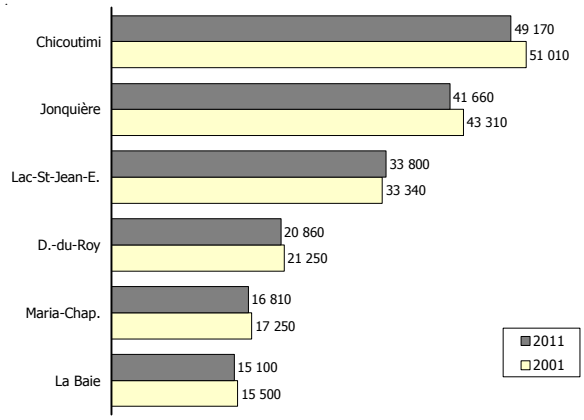


Sources : 1. Statistique Canada, Recensement 2001.
2. Prévisions basées sur les hypothèses de l'ISQ (MSSS, fichier 2001).

Globalement, la décroissance de la population adulte totale sera observée dans cinq territoires de CLSC de la région, une baisse variant entre - 1,8 % et - 3,8 %. Le secteur Lac-Saint-Jean-Est fait exception en obtenant une légère hausse de 1,4 %.

Comme dans l'ensemble de la région, la faible décroissance des 18-64 ans résulte de deux phénomènes opposés : une baisse sensible des jeunes adultes de 44 ans et moins, combinée à une hausse des 45 ans et plus.

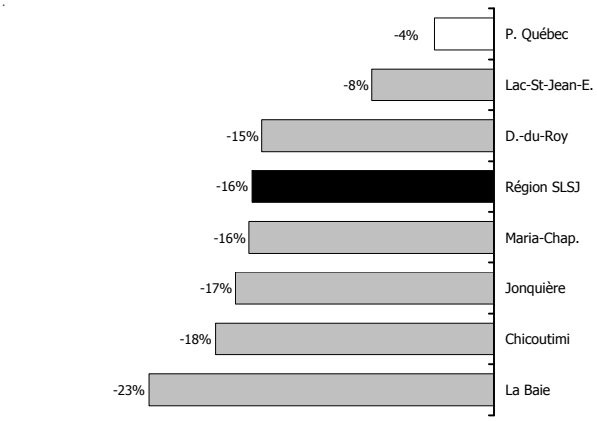
Figure 4
Nombre total de personnes de 18-64 ans, territoires de CLSC du SLSJ, 2001 et 2011



Sources : 1. Statistique Canada, Recensement 2001.
2. Prévisions basées sur les hypothèses de l'ISQ (MSSS, fichier 2001).

Tous les territoires subiront, en effet, des pertes plus ou moins importantes dans les effectifs de 18-44 ans. Les pertes régionales, qui varient entre - 8 % et - 23 %, sont toutes relativement plus importantes que la moyenne québécoise (- 4%).

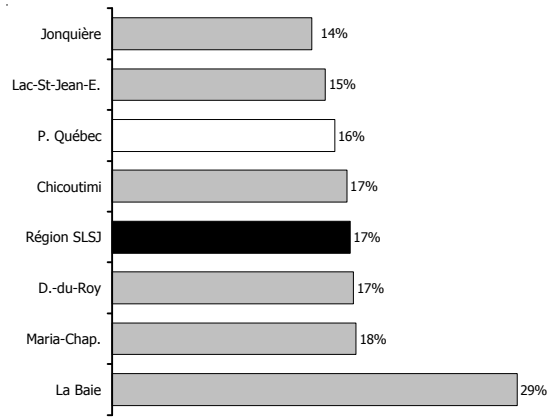
Figure 5
Variation en % du nombre des 18-44 ans, P. Québec, SLSJ et territoires de CLSC, 2001 à 2011



Sources : 1. Statistique Canada, Recensement 2001.
2. Prévisions basées sur les hypothèses de l'ISQ (MSSS, fichiers 2001, 2002).

La tendance est tout à fait opposée en ce qui touche les effectifs de 45-64 ans pour lesquels on prévoit des hausses dans tous les territoires. Les augmentations projetées varient entre 14 % et 29 %.

Figure 6
Variation en % du nombre des 45-64 ans P. Québec, SLSJ et territoires de CLSC, 2001 à 2011



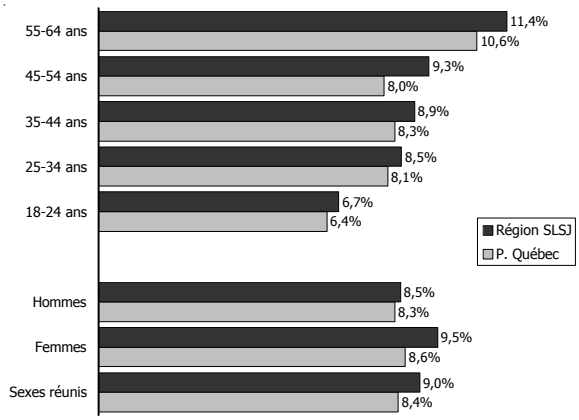
Sources : 1. Statistique Canada, Recensement 2001.
2. Prévisions basées sur les hypothèses de l'ISQ (MSSS, fichiers 2001, 2002).

1.2 Groupes plus vulnérables

Assistance-emploi

La proportion de bénéficiaires du Programme d'assistance-emploi (PAE) constitue un indicateur de situation de grande pauvreté puisque le niveau des prestations correspond le plus souvent à 50 % ou moins du seuil de faible revenu établi par Statistique Canada.

Figure 7
Taux de prestataires de l'assistance-emploi chez les 18-64 ans, par âge et sexe, P. Québec et SLSJ, 2002



Source : MESS (mars 2002).

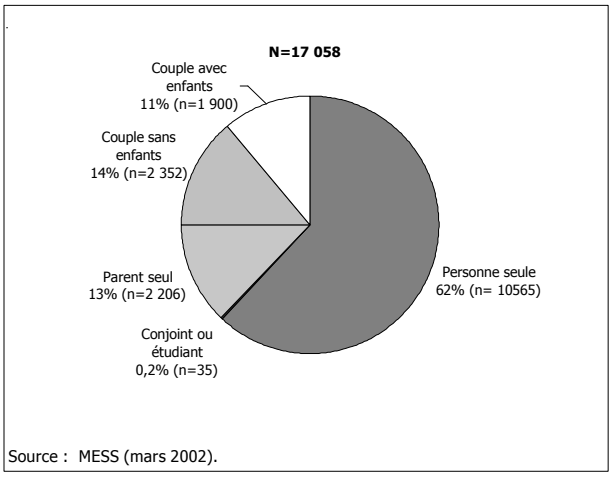
Dans la région SLSJ, en 2002, 9 % des adultes de 18-64 ans étaient bénéficiaires du PAE (8,4 % au Québec). En nombres absolus, on compte un peu plus de 17 000 prestataires dans la région.

Le taux de prestataires varie peu selon le sexe, mais il augmente avec l'âge. Le taux le plus bas est observé chez les 18-24 ans (6,7 %) et le plus élevé chez les 55-64 ans (11,4 %).

La très grande majorité (62 %) des prestataires du Programme d'assistance-emploi sont des personnes vivant seules.

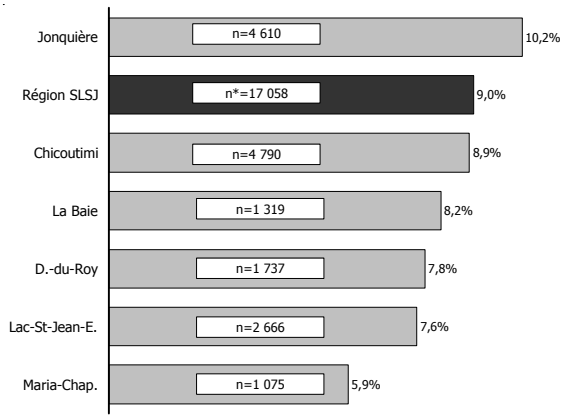
Au niveau des territoires de CLSC, le taux varie de 5,9 % à 10,2 % : Maria-Chapdelaine étant le territoire où le taux de prestataires du Programme d'assistance-emploi est le plus faible et Jonquière, celui où le taux est le plus élevé.

Figure 8
Répartition des prestataires de l'assistance-emploi, chez les 18-64 ans, selon la composition familiale, SLSJ, 2002



Source : MESS (mars 2002).

Figure 9
Taux de prestataires de l'assistance-emploi chez les 18-64 ans, SLSJ et territoires de CLSC, 2002



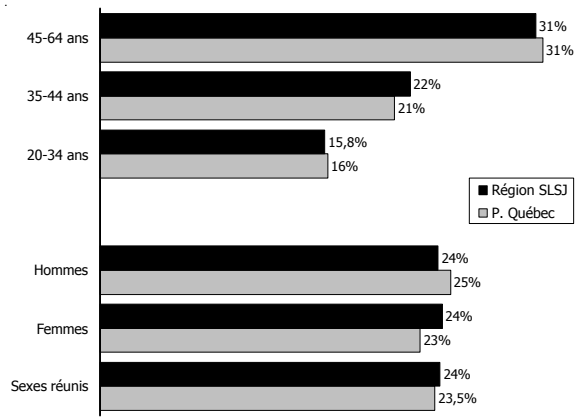
Source : MESS (mars 2002).
* Le nombre de prestataires de la région est plus élevé (+861) que la somme des CLSC en raison de cas qui n'ont pu être attribués à un territoire.

Faible niveau de scolarité

Depuis les années 1980, la proportion d'individus n'ayant pas de diplôme d'études secondaires est en régression dans la région et au Québec. En 2001, 24 % des 20-64 ans de la région n'ont pas obtenu ce diplôme (24 % au Québec). La proportion est la même quel que soit le sexe. La sous-scolarisation augmente avec l'âge, la proportion passe de 16 % à 22 % et 31 % selon le groupe.

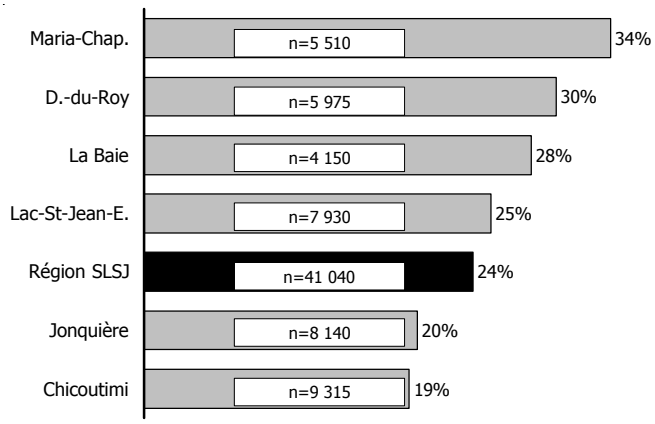
Au niveau des territoires de CLSC, le taux de sous-scolarisation varie de façon notable, soit entre 19 % (Chicoutimi) et 34 % (Maria-Chapdelaine). En fait, seuls les territoires de Chicoutimi et Jonquière obtiennent des taux inférieurs à ceux du Québec et de la région.

Figure 10
Niveau de scolarité inférieur au certificat d'études secondaires, 20-64 ans, P. Québec et SLSJ, 2001



Source : Recensement 2001, Statistique Canada.

Figure 11
Niveau de scolarité inférieur au certificat d'études secondaires, 20-64 ans, SLSJ et territoires de CLSC, 2001



Source : Recensement 2001, Statistique Canada.

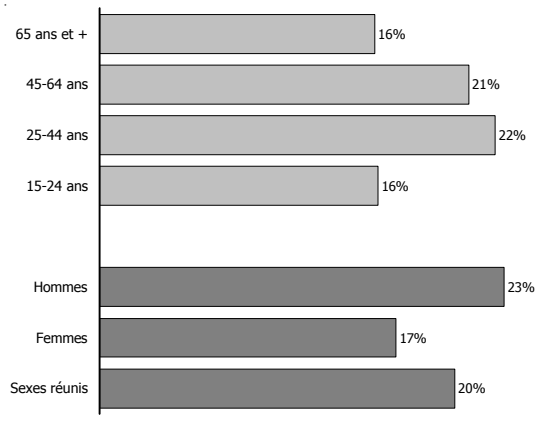
Faible soutien social

Selon l'Enquête sociale et de santé 1998, 20 % de la population régionale de 15 ans et plus se classe au niveau faible de l'indice de soutien social (20 % au Québec). La proportion de la population se classant au niveau faible de l'indice de soutien social varie suivant le sexe et l'âge.

Elle est en général plus élevée chez les hommes (23 %) que chez les femmes (17 %).

Les adultes de 25-64 ans sont en proportion plus nombreux à se classer au niveau faible de l'indice que les jeunes adultes de 15-24 ans et les 65 ans et plus. Autrement dit, les adultes de 25-64 ans sont les moins avantagés quant au soutien social.

Figure 12
Proportion des 15 ans et + se classant au niveau faible de l'indice de soutien social, par âge et sexe, SLSJ, 1998



Source : Enquête sociale et de santé, 1998.

L'analyse des différents aspects de l'indice de soutien social permet d'identifier les adultes plus susceptibles d'être isolés socialement. C'est le cas notamment des personnes qui déclarent n'avoir aucun confident (11 % des 25-44 ans et 13 % des 45-64 ans) et être insatisfaites de leur vie sociale (12 % et 10 % respectivement pour ces deux groupes).

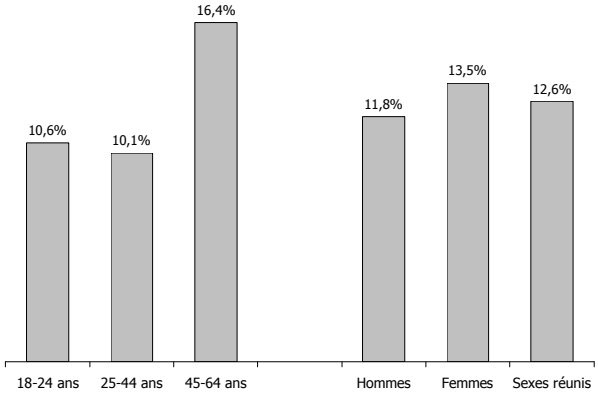
1.3 État de santé global

Perception de son état de santé

La perception qu'a un individu de son état de santé, ou l'auto-évaluation, s'avère un excellent indicateur de sa santé effective. Des études ont en effet démontré une étroite relation entre la perception de son état de santé et des mesures objectives de la santé physique (à la fois pour la morbidité déclarée ou diagnostiquée) ainsi qu'avec l'utilisation des services de santé (en particulier l'hospitalisation, la consultation et la médication).

D'après les données de l'enquête psychosociale régionale de 2000, 12,6 % des 18-64 ans qualifient leur état de santé de médiocre comparé à celui des autres personnes du même groupe d'âges. La proportion varie peu selon le sexe; elle augmente, cependant, de façon notable chez les 45-64 ans.

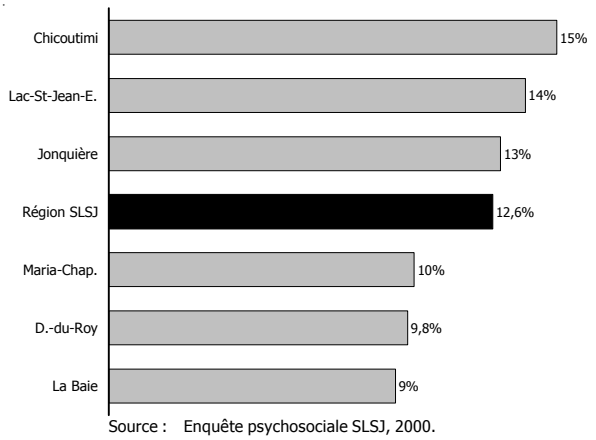
Figure 13
Proportion des 18-64 ans percevant leur santé médiocre, selon le sexe et l'âge,
SLSJ, 2000



Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

La proportion d'adultes percevant leur état de santé médiocre varie selon le territoire de CLSC, soit entre 9 % (La Baie) et 15 % (Chicoutimi). Ces écarts peuvent largement être attribuables aux différences dans les structures d'âges de ces populations.

Figure 14
Proportion des 18-64 ans percevant leur santé médiocre,
SLSJ et territoires de CLSC, 2000

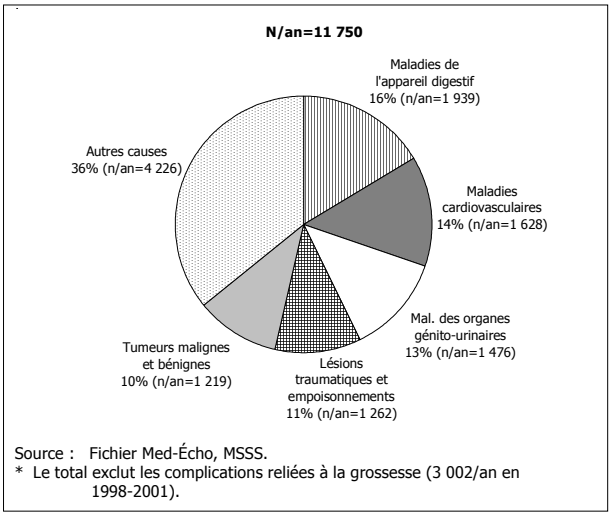


Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

Principales causes d'hospitalisation

Au cours de la période 1998-2001, on a dénombré, dans la région SLSJ, 14 752 hospitalisations (moyenne par année) de personnes âgées entre 15 et 64 ans. Les complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couche constituent la cause la plus fréquente (20 % des hospitalisations, 3 002 en moyenne par année) et elles concernent avant tout les femmes de moins de 45 ans (99,9 % des cas).

Figure 15
Principales causes d'hospitalisation, sexes réunis, 15-64 ans, SLSJ, 1998-2001



Source : Fichier Med-Écho, MSSS.
* Le total exclut les complications reliées à la grossesse (3 002/an en 1998-2001).

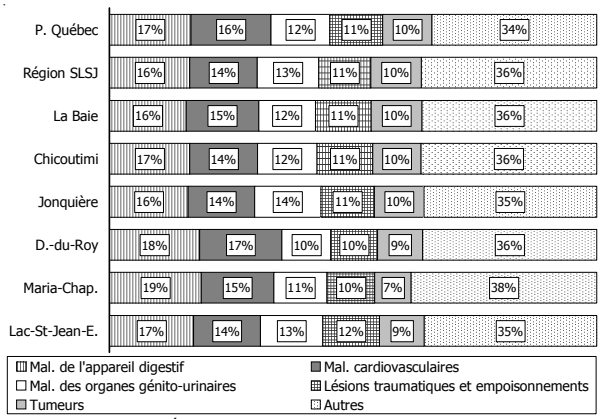
En excluant les complications reliées à la grossesse, le nombre annuel moyen d'hospitalisations s'élève à 11 750 pour la période 1998-2001. Les autres causes les plus fréquentes d'hospitalisations de la population adulte sont les maladies de l'appareil digestif, les maladies cardiovasculaires, les maladies des organes génito-urinaires, les lésions traumatiques et empoisonnements ainsi que les tumeurs, malignes et bénignes.

Ce profil varie suivant le groupe d'âges et le sexe.

Si l'on considère les profils régionaux par groupe d'âges:

- *chez les 15-24 ans*, 1 050 des 2 280 hospitalisations/année sont associées à des complications de la grossesse alors que les 1 230 autres sont principalement attribuables aux maladies de l'appareil digestif, aux lésions traumatiques et aux maladies de l'appareil respiratoire;
- *chez les 25-44 ans*, les complications de la grossesse représentent 1 951 des 5 771 hospitalisations/an, les 3 821 autres sont principalement réparties entre les maladies des organes génito-urinaires, celles de l'appareil digestif et les lésions traumatiques;
- *chez les 45-64 ans*, les causes les plus fréquentes des 6 700 hospitalisations/an sont les maladies cardiovasculaires, les maladies de l'appareil digestif et les tumeurs malignes et bénignes.

Figure 16
Principales causes d'hospitalisation, sexes réunis, 15-64 ans, P. Québec, SLSJ et territoires de CLSC, 1998-2001



Source : Fichier Med-Écho, MSSS.
* Excluant les complications reliées à la grossesse.

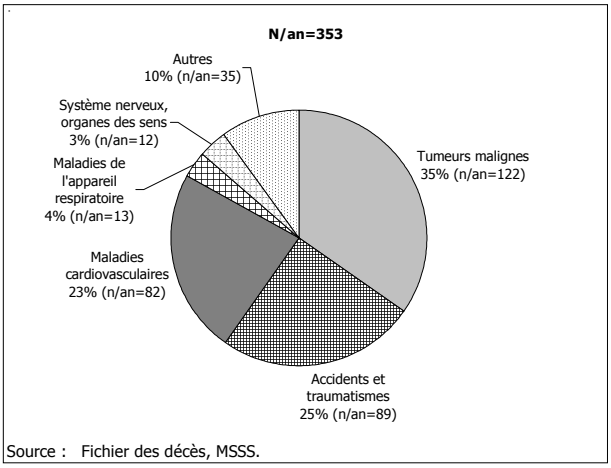
Le profil des hospitalisations demeure sensiblement le même quel que soit le territoire. La fréquence relative varie cependant quelque peu.

Principales causes de mortalité

La région SLSJ enregistre en moyenne par année 544 décès de personnes âgées entre 15 et 64 ans, dont 353 sont des hommes (65 %) et 191 des femmes (35 %).

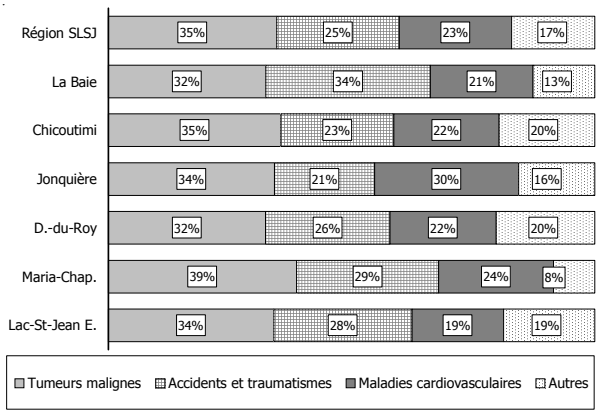
Chez les hommes de la région, les trois causes de décès les plus fréquentes sont les tumeurs malignes (35 %), les accidents et traumatismes (25 %) et les maladies cardiovasculaires (23 %). Le profil de la mortalité est similaire dans la grande majorité (5/6) des territoires. La structure d'âge des populations explique en grande partie les différences observées d'un territoire à l'autre.

Figure 17
Principales causes de mortalité (en %), hommes, 15-64 ans, SLSJ, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

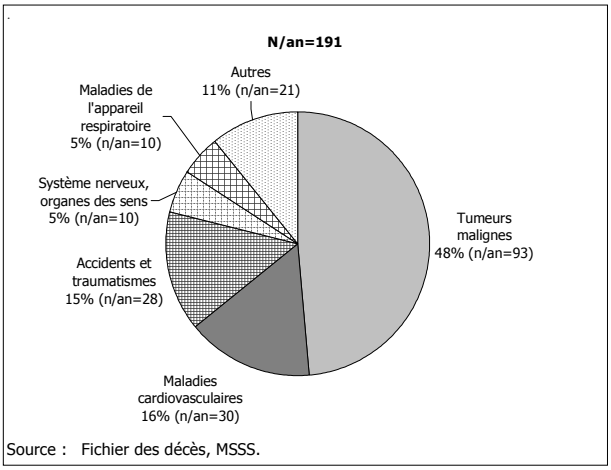
Figure 18
Principales causes de mortalité (en %), hommes, 15-64 ans, SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

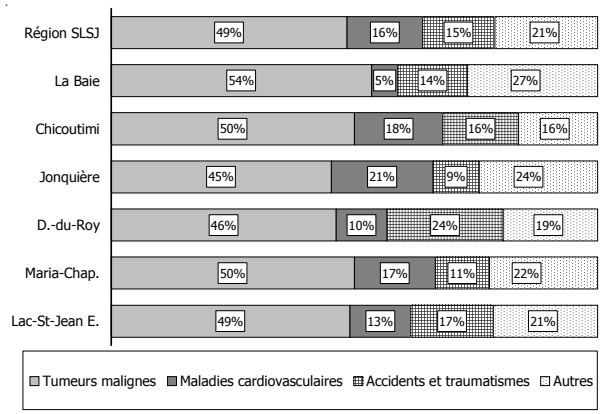
Chez les femmes de la région, les trois causes de décès les plus fréquentes sont les tumeurs malignes (48 %), les maladies cardiovasculaires (16 %) et les accidents et traumatismes (15 %). Tout comme chez les hommes, le profil diffère quelque peu suivant le territoire. Des différences que l'on peut attribuer avant tout à la structure d'âge des populations.

Figure 19
Principales causes de mortalité (en %), femmes, 15-64 ans, SLSJ, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

Figure 20
Principales causes de mortalité (en %), femmes, 15-64 ans, SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999



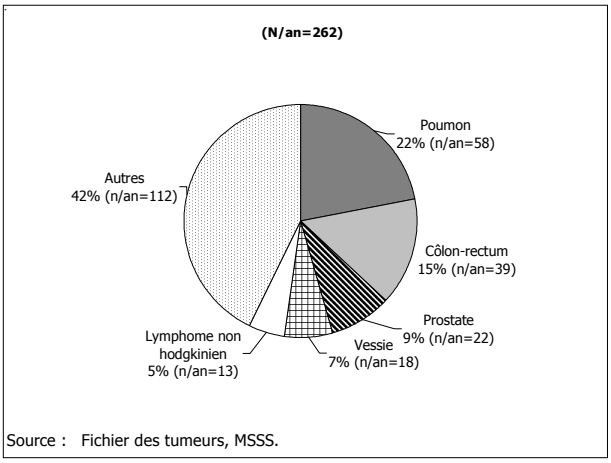
Source : Fichier des décès, MSSS.

Principaux sièges de cancer

Le cancer de la peau (autre que le mélanome malin), bien qu'étant le plus fréquent au Canada, n'est pas recensé dans le registre des tumeurs du Québec, constitué à partir des données d'hospitalisation (Med-Écho) seulement. Ce type de cancer ne nécessite pas, généralement, d'hospitalisation et cause peu de décès. L'un des objectifs du PNSP 2003-2012 vise à *diminuer l'incidence des cancers de la peau* lesquels *sont en augmentation constante depuis au moins 25 ans au Québec* (PNSP : 60).

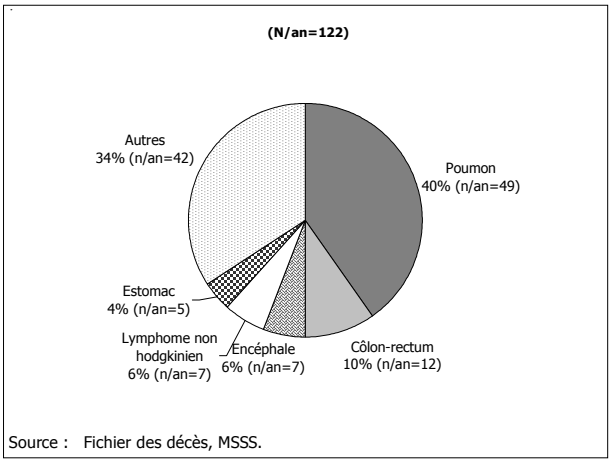
Chez les hommes de 15-64 ans de la région, on recense, en moyenne par année 262 nouveaux cas de cancer et 122 décès par cancer, soit un ratio décès/cas de 47 %. Le cancer du poumon occupe le 1er rang des nouveaux cas de cancer (22 %) ainsi que de décès par cancer (40 %). Le pronostic de cancer du poumon est le plus sombre avec un ratio décès/cas de 85 % chez les 15-64 ans.

Figure 21
Nouveaux cas de cancer, principaux sièges, hommes, 15-64 ans, SLSJ, 1997-1999



Source : Fichier des tumeurs, MSSS.

Figure 22
Décès par cancer, principaux sièges, hommes, 15-64 ans, SLSJ, 1997-1999

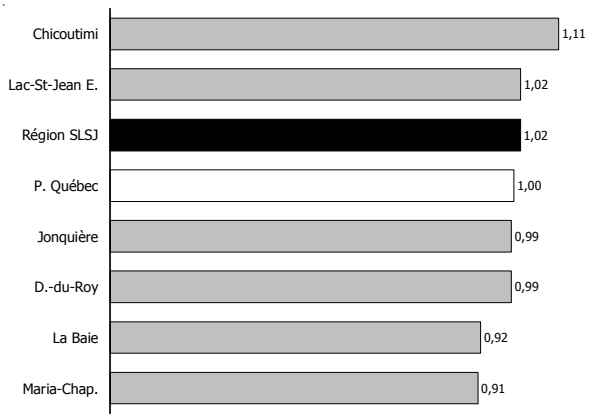


Source : Fichier des décès, MSSS.

Comparativement au Québec, l'incidence des cancers, tous sièges confondus, chez les hommes de 15-64 ans de la région est de même ampleur. Par contre, on observe une surincidence significative reliée aux cancers du poumon et du larynx ainsi que du côlon-rectum chez les hommes de 45-64 ans.

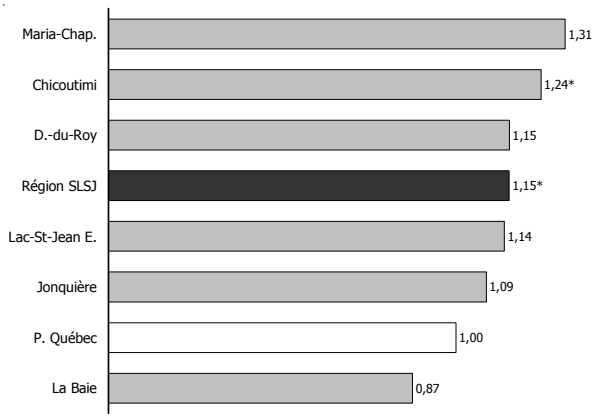
En ce qui a trait à la mortalité par cancer, la région affiche une surmortalité significative et, à l'exception du territoire de La Baie, tous les autres secteurs contribuent à l'excédent régional. La surmortalité régionale est avant tout attribuable au cancer du poumon chez les hommes de 45-64 ans.

Figure 23
Indice comparatif d'incidence du cancer, tous sièges, hommes, 15-64 ans, SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999



Source : Fichier des tumeurs, MSSS.

Figure 24
Indice comparatif de mortalité par cancer, tous sièges, hommes, 15-64 ans, SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999

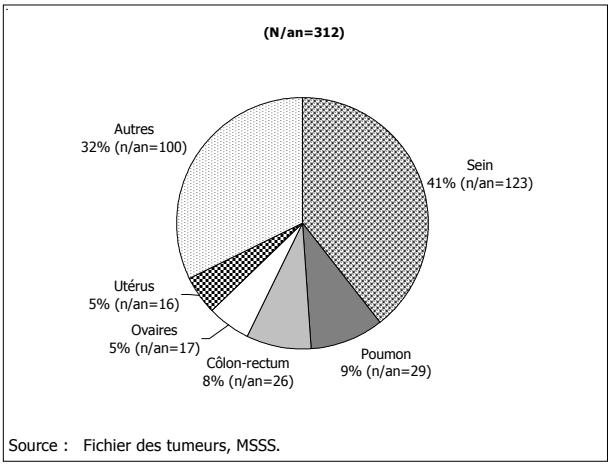


Source : Fichier des décès, MSSS.
* Écart significatif par rapport au Québec ($p \leq 0,05$).

Principaux sièges de cancer (suite)

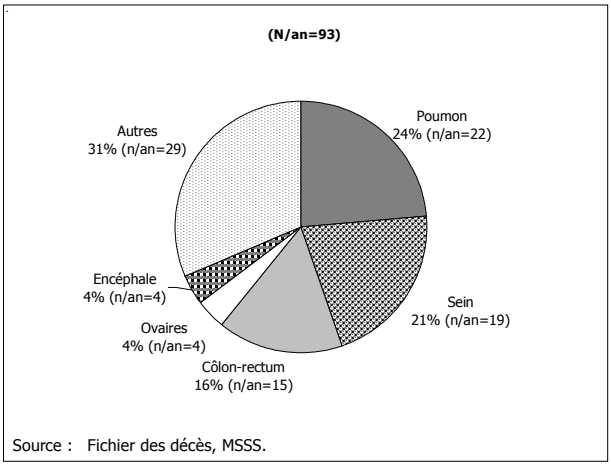
Chez les femmes de 15-64 ans de la région, on recense, en moyenne par année, 312 nouveaux cas de cancer et 93 décès par cancer, soit un ratio décès/cas de 30 %. Le cancer du sein occupe le 1er rang des nouveaux cas de cancer (41 %) et le cancer du poumon (9 %) le 2e rang. Si l'on examine les décès par cancer, les rangs sont inversés, le cancer du poumon occupe le 1er rang (24 %) et le cancer du sein, le second (21 %). Le pronostic de cancer du poumon reste le plus sombre chez les femmes de 15-64 ans avec un ratio décès/cas de 76 %; alors que le cancer du sein présente un pronostic très favorable avec un ratio décès/cas de 15 %.

Figure 25
Nouveaux cas de cancer, principaux sièges, femmes, 15-64 ans, SLSJ, 1997-1999



Source : Fichier des tumeurs, MSSS.

Figure 26
Décès par cancer, principaux sièges, femmes, 15-64 ans, SLSJ, 1997-1999

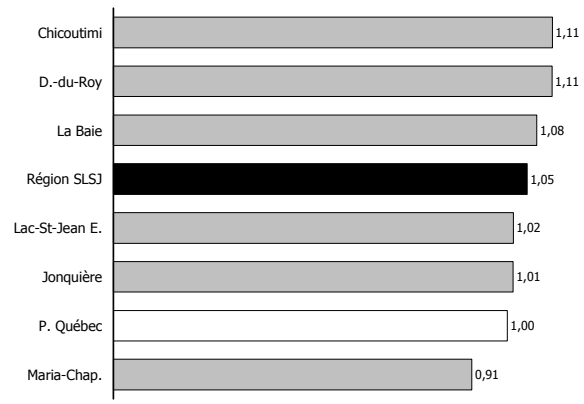


Source : Fichier des décès, MSSS.

Comparativement au Québec, l'incidence des cancers, tous sièges confondus, chez les femmes de 15-64 ans de la région est excédentaire et trois territoires sont plus affectés (Chicoutimi, Domaine-du-Roy et La Baie). On observe, une surincidence significative associée au cancer du sein chez les femmes de 45 ans et plus et de la glande thyroïde chez les femmes de 25-44 ans.

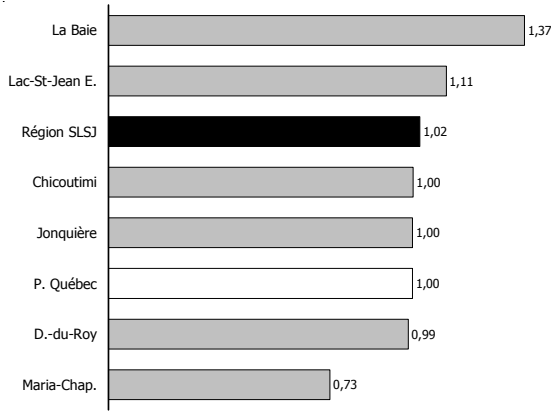
Quant à la mortalité par cancer, elle est excédentaire dans les territoires de La Baie et Lac-Saint-Jean-Est. Bien que la région présente une mortalité de même ampleur que le Québec chez les femmes de 15-64 ans, on note tout de même une surmortalité significative reliée au cancer du côlon-rectum chez les 45-64 ans.

Figure 27
Indice comparatif d'incidence du cancer, tous sièges, femmes, 15-64 ans, SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999



Source : Fichier des tumeurs, MSSS.

Figure 28
Indice comparatif de mortalité par cancer, tous sièges, femmes, 15-64 ans, SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

1.4 Problèmes d'intégration et d'adaptation sociale

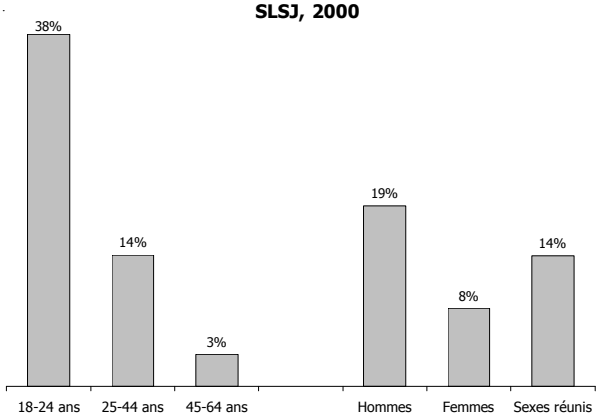
Objectif du PNSP : réduire les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool.

Consommation de drogues et d'alcool

En ce qui a trait à la consommation de drogues (cannabis, haschisch, pot, cocaïne, crack, freebase), lors de l'enquête psychosociale régionale 2000, 14 % des répondants de 18-64 ans ont déclaré avoir consommé l'un des produits énumérés dans la dernière année.

La proportion est plus élevée chez les hommes (19 %) que chez les femmes (8 %). Elle décroît sensiblement avec l'âge : elle est nettement plus élevée chez les 18-24 ans (38 %).

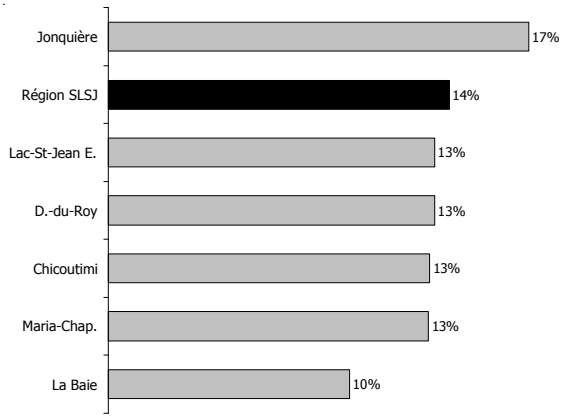
Figure 29
Proportion des 18-64 ans déclarant avoir consommé des drogues illégales dans la dernière année, selon l'âge et le sexe, SLSJ, 2000



Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

Au niveau des territoires de CLSC, bien que la prévalence observée dans le secteur Jonquière se situe au-dessus de la moyenne régionale, d'un point de vue statistique, le phénomène est considéré de même ampleur dans tous les territoires.

Figure 30
Proportion des 18-64 ans déclarant avoir consommé des drogues illégales dans la dernière année, SLSJ et territoires de CLSC, 2000



Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

Consommation de drogues et d'alcool (suite)

L'étude du Comité permanent de lutte à la toxicomanie, sur la consommation de psychotropes (2003), signale qu'en ce qui a trait aux comparaisons interrégionales sur la consommation actuelle d'alcool, la région SLSJ se classe parmi les trois régions où l'on boit le plus en une même occasion, soit cinq consommations et plus au moins une fois dans l'année. De plus, la région se classe aussi parmi les trois régions où l'on retrouve les plus grands pourcentages de buveurs à risque d'être dépendants de l'alcool avec 2 % des 15 ans et plus, soit un estimé de 4 591 personnes.

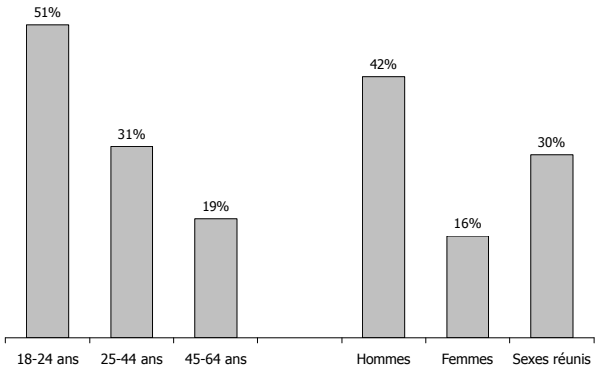
Par ailleurs, 80 % des 18-64 ans affirment en avoir consommé au cours de l'année ayant précédé l'enquête régionale de 2000.

Près du tiers des adultes de 18-64 ans (30 %) déclarent avoir pris cinq consommations d'alcool ou plus en une même occasion, et cela 5 fois ou plus au cours des douze mois précédant l'enquête.

Cette proportion est plus élevée chez les hommes (42 %) que chez les femmes (16 %) et elle décroît sensiblement avec l'âge.

Dans les territoires de CLSC, cette proportion varie de 26 % (Domaine-du-Roy) à 34 % (Maria-Chapdelaine).

Figure 31
Proportion des 18-64 ans déclarant 5 consommations ou plus d'alcool, 5 fois ou plus par année, selon l'âge et le sexe, SLSJ, 2000

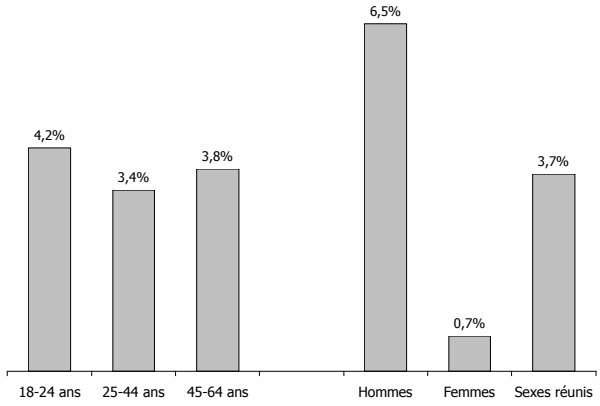


Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

Une plus faible proportion déclare une consommation élevée fréquente. En effet, 3,7 % des adultes de 18-64 ans boivent habituellement 14 verres ou plus d'alcool par semaine.

Cette proportion est plus élevée chez les hommes (6,5 %) que chez les femmes (0,7 %) et elle varie peu suivant l'âge.

Figure 32
Proportion des 18-64 ans déclarant une consommation de 14 verres ou plus d'alcool par semaine, selon l'âge et le sexe, SLSJ, 2000



Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

La santé mentale

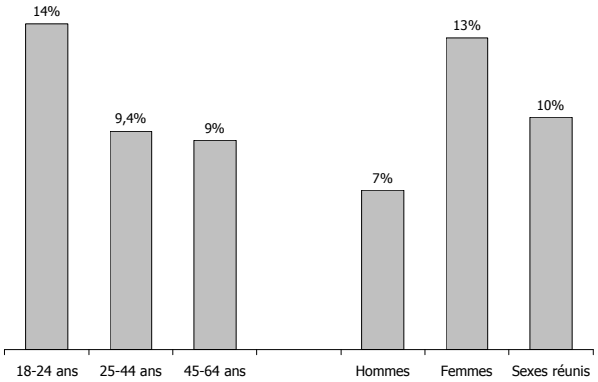
Objectifs du PNSP : augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne santé mentale; réduire le nombre de tentatives de suicide et le nombre de suicides.

➢ La détresse psychologique

Lors de l'enquête régionale de 2000, 10 % des répondants âgés entre 18 et 64 ans se sont classés dans la catégorie de symptomatologie élevée de l'indice de détresse psychologique; ce qui peut donner une bonne estimation des besoins en santé mentale. Il s'agit d'une diminution notable par rapport à l'enquête de Santé Québec 1992-1993, alors que la proportion s'élevait à 25 %.

Les femmes sont en proportion plus nombreuses à présenter un niveau élevé de détresse psychologique que les hommes (13 % vs 7 %) et cet écart se vérifie pour tous les groupes d'âges. La proportion tend aussi à être plus élevée chez les jeunes adultes (14 %).

Figure 33
Proportion des 18-64 ans se classant dans la catégorie de symptomatologie élevée de l'indice de détresse psychologique, selon le sexe et l'âge,
SLSJ, 2000

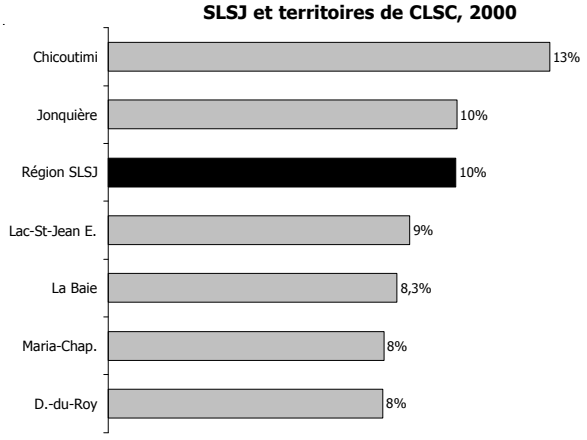


Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

Au niveau des territoires de CLSC, la proportion varie entre 8 % et 13 %.

C'est dans le territoire de Chicoutimi que la proportion est la plus élevée, se situant au-dessus de la moyenne régionale.

Figure 34
Proportion des 18-64 ans se classant dans la catégorie de symptomatologie élevée de l'indice de détresse psychologique,
SLSJ et territoires de CLSC, 2000



Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

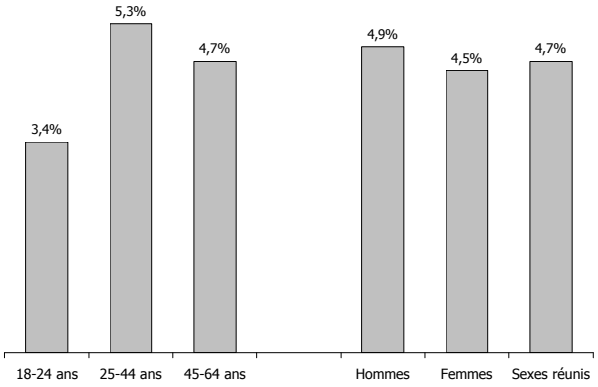
La santé mentale (suite)

➢ Idées et gestes suicidaires

En ce qui concerne les idées suicidaires, en 2000, lors de l'enquête régionale, 4,7 % des 18-64 ans ont confié en avoir eu au cours de l'année précédente.

Cette proportion varie peu selon le sexe et le groupe d'âges.

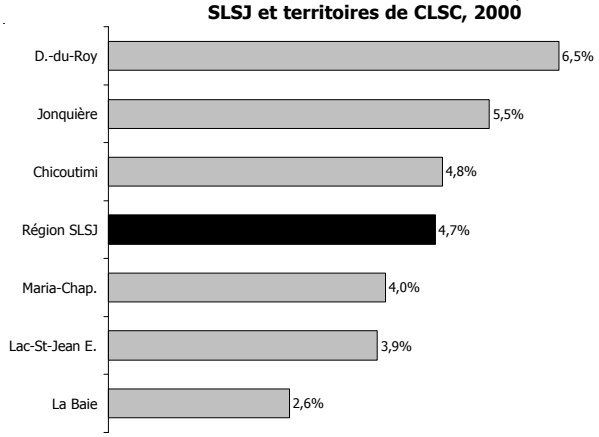
Figure 35
Proportion des 18-64 ans présentant des idées suicidaires sérieuses et récentes, selon le sexe et l'âge, SLSJ, 2000



Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

Au niveau des territoires de CLSC, la proportion des 18-64 ans déclarant avoir eu des idées suicidaires varie entre 2,6 % (La Baie) et 6,5 % (Domaine-du-Roy).

Figure 36
Proportion des 18-64 ans présentant des idées suicidaires sérieuses et récentes, SLSJ et territoires de CLSC, 2000

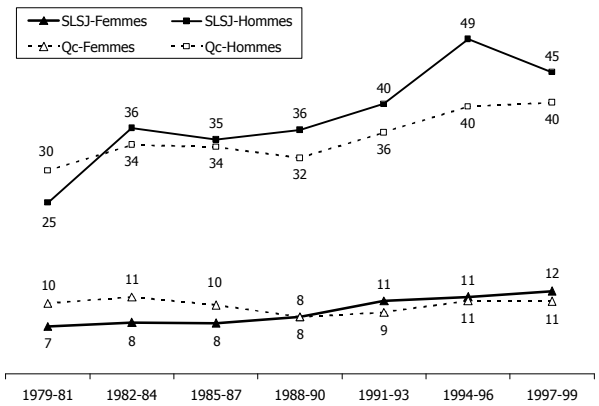


Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

En ce qui a trait au suicide, depuis le début des années 1980, le nombre est passé de 33 à 58 par année chez les 15-64 ans de la région.

Le taux de suicide, surtout masculin, est en augmentation quasi constante au SLSJ et au Québec. Entre 1979-1981 et 1997-1999, le taux masculin des 15-64 ans a presque doublé passant de 25 à 45 par 100 000 de population.

Figure 37
Évolution des taux comparatifs (par 100 000) de mortalité par suicide, 15-64 ans, par sexe, P. Québec et SLSJ, 1979 à 1999

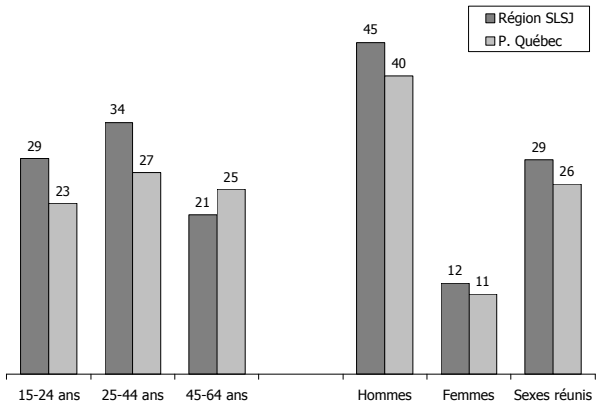


Source : Fichier des décès, MSSS.

Le suicide est aussi beaucoup plus fréquent chez les hommes, pour lesquels les taux sont près de 4 fois plus élevés que les taux féminins. Près de huit suicides sur dix (79 %) recensés dans la région sont masculins.

Le problème touche de façon plus marquée la région SLSJ qui obtient une mortalité masculine excédentaire comparativement au Québec depuis le début des années 1990. En 1997-1999, la surmortalité touche les 15-44 ans, mais elle est significative chez les 25-44 ans, seulement.

Figure 38
Taux comparatifs (par 100 000) de mortalité par suicide, selon le sexe et l'âge, 15-64 ans,
P. Québec et SLSJ, 1997-1999

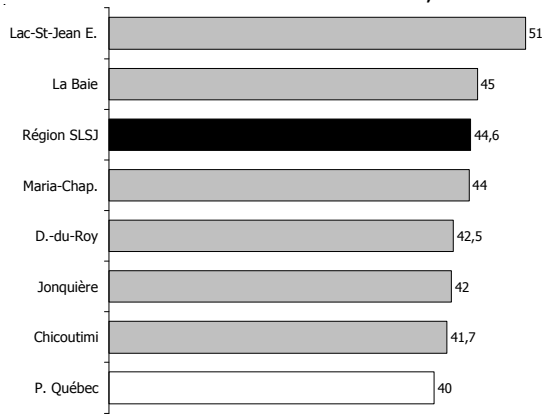


Source : Fichier des décès, MSSS.

Au niveau des territoires de CLSC, le taux masculin de mortalité par suicide varie entre 42 et 51 par 100 000 de population. Bien que tous les territoires présentent un taux masculin plus élevé que celui du Québec qui se situe à 40 par 100 000, aucun ne présente une différence statistiquement significative.

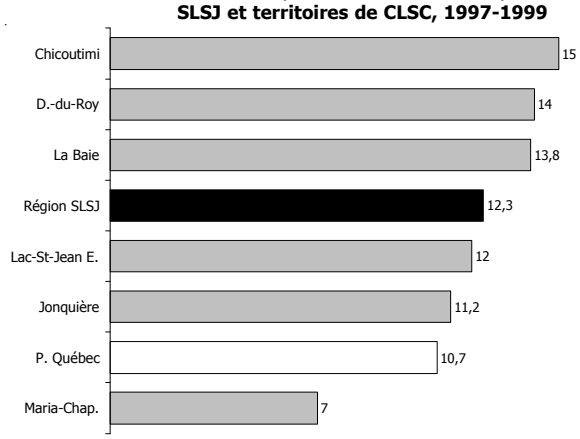
Quant au taux féminin de mortalité par suicide, il varie de 7 à 15 par 100 000 selon le territoire. Bien que le taux soit plus élevé que le taux québécois dans la majorité des CLSC, il n'y a pas de différence significative en raison des faibles nombres en cause (entre 0,7 et 4 suicides en moyenne par année).

Figure 39
Taux comparatifs (par 100 000) de mortalité par suicide, hommes de 15-64 ans,
SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

Figure 40
Taux comparatifs (par 100 000) de mortalité par suicide, femmes de 15-64 ans,
SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

Violence conjugale

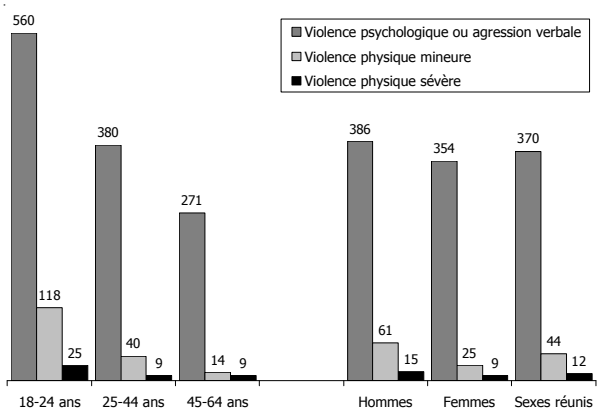
Objectif du PNSP : réduire les problèmes d'agression sexuelle et de violence conjugale affectant les femmes.

Le taux de répondants ayant déclaré avoir subi de la violence psychologique ou des agressions verbales, au cours de l'année ayant précédé l'enquête régionale de 2000, s'élève à 370 par 1 000 pour les 18-64 ans, sexes réunis.

Le taux varie peu selon le sexe; il se situe à 354 pour 1 000 femmes et à 386 pour 1 000 hommes.

La violence physique est moins fréquente. Le taux s'élève à 44 par 1 000 personnes de 18-64 ans pour la violence physique mineure et à 12 par 1 000 pour la violence physique sévère.

Figure 41
Fréquence de la violence (taux par 1 000) chez les 18-64 ans, selon le type, par groupe d'âges et sexe, SLSJ, 2000



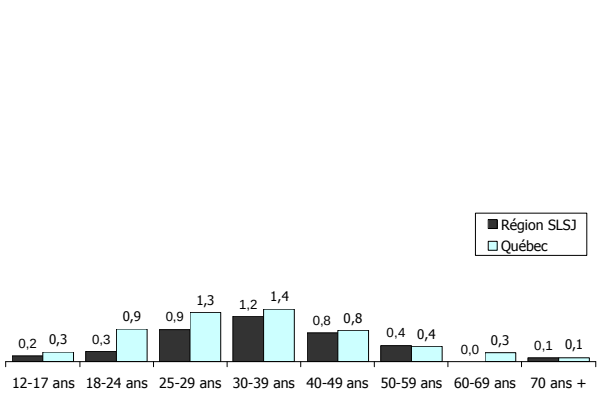
Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

Les données du ministère de la Sécurité publique du Québec (MSP) couvrent les crimes contre la personne (voies de fait simples, menaces, agressions, harcèlement criminel) commis dans un contexte conjugal. Il s'agit de cas signalés aux autorités policières et jugés fondés après enquête. Ces données ne sont pas directement comparables à celles présentées ci-haut, tirées de l'enquête régionale.

Les données régionales du MSP pour l'année 2002 montrent des différences notables entre les taux féminins et masculins : chez les 12 ans et plus, le taux féminin (3,1 par 1 000) est environ 6 fois plus élevé que le taux masculin (0,55 par 1 000). Les taux féminins demeurent nettement plus élevés, pour tous les groupes d'âges, sauf chez les 70 ans et plus.

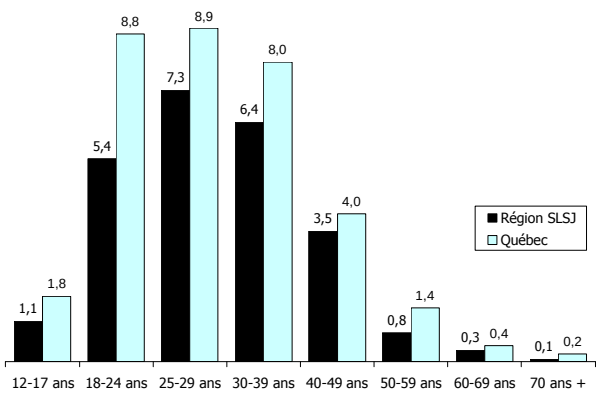
Enfin, les taux observés pour la région sont en général moins élevés que les taux québécois.

Figure 42
Taux de victimes (par 1 000) de violence conjugale par groupe d'âges, hommes de 12 ans et plus, P. Québec et SLSJ, 2000



Source : Ministère de la Sécurité publique, La violence conjugale, statistiques 2000.

Figure 43
Taux de victimes (par 1 000) de violence conjugale par groupe d'âges, femmes de 12 ans et plus, P. Québec et SLSJ, 2000



Source : Ministère de la Sécurité publique, La violence conjugale, statistiques 2000.

1.5 Habitudes de vie

Le tabagisme

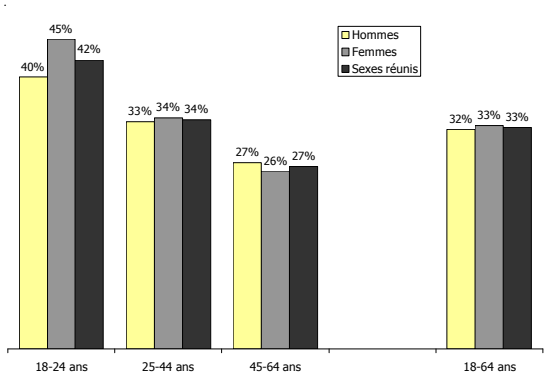
Objectif du PNSP : réduire la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui font usage du tabac de 24 % à 18 %.

Le taux de fumeurs actuels (réguliers et occasionnels) chez les adultes de 18-64 ans s'élève à 33 %. Ce taux reste le même quel que soit le sexe mais il tend à diminuer sensiblement avec l'âge. Les jeunes adultes présentent ainsi les taux les plus élevés : 40 % chez les hommes et 45 % chez les femmes.

Le taux de fumeurs, réguliers et occasionnels, chez les 15 ans et plus a sensiblement diminué au cours des dernières décennies.

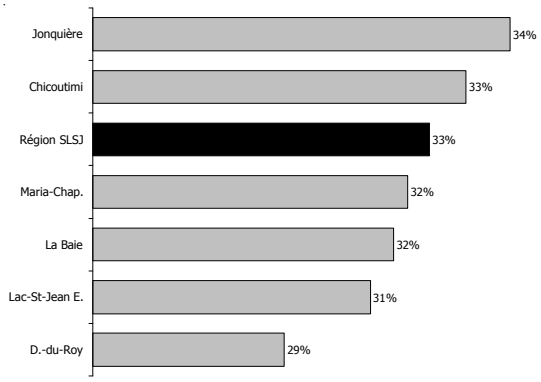
Au niveau des territoires de CLSC, le taux de fumeurs actuels, sexes réunis, varie de 29 % (Domaine-du-Roy) à 34 % (Jonquière).

Figure 44
Proportion de fumeurs actuels, chez les 18-64 ans, selon l'âge et le sexe, SLSJ, 2000



Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

Figure 45
Proportion de fumeurs actuels, chez les 18-64 ans, SLSJ et territoires de CLSC, 2000

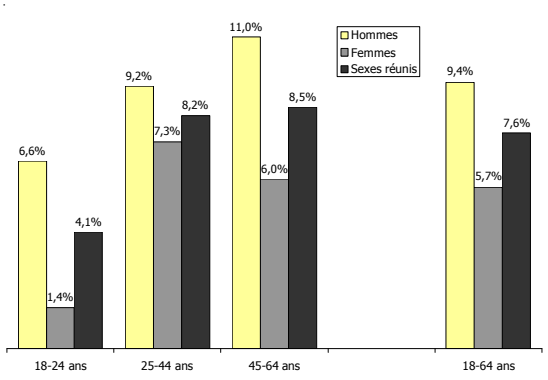


Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

Les taux de gros fumeurs (25 cigarettes ou plus par jour) se chiffrent à 7,6 % chez les 18-64 ans; il est plus élevé chez les hommes (9,4 %) que chez les femmes (5,7 %). Chez les hommes, le taux tend à augmenter avec l'âge; chez les femmes, il atteint une valeur maximale (7,3 %) dans le groupe des 25-44 ans.

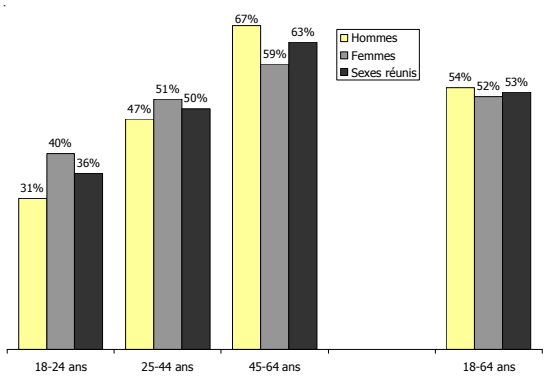
On observe, par ailleurs, un taux relativement élevé de cessation tabagique : 53 % des répondants de 18-64 ans ont cessé de fumer. Le taux est le même quel que soit le sexe, mais il augmente sensiblement avec l'âge : il atteint 63 % chez les 45-64 ans.

Figure 46
Proportion de fumeurs de 25 cigarettes ou plus par jour, chez les 18-64 ans, selon l'âge et le sexe, SLSJ, 2000



Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

Figure 47
Proportion des 18-64 ans, ayant cessé de fumer, selon l'âge et le sexe, SLSJ et territoires de CLSC, 2000



Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

Les choix alimentaires et la disponibilité d'aliments

Objectifs du PNSP : augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour;
réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %.

Il n'existe pas d'étude spécifique sur l'état nutritionnel des personnes vivant au Saguenay–Lac-Saint-Jean. La dernière a été réalisée par Santé Québec auprès de la population québécoise de 18 à 74 ans (Santé Québec, 1995). Les résultats des enquêtes ont révélé, entre autres, que l'apport de certains éléments nutritifs est encore inférieur aux quantités recommandées chez certains groupes d'âges.

On retient qu'à l'exception des hommes de 18 à 34 ans, tous les autres groupes de la population ont un apport en folacine (vitamine du complexe B) insuffisant. L'apport en calcium est faible chez les femmes de tous âges et au moins la moitié des hommes de plus de 35 ans. Un faible apport en fer de même qu'un régime moins dense en fibres caractérisent l'alimentation des femmes en âge de procréer.

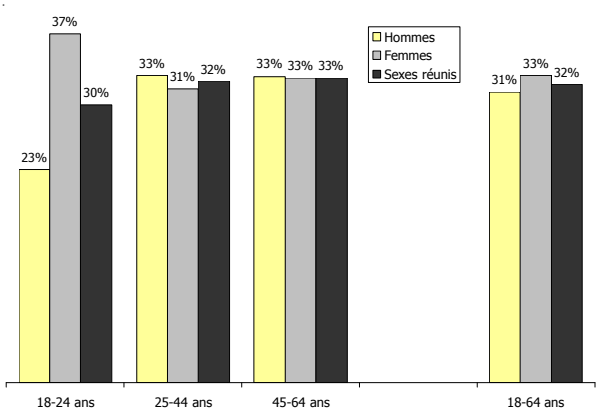
La sédentarité

Objectif du PNSP : augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.

Dans la région, près du tiers de la population adulte (32 %) est sédentaire, ne pratiquant pas des activités physiques de loisir à une fréquence suffisante pour se maintenir en bonne santé. Il n'y a pas de différence associée au sexe pour les 25-64 ans, mais pour les 18-24 ans, la sédentarité est plus fréquente chez les femmes (37 %) que chez les hommes (23 %).

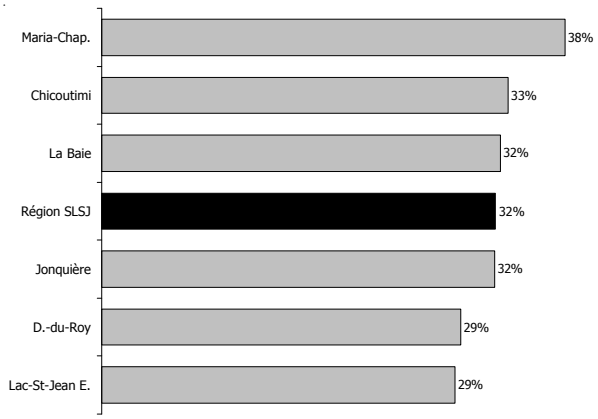
Au niveau des territoires de CLSC, le taux de sédentarité varie de 29 % (Lac-St-Jean-Est) à 38 % (Maria-Chapdelaine).

Figure 48
Proportion de sédentaires, chez les 18-64 ans, selon l'âge et le sexe, SLSJ, 2000



Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

Figure 49
Proportion de sédentaires, chez les 18-64 ans, sexes réunis, SLSJ et territoires de CLSC, 2000



Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

La proportion d'individus cumulant au moins trois séances d'activités, de 20 à 30 minutes ou plus par semaine, est moins élevée chez les femmes de 18-64 ans (24%) que chez les hommes de même âge (32%). En ce qui a trait à l'âge, elle est plus faible chez les 25-64 ans (25%) que chez les 18-24 ans (39%).

L'hygiène buccodentaire

Objectif du PNSP : *améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire dans tous les groupes d'âges.*

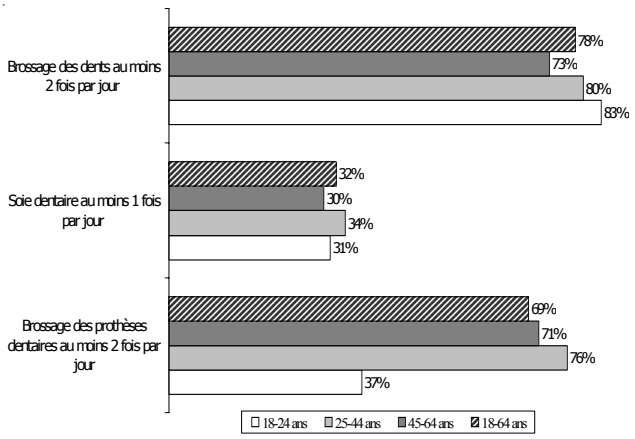
L'hygiène dentaire est associée positivement au niveau de scolarité. Les proportions de personnes qui se brossent les dents au moins deux fois par jour, qui utilisent la soie dentaire une fois par jour ou encore qui brossent leurs prothèses dentaires au moins deux fois par jour augmentent, en effet, avec le niveau de scolarité. Par ailleurs, les femmes se brossent plus régulièrement les dents (au moins deux fois par jour) que les hommes (88 % *vs* 68 %).

Chez les Québécois de 18-64 ans, 78 % se brossent les dents au moins deux fois par jour, la proportion est un peu plus élevée chez les 18-24 ans (83 %) et elle tend à diminuer avec l'âge.

Près du tiers des adultes (32 %) utilisent la soie dentaire au moins 1 fois par jour; une proportion qui varie peu suivant l'âge.

Lorsqu'ils portent des prothèses dentaires, 69 % des Québécois brossent leurs appareils au moins deux fois par jour; la proportion est nettement plus faible chez les 18-24 ans (37 %).

Figure 50
Hygiène buccodentaire, chez les 18-64 ans, P. Québec, 1995



Source : Étude sur la santé bucco-dentaire des adultes de 18 ans et plus du Québec.

1.6 Maladies chroniques

Les maladies cardiovasculaires (MCV)

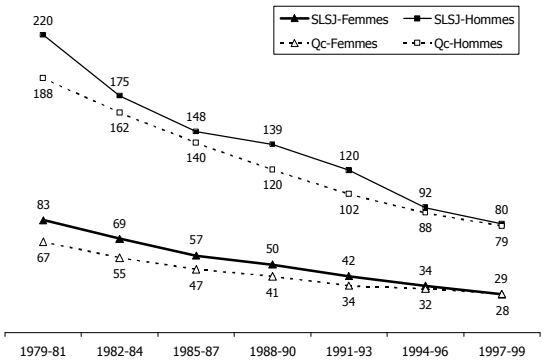
Objectif du PNSP : diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires (incluant les maladies cardiaques ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux).

Les maladies cardiovasculaires (MCV) occupent le 2e rang des causes d'hospitalisation des 15-64 ans avec 14 % de celles-ci, soit 1 628 hospitalisations (moyenne par année) en 1998-2001. Environ 5 560 personnes âgées entre 25-64 ans sont atteintes d'une MCV dans la région soit 860 cas âgés de 25-44 ans et 4 700 cas âgés de 45-64 ans. On obtient ces résultats en appliquant, les taux de prévalence observés dans l'enquête Santé Québec de 1998, soit de 1,1 % chez les 25-44 ans et 6,3 % chez les 45-64 ans.

En ce qui a trait à la mortalité chez les 15-64 ans de la région, on a enregistré 111 décès par MCV en moyenne par année en 1997-1999. La majorité (63 %) sont attribuables à une maladie cardiaque ischémique suivie des accidents vasculaires cérébraux (17 %). Près des trois quarts des décès par MCV (74 %; 82 décès) sont masculins et la plus forte proportion survient chez des hommes de 45-64 ans (68 %; 75 décès).

Depuis plusieurs décennies, on observe une baisse constante du taux de mortalité par MCV, tant dans la région SLSJ qu'au Québec. Dans la région, le taux masculin a chuté de 220 à 80 par 100 000 (- 64 %) de 1979-1981 à 1997-1999 alors que le taux féminin est passé de 83 à 29 par 100 000 (- 66 %).

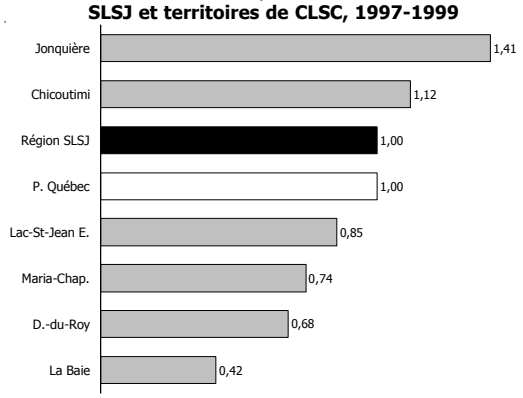
Figure 51
Taux comparatif de mortalité (par 100 000) par MCV, 15-64 ans, selon le sexe, P. Québec et SLSJ, 1979 à 1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

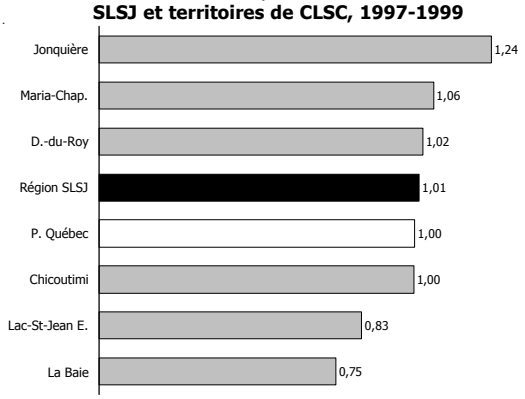
Comparativement au Québec, tous les territoires présentent une mortalité par MCV de même ampleur, les différences observées n'étant pas significatives, tant chez les hommes que chez les femmes. La mortalité par MCV demeure élevée cependant sur le territoire de Jonquière qui affiche d'ailleurs une surmortalité significative par MCV chez les 45-64 ans.

Figure 52
Indice comparatif de mortalité par MCV, hommes, 15-64 ans SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

Figure 53
Indice comparatif de mortalité par MCV, femmes, 15-64 ans SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

Le cancer du sein

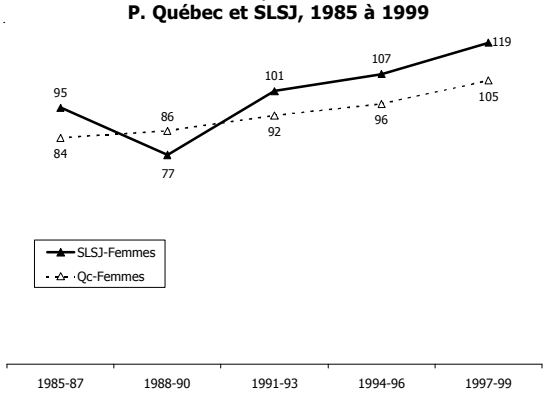
Objectif du PNSP : réduire la mortalité par cancer du sein de 25 % chez les femmes de 50 à 69 ans.

La survie à un cancer du sein est bonne peu importe l'âge au moment du diagnostic. D'après les données québécoises, le taux de survie observé cinq ans après le diagnostic s'élève à 70 % et à 62 % après 10 ans (Louchini, INSPQ, 2003 : 68-69).

Dans la région SLSJ, au cours de la période 1997-1999, on a diagnostiqué, en moyenne par année, 123 nouveaux cas de cancer du sein chez des femmes âgées entre 15 et 64 ans et 19 décès par cancer du sein. La majorité des nouveaux cas (83 %; 102 par an) et des décès (79 %; 15 par an) surviennent chez des femmes de 45 à 64 ans. Le ratio décès/cas incidents des 15-64 ans se situe à 16 %; ce qui suggère un pronostic très favorable.

Le taux comparatif d'incidence (TCI) du cancer du sein a augmenté de façon quasi constante depuis le milieu des années 1980, dans la région SLSJ comme au Québec. Le TCI régional a augmenté de 25 % entre 1979-1981 et 1997-1999.

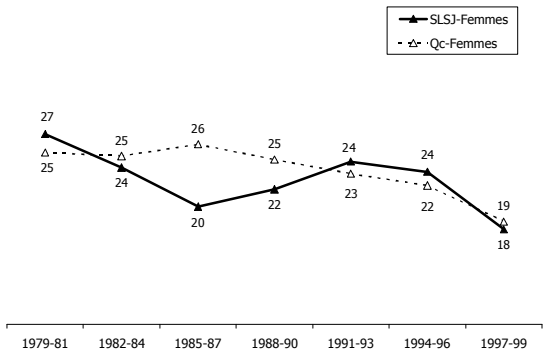
Figure 54
Taux comparatif d'incidence (par 100 000) du cancer du sein, femmes, 15-64 ans
P. Québec et SLSJ, 1985 à 1999



Source : Fichier des tumeurs, MSSS.

En ce qui touche la mortalité par cancer du sein, le taux comparatif régional tend à diminuer depuis le début des années 1990 (- 25 %) alors que le taux québécois a amorcé une décroissance depuis le milieu des années 1980 (- 26 %).

Figure 55
Taux comparatif de mortalité (par 100 000) par cancer du sein, femmes, 15-64 ans
P. Québec et SLSJ, 1979-1999



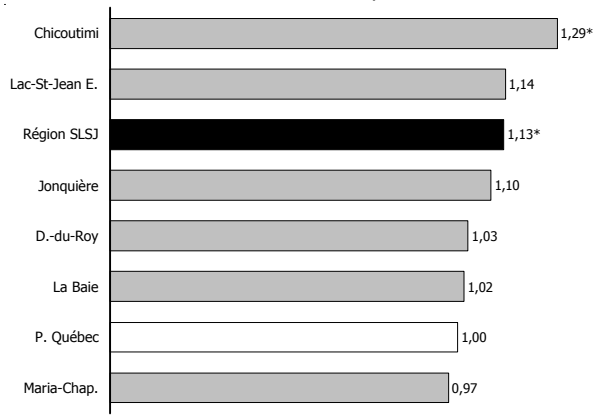
Source : Fichier des décès, MSSS.

Le cancer du sein (suite)

Comparativement au Québec, la région présente une incidence de cancer du sein significativement plus élevée chez les femmes de 15-64 ans. Les plus touchées sont les femmes du groupe d'âges 45 à 64 ans du secteur Chicoutimi, lesquelles affichent un taux d'incidence significativement plus élevé qu'au Québec.

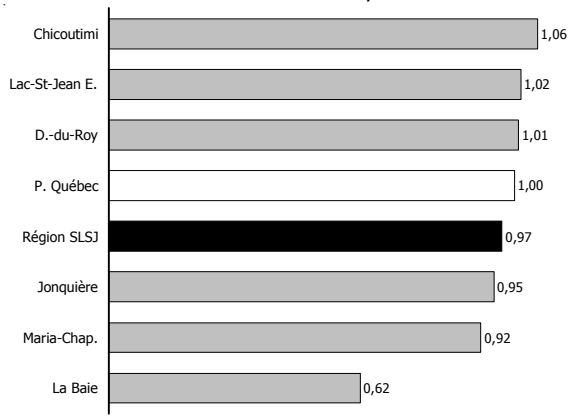
Par ailleurs, les taux de mortalité par cancer du sein observés dans la région et dans les territoires de CLSC ne sont pas statistiquement différents du taux québécois.

Figure 56
Indice comparatif d'incidence du cancer du sein, femmes, 15-64 ans, SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999



Source : Fichier des tumeurs, MSSS.
* Écart significatif par rapport au Québec (p 0,05).

Figure 57
Indice comparatif de mortalité par cancer du sein, femmes, 15-64 ans, SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

Chez les femmes âgées de 50-69 ans, au cours de la période 1997-1999, on a recensé 56 décès (18,7/an) par cancer du sein pour 321 cas incidents (107/an). Ce qui donne un ratio décès/cas incidents de 17,4 %. Par rapport à leurs homologues québécoises, les femmes de 50-69 ans de la région présentent une surincidence de cancer du sein qui est observée depuis le début des années 1990. Le taux d'incidence 1997-1999 se situe à 362 par 100 000 dans la région comparativement à 301 au Québec. Le taux comparatif de mortalité qui s'élève à 63 pour 100 000 dans la région est équivalent à celui du Québec (62/100 000).

Afin de réduire la mortalité par cancer du sein, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) vise à ce que 70 % des femmes de 50-69 ans aient une mammographie de dépistage aux deux ans. Le programme ayant été implanté en novembre 2001 seulement, le système d'information régional ne permet pas encore de mesurer de façon fiable le taux de participation des femmes. Cependant les données fournies par l'INSPQ nous permettent de constater qu'en 2000 et 2001, 58 % des femmes de la région (63 % au Québec) ont obtenu une mammographie à des fins de dépistage ou de diagnostic.

Les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)

Objectif du PNSP : réduire de 30 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique.

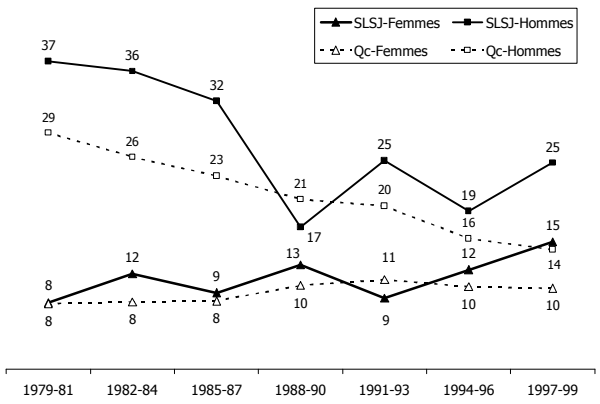
La prévalence régionale en 2001 des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) a été estimée en appliquant les taux de prévalence observés dans l'enquête Santé Québec de 1998. On obtient ainsi 1 175 cas âgés de 25-44 ans (1,5 %) et 1 940 cas âgés de 45-54 ans (2,6 %) soit un total de 3 115 personnes atteintes.

En termes de mortalité, les MPOC, constituées principalement de la bronchite et de l'emphysème, sont responsables de 14 décès en moyenne par année chez les 15-64 ans, la majorité des décès (13 cas) surviennent chez des personnes âgées de 45-64 ans.

Chez les Québécois de 45-64 ans, le taux de mortalité par MPOC tend à diminuer de façon quasi constante depuis deux décennies. Au SLSJ, les taux sont trop instables pour conclure à une tendance à la baisse bien qu'il ait diminué de 33 % entre 1979-1981 et 1997-1999.

Chez les Québécoises de 45-64 ans, le taux de mortalité par MPOC tend plutôt à demeurer stable. Chez les femmes de la région, les résultats récents suggèrent une hausse mais, compte tenu des faibles nombres en cause, on ne peut conclure à une tendance.

Figure 58
Taux comparatif de mortalité (par 100 000) par MPOC, 45-64 ans, selon le sexe, P. Québec et SLSJ, 1979 à 1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

Comparativement au Québec, la région affiche une surmortalité significative associée aux MPOC qui perdure depuis plusieurs années, surtout chez les hommes de 65 ans et plus. Chez les 45-64 ans, sexes réunis, la région affiche une surmortalité qui se vérifie seulement dans le territoire de Chicoutimi. Il faut signaler qu'au niveau des territoires, le nombre de cas est très faible, soit moins de quatre décès par année en 1997-1999.

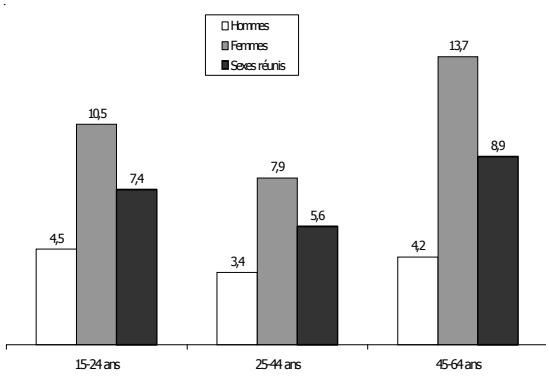
L'asthme

Objectif du PNSP : *réduire de 40 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme.*

Dans la région SLSJ, on peut estimer qu'environ 8 500 personnes de 15-64 ans sont atteintes d'asthme en appliquant les taux de prévalence de l'enquête Santé Québec de 1998, soit 5,6 % des individus de 15-24 ans, 4,5 % des 25-44 ans et 3,6 % des 45-64 ans.

On recense annuellement 145 hospitalisations pour asthme chez des personnes âgées entre 15 et 64 ans. Plus des deux tiers de ces hospitalisations surviennent chez des femmes, les taux varient peu selon l'âge mais, quel que soit le sous-groupe d'âges, ils s'avèrent toujours de deux à trois fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Par contre, les décès attribuables à l'asthme sont peu fréquents; on en dénombre seulement un par année en moyenne.

Figure 59
Taux d'hospitalisation (pour 100 000) pour asthme, selon l'âge et le sexe, 15-64 ans, SLSJ, 1996-2001



Source : MSSS, Fichiers Med-Écho.

Le diabète

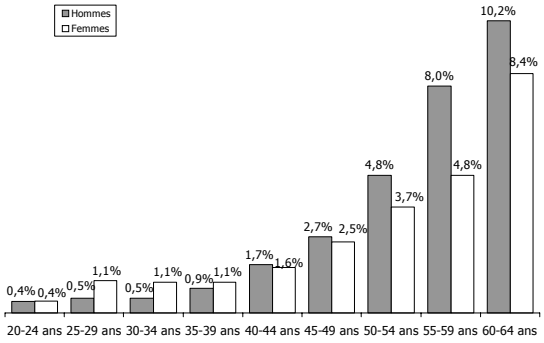
Objectif du PNSP : *réduire de 30 % l'incidence du diabète (de 40 % dans les populations autochtones).*

La prévalence du diabète est en progression partout en Amérique du Nord, notamment en lien avec l'augmentation de la prévalence de l'excès de poids dans la population observée depuis une quinzaine d'années. De plus, le vieillissement de la population contribuera à augmenter encore le nombre de cas d'ici 2011.

Le Québec dispose depuis peu d'un système de surveillance qui permet de suivre l'évolution du diabète dans la population. Les données produites pour la région pour 1999-2000 indiquent qu'avant 40 ans, la prévalence du diabète ne dépasse pas 1,1 %; par la suite, elle augmente progressivement pour atteindre à 60-64 ans, 8,4 % chez les femmes et 10,2 % chez les hommes.

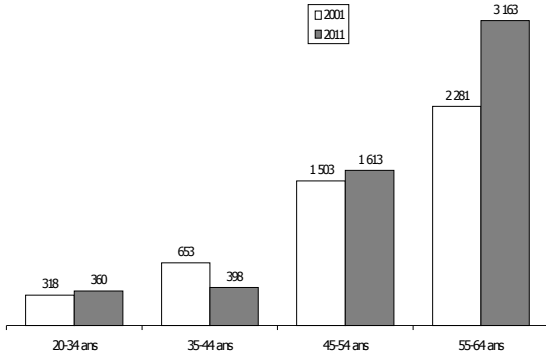
En appliquant les taux de prévalence à la population régionale en 2001, on peut estimer qu'environ 4 754 personnes âgées de 20 à 64 ans sont diabétiques. Ce nombre devrait atteindre 5 535 vers 2011.

Figure 60
Prévalence (en %) du diabète, selon l'âge et le sexe, population de 20-64 ans, SLSJ, 1999-2000



Source : Institut national de santé publique du Québec, janvier 2003.

Figure 61
Nombre de cas estimés de diabète, selon l'âge et le sexe, population de 20-64 ans, SLSJ, 2001 et 2011



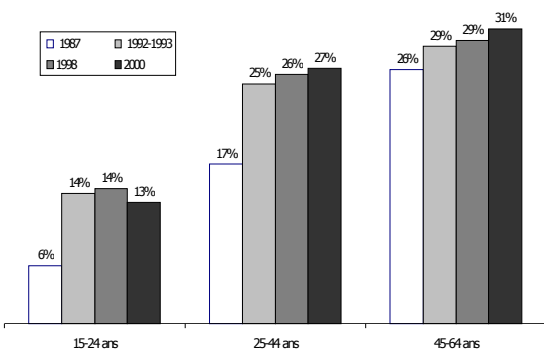
Source : Institut national de santé publique du Québec, janvier 2003.

L'excès de poids

Objectif du PNSP : *réduire la prévalence de l'excès de poids de 28 % à 22 % et celle de l'obésité de 13 % à 10 % chez les adultes.*

La prévalence de l'excès de poids est en augmentation constante depuis 1987. Entre les enquêtes de 1987 et 2000, la proportion de personnes touchées par l'excès de poids s'est accrue dans tous les groupes d'âges, en particulier chez les groupes plus jeunes (15-24 ans et 25-44 ans).

Figure 62
Proportion des 18-64 ans ayant un excès de poids, selon l'âge, SLSJ, 1987 à 2000

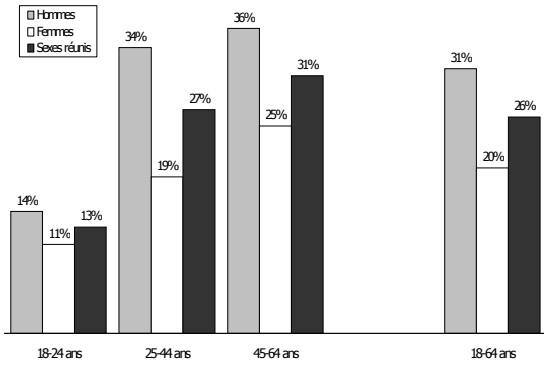


Sources : 1. Enquête sociale et de santé (1987, 1992-93, 1998).
2. Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

Selon les données de l'enquête psychosociale réalisée en 2000, le quart (25,7 %) de la population de 18-64 ans du SLSJ présente un excès de poids. L'importance de ce problème augmente avec l'âge : la prévalence, qui se situe à 13 % entre 18 et 24 ans, double chez les adultes de 25-44 ans (27 %) et atteint 31 % chez les 45-64 ans.

Chez les adultes de 18-64 ans, l'excès de poids est davantage un problème masculin, étant plus fréquent chez les hommes (31 %) que chez les femmes (20 %). Ce constat demeure vrai pour les trois sous-groupes d'âges adultes.

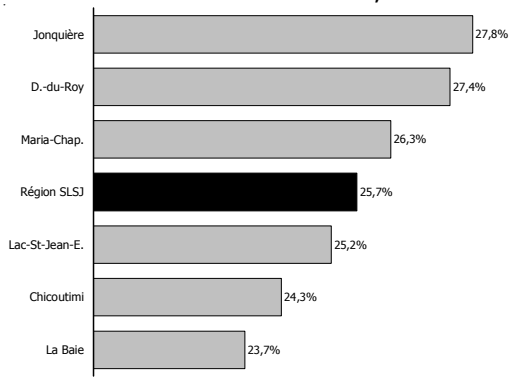
Figure 63
Proportion des 18-64 ans présentant un excès de poids, selon l'âge et le sexe, SLSJ, 2000



Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

La prévalence de l'excès de poids chez les adultes de 18-64 ans est plus élevée dans les territoires de Jonquière et Domaine-du-Roy.

Figure 64
Proportion des 18-64 ans présentant un excès de poids, SLSJ et territoires de CLSC, 2000



Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

Les maladies parodontales

Objectif du PNSP : *réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivite et maladies parodontales destructives) chez les adultes de 18 ans ou plus.*

Pour mesurer l'état de santé parodontale des adultes, l'OMS préconise l'utilisation de l'indice CPITN (Community Periodontal Index of Treatment Needs) qui permet d'évaluer l'atteinte et les besoins de traitement d'une population. L'étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans permet de nombreuses constatations.

Plus de 80 % des Québécois de 35 à 44 ans ont au moins une dent présentant un saignement gingival et 53 % en ont au moins cinq. Pour la présence de tartre, ces pourcentages sont respectivement de 75 % et 50 %.

Bien que la plupart des faces dentaires cariées soient traitées, la présence de saignement gingival et de tartre sont des phénomènes dont la prévalence est très élevée chez les Québécois de 35 à 44 ans. C'est donc plutôt au niveau des traitements parodontaux que les besoins sont importants. Ainsi, seulement 10,8% de ceux-ci n'ont aucun besoin de traitement (aucune dent avec du tartre ou avec une poche parodontale de 3,5 mm ou plus). Cependant, 67,8 % présentent, soit du tartre sur au moins une dent ou soit une poche parodontale de 4 à 5 mm sans toutefois présenter de dent avec une poche parodontale de 6 mm ou plus. Selon l'indice CPITN, 94,6 % des Québécois de 35 à 44 ans ont besoin de conseils d'hygiène buccodentaire; 89,2 % ont besoin en plus d'un détartrage; environ 50 % ont déjà des atteintes sous formes de poches parodontales cliniquement détectables; 21,4 % nécessitent un traitement parodontal complexe. Contrairement à la carie dentaire, la perception sur le besoin de soins aux gencives en fonction de leurs problèmes parodontaux est très faible chez les Québécois de 35 à 44 ans.

Concernant les problèmes parodontaux sévères, 73,6 % des Québécois de 35 à 44 ans ont au moins une dent avec une poche parodontale de 4 mm ou plus et 21,4 % avec une poche parodontale de 6 mm ou plus. Les 21,4 % de cas nécessitant un traitement complexe se divisent en trois groupes : 7,9 % avec une seule dent, 7,3 % avec deux à trois dents et 6,3 % avec quatre dents ou plus. Chez les femmes, 17,1 % de celles-ci ont au moins une dent avec une poche parodontale de 6 mm ou plus, comparativement à 25,8 % chez les hommes. Dans le groupe avec un revenu familial de moins de 30 000 $, 29 % des Québécois de 35 à 44 ans ont au moins une dent avec une poche parodontale de 6 mm ou plus, comparativement à 16,9 % pour celui avec un revenu familial de 30 000 $ ou plus. Par contre, il existe pour toutes ces maladies une grande disparité régionale, avec deux fois plus de Québécois de 35 à 44 ans atteints dans la zone métropolitaine que dans les zones urbaine ou rurale.

1.7 Traumatismes non intentionnels

Objectifs du PNSP : *réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route;*
réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.

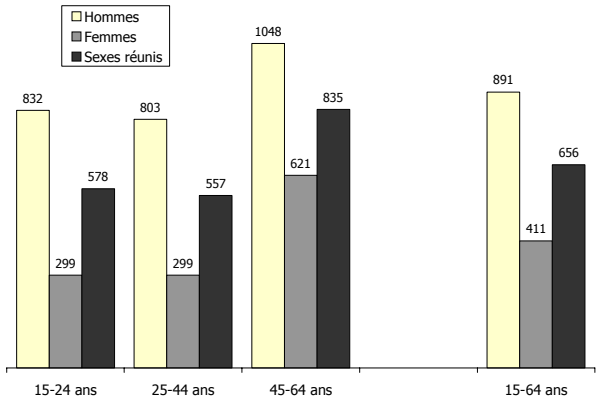
Les traumatismes et les décès causés lors d'accidents impliquant des véhicules circulant sur le réseau routier ou hors route ainsi que les chutes et blessures à domicile sont regroupés dans la catégorie des traumatismes non intentionnels (TNI).

Dans la région, les TNI sont à l'origine de 1 332 hospitalisations (par an) de personnes âgées entre 15 et 64 ans : 24 % sont dus aux chutes accidentelles (323/an) qui surviennent le plus souvent à domicile alors que 15 % (204/an) sont attribuables aux accidents de la route et 6 % (78/an) aux accidents de véhicules survenant hors route.

Les taux d'hospitalisations pour l'ensemble des TNI sont deux fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes; pour les accidents hors route, ils sont cinq fois plus élevés.

Les hospitalisations suite à un TNI sont, par ailleurs, plus fréquentes chez les 45-64 ans.

Figure 65
Taux comparatif d'hospitalisation (par 100 000) par TNI, selon l'âge et le sexe, 15-64 ans, SLSJ, 1996-2001



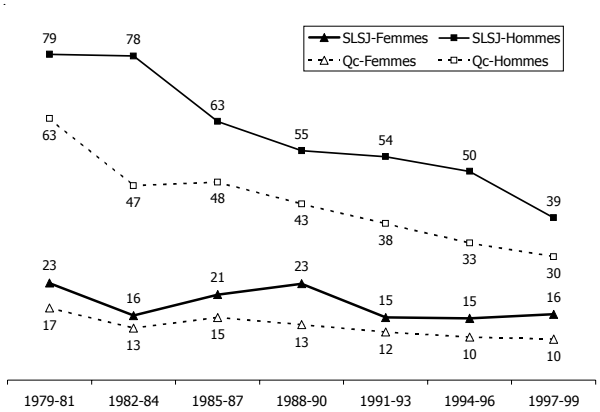
Source : Fichier Med-Écho, MSSS.

Les données régionales de l'enquête Santé Québec de 1998 indiquaient que 9,7 % des personnes de 25-44 ans et 3 % des 45-64 ans ont été victimes d'un accident ayant nécessité une consultation médicale au cours des 12 mois précédant l'enquête. On peut ainsi estimer qu'environ 9 800 adultes de 25-64 ans ont été confrontés à ce problème dans la région en 2001.

En termes de mortalité, les TNI causent chaque année 57 décès de personnes âgées entre 15 et 64 ans, dans la région SLSJ. La majorité de ces décès sont dus aux accidents de la route (57 %; 32/an); les décès dus aux accidents de véhicules survenant hors route sont beaucoup moins fréquents (3/an). Le même constat s'applique aux décès consécutifs à une chute accidentelle (4/an).

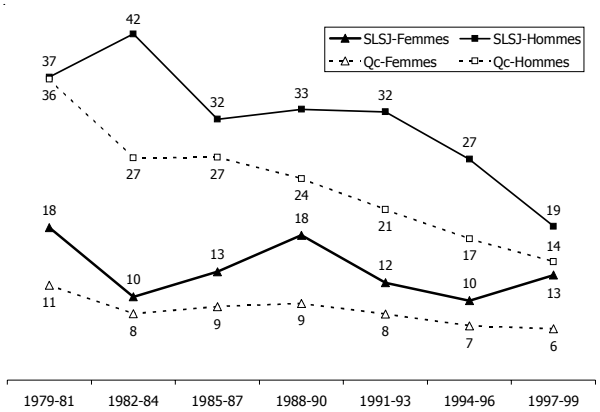
Les taux de mortalité par traumatismes non intentionnels et par accidents de la route ont diminué de façon sensible depuis le début des années 1980 chez les hommes de 15-64 ans, tant dans la région qu'au Québec. Chez les femmes, le taux régional présente une certaine stabilité depuis 1991-1993 alors que la tendance est à la baisse au Québec.

Figure 66
Taux comparatif de mortalité (par 100 000) par TNI, 15-64 ans, selon le sexe, P. Québec et SLSJ, 1979 à 1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

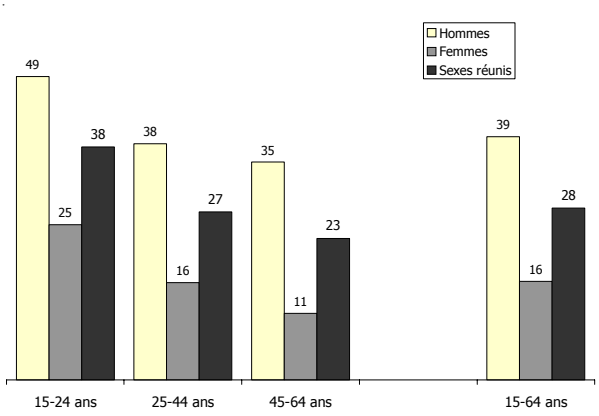
Figure 67
Taux comparatif de mortalité (par 100 000) par accidents de la route, 15-64 ans, selon le sexe, P. Québec et SLSJ, 1979 à 1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

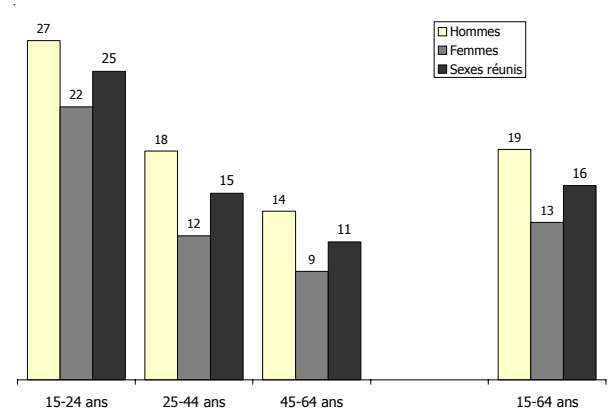
Pour l'ensemble des TNI incluant les accidents de la route, les taux de mortalité sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes quel que soit l'âge. Par ailleurs, les taux tendent à diminuer sensiblement avec l'âge; les 15-24 ans sont ainsi les plus touchés.

Figure 68
Taux comparatif de mortalité (par 100 000) par TNI, selon l'âge et le sexe, 15-64 ans, SLSJ, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

Figure 69
Taux comparatif de mortalité (par 100 000) par accidents de la route, selon l'âge et le sexe, 15-64 ans, SLSJ, 1997-1999

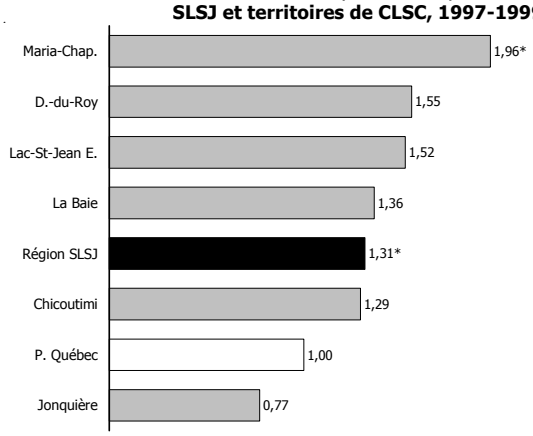


Source : Fichier des décès, MSSS.

Comparativement au Québec, la région SLSJ affiche une surmortalité pour l'ensemble des traumatismes non intentionnels, chez les hommes et chez les femmes de 15-64 ans. À l'exception du territoire de Jonquière, tous les territoires de CLSC sont plus ou moins touchés. De façon générale, les territoires situés dans la sous-région du Lac-Saint-Jean sont les plus affectés.

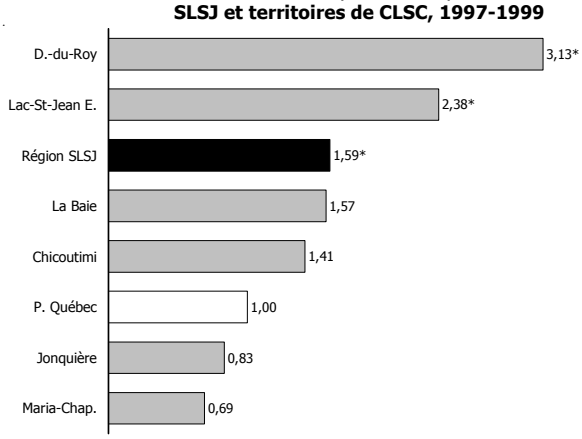
La surmortalité est largement attribuable aux excédents de décès par accidents de la route (impliquant des véhicules-moteurs) qui touchent également la majorité des territoires.

Figure 70
Indice comparatif de mortalité par TNI, hommes, 15-64 ans, SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.
* Écart significatif par rapport au Québec ($p \leq 0,05$).

Figure 71
Indice comparatif de mortalité par TNI, femmes, 15-64 ans, SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.
* Écart significatif par rapport au Québec ($p \leq 0,05$).

1.8 Maladies infectieuses

Le domaine d'intervention des maladies infectieuses concerne les maladies et infections causées par des agents biologiques acquis selon différentes voies de transmission. Les symptômes et l'évolution de ces maladies varient selon l'agent en cause, l'hôte, certains facteurs biologiques ou comportementaux, l'environnement social et l'organisation du système de soins. La population âgée de 18-64 ans est évidemment exposée de manière fort différente à divers risques selon leur âge : les plus jeunes (15-34 ans) étant beaucoup plus touchés par les infections transmissibles sexuellement. La vaccination et la promotion de divers moyens de protection réduisent le risque de transmission de certaines infections.

Les maladies évitables par l'immunisation

Objectifs du PNSP : *réduire l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale à zéro;*
réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination;
maintenir à zéro l'incidence annuelle de la diphtérie, de la poliomyélite, du tétanos et de la rage en ce qui concerne les cas indigènes;
réduire de 50 % (à 2,5/100 000 personnes) l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A;
réduire de 50 % (à 1/100 000 personnes) l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.

Depuis 1997, le SLSJ n'a vu apparaître aucun cas indigène de rubéole dans la population âgée de 18 à 64 ans. Une recherche systématique du statut immunitaire est faite lors du suivi de grossesse afin d'éviter la survenue d'un cas de rubéole congénitale.

Les infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes à risque élevé de complications sont peu nombreuses (moins de 10 cas par an) mais pourraient être évitées grâce à un vaccin efficace et gratuit.

Depuis plusieurs années, au SLSJ aucun cas indigène de poliomyélite, de tétanos, de diphtérie ou de rage n'est survenu. Les signalements pour morsures animales à risque dépassent la centaine à chaque année. L'administration rapide de la prophylaxie antirabique fait en sorte que le nombre de cas de rage humaine est de zéro.

Depuis 1992, le nombre annuel de cas d'hépatite A dans l'ensemble de la population, quel que soit l'âge, se situe généralement autour de 10, sauf en 1997 où 32 cas ont été déclarés. Depuis, le nombre de cas a nettement diminué en 2000 et 2001 (0 et 4 cas). En ce qui concerne l'hépatite B, seulement quelques cas aigus surviennent à chaque année. Pour 2001, le taux ajusté d'incidence est d'environ 2/100 000 personnes.

Les infections transmissibles sexuellement

Objectifs du PNSP : *réduire de 50 % le taux d'infection annuel à Chlamydia trachomatis chez les jeunes de 15 à 24 ans;*
maintenir l'incidence globale annuelle de syphilis récente (infectieuse) sous le seuil de l'élimination (à moins de 0,2 cas pour 100 000 personnes);
maintenir sous le seuil de l'élimination l'incidence annuelle des infections bactériennes rares transmissibles sexuellement;
réduire l'incidence annuelle de l'infection par le VIH;
réduire l'incidence de l'hépatite C;
réduire la proportion des personnes infectées par l'hépatite C qui développent une cirrhose du foie;
réduire les infections à Neisseria gonorrhoeae jusque sous le seuil d'élimination;
réduire à moins de 10 pour 1 000 la fréquence des complications (grossesses ectopiques) de l'infection à Chlamydia trachomatis et de l'infection gonococcique;
réduire l'incidence annuelle des infections virales transmissibles sexuellement;
réduire la résistance aux antimicrobiens pour ce qui est des infections à Neisseria gonorrhoeae productrices de pénicilliase.

Pour la période de 1998 à 2001, 3 cas de SIDA (état terminal de l'infection à VIH) ont été déclarés dans la région (incidence annuelle moyenne d'environ 0,15 pour 100 000 personnes), une réduction attendue avec l'arrivée de la trithérapie antirétrovirale en 1996. En effet, au cours la période 1992-1997, l'incidence annuelle de cette maladie se chiffrait à environ 2 pour 100 000.

L'hépatite C aiguë est quasi-absente de la région (un seul cas signalé entre 1992 et 2001). Cependant, en devenant une maladie à déclaration obligatoire en 1999, l'hépatite C sans précision paraît être en pleine ascension : le nombre de cas passe de 1 ou 2 cas par an de 1992 à 1996 (incidence annuelle de 1 pour 100 000) à environ 45 de 1997 à 2001 (incidence d'environ 17 pour 100 000), une tendance à surveiller.

La gonorrhée demeure une infection rare au SLSJ (environ 5 cas par an de 1995 à 2001), d'où une incidence d'environ 2 cas pour 100 000 personnes.

La majorité des cas déclarés de *Chlamydia trachomatis* se retrouvent dans le groupe des 15-24 ans (en moyenne 220 par an entre 1997 et 2001), soit environ 70 % de tous les cas. Ce nombre reste stable durant les années observées. En raison de divers facteurs biologiques et statistiques (sous-déclaration médicale par exemple), le nombre de personnes touchées dans la population serait plus élevé. La chlamydiose génitale demeure l'infection transmissible sexuellement la plus fréquente, et elle est en augmentation, dans la région comme dans l'ensemble du Québec, selon des observations plus récentes.

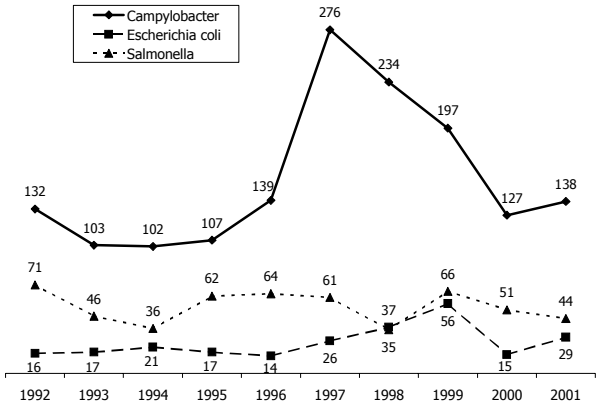
En ce qui concerne la syphilis, aucun cas n'a été déclaré depuis plusieurs années.

Les maladies à déclaration obligatoire (MADO)

Objectifs du PNSP : *réduire de 50 % le taux d'incidence des infections à Escherichia coli 0157 et des infections à Salmonella enteritidis, et de 30 % celui des infections à Campylobacter; réduire le taux d'incidence annuel de tuberculose active à 2/100 000 personnes;*

Dans l'ensemble de la population, entre 1992 et 2001, les entérites à *Salmonella* s'avèrent deux fois plus fréquentes que celles à *Escherichia coli*, avec 536 cas contre 248, d'où une incidence moyenne respective de 18,5 et 8,5 pour 100 000 personnes. Le nombre de cas déclarés de ces entérites demeure stable. Les infections à *Campylobacter* représentent la principale cause d'entérites avec 1 555 cas pendant cette période, soit une incidence annuelle moyenne de 54,8 pour 100 000. L'évolution du nombre de cas déclarés est intéressante car les données montrent une augmentation importante en 1997 (276 cas, soit environ 2,5 fois plus de cas que d'habitude). Une élévation qui s'est poursuivie pendant deux ans (234 cas en 1998 et 197 en 1999) avant un retour progressif à des nombres de cas plus habituels en 2000 et 2001 (127 et 138 cas).

Figure 72
Évolution du nombre de cas déclarés, de certaines maladies entériques, SLSJ, 1992 à 2001



Source: Direction de santé publique (2002). Maladies à déclaration obligatoire. Rapport annuel 2001. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

En ce qui concerne la tuberculose, les données observées montrent une légère diminution de l'incidence qui est passée d'environ 3,5 pour 100 000 au début des années 90 à moins de 2 pour 100 000 pour les années récentes (12 cas de 1999 à 2001).

De plus, les zoonoses (autres que la rage) sont des phénomènes rares (1 cas annuel en moyenne sur les dix années observées). Cependant, de 1998 à 2001, on observe une certaine recrudescence (moyenne annuelle de 3 cas, avec 6 cas déclarés en 2000). Ce sont tous des cas de tularémie, une zoonose en relation avec le cycle du lièvre, présente dans la région du SLSJ.

1.9 Principaux documents de référence

BRODEUR, J.M., et autres, (1995). *Étude sur la santé buccodentaire des adultes de 18 ans et plus du Québec*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique, Ordre des dentistes du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 74 p.

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (2003). *La consommation de psychotropes - Portrait et tendances au Québec*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 48 p.

COUTURE, R. (2003). *Enquête psychosociale du Saguenay–Lac-Saint-Jean (2000) : résultats de la collecte des données,* Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 99 p.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE, C. Bouchard (sous la dir. de), (2003). *Tableau synoptique des indicateurs sociosanitaires par territoire – Le Québec, le Saguenay- Lac-Saint-Jean et ses territoires de CLSC,* Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 39 p.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE, C. Bouchard (sous la dir. de) (2001). *Les adultes (18-54 ans), Cahier thématique 3 - Plan directeur régional en promotion-prévention 2000-2003,* Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, pp. 19-63.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (2002). *Maladies à déclaration obligatoire. Rapport annuel 2001*, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 24 p.

ÉMOND, V. (2002). *Prévalence du diabète au Québec et dans ses régions : premières estimations d'après les fichiers administratifs*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, 642 p. et annexes.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2001). *Le Portrait de santé : Le Québec et ses régions,* édition 2001, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 432 p.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA (2000). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2000*, Toronto, 86 p.

LOUCHINI, R. et BEAUPRÉ, M. (2003). *La survie reliée au cancer pour les nouveaux cas déclarés au Québec, de 1984 à 1998*, *survie observée et survie relative*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 140 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Et la santé, ça va ? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tome 1, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 337 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2001). *La violence conjugale, Statistiques 2000,* Québec, Direction des affaires policières et de la prévention de la criminalité, ministère de la Sécurité publique, 67 p.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2002). *Statistiques 2001 sur la criminalité au Québec,* Québec, Direction des affaires policières, de la prévention et des services de sécurité, ministère de la Sécurité publique, 82 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (2002). *Statistiques sur les prestataires du programme d'assistance-emploi*, Québec, Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

PAYETTE, M., PLANTE, R., L'HEUREUX, J-B. (1987). *Enquête santé dentaire Québec 1983-1984, Rapports préliminaire et complémentaire*, Association des hôpitaux du Québec - Division CH-DSC, ministère de la Santé et des Services sociaux.

PELLETIER, G. (1993). *La survie reliée au cancer. Étude des nouveaux cas déclarés au Québec au cours des années 1984, 1985, 1986*, Québec, Direction des études et indicateurs, Service des Études opérationnelles et données statistiques, ministère de la Santé et des Services sociaux, 160 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN, J.-F. Saint-Gelais (sous la dir. de), (2003). *Rapport annuel d'activités 2002-2003*.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN, J.-F. Saint-Gelais (sous la dir. de), (2002). *Rapport annuel d'activités 2001-2002*.

SANTÉ QUÉBEC, BELLEROSE, C., LAVALLÉE, C., CHÉNARD, L., LEVASSEUR, M. (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol.1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, 411 p.

SANTÉ QUÉBEC, L. BERTRAND, (sous la dir. de) (1995). *Les Québécoises et les Québécois mangent-ils mieux ? Rapport de l'enquête québécoise sur la nutrition 1990*, Montréal, ministère de la Santé et des Services Sociaux, 317 p.

STATISTIQUE CANADA (2000). *L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) - Cycle 1.1*, Gouvernement du Canada.

2. SYNTHÈSE DES ACTIVITÉS ET DES RÉSULTATS ATTENDUS PAR DOMAINE POUR LES 18-64 ANS

Lexique

Activités : les activités sont prescrites par le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP). Ce sont les activités choisies par le Ministère pour contribuer à l'atteinte des objectifs de santé qu'il a fixés pour chacun des domaines.

Résultats attendus : ce sont les orientations de la région; il s'agit des résultats attendus pour la mise en œuvre de chacune des activités.

Responsabilité de mise en œuvre : la responsabilité de mise en œuvre est associée au niveau qui doit initier la mise en œuvre. Selon les résultats attendus, il peut s'agir d'une responsabilité régionale ou locale; dans certains cas, la responsabilité incombe aux deux paliers.

Numérotation

Chacune des activités est associée à un numéro composé de 3 chiffres. Le 1er chiffre désigne le groupe clientèle (de 1 à 5), le 2e chiffre réfère au domaine d'intervention (de 1 à 7) et le 3e chiffre représente la séquence des activités.

Le domaine du développement de l'adaptation et de l'intégration sociale					
N°	**Activité**		**Résultats attendus**	**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
3.1.01	Généralisation des services relatifs à la consultation en matière de sexualité - du type clinique jeunesse - à la contraception orale d'urgence et des services gratuits d'interruption volontaire de grossesse à toutes les régions du Québec.	1	Que d'ici 2007, soit maintenu l'ensemble des services d'interruption volontaire de grossesse (IVG) soit l'accès aux services pré-post IVG dans chaque territoire de CLSC et l'accès aux services d'IVG dans au moins deux territoires.		X
		2	Que d'ici 2007, la contraception orale d'urgence (COU) soit accessible et promue sur chaque territoire de CLSC notamment en milieu scolaire adulte, auprès des médecins, en pharmacies, en centres hospitaliers et en CLSC.		X
		3	Que d'ici 2007, les services en matière de sexualité déjà offerts sur un territoire de CLSC soient maintenus.		X
3.1.02	Intervention visant la consommation modérée chez les buveurs, par exemple *Alcochoix*.	1	D'ici 2007, que chaque territoire de CLSC dispose d'un programme tel *Alcochoix* ou *Programme de consommation réfléchie d'alcool* (P.CRA)	X	X
3.1.03	Promotion et augmentation de l'accessibilité aux traitements de substitution (par exemple, méthadone) à l'intention des usagers de substances psychotropes.	1	D'ici 2005, que le *Programme maintien à la méthadone* demeure accessible à la clientèle déjà stabilisée.	X	
		2	D'ici 2007, que le *Programme maintien à la méthadone* soit élargi à la clientèle non stabilisée.	X	
3.1.04	Intervention globale au regard de la prévention du suicide par la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives, par l'organisation 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, par l'établissement des réseaux de sentinelles et par la concertation avec les partenaires du réseau et ceux des autres secteurs afin de faire diminuer la tolérance par rapport au suicide et la banalisation de ce problème.	1	Que d'ici 2007, 200 intervenants de la santé et des services sociaux, provenant de l'ensemble des territoires de CLSC, soient informés sur les dangers et les mesures à prendre lorsqu'il y a présence d'une arme à feu dans l'environnement d'une personne suicidaire, dépressive ou violente.	X	
		2	Que d'ici 2007, soit tenue annuellement une activité destinée à l'ensemble de la population sur l'entreposage sécuritaire des armes à feu et les risques associés à la présence de celles-ci (suicides, accidents, homicides).	X	
		3	Que d'ici 2007, une campagne régionale d'information et de sensibilisation visant la réduction de l'accès aux médicaments ait été menée afin de prévenir les suicides et les accidents.	X	
		4	Que d'ici 2007, 100 sentinelles ou aidants naturels provenant de l'ensemble des territoires de CLSC aient été formés.	X	
		5	Que d'ici 2007, 20 groupes à risque soient rencontrés dans l'ensemble de la région.	X	
		6	Que d'ici 2007, soit tenue annuellement une activité de sensibilisation auprès des médias.	X	
		7	Que d'ici 2007, les interventions en cours liées à l'actualisation de la Stratégie d'action face au suicide soient poursuivies.	X	X
3.1.05	Soutien des cliniciens pour qu'ils décèlent le moindre signe d'agression sexuelle ou de violence conjugale chez les adultes et les personnes âgées ainsi que tout abus ou toute négligence dont seraient victimes ces personnes.	1	Que d'ici 2007, au moins 100 intervenants du réseau de la santé et des services sociaux aient reçu une formation de base en dépistage de la violence et des abus faits aux adultes.	X	X

Le domaine des habitudes de vie et de maladies chroniques					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
3.2.01	Counseling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires, l'activité physique et l'utilisation de fluorure, soit en se brossant les dents ou en prenant des suppléments fluorés.	1	Que d'ici 2006, une adaptation régionale concertée du programme *0-5-30 combinaison prévention* ait été réalisée.	X	
		2	Que d'ici 2007, une centaine de professionnels de la santé aient suivi une formation en cessation tabagique, soit au niveau du counseling minimal ou intensif.	X	
		3	Que d'ici 2007, des activités du programme *0-5-30 combinaison prévention* aient été mises en œuvre dans chacun des territoires de CLSC.		X
		4	Que d'ici 2007, les services d'aide à la cessation tabagique des centres d'abandon du tabagisme aient été dispensés annuellement à au moins 200 personnes de la région.		X
		5	Que d'ici 2007, les ateliers de groupe, *Oui, j'arrête!* aient été dispensés annuellement à au moins 60 personnes de la région.		X
		6	Que d'ici 2007, assurer la mise en œuvre des activités privilégiées ayant été retenues dans le *Plan d'action en matière de santé dentaire publique 2004-2012.*	X	
3.2.02	Soutien des cliniciens pour la détection précoce des maladies chroniques suivantes et pour la prise en charge des personnes atteintes : cancer du sein, cancer du col utérin par le test de Papanicolaou et hypertension artérielle chez les adultes et les personnes âgées.	1	D'ici 2007, les résultats du PQDCS seront diffusés aux médecins et intervenants par le biais du journal INFO-PQDCS ou l'envoi de lettres au moins deux fois par année.	X	
		2	D'ici 2007, une offre de service de formation aura été faite aux médecins et aux intervenants au regard du PQDCS.	X	
		3	D'ici 2007, les activités de dépistage du cancer du col seront maintenues.		X
3.2.03	Mise en place du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) dans toutes les régions et consolidation du volet portant sur l'assurance qualité au palier régional.	1	D'ici 2005, un plan d'évaluation des activités du programme sera élaboré.	X	
		2	D'ici 2006, le taux de référence annuel et le délai d'attente pour investigation seront documentés et analysés par le comité sur l'assurance qualité.	X	
		3	D'ici 2006, le taux de détection annuel de cancer du sein sera documenté et analysé par le comité sur l'assurance qualité.	X	
		4	D'ici 2005, l'équipe CRID régionale sera mise en fonction et assurera les mandats prévus au programme.	X	X
		5	D'ici 2006, les activités d'assurance qualité seront consolidées et un comité régional d'assurance qualité sera mis en place.	X	X
		6	D'ici 2007, le taux de participation des femmes de 50 à 69 ans au PQDCS (une mammographie aux 2 ans) sera d'au moins 60 %.	X	X
		7	D'ici 2005, toutes les équipes interdisciplinaires locales seront en place.		X
		8	D'ici 2006, 60 % des rendez-vous de dépistage des femmes de 50 à 69 ans seront donnés selon la norme provinciale de 30 jours ouvrables suivant l'appel pour le rendez-vous.		X

Le domaine des maladies infectieuses					
N°	**Activité**		**Résultats attendus**	**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
3.4.01	Intervention visant l'échange de seringues pour prévenir la transmission du virus de l'hépatite B et du virus de l'hépatite C ainsi que la transmission du VIH.	1	Que d'ici 2005, le nouveau matériel recommandé par le MSSS pour les trousses UDI soit disponible.	X	X
		2	Que d'ici 2007, le réseau *Programme d'échange de seringues* (P.E.S.) soit maintenu et accessible pour les UDI.	X	X
3.4.02	Promotion des comportements préventifs par la sensibilisation de la population aux conséquences du VIH/sida, du VHC et des ITS.	1	Que d'ici 2007, 100 % des CLSC et Centres de santé autochtones aient implanté, dans les écoles qui offrent des services d'éducation aux adultes, des activités visant la promotion de l'usage du condom et autres comportements sécuritaires.	X	X
Le domaine de la santé en milieu de travail					
N°	**Activité**		**Résultats attendus**	**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
3.6.01	Activités prévues dans l'entente MSSS-CSST portant notamment sur les problèmes suivants : problèmes pouvant entraîner une issue défavorable de la grossesse attribuables au milieu de travail.	1	Que d'ici 2007, les évaluations de postes de travail continuent à se réaliser dans un délai de 48 heures et des recommandations soient émises pour la réaffectation ou le retrait préventif.	X	X
		2	Que d'ici 2007, 100 % des demandes d'information venant des médecins traitants, des employeurs et des travailleuses soient répondues.	X	X
3.6.02	Activités prévues dans l'entente MSSS-CSST portant notamment sur le problème suivant : bérylliose.	1	Que d'ici la fin de 2004, l'évaluation environnementale des 19 établissements visés soit terminée par les techniciens en hygiène du travail.	X	X
		2	Que d'ici 2005, la promotion des mesures préventives prévue au *Programme d'intervention* soit faite dans tous les établissements par les intervenants des CLSC.	X	X
		3	Que d'ici 2005, la surveillance médicale pour les travailleurs ciblés soit effectuée.	X	X
3.6.03	Activités prévues dans l'entente MSSS-CSST portant notamment sur le problème suivant : silicose.	1	Que d'ici 2007, le suivi médical des travailleurs visés par la silice soit effectué.	X	X
3.6.04	Activités prévues dans l'entente MSSS-CSST portant notamment sur le problème suivant : amiantose (secteur construction).	1	Que d'ici 2007, le dépistage médical des travailleurs exposés à l'amiante se poursuive dans le secteur des mines, de la construction et de l'entretien.	X	X
		2	Que d'ici 2007, les demandes de la CSST dans le secteur hospitalier soient répondues.	X	X
3.6.05	Activités prévues dans l'entente MSSS-CSST portant notamment sur le problème suivant : asthme professionnel (Isocyanates).	1	Que d'ici 2005, toutes les interventions prévues dans le programme soient réalisées dans les établissements ciblés.	X	X
		2	Que d'ici 2005, dans 95 % des établissements visités des équipements de protection individuelle ou collective soient utilisés.	X	X
3.6.06	Activités prévues dans l'entente MSSS-CSST portant notamment sur les problèmes suivants : intoxications professionnelles (monoxyde de carbone, plomb).	1	Que d'ici 2004, tous les travailleurs et les employeurs des secteurs d'activités économiques concernés, soient rencontrés pour les informer sur les risques à la santé et des moyens préventifs au regard du monoxyde de carbone.	X	X
		2	Que d'ici 2004, 50 % des établissements visités concernant le monoxyde de carbone aient trouvé des mesures de prévention et des solutions de réduction à la source.	X	X
		3	Que d'ici 2006, le dépistage médical concernant le plomb chez les travailleurs à risque se poursuive.	X	X
3.6.07	Activités prévues dans l'entente MSSS-CSST portant notamment sur les problèmes suivants : intoxications professionnelles (espace clos).	1	Que d'ici 2004, le programme soit évalué.	X	
		2	Que d'ici 2004, les interventions soient finalisées dans tous les établissements ciblés.	X	X
		3	Que d'ici 2004, les risques et le nombre d'accidents en espace clos soient réduits.	X	X

Le domaine de la santé en milieu de travail					
N°	**Activité**		**Résultats attendus**	**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
3.6.08	Activités prévues dans l'entente MSSS-CSST portant notamment sur les problèmes suivants : maladies infectieuses d'origine professionnelle (risques biologiques).	1	Que d'ici 2005, concernant les risques biologiques, les policiers, pompiers, agents correctionnels et les gestionnaires de ces services connaissent la nature, les modes de transmission dans leur milieu de travail, les moyens de prévention et les étapes à suivre en postexposition.	X	X
		2	Que d'ici 2005, 70 % des clientèles ciblées à risque d'exposition au sang et aux liquides biologiques teintés de sang et qui ne sont pas vaccinés, soient vaccinés contre l'hépatite B.	X	X
		3	Que d'ici 2005, 85 % de la clientèle vaccinée contre l'hépatite B ait une vérification de leur statut immunitaire.	X	X
		4	Que d'ici 2005, 95 % des clientèles ciblées dont la vaccination contre le tétanos n'est pas à jour, soient vaccinées contre le tétanos.	X	X
		5	Que d'ici 2005, les agents des services correctionnels et les gestionnaires de ces services connaissent les modes de transmission de la tuberculose.	X	X
3.6.09	Activités prévues dans l'entente MSSS-CSST portant notamment sur le problème suivant : surdité professionnelle.	1	Que d'ici 2007, un plan d'action régional soit élaboré et mis en place.	X	X
3.6.10	Activités relatives à la promotion de la santé et à la prévention en milieu de travail concernant les habitudes de vie et les maladies chroniques ainsi que l'adaptation et l'intégration sociale.	1	Que d'ici 2005, une activité préventive en matière de jeu pathologique (diffusion de matériel promotionnel, séances d'information, kiosques, etc.) soit tenue dans au moins 15 % des entreprises de 100 employés et plus.	X	
		2	Que d'ici 2006, une adaptation régionale concertée du programme *0-5-30 combinaison prévention* ait été réalisée.	X	
		3	Que d'ici 2007, à chaque année, la promotion d'activités telles que la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*, le *Défi J'arrête, j'y gagne*! et la campagne *Mon style de marche* soit réalisée par une cinquantaine d'entreprises de la région.	X	X
		4	Que d'ici 2007, les interventions en milieu de travail actuellement en cours pour prévenir le suicide soient poursuivies.	X	X
		5	Que d'ici 2007, des activités du programme *0-5-30 combinaison prévention* aient été mises en œuvre, en milieu de travail, dans chacun des territoires de CLSC.		X

3. ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE POUR LES 18-64 ANS

Lexique

Activités : les activités sont prescrites par le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP). Ce sont les activités choisies par le Ministère pour contribuer à l'atteinte des objectifs de santé qu'il a fixés pour chacun des domaines.

Niveau actuel d'implantation : le niveau d'implantation est assigné au regard de l'activité PNSP plutôt que d'un ou des projets qui la compose; il s'agit d'un des trois niveaux suivants :

- *À mettre en place* : activité nouvelle à implanter;
- *À maintenir* : activité existante à poursuivre telle quelle;
- *À consolider* : activité existante à modifier ou à restructurer.

Voie d'action incontournable : activité prévue dans l'entente MSSS-CSST ou encore, activité à mettre en place dans le cas d'une menace pour la santé de la population par un agent biologique, chimique ou physique souvent associé aux intoxications, infections et maladies à déclaration obligatoire ou à des manifestions cliniques inhabituelles associées à une vaccination et associées à des mesures population-nelles de protection reconnues efficaces (ex. : vaccination, médication prophylaxique, quarantaine). Dans ces situations, il y a souvent nécessité d'agir rapidement.

État de la situation : il s'agit d'un bilan de la situation régionale réalisé en 2003 dans une perspective régionale.

Structure de concertation et de coordination : les membres des comités ou des tables régionales indiqués dans cette section, sont ceux qui travaillent à la réalisation de l'activité et qui contribueront à l'atteinte des résultats attendus.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre : il s'agit des résultats attendus pour la mise en œuvre de chacune des activités. Ce sont les orientations de la région.

La responsabilité de mise en œuvre est associée au niveau qui doit initier la mise en œuvre. Selon les résultats attendus, il peut s'agir d'une responsabilité régionale ou locale; dans certains cas, la responsabilité incombe aux deux paliers.

Rôles et contributions attendus des acteurs : la liste des partenaires, dont la collaboration est sollicitée pour atteindre les résultats exprimés plus haut, est énumérée. Pour chacun, on indique les rôles et contributions attendus au regard de la mise en œuvre.

Numérotation

Chacune des activités est associée à un numéro composé de 3 chiffres. Le 1er chiffre désigne le groupe clientèle (de 1 à 5), le 2e chiffre réfère au domaine d'intervention (de 1 à 7) et le 3e chiffre représente la séquence des activités.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE **N° : 3.1.01**

Activité : Généralisation des services relatifs à la consultation en matière de sexualité - du type clinique jeunesse - à la contraception orale d'urgence et des services gratuits d'interruption volontaire de grossesse à toutes les régions du Québec.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Le service d'interruption volontaire de grossesse (IVG) du premier trimestre est accessible dans deux territoires soit le CLSC du Grand Chicoutimi et au Centre régional de planification familiale du Carrefour de Santé de Jonquière. L'IVG du deuxième trimestre est référée selon des ententes à Québec. L'ensemble des CLSC de la région offre le service pré-post IVG.

Un groupe de travail IVG constitué d'intervenantes oeuvrant auprès de cette clientèle est formé depuis 1998. L'objectif premier est de bâtir un système régional informatisé des données IVG. Les rencontres du groupe permettent également l'échange et le partage d'expertise clinique. Récemment, une démarche éthique a été entreprise afin d'élaborer entre autres une action préventive à l'égard des grossesses non planifiées.

L'accessibilité à la contraception orale d'urgence (COU) est assez bien déployée sur l'ensemble du territoire touchant les CLSC et le milieu scolaire. Les pharmaciens peuvent, depuis octobre 2001, remettre la contraception orale d'urgence (COU) sans ordonnance médicale. Nouvellement, depuis décembre 2003, la consultation auprès de ce professionnel ne comporte plus aucun frais pour la patiente. Le contraceptif lui-même n'est pas gratuit mais est remboursable tant au régime public que privé d'assurance. De façon générale la contraception orale d'urgence (COU) est encore sous-utilisée.

Les services en matière de sexualité sont hétérogènes d'un territoire à l'autre. La plupart offrent de l'information à l'égard de la santé sexuelle (par exemple : la prévention des ITS, la connaissance sur les méthodes de contraception, etc.) et remettent la contraception orale d'urgence (COU). Dans les territoires Chicoutimi et Maria-Chapdelaine, il n'y a pas d'équipe multidisciplinaire mais un service de dépistage des infections transmissibles sexuellement (ITS) est offert à la population. À Jonquière, le Centre régional de planification familiale s'occupe de ces volets et des médecins y offrent leurs services à raison de quelques jours par semaine. Dans le territoire La Baie, une clinique Planning-ITS est accessible une demi-journée par semaine à toute la population. En milieu scolaire adulte, il n'y a qu'à Chicoutimi où il se fait de la consultation médicale de type planning-sexualité auprès de la clientèle du Cégep et ce, à raison d'une demi-journée par semaine.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

LOCALE

1. Que d'ici 2007, soit maintenu l'ensemble des services d'interruption volontaire de grossesse (IVG) soit l'accès aux services pré-post IVG dans chaque territoire de CLSC et l'accès aux services d'IVG dans au moins 2 territoires.
2. Que d'ici 2007, la contraception orale d'urgence (COU) soit accessible et promue sur chaque territoire de CLSC notamment en milieu scolaire adulte, auprès des médecins, en pharmacies, en centres hospitaliers et en CLSC.
3. Que d'ici 2007, les services en matière de sexualité déjà offerts sur un territoire de CLSC soient maintenus.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à la mise en œuvre des services d'interruption volontaire de grossesse et de contraception orale d'urgence (COU). Participation au groupe de travail IVG.

CLSC : Mise en place ou collaboration au maintien des services d'interruption volontaire de grossesse (IVG). Mise en place de mesures pour rendre accessible la contraception orale d'urgence (COU) et les condoms. Maintien des services en matière de sexualité. Participation au groupe de travail IVG.

CH : Collaboration à la mise en place de services rendant accessible la contraception orale d'urgence (COU). Maintien du service IVG.

Direction de la coordination des services : Soutien à la mise en œuvre et au financement des services d'interruption volontaire de grossesse.

Écoles (éducation aux adultes) – **Cégeps – Université :** Mise en place de mesures pour rendre accessible à leur clientèle la contraception orale d'urgence (COU) et les condoms.

Groupes de médecine de famille (GMF) – **Cabinets médicaux :** Collaboration à la mise en place de services en matière de sexualité incluant la prescription à l'avance de la contraception orale d'urgence (COU).

Structures de concertation et de coordination	
· Groupe de travail IVG	**Organismes communautaires :** Collaboration à la mise en place de mesures pour rendre accessibles à leur clientèle les condoms. Collaboration à la promotion de la contraception orale d'urgence (COU) auprès de leur clientèle. **Pharmaciens :** Collaboration à la mise en place de services en matière de sexualité en rendant accessible la contraception orale d'urgence (COU) et en référant aux ressources de leur territoire.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE — N° : 3.1.02

Activité : Intervention visant la consommation modérée chez les buveurs, par exemple *Alcochoix*.

Niveau actuel d'implantation : À mettre en place

État de la situation

Alcochoix est un programme de contrôle de la consommation d'alcool qui s'administre en CLSC et qui dure 6 semaines. Il s'adresse à des adultes qui ne sont pas alcooliques, mais qui consomment entre 13 et 35 consommations par semaine et qui désirent réduire de façon significative leurs habitudes de consommation. Actuellement, *Alcochoix* n'est appliqué par aucun CLSC de la région. En 1999, un certain financement pour la formation a été offert aux CLSC, mais comme il n'y avait pas d'argent pour le fonctionnement du programme, ces derniers ne l'ont pas inscrit à leur programmation.

Advenant qu'il ne soit pas possible d'implanter *Alcochoix* par l'entremise des CLSC, il faudra se concentrer sur l'application régionale du *Progamme de consommation réfléchie d'alcool* (P.CRA). Ce programme d'intensité légère et de durée brève s'adresse à la même catégorie de clientèle qu'*Alcochoix*. Il est axé sur l'auto-observation et les techniques de résolution de problème et se fait en 6 rencontres.

Actuellement, le programme *P.CRA* est offert par des organismes communautaires avec plus ou moins d'intensité dans 3 territoires de la région (Jonquière, Domaine-du-Roy et Maria-Chapdelaine).

Structures de concertation et de coordination

- Comité régional de prévention des toxicomanies
- Comité régional en toxicomanie

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. D'ici 2007, que chaque territoire de CLSC dispose d'un programme tel *Alcochoix ou Programme de consommation réfléchie d'alcool* (P.CRA).

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Responsable du Comité régional en prévention des toxicomanies. Coordination de l'intervention et du développement régional au regard du programme *Alcochoix* et *Programme de consommation réfléchie d'alcool* (P.CRA) (information, promotion, expert-conseil, soutien à la concertation). Soutien au Comité régional en toxicomanie.

CLSC : Évaluation des besoins et des possibilités d'application du programme *Alcochoix* dans leur établissement. Soumettre leur constat à la Direction de santé publique. Mise en œuvre du programme si requis. Participation à la concertation régionale.

Corps policiers: Sûreté du Québec (SQ) – **Sécurité publique de Saguenay :** Promotion du programme *Alcochoix* ou *Programme de consommation réfléchie d'alcool* (P.CRA) . Participation à la concertation.

Groupes de médecine de famille (GMF) – **Cabinets médicaux – Pharmaciens :** Promotion du programme A*lcochoix* ou *Programme de consommation réfléchie d'alcool* (P.CRA) selon la disponibilité du programme sur le territoire.

Organismes communautaires en toxicomanie : Promotion du programme *Alcochoix* ou application de *Programme de consommation réfléchie d'alcool* (P.CRA). Participation à la concertation.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE — N° : 3.1.03

Activité : Promotion et augmentation de l'accessibilité aux traitements de substitution (par exemple, méthadone) à l'intention des usagers de substances psychotropes.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Le programme *Maintien à la méthadone* est un traitement offert aux personnes dépendantes aux opiacés. Il vise à soulager leurs symptômes de sevrage à l'héroïne pour les aider à arrêter leur consommation. Il s'agit d'un programme de réduction des méfaits car il ne vise pas la prévention de la toxicomanie comme tel, mais vise plutôt à prévenir les méfaits reliés à leurs dépendances (maladies infectieuses liées à certains comportements à risque, délinquance, prostitution).

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, le programme *Maintien à la méthadone* est assuré par le Carrefour de Santé de Jonquière, sur la base d'un projet-pilote. La Direction de santé publique a participé à l'élaboration de ce programme. Le projet est financé directement par le MSSS (30 475 $), mais sur une base non récurrente.

En 2003, le MSSS a encore accepté de financer le programme mais nous a signifié qu'il faudrait dorénavant assumer ces services avec les budgets régionaux dans le cadre des priorités de santé régionales. Pour offrir les services à l'ensemble de la clientèle, un budget d'au moins 60 000 $ serait nécessaire. Compte tenu des sommes actuellement disponibles, les services sont restreints à la clientèle déjà stabilisée (le client arrive dans la région déjà sous suivi méthadone).

Structures de concertation et de coordination

- Comité régional de prévention des toxicomanies
- Comité régional en toxicomanie

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE

1. D'ici 2005, que le programme *Maintien à la méthadone* demeure accessible à la clientèle déjà stabilisée.
2. D'ici 2007, que le programme *Maintien à la méthadone* soit élargi à la clientèle non stabilisée.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à la mise en place du programme *Maintien à la méthadone* (information, promotion, expert-conseil, etc.). Promotion et soutien à la concertation. Responsable du Comité régional en prévention des toxicomanies, soutien au Comité régional en toxicomanie.

CLSC : Promotion du programme auprès de la clientèle visée.

Carrefour de santé de Jonquière – Centre de réadaptation en toxicomanie (CRT) : Mise en œuvre du programme *Maintien à la méthadone*. Participation au Comité régional en toxicomanie.

Corps policiers : Sûreté du Québec (SQ) – Sécurité publique de Saguenay : Promotion du programme auprès de la clientèle visée.

Direction des services sociaux : Financement du programme dans le cadre des volets traitement et réadaptation en toxicomanie.

Groupes de médecine de famille (GMF) – **Cabinets médicaux – Pharmaciens :** Promotion du programme auprès de la clientèle visée. Implication éventuelle au programme à titre de médecins prescripteurs.

Organismes communautaires en toxicomanie : Promotion du programme auprès de la clientèle visée. Participation à la concertation.

Pharmaciens : Distribution de la méthadone selon le protocole du MSSS.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE

N° : 3.1.04

Activité : Intervention globale au regard de la prévention du suicide par la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives, par l'organisation 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, par l'établissement des réseaux de sentinelles et par la concertation avec les partenaires du réseau et ceux des autres secteurs afin de faire diminuer la tolérance par rapport au suicide et la banalisation de ce problème.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Régionalement, le Centre de prévention du suicide 02 (CPS-02) a le mandat d'assurer le leadership de l'actualisation de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide – S'entraider pour la vie*, de concert avec les partenaires concernés. Il est le principal initiateur de comités et d'activités de prévention, d'intervention et de postvention sur l'ensemble du territoire. Également le CPS-02 sensibilise les médias relativement aux règles à suivre lors du traitement d'information liée à la problématique du suicide.

Dans chacun des territoires, on retrouve un groupe de travail sur l'actualisation de la *Stratégie* (intersectoriel, multidisciplinaire). Des guides d'intervention et de référence sont disponibles dans 3 territoires de CLSC, d'autres guides seront également développés dans les 3 autres territoires. En appui à ces guides, le CPS-02 offre une formation de 3 heures sur leur utilisation.

Toujours en lien avec la *Stratégie*, un comité aviseur sur les risques associés aux armes à feu se rencontre régulièrement afin de réaliser et soutenir des activités favorisant la réduction de l'accès à celles-ci comme : le soutien des pratiques cliniques préventives (formation d'intervenants, démarche auprès du Département régional de médecine générale (DRMG) visant à faciliter le retrait préventif si un médecin le juge nécessaire) et la sensibilisation de la population (médias, napperons, feuillets éducatifs, tirage de verrous, etc.). La mobilisation et le soutien constant de nombreux partenaires contribuent à l'atteinte des clientèles ciblées et des objectifs de prévention.

Le CPS-02 développe des réseaux de pairs aidants, de groupes d'entraide, de sentinelles et d'aidants naturels. Ces derniers sont constitués de personnes sélectionnées, formées et soutenues pour reconnaître les personnes suicidaires et les accompagner vers les ressources d'aide. De plus, des rencontres-échanges auprès de groupes à risque sont réalisées dans l'ensemble de la région.

En collaboration avec ses partenaires, un projet visant à réduire les risques de suicide associés aux médicaments est en cours de réalisation.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE

1. Que d'ici 2007, 200 intervenants de la santé et des services sociaux, provenant de l'ensemble des territoires de CLSC, soient informés sur les dangers et les mesures à prendre lorsqu'il y a présence d'une arme à feu dans l'environnement d'une personne suicidaire, dépressive ou violente.
2. Que d'ici 2007, soit tenue annuellement une activité destinée à l'ensemble de la population sur l'entreposage sécuritaire des armes à feu et les risques associés à la présence de celles-ci (suicide, accidents, homicide).
3. Que d'ici 2007, une campagne régionale d'information et de sensibilisation visant la réduction de l'accès aux médicaments ait été menée afin de prévenir les suicides et les accidents.
4. Que d'ici 2007, 100 sentinelles ou aidants naturels provenant de l'ensemble des territoires de CLSC aient été formés.
5. Que d'ici 2007, 20 groupes à risque soient rencontrés dans l'ensemble de la région.
6. Que d'ici 2007, soit tenue annuellement une activité de sensibilisation auprès des médias.

REGIONALE ET LOCALE

7. Que d'ici 2007, les interventions en cours liées à l'actualisation de la *Stratégie québécoise d'action* face au suicide soient poursuivies.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à la mise en place d'activités (information, subvention, promotion, expert-conseil, etc.). Promotion et soutien à la concertation. Participation au CRSM et au comité aviseur.

CLSC : Participation aux activités et à la concertation.

Les interventions en CLSC varient d'un territoire à l'autre et sont globalement : utilisation d'outils d'évaluation du risque suicidaire, suivi individuel, supervision continue pour les intervenants sociaux, formation du personnel en santé mentale et maintien à domicile, interventions en situation de crise et postvention.

Tout comme les CLSC, les organismes communautaires ont reçu les formations du CPS-02 et agissent auprès de leurs clientèles ou de la population soit par des activités de sensibilisation ou des interventions plus ciblées comme par exemple, l'usage de médicaments.

Structures de concertation et de coordination

- Comité aviseur sur les risques associés aux armes à feu
- Comité régional en santé mentale (CRSM)

Centre de prévention du suicide 02 (CPS-02) : Mise en œuvre de la *Stratégie québécoise d'action* face au suicide. Poursuite des formations, de la concertation et des activités au regard des risques associés aux armes à feu. Implantation d'un réseau de sentinelles ou d'aidants naturels. Tenue d'une campagne visant la réduction de l'accès aux médicaments. Tenue annuellement d'une activité de sensibilisation auprès des médias.

Centres jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean : Participation aux activités et à la concertation.

Commissions scolaires : Participation aux activités et à la concertation.

Corps policiers : Participation aux activités et à la concertation.

Groupes de médecine de famille (GMF) – **Cabinets médicaux – Pharmaciens :** Participation aux activités.

Organismes communautaires : Participation aux activités et à la concertation.

Société de la faune et des parcs du Québec : Participation aux activités et à la concertation.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE **N° : 3.1.05**

Activité : Soutien des cliniciens pour qu'ils décèlent le moindre signe d'agression sexuelle ou de violence conjugale chez les adultes et les personnes âgées ainsi que tout abus ou toute négligence dont seraient victimes ces personnes.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À mettre en place

État de la situation

En matière de violence conjugale (violence faite aux femmes) le personnel de 5 CLSC a reçu, ces dernières années, une formation visant le dépistage systématique de la violence faite aux femmes. Un programme de formation a aussi été développé par le CLSC du Grand Chicoutimi en collaboration avec le Centre féminin; il a été offert à plusieurs organismes surtout dans le secteur du Saguenay.

Structures de concertation et de coordination

- Comité aviseur sur les risques associés aux armes à feu
- Comité régional en santé mentale (CRSM)
- Table de concertation régionale sur la violence conjugale et les agressions à caractère sexuel

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, au moins 100 intervenants du réseau de la santé et des services sociaux aient reçu une formation de base en dépistage de la violence et des abus faits aux adultes.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Coordination régionale de la formation des intervenants.

CLSC : Mobilisation locale pour la formation des intervenants.

Organismes communautaires : Participation aux activités de formation.

Groupes de médecine de famille (GMF) – Cabinets médicaux : Participation aux activités de formation.

CH – CRDI : Participation aux activités de formation.

Domaine : HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES — N° : 3.2.01

Activité : Counseling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires, l'activité physique et l'utilisation de fluorure, soit en se brossant les dents ou en prenant des suppléments fluorés.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

De façon régulière, des formations en cessation tabagique sont dispensées aux professionnels de la santé (médecins, infirmières, les étudiants en technique d'hygiène dentaire, etc.) tant au niveau du counseling minimal qu'intensif.

Des centres d'abandon du tabagisme sont en opération depuis un an dans l'ensemble des territoires de CLSC de la région. Une centaine de personnes par année y reçoivent des services d'aide intensifs en individuel. Au niveau de l'intervention de groupe en cessation tabagique, ce sont plutôt des organismes communautaires qui animent les ateliers du programme *Oui, j'arrête!* Une soixantaine de personnes participent annuellement à ces ateliers.

Quant au counseling sur les habitudes alimentaires et sur l'activité physique, outre celui dispensé à la clientèle atteinte d'une maladie chronique dans le cadre du programme régional *Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques*, aucune autre intervention n'a été soutenue par la Direction de santé publique afin que ce counseling soit fait auprès de la population adulte en général.

Un programme intégré de prévention des maladies chroniques *0-5-30 combinaison prévention* sera déposé incessamment à titre de programme cadre provincial pour la clientèle adulte. Ce programme fait la promotion de *0 tabac, 5 fruits et légumes et 30 minutes d'activité physique par jour*. Deux axes d'intervention y sont privilégiés : les actions visant la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives et les actions visant la modification des environnements dans les milieux de travail et dans la communauté. Les activités de ce programme s'inscrivent dans un continuum d'intervention prévention/réadaptation à développer régionalement en lien avec le programme *Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques* et le *Programme québécois de lutte contre le cancer*.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE

1. Que d'ici 2006, une adaptation régionale concertée du programme *0-5-30 combinaison prévention* ait été réalisée.
2. Que d'ici 2007, une centaine de professionnels de la santé aient suivi une formation en cessation tabagique, soit au niveau du counseling minimal ou intensif.

LOCALE

3. Que d'ici 2007, des activités du programme *0-5-30 combinaison prévention* aient été mises en œuvre dans chacun des territoires de CLSC.
4. Que d'ici 2007, les services d'aide à la cessation tabagique des centres d'abandon du tabagisme aient été dispensés annuellement à au moins 200 personnes de la région.
5. Que d'ici 2007, les ateliers de groupe, *Oui, j'arrête!*, aient été dispensés annuellement à au moins 60 personnes de la région.

REGIONALE

6. Que d'ici 2007, assurer la mise en œuvre des activités privilégiées ayant été retenues dans le *Plan d'action en matière de santé dentaire publique 2004-2012.*

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Coordination des services d'abandon du tabagisme et organisation de formation en cessation tabagique. Coordination du Comité régional en cessation tabagique. Participation au Comité régional de suivi du projet *Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques* et au comité régional de lutte contre le cancer. Adaptation régionale du programme *0-5-30 combinaison prévention*, coordination et soutien à la mise en œuvre d'activités.

CLSC : Counseling minimal et intensif (centre d'abandon du tabagisme) en cessation tabagique. Participation au Comité régional en cessation tabagique. Participation au sous-comité en cessation tabagique maladies chroniques. Participation à l'adaptation régionale du programme *0-5-30 combinaison prévention* et réalisation d'activités.

Structures de concertation et de coordination	
· Comité régional de lutte contre le cancer · Comité régional de suivi du projet *Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques* · Comité régional en cessation tabagique	**CH :** Counseling minimal en cessation tabagique. Promotion des services d'abandon du tabagisme et référence aux centres d'abandon du tabagisme. Participation au Comité régional en cessation tabagique. Participation au sous-comité en cessation tabagique – maladies chroniques. **Direction des services de santé, des affaires médicales et universitaires :** Participation à l'adaptation régionale du programme *0-5-30 combinaison prévention.* **Groupes de médecine de famille (GMF)** – **Cabinets médicaux et dentaires** – **Pharmacies** – **Professionnels de la santé :** Counseling minimal et participation aux formations en cessation tabagique. Promotion des services d'abandon du tabagisme et référence aux centres d'abandon du tabagisme. **Organismes communautaires :** Counseling de groupe en cessation tabagique avec le programme *Oui, j'arrête!*. **Société dentaire du Saguenay–Lac-Saint-Jean :** Promotion de la cessation tabagique par l'équipe dentaire (intervention minimale) et référence aux centres d'abandon du tabagisme en CLSC (intervention intensive).

Domaine : HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES — N° : 3.2.02

Activité : Soutien des cliniciens pour la détection précoce des maladies chroniques suivantes et pour la prise en charge des personnes atteintes : cancer du sein, cancer du col utérin par le test de Papanicolaou et hypertension artérielle chez les adultes et les personnes âgées.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

***Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) :**

Plusieurs mesures ont été mises en place pour répondre à cette activité de soutien des cliniciens : informations sur le programme, journal Info-PQDCS, formations sur l'utilisation du système d'information du programme (SI-PQDCS) et élaboration d'un outil pour le suivi des femmes en investigation (feuillet de prescription régional).

Comme prévu par le PQDCS, dans chacun des centres désignés de dépistage et d'investigation (CDD-CRID) de la région, différentes activités soutiennent la prise en charge des femmes par les cliniciens : mécanisme de suivi de la prise en charge en investigation, recrutement de médecins volontaires pour le suivi des femmes qui n'ont pas de médecin traitant et identification d'intervenants psychosociaux. De plus, un soutien téléphonique est offert aux médecins et intervenants par le Centre de coordination.

Le volet détection précoce du cancer du sein auprès des femmes âgées de 50 à 69 ans est aussi traité dans une autre fiche.

Dépistage du cancer du col :

Le dépistage du cancer du col se fait actuellement dans les cabinets médicaux et les centres hospitaliers; il est dit opportuniste. Aucune activité ou mesure de soutien à ce dépistage n'a été déployée au cours des dernières années par la Direction de santé publique.

Dépistage de l'hypertension artérielle :

Aucune activité spécifique à la détection de l'hypertension artérielle n'a été mise de l'avant dans les dernières années par la DSP. Les efforts ont été consacrés à collaborer à l'élaboration du programme *Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques*.

Structures de concertation et de coordination

- Comité régional de lutte contre le cancer
- Table régionale des responsables et gestionnaires du PQDCS

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE

1. D'ici 2007, les résultats du PQDCS seront diffusés aux médecins et intervenants par le biais du journal Info-PQDCS ou l'envoi de lettres au moins deux fois par année.
2. D'ici 2007, une offre de service de formation aura été faite aux médecins et aux intervenants au regard du PQDCS.

LOCALE

3. D'ici 2007, les activités de dépistage du cancer du col seront maintenues.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Réalisation et diffusion du journal Info-PQDCS (2 parutions par an). Élaboration et mise en œuvre de l'offre de service de formation aux cliniciens au regard du PQDCS.

Centre de coordination des services régionaux (CCSR) : Collaboration à la réalisation du journal Info-PQDCS. Soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre des services de formation aux cliniciens.

Groupes de médecine de famille (GMF) – **Cabinets médicaux :** Collaboration à la concertation visant à élaborer l'offre de service en formation et participation aux activités de formation. Maintien des activités de dépistage du cancer du col.

CH : Maintien des activités de dépistage du cancer du col.

Domaine : HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES **N° : 3.2.03**

Activité : Mise en place du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) dans toutes les régions et consolidation du volet portant sur l'assurance qualité au palier régional.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) a lancé officiellement ses activités le 23 janvier 2002, avec l'envoi des premières lettres d'invitation aux femmes visées, soit celles de 50 à 69 ans. Six centres offrent des services de dépistage dont 5 offrent en plus des services d'investigation.

Le programme connaît actuellement des difficultés en raison des longs délais d'attente pour passer une mammographie de dépistage et passer les examens d'investigation. Malgré ces difficultés, le taux de participation des femmes ciblées par le programme oscille autour de 56 %. Nous ne disposons pas, actuellement, de données suffisantes pour évaluer les taux de référence et de détection.

Par ailleurs, d'autres éléments du programme n'ont pas encore été complétés : le réseau régional d'investigation, des équipes interdisciplinaires locales et régionales et l'élaboration d'activités régionales d'assurance qualité.

Structures de concertation et de coordination

- Comité régional de lutte contre le cancer
- Table régionale des responsables et gestionnaires du PQDCS

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE

1. D'ici 2005, un plan d'évaluation des activités du programme sera élaboré.
2. D'ici 2006, le taux de référence annuel et le délai d'attente pour investigation seront documentés et analysés par le comité sur l'assurance qualité.
3. D'ici 2006, le taux de détection annuel de cancer du sein sera documenté et analysé par le comité sur l'assurance qualité.

REGIONALE ET LOCALE

4. D'ici 2005, mise en place de l'équipe régionale regroupant les centres de référence pour investigation désignés (CRID).
5. D'ici 2006, les activités d'assurance qualité seront consolidées et un comité régional d'assurance qualité sera mis en place.
6. D'ici 2007, le taux de participation des femmes de 50 à 69 ans au PQDCS (une mammographie aux 2 ans) sera d'au moins 60 %.

LOCALE

7. D'ici 2005, toutes les équipes interdisciplinaires locales d'investigation seront en place.
8. D'ici 2006, 60 % des rendez-vous de dépistage des femmes de 50 à 69 ans seront donnés selon la norme provinciale de 30 jours ouvrables suivant l'appel pour le rendez-vous.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Expertise et soutien au Centre de coordination et aux autres partenaires. Collaboration à la mise en place du comité régional regroupant les centres de référence d'investigation désignés (CRID). Élaboration et mise en place d'un plan d'évaluation du programme. Promotion du programme. Consolidation de la fonction assurance de la qualité : nomination d'un responsable régional, désignation d'une équipe, identification de mesures qui pourraient contribuer à améliorer les performances du programme, et production d'un rapport annuel.

	Centre de coordination des services régionaux (CCSR) : Expertise et soutien aux centres de dépistage désignés (CDD) et aux centres de référence pour investigation désignés (CRID) et autres partenaires. Coordination et suivi des activités du programme. Collaboration à la mise en place de l'équipe régionale d'investigation. Collaboration à l'évaluation du programme. Collaboration à la promotion du programme auprès des femmes et des cliniciens. Co-responsable du volet régional portant sur l'assurance qualité. Participation et soutien aux activités régionales d'assurance qualité. Soutien aux cliniciens (information sur le dépistage). **Centres hospitaliers désignés CDD-CRID :** Services de mammographie de dépistage, services d'investigation, de traitement et de suivi. Saisie des données au SI-PQDCS. Réponses adéquates aux exigences de qualité du Programme d'agrément en mammographies de l'Association canadienne de radiologie (PAM) et du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) et aux exigences du programme. Formation de l'équipe locale interdisciplinaire. Participation à l'équipe interdisciplinaire régionale d'investigation. Participation aux activités régionales d'assurance qualité. **Clinique de radiologie du Saguenay :** Services de mammographie de dépistage, saisie des données, références, réponses adéquates aux exigences de qualité (PAM et LSPQ) et aux exigences du programme. **Complexe hospitalier de la Sagamie chapeaute le réseau des centres de référence pour investigation désignés :** Mise en place de l'équipe régionale regroupant les centres de référence pour investigation désignés (CRID). **Direction des services de santé, des affaires médicales et universitaires :** Soutien à la gestion du programme. **Médecins: CLSC – Cabinets médicaux – Groupes de médecine de famille (GMF) – Médecins spécialistes :** Promotion du programme. Prescription de la mammographie de dépistage. Suivi des femmes. **Organismes communautaires :** Soutien aux femmes (entraide, transport). Promotion du PQDCS et de la mammographie de dépistage. **Pharmaciens communautaires :** Promotion de la mammographie.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 3.4.01**

Activité : Intervention visant l'échange de seringues pour prévenir la transmission du virus de l'hépatite B et du virus de l'hépatite C ainsi que la transmission du VIH.

Niveau actuel d'implantation : À maintenir

État de la situation

Le *Programme d'échange de seringues* (P.E.S.) et son réseau de distribution est opérationnel depuis 1992 dans la région Saguenay–Lac-Saint-Jean. Le réseau de distribution de seringues stériles aux UDI regroupait jusqu'en 2003, 56 sites, situés dans des pharmacies, les CLSC, les centres hospitaliers, les organismes communautaires et certaines cliniques médicales. Le nombre de sites a peu changé depuis le début des années 90, le territoire étant correctement desservi et l'accès adéquat dans chacun des secteurs de CLSC.

Pour plusieurs des sites du réseau et ce, depuis plusieurs années, les données de surveillance démontrent qu'aucune demande de trousses n'a été enregistrée, ce qui a amené la Direction de santé publique à réviser le réseau de distribution afin de réduire le nombre de sites en ne conservant que ceux qui sont déjà fonctionnels tout en maintenant une accessibilité dans chacun des secteurs de CLSC. Cette révision du réseau ne remet aucunement en question les objectifs visés par le P.E.S. qui sont, de prévenir la transmission du VIH et des hépatites B et C et, de maintenir l'accessibilité à du matériel d'injection stérile sur l'ensemble du territoire.

Une révision des sites de distribution a permis de réduire le nombre de 56 à 23 tout en maintenant une accessibilité par secteur de CLSC. Une tournée de ces sites est prévue pour revoir les mécanismes de collecte de données et présenter aux intervenants le nouveau matériel qui compose la trousse UDI : stéricup, ampoule d'eau filtrée. De plus, la récupération du matériel souillé demeure une préoccupation importante de la DSP et des modalités seront proposées afin d'augmenter le retour du matériel souillé vers les sites.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses
- Groupe de travail sur l'implantation régionale de la stratégie de lutte contre les ITS, les hépatites virales et le VIH

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2005, le nouveau matériel recommandé par le MSSS pour les trousses UDI soit disponible.
2. Que d'ici 2007, le réseau *Programme d'échange de seringues* (P.E.S.) soit maintenu et accessible pour les UDI.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Formation des intervenants du réseau de la santé. Coordination du P.E.S. et soutien des organismes et des établissements. Distribution des trousses. Évaluation du programme.

CLSC et Centres de santé autochtones : Mise en place des services minimaux requis. Collaboration et concertation avec les organismes communautaires.

Centre de détention de Roberval et Chicoutimi : Collaboration et concertation avec les CLSC et la DSP pour rendre les services accessibles.

Établissements du réseau de la santé participant au *Programme d'échange de seringues* (P.E.S.) : Distribution de trousses et offre de service au besoin. Transmission de données à la Direction de santé publique.

Organisme communautaire régional de lutte contre le VIH/sida (Le Miens) : Collaboration et concertation avec les CLSC.

Organismes communautaires participant au *Programme d'échange de seringues* (P.E.S.) : Transmission de données à la Direction de santé publique (rapports périodiques). Collaboration et concertation avec les CLSC.

Organismes de travail de rue : Collaboration et concertation avec les CLSC.

Pharmacies privées participant au *Programme d'échange de seringues* (P.E.S.) : Transmission de données à la Direction de santé publique (rapports périodiques).

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 3.4.02**

Activité : Promotion des comportements préventifs par la sensibilisation de la population aux conséquences du VIH/sida, du VHC et des ITS.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Selon les secteurs de CLSC, des activités visant la promotion des comportements préventifs sont implantées dans les services d'éducation aux adultes pour rejoindre une clientèle vulnérable. Il n'y a pas d'accès uniforme à ces activités. Un portrait de la situation a été établi en 2002 concernant les services actuels et les services minimaux requis au regard des ITS, des hépatites et du VIH/sida qui devraient être disponibles et accessibles dans chacun des secteurs de CLSC.

Structures de concertation et de coordination

- Groupe de travail sur l'implantation régionale de la stratégie de lutte contre les ITS, les hépatites virales et le VIH

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, 100 % des CLSC et Centres de santé autochtones aient implanté, dans les écoles qui offrent des services d'éducation aux adultes, des activités visant la promotion de l'usage du condom et autres comportements sécuritaires.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à la mise en oeuvre des programmes.

CLSC et Centres de santé autochtones – intervenants des milieux scolaires secondaires : Mise en oeuvre des activités.

Milieu scolaire – **directeurs d'école :** Collaboration à la mise en oeuvre des activités dans le milieu.

Domaine : SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL

N° : 3.6.01

Activité : Activités prévues dans l'entente MSSS-CSST portant notamment sur les problèmes suivants : problèmes pouvant entraîner une issue défavorable de la grossesse attribuables au milieu de travail.

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

L'article 40 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail prévoit la possibilité d'un retrait préventif de la travailleuse enceinte s'il existe des dangers physiques pour elle-même ou pour son enfant à naître. Ce retrait pourrait être accordé s'il est impossible de l'affecter à des tâches ne comportant pas de tels dangers et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir. L'article 46 prévoit également le retrait préventif de la travailleuse qui allaite s'il existe un danger pour l'enfant. L'objectif visé par le *Programme de Maternité Sans Danger*, administré par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), est de diminuer la prématurité, les avortements, les mortinaissances, les anomalies congénitales ou tout autre effet nocif pour le bébé. Dans la région, les données recueillies pour les années 1992 à 2003 révèlent que le nombre de demandes a oscillé entre 870 en 1998 et 1 208 en 2002. La proportion de demandes acceptées se situe autour de 95 %.

Structures de concertation et de coordination

- Comité régional de coordination
- Comité régional de la planification, du suivi et de l'harmonisation des activités
- Comité régional en hygiène du travail

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, les évaluations de postes de travail continuent à se réaliser dans un délai de 48 heures et que des recommandations soient émises pour la réaffectation ou le retrait préventif.
2. Que d'ici 2007, 100 % des demandes d'information venant des médecins traitants, des employeurs et des travailleuses soient répondues.

Rôles et contributions attendus des acteurs

CLSC : Application du programme (évaluation de postes de travail, traitement des demandes, etc.).

CSST : Transmission des directives d'application du programme.

Direction de santé publique (DSP) santé au travail) : Évaluation de l'atteinte des cibles et objectifs ainsi que soutien professionnel aux équipes locales.

Domaine : SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL

N° : 3.6.02

Activité : Activités prévues dans l'entente MSSS-CSST portant notamment sur le problème suivant : bérylliose.

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

Le béryllium est un métal qui est extrait du minerai de béryl et de bertrandite. En raison de certaines de ces propriétés, ce métal est utilisé dans un grand nombre d'industries particulièrement sous forme d'alliage de cuivre, d'aluminium et de magnésium. Il présente des risques lors de la transformation de minerai, de la production d'alliages, d'usinage de pièces métalliques et du recyclage. Le béryllium est classé comme une substance cancérigène dont l'exposition doit être réduite au minimum. En 1998, les premiers cas de bérylliose chronique ont été rapportés au Québec. Cette maladie pulmonaire professionnelle se développe de façon très insidieuse, peut évoluer vers une invalidité totale, allant même jusqu'au décès. Bien qu'au Québec, la norme d'exposition des travailleurs est de 2 µg/m³, le seuil d'intervention du réseau de la santé au travail a été fixé à 0,2 µg /m³. À la suite de la déclaration de ces cas, tous les établissements de 10 secteurs d'activités économiques les plus susceptibles d'exposer leurs travailleurs au béryllium, ont fait l'objet d'une surveillance environnementale.

Pour la région, la clientèle visée se compose de 232 établissements (4 207 travailleurs). À la fin de 2003, la surveillance environnementale (air et frottis) a été effectuée dans 179 établissements (3 846 travailleurs). Également, la formation a été donnée aux travailleurs et aux employeurs de 53 établissements (361 travailleurs).

Structures de concertation et de coordination

- Comité régional de la planification, du suivi et de l'harmonisation des activités
- Comité régional de lutte contre le cancer

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici la fin de 2004, l'évaluation environnementale des 19 établissements visés soit terminée par les techniciens en hygiène du travail.
2. Que d'ici 2005, la promotion des mesures préventives prévue au programme d'intervention soit faite dans tous les établissements par les intervenants des CLSC.
3. Que d'ici 2005, la surveillance médicale pour les travailleurs ciblés soit effectuée.

Rôles et contributions attendus des acteurs

CLSC : Mise en application des activités prévues au programme d'intervention.

Direction de santé publique (DSP) (santé au travail) : Évaluation de l'atteinte des cibles et objectifs. Soutien professionnel aux équipes locales. Harmonisation des guides en conformité avec l'INSPQ.

Domaine : SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL **N° : 3.6.03**

Activité : Activités prévues dans l'entente MSSS-CSST portant notamment sur le problème suivant : silicose.

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

Au Québec, les normes d'exposition pour la silice cristalline sont de 0,1 mg/m^3 pour le quartz et de 0,05 mg/m^3 pour la cristobalite. Durant la période de 1988 à 1997, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) a reconnu pour l'ensemble du Québec que 298 travailleurs étaient atteints d'une silicose, ce qui représente entre 18 et 45 nouveaux cas annuellement. De ce nombre, une dizaine de travailleurs ont également développé un cancer pulmonaire d'origine professionnelle. Les travailleurs les plus touchés proviennent du secteur des mines (40 %), des fonderies (21 %) et les travailleurs de la pierre (10 %). Notons que les travailleurs du secteur des mines font l'objet de la surveillance médicale prévue au règlement 10.01 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, 3 cas ont été répertoriés durant la période de 1997 à 2002.

Structures de concertation et de coordination

- Comité régional de la planification, du suivi et de l'harmonisation des activités
- Comité régional de lutte contre le cancer

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, le suivi médical des travailleurs visés par la silice soit effectué.

Rôles et contributions attendus des acteurs

CLSC : Suivi médical et transmission des données à la Direction de santé publique sur les travailleurs visés par le règlement (r. 10.01).

Direction de santé publique (DSP) (santé au travail) : Soutien professionnel aux équipes locales. Saisie et traitement des données.

Domaine : SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL

N° : 3.6.04

Activité : Activités prévues dans l'entente MSSS-CSST portant notamment sur le problème suivant : amiantose (secteur construction).

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

L'amiante est un minéral fibreux utilisé industriellement. Les formes les plus nocives pour la santé sont le chrysotile et l'amosite. L'exposition d'un travailleur à ce contaminant, sur une période de plusieurs années, peut induire à plus ou moins long terme une amiantose et éventuellement à un cancer pulmonaire. Ce sont les travailleurs du secteur de la construction qui sont les plus souvent exposés à l'amiante lors de leur travail. Parmi les plus touchés se trouvent les calorifugeurs, les chaudronniers, les tôliers/ferblantiers, les tuyauteurs/plombiers, les mécaniciens en protection des incendies, les ouvriers spécialisés en enlèvement d'amiante et ceux de la démolition.

En 1999, dans le but de prévenir l'apparition de ces maladies professionnelles, une entreprise de la région avait fait l'objet d'un dépistage médical des travailleurs ci-haut mentionnés, lors de travaux de construction. Par la suite, ces travailleurs seront réévalués au 5 ans selon le *Guide de surveillance médicale*. Notons par ailleurs qu'en 2002, le secteur de la construction dans les hôpitaux a aussi été priorisé par la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) et le réseau de la santé pourrait être appelé à répondre à des demandes provenant de la CSST.

Considérant la réglementation (c. S-2.1, r.10.01), le secteur des mines demeure soumis au *Programme de surveillance médicale*.

Structures de concertation et de coordination

- Comité régional de la planification, du suivi et de l'harmonisation des activités
- Comité régional de lutte contre le cancer

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, le dépistage médical des travailleurs exposés à l'amiante se poursuive dans le secteur des mines, de la construction et de l'entretien.
2. Que d'ici 2007, les demandes de la CSST dans le secteur hospitalier soient répondues.

Rôles et contributions attendus des acteurs

CLSC : Application du programme (dépistage médical, surveillance environnementale et sessions de formation et d'information).

CSST : Négocier les ententes avec les partenaires impliqués.

Direction de santé publique (DSP) (santé au travail) : Évaluation d'atteintes des cibles et objectifs ainsi que soutien professionnel aux équipes locales.

Domaine : SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL **N° : 3.6.05**

Activité : Activités prévues dans l'entente MSSS-CSST portant notamment sur le problème suivant : asthme professionnel (Isocyanates).

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

Dans les pays industrialisés, l'asthme professionnel est la maladie pulmonaire la plus fréquemment indemnisée. Plus de 200 produits peuvent contribuer au développement de l'asthme professionnel, dont les isocyanates. Plusieurs moyens de prévention peuvent empêcher l'apparition de cette maladie ou réduire sa gravité, dont l'arrêt de l'exposition aux contaminants responsables. Selon les données de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), 85 cas d'asthme professionnel attribuables aux isocyanates ont été acceptés par le Comité médical pulmonaire professionnel, entre 1991 et 1996, au Québec. De ce nombre, 41 travailleurs exerçaient le métier de peintre et débosseleur automobile. Dans le but de réduire le nombre de cas dans le secteur de la carrosserie automobile, un programme d'intervention a été élaboré pour l'ensemble de la province.

Dans la région, au cours de l'année 2003, 348 établissements (1 056 travailleurs) étaient ciblés et présentaient tous des risques à la santé. De ce nombre, 34 % ont reçu de la formation par les intervenants des CLSC. Une surveillance médicale à l'aide d'un questionnaire auto-administré permettant aux travailleurs d'identifier les symptômes d'asthme professionnel a été effectuée dans 74 % de ces établissements. De plus, 59 % des établissements ont un programme de premiers secours et de premiers soins.

Structures de concertation et de coordination

- Comité régional de la planification, du suivi et de l'harmonisation des activités

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2005, toutes les interventions prévues dans le programme soient réalisées dans les établissements ciblés.
2. Que d'ici 2005, dans 95 % des établissements visités, des équipements de protection individuelle ou collective soient utilisés.

Rôles et contributions attendus des acteurs

CLSC : Mise en application des activités du programme.

Association sectorielle paritaire (ASP) Auto-Prévention : Promotion du programme et soutien aux interventions du réseau.

CSST : Évaluation du programme conjointement avec la Direction de santé publique et contrainte aux établissements si nécessaire.

Direction de santé publique (DSP) (santé au travail) : Évaluation du programme conjointement avec la CSST. Soutien professionnel aux équipes locales. Soutien à la concertation avec les différents partenaires.

Domaine : SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL **N° : 3.6.06**

Activité : Activités prévues dans l'entente MSSS-CSST portant notamment sur les problèmes suivants : intoxications professionnelles (monoxyde de carbone) (plomb).

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

Les risques reliés au monoxyde de carbone sont souvent méconnus des employeurs et des travailleurs. En effet, suite à des intoxications professionnelles dans 2 établissements de la région, un groupe de travail composé de membres de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et du réseau de la santé au travail, s'est formé pour préparer un programme d'intervention régional dans le secteur de la construction, des conciergeries, des ateliers de mini-mécaniques et de la location et entretien de petits outils à moteur. Tous les établissements des secteurs ciblés ont été visités pour les informer sur les risques à la santé reliés au monoxyde de carbone dégagé par les petits outils ayant un moteur à combustion interne ainsi que pour effectuer les analyses environnementales appropriées. Au total, 100 établissements (476 travailleurs) ont été visés par ce programme.

À la fin de 2002, les intervenants des CLSC ont transmis l'information sur le monoxyde de carbone à 57 % des établissements. Les services de premiers secours et de premiers soins ont été évalués chez 45 % des établissements. De plus, 79 établissements (280 travailleurs) ont eu également de la surveillance environnementale comprenant entre autres, la prise de mesures du niveau de monoxyde de carbone.

En ce qui concerne le plomb, ce contaminant est encore très présent dans le secteur des mines et dans certains ateliers de réparation de radiateurs. Devant la difficulté de mettre en place des mesures efficaces de prévention à la source, les interventions ont surtout visé la surveillance médicale pour les travailleurs exposés.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de travail monoxyde de carbone (CO) - petits outils à moteur
- Comité régional de la planification, du suivi et de l'harmonisation des activités

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2004, tous les travailleurs et les employeurs des secteurs d'activités économiques concernés soient rencontrés pour les informer sur les risques à la santé et des moyens préventifs au regard du monoxyde de carbone.
2. Que d'ici 2004, 50 % des établissements visités concernant le monoxyde de carbone aient trouvé des mesures de prévention et des solutions de réduction à la source.
3. Que d'ici 2006, le dépistage médical concernant le plomb chez les travailleurs à risque se poursuive.

Rôles et contributions attendus des acteurs

CLSC : Mise en application des activités du programme.

Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) : Pouvoir d'inspection de conformité et contrainte, le cas échéant.

Direction de santé publique (DSP) (santé au travail) : Évaluation de l'atteinte des cibles et objectifs. Soutien professionnel aux équipes locales. Saisie des informations dans la banque prévue à cet effet Maladies à déclaration obligatoire (MADO).

Domaine : SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL **N° : 3.6.07**

Activité : Activités prévues dans l'entente MSSS-CSST portant notamment sur les problèmes suivants : intoxications professionnelles (espace clos).

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

Au Québec, de 1990 au printemps 1996, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) a répertorié 11 accidents reliés aux espaces clos avec blessés graves ou décès. Huit de ces événements sont responsables de 11 décès de travailleurs. Le dernier accident est survenu au Saguenay–Lac-Saint-Jean où il y a eu 2 décès. À la suite de cet accident, un comité de travail a été formé pour élaborer un programme d'intervention régional. Ce programme visait 567 établissements (2 662 travailleurs) des secteurs de l'agriculture, des municipalités et de la construction. Des sessions d'information ou de formation sur les risques à la santé et sur les moyens de prévention ont été données à 99 % des établissements. Dans plusieurs de ces établissements, la surveillance environnementale a aussi été effectuée. Notons qu'un programme de premiers secours et de premiers soins a été adopté dans 54 % des établissements.

Structures de concertation et de coordination

- Comité régional de la planification, du suivi et de l'harmonisation des activités

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE

1. Que d'ici 2004, le programme soit évalué.

REGIONALE ET LOCALE

2. Que d'ici 2004, les interventions soient finalisées dans tous les établissements ciblés.
3. Que d'ici 2004, les risques et le nombre d'accidents en espace clos soient réduits.

Rôles et contributions attendus des acteurs

CLSC : Collecte de données et mise en application du programme.

Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) : Application du règlement et contrainte aux établissements si nécessaire.

Direction de santé publique (DSP) (santé au travail) : Évaluation de l'atteinte de cibles et objectifs. Soutien professionnel aux équipes locales. Soutien à la concertation avec les différents partenaires.

Union des producteurs agricoles (UPA) : Participer à la promotion du programme.

Domaine : SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL

N° : 3.6.08

Activité : Activités prévues dans l'entente MSSS-CSST portant notamment sur les problèmes suivants : maladies infectieuses d'origine professionnelle (risques biologiques).

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

Certaines catégories de travailleurs sont davantage exposées aux agents infectieux. Plusieurs ignorent ou méconnaissent les mesures de protection et de prévention pour diminuer le risque d'exposition. C'est dans cette optique qu'un programme provincial d'intervention a été élaboré. Les activités de ce programme sont réparties en deux phases en fonction de la clientèle visée. La clientèle de la première phase est celle des pompiers, policiers et agents correctionnels. La clientèle visée par la deuxième phase, se compose des travailleurs des eaux usées ou associés à la cueillette des ordures et au tri des matières recyclables. Le programme prévoit des rencontres de tous les travailleurs et leurs employeurs pour les informer sur les risques pour leur santé liés aux agents infectieux, les mesures de protection et de prévention et les outils de gestion de la vaccination.

Dans la région, la clientèle ciblée par la phase I se compose de 98 établissements (1 609 travailleurs). À la fin de 2003, la formation a été donnée dans 158 établissements (1 663 travailleurs), 133 établissements (1 550 travailleurs) ont fait l'objet d'une surveillance médicale.

Structures de concertation et de coordination

- Comité régional de la planification, du suivi et de l'harmonisation des activités

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2005, concernant les risques biologiques, les policiers, pompiers, agents correctionnels et les gestionnaires de ces services connaissent la nature, les modes de transmission dans leur milieu de travail, les moyens de prévention et les étapes à suivre en postexposition.
2. Que d'ici 2005, 70 % des clientèles ciblées à risque d'exposition au sang et aux liquides biologiques teintés de sang et qui ne sont pas vaccinées, soient vaccinées contre l'hépatite B.
3. Que d'ici 2005, 85 % de la clientèle vaccinée contre l'hépatite B ait une vérification de leur statut immunitaire.
4. Que d'ici 2005, 95 % des clientèles ciblées dont la vaccination contre le tétanos n'est pas à jour, soient vaccinées contre le tétanos.
5. Que d'ici 2005, les agents des services correctionnels et les gestionnaires de ces services connaissent les modes de transmission de la tuberculose.

Rôles et contributions attendus des acteurs

CLSC : Mise en application du programme (vaccination des travailleurs visés et sessions d'information sur les risques et les moyens de prévention).

Direction de santé publique (DSP) (santé au travail) : Évaluation de l'atteinte des cibles et objectifs. Vérification de la conformité avec le programme de maladies infectieuses. Soutien professionnel et formation des équipes locales.

Domaine : SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL

N° : 3.6.09

Activité : Activités prévues dans l'entente MSSS-CSST portant notamment sur le problème suivant : surdité professionnelle.

Niveau actuel d'implantation : À consolider - Voie d'action incontournable

État de la situation

Au Québec, on estime aujourd'hui à environ 500 000, le nombre de travailleurs exposés à des niveaux de bruits nocifs (égal ou supérieur à 85 décibels) pour leur santé et leur sécurité. Ces travailleurs sont par conséquent à risque de développer une surdité professionnelle, soit la seconde maladie professionnelle ayant le plus grand nombre de cas indemnisés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). La perte d'audition entraîne des conséquences sérieuses dans la vie quotidienne (familiale, sociale, travail, etc.).

À cet effet, la Table de coordination en santé au travail (TCNSAT) a mandaté une chargée de projet pour recenser toutes les activités en rapport avec le bruit et la surdité professionnelle qui ont été réalisées dans la province par le réseau de la santé au travail et ce, pour la période de 1998 à 2003. Ce recensement et une consultation de la TCNSAT et des tables professionnelles provinciales ont permis de définir 22 pistes d'actions à prioriser. Chaque région aura par la suite l'obligation de les appliquer d'ici 2012, selon l'état d'avancement des travaux et des disponibilités budgétaires.

Structures de concertation et de coordination

- Comité régional de la planification, du suivi et de l'harmonisation des activités

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, un plan d'action régional soit élaboré et mis en place.

Rôles et contributions attendus des acteurs

CLSC : Application du programme. Évaluation environnementale. Surveillance médicale (audiogramme). Formation et information.

Commissionde la santé et de la sécurité du travail (CSST) : Application du règlement et contraindre les établissements nécessaires.

Direction de santé publique (DSP) (santé au travail) : Évaluation de l'atteinte des cibles et des objectifs ainsi que soutien professionnel aux équipes locales.

Domaine : SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL

N° : 3.6.10

Activité : Activités relatives à la promotion de la santé et à la prévention en milieu de travail concernant les habitudes de vie et les maladies chroniques ainsi que l'adaptation et l'intégration sociale.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Activités concernant les habitudes de vie et les maladies chroniques :

On constate en milieu de travail l'absence de programmes intégrés de prévention ciblant simultanément le tabagisme, l'alimentation, l'activité physique et autres habitudes de vie dans une perspective de prévention des maladies chroniques. Malgré tout, plusieurs activités promotionnelles ont été effectuées annuellement en milieu de travail tel que le *Défi J'arrête, j'y gagne!* et la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*. Mentionnons également la campagne de promotion de la marche *Mon style de marche*, qui est en opération depuis 2002.

Toutefois, un nouveau programme intégré de prévention des maladies chroniques *0-5-30 combinaison prévention* est en voie d'être promu à l'échelle provinciale et pourrait être offert aux milieux de travail. Ce programme s'articule autour de 2 stratégies : les actions éducatives (counseling bref) et les actions visant la création d'environnements favorables. Elles sont basées sur les cibles suivantes : 0 tabac, 5 fruits et légumes et 30 minutes d'activité physique par jour.

Activités concernant l'adaptation et l'intégration sociale (activités de promotion et de prévention liées au jeu pathologique, à la toxicomanie, au suicide et à la santé mentale) :

Pour la prévention du jeu pathologique en milieu de travail, le MSSS a fait la distribution d'une trousse de prévention dans une trentaine d'entreprises régionales : dans des établissements du réseau de la santé et des services sociaux; dans le réseau de l'éducation, sans oublier les syndicats et les *Programmes d'aide aux employés* (PAE). La Direction de santé publique a fait un retour auprès de chacun afin de vérifier leur intérêt et leur offrir du soutien. Un plan d'action régional spécifique a été élaboré et plusieurs activités sont prévues au cours des prochaines années.

En ce qui concerne la prévention du suicide, le Centre de prévention du suicide 02 (CPS-02), à titre de responsable de l'actualisation régionale de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*, a mis sur pied 7 réseaux d'aidants naturels, dûment sélectionnés et formés pour intervenir auprès de leurs pairs, dans autant d'entreprises.

Au regard de la prévention de la toxicomanie et autres dépendances, mentionnons le peu d'interventions qui sont réalisées en milieu de travail.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

REGIONALE

1. Que d'ici 2005, une activité préventive en matière de jeu pathologique (diffusion de matériel promotionnel, séances d'information, kiosques, etc.) soit tenue dans au moins 15 % des entreprises de 100 employés et plus.
2. Que d'ici 2006, une adaptation régionale concertée du programme *0-5-30 combinaison prévention* ait été réalisée.

REGIONALE ET LOCALE

3. Que d'ici 2007, à chaque année, la promotion d'activités telles que la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*, le *Défi J'arrête, j'y gagne!* et la campagne *Mon style de marche* soit réalisée par une cinquantaine d'entreprises de la région.
4. Que d'ici 2007, les interventions en milieu de travail actuellement en cours pour prévenir le suicide soient poursuivies.

LOCALE

5. Que d'ici 2007, des activités du programme *0-5-30 combinaison prévention* aient été mises en œuvre, en milieu de travail, dans chacun des territoires de CLSC.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Coordination des campagnes de promotion de l'activité physique et de promotion des activités de lutte au tabagisme. Adaptation régionale du programme *0-5-30 combinaison prévention* et soutien à la mise en œuvre d'activités. Coordination du développement et de la mise en œuvre des activités relatives à la prévention du jeu pathologique auprès des travailleurs.

CLSC : Participation aux campagnes de promotion de l'activité physique et de promotion des activités de lutte au tabagisme. Participation à l'adaptation régionale du programme *0-5-30 combinaison prévention* et réalisation d'activités.

Centre de prévention du suicide 02 (CPS-02) : Mise en place de réseaux d'aidants naturels en milieu de travail.

Structures de concertation et de coordination	
· Comité de travail pour la prévention du jeu en milieu de travail	**Direction des services de santé, des affaires médicales et universitaires :** Participation à l'adaptation régionale du programme *0-5-30 combinaison prévention*. **Entreprise de 100 employés et plus :** Participation aux campagnes de promotion de l'activité physique et de promotion des activités de lutte au tabagisme. Participation aux activités de prévention du jeu pathologique et du suicide. **Le Séjour de Jonquière :** Participation au Comité de travail sur la prévention du jeu en milieu de travail. Élaboration de l'offre de service à l'intention des milieux de travail. Mise en œuvre des actions préventives auprès des entreprises des territoires du Saguenay et du Lac-Saint-Jean-Est. **Table régionale des infirmières et infirmiers en santé au travail :** Participation à la mise en œuvre des activités *0-5-30 combinaison prévention*. Soutien à la promotion des activités préventives en matière de jeu pathologique. **Toxic-Actions de Dolbeau-Mistassini :** Participation au Comité de travail sur la prévention du jeu en milieu de travail. Mise en œuvre des actions préventives auprès des entreprises des territoires de Maria-Chapdelaine et de Domaine-du-Roy.

Plan d'action régional de santé publique du Saguenay—Lac-Saint-Jean 2004-2007

Cahier 4

Les 65 ans et plus

En action, pour la santé et le bien-être des gens de notre région

Table des matières

1. Un portrait de santé des 65 ans et plus

Introduction 1.7

1.1 Population 2001, projection 2011 ..... 1.8

1.2 Groupes plus vulnérables 1.10

1.3 État de santé global 1.12

1.4 Problèmes d'intégration et d'adaptation sociale 1.18

1.5 Habitudes de vie 1.21

1.6 Maladies chroniques 1.23

1.7 Traumatismes non intentionnels 1.29

1.8 Maladies infectieuses 1.30

1.9 Principaux documents de référence 1.32

2. Synthèse des activités et des résultats attendus par domaine pour les 65 ans et plus 2.1

3. Activités de santé publique pour les 65 ans et plus 3.1

1. UN PORTRAIT DE SANTÉ DES 65 ANS ET PLUS

Introduction

Les programmes et services de santé, ainsi que leurs objectifs et les stratégies pour les atteindre, varient particulièrement en fonction de quatre sous-groupes de la population qui constituent les groupes clientèles, soit les enfants de 0-5 ans et leurs parents, les jeunes de 6-17 ans et leurs parents, les adultes de 18-64 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus.

Ce portrait de santé des 65 ans et plus a été divisé en sept sections afin de fournir les informations pertinentes à la démarche de planification tout en tenant compte de la structure du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP).

- La 1re section présente les effectifs de 65 ans et plus en termes de structure des effectifs, d'évolution et de répartition par territoire de CLSC.

- La 2e section identifie des populations plus vulnérables, définies dans le PNSP par des conditions socio-économiques pouvant constituer un risque pour leur santé (pauvreté, sous-scolarisation, faible soutien social).

- La 3e section est consacrée au profil de l'état de santé global de la population âgée de 65 ans et plus (perception de l'état de santé, principaux problèmes de santé, espérance de vie).

- De la 4e à la 8e section sont abordées les problématiques de santé plus spécifiques aux domaines d'intervention du PNSP. On y décrit la situation régionale en fonction des objectifs de santé du PNSP concernant les 65 ans et plus. Ces sections touchent l'adaptation et l'intégration sociale (section 4), les habitudes de vie et les maladies chroniques (sections 5 et 6), les traumatismes non intentionnels (section 7), ainsi que les maladies infectieuses (section 8).

L'état de situation pour les objectifs des autres domaines (maladies infectieuses, santé environnementale, santé au travail et développement des communautés) se retrouve dans les fiches d'activités, lorsque pertinent à la clientèle.

Les indicateurs retenus pour ce document ont été choisis en tenant compte de leur pertinence mais aussi de leur disponibilité. Les périodes ou années de référence pour lesquelles les indicateurs sont présentés varient en fonction des différentes sources d'information utilisées. Dans tous les cas cependant, les données auxquelles nous avons eu recours étaient les plus récentes disponibles au moment où le document a été élaboré.

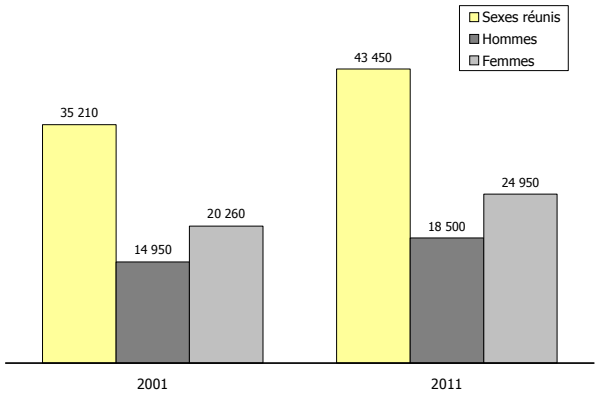
On peut obtenir des données complémentaires ainsi que des précisions sur les sources de données et sur la méthodologie, en référant au *Tableau synoptique des indicateurs sociosanitaires par territoire – Le Québec, le Saguenay–Lac-Saint-Jean et ses territoires de CLSC* (DSP-02, octobre 2003).

1.1 Population 2001, projection 2011

En 2001, Statistique Canada a dénombré 35 210 personnes âgées de 65 ans et plus au SLSJ sur une population totale de 278 280 personnes.

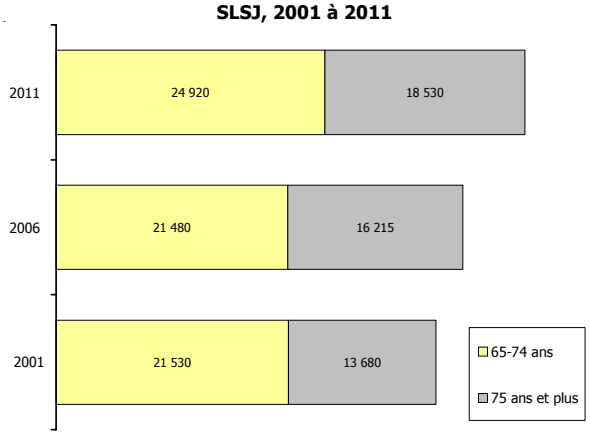
En 2011, l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) prévoit que ces effectifs auront augmenté de 23 %; ils devraient ainsi se chiffrer à environ 43 450.

Figure 1
Nombre de personnes de 65 ans et +, selon le sexe, SLSJ, 2001 et 2011



Sources : 1) Statistique Canada, Recensement 2001.
2) Prévisions basées sur les hypothèses de l'ISQ (MSSS, fichier 2001).

Figure 2
Évolution du nombre de personnes de 65 ans et +, SLSJ, 2001 à 2011



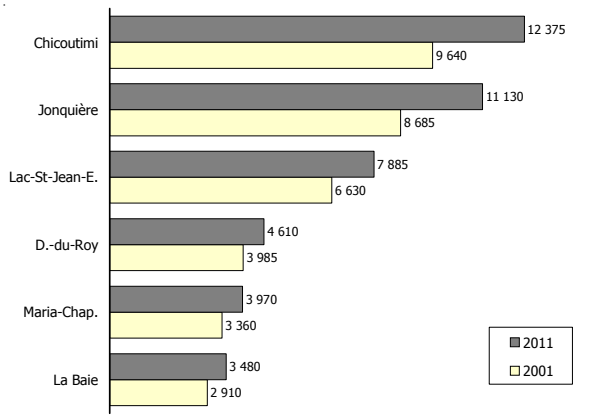
Sources : 1) Statistique Canada, Recensement 2001.
2) Prévisions basées sur les hypothèses de l'ISQ (MSSS, fichier 2001).

L'augmentation projetée des effectifs de 2001 à 2011 concerne tant les 65-74 ans que les 75 ans et plus. Ces derniers passent de 13 680 à 18 530, soit un accroissement de 35 %, alors que les 65-74 augmentent de 21 530 à 24 920, soit de 16 %.

Les effectifs de 65 ans et plus devraient augmenter dans tous les territoires de CLSC de la région; une augmentation qui varie entre 16 % (Domaine-du-Roy) et 28 % (Chicoutimi et Jonquière).

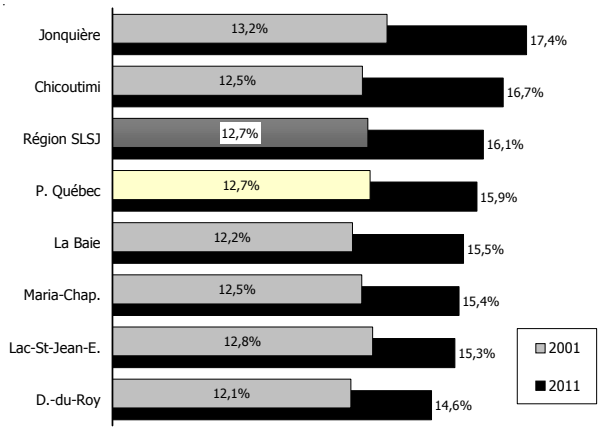
La figure 3 présente l'évolution des effectifs entre 2001 et 2011 pour chacun des territoires.

Figure 3
Nombre de personnes de 65 ans et +, sexes réunis, territoires de CLSC du SLSJ, 2001 et 2011



Sources : 1) Statistique Canada, Recensement 2001.
2) Prévisions basées sur les hypothèses de l'ISQ (MSSS, fichier 2001).

Figure 4
Évolution de la proportion de 65 ans et +,
par rapport à la population totale,
P. Québec, SLSJ et territoires de CLSC, 2001 et 2011



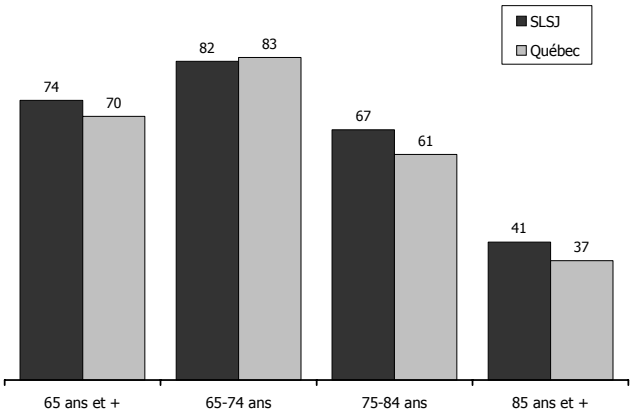
Sources : 1) Statistique Canada, Recensement 2001.
2) Prévisions basées sur les hypothèses de l'ISQ (MSSS, fichier 2001; MSSS, fichier 2002).

Le poids démographique que représentent les aînés devrait s'accroître, tant dans la région que dans les territoires.

En 2001, les 65 ans et plus comptent pour 12,7 % de la population totale du SLSJ; cette proportion varie peu dans les territoires : soit entre 12,1 % (Domaine-du-Roy) et 13,2 % (Jonquière).

En 2011, ils représenteront 16,1 % de la population régionale et la proportion devrait varier de 14,6 % (Domaine-du-Roy) à 17,4 % (Jonquière).

Figure 5
Nombre d'hommes pour 100 femmes,
population de 65 ans et +,
P. Québec et SLSJ, 2001



Source : Statistique Canada, recensement 2001.

Dans ce groupe d'âges, les hommes sont moins nombreux que les femmes. Le rapport de masculinité, qui illustre cette répartition par sexe, se situe à 74 hommes pour 100 femmes (70/100 au Québec).

Le rapport tend à diminuer à mesure que l'on avance en âge : au SLSJ, chez les 85 ans et plus, on compte 41 hommes pour 100 femmes (37/100 au Québec).

1.2 Groupes plus vulnérables

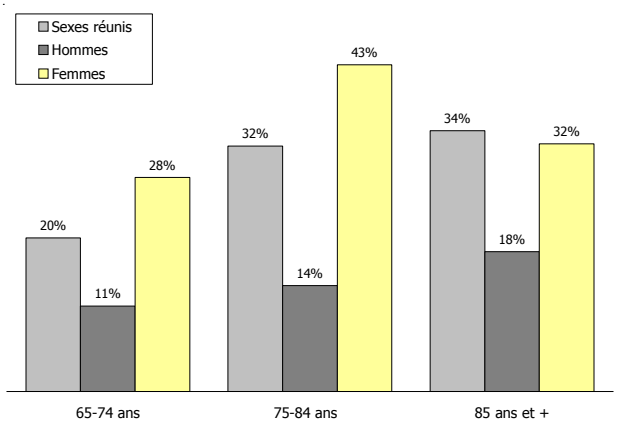
Personnes vivant seules

En 1996, 24 % de la population régionale de 65 ans et plus non institutionnalisée vivait seule.

Le fait de vivre seul est plus fréquent chez les femmes. Cette situation est expliquée en bonne partie par le fait que les épouses sont généralement plus jeunes que leur mari et qu'elles ont une plus grande longévité (leur espérance de vie à la naissance est supérieure d'au moins 6 ans à celle des hommes).

Vivre seul augmente la probabilité d'être en situation de pauvreté.

Figure 6
Proportion d'individus vivant seuls, selon l'âge et le sexe, SLSJ, 1996



Source : Statistique Canada, Recensement 1996.

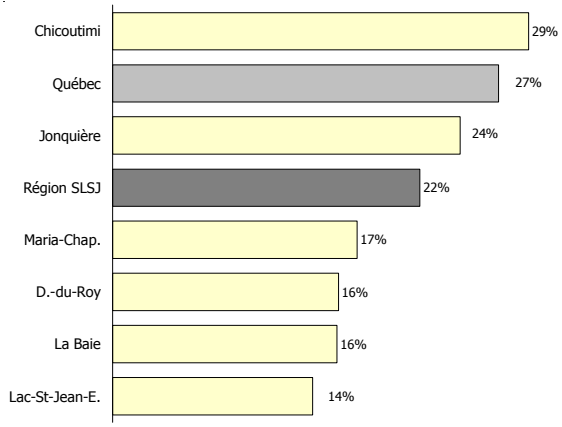
Seuil de faible revenu

En 1996, au SLSJ, 22 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivaient sous le seuil de faible revenu (SFR) établi par Statistique Canada, comparativement à 27 % au Québec. Cette proportion s'élève à 53 % chez les personnes vivant seules.

Dans les territoires de CLSC, la proportion varie entre 14 % (Lac-Saint-Jean-Est) et 29 % (Chicoutimi).

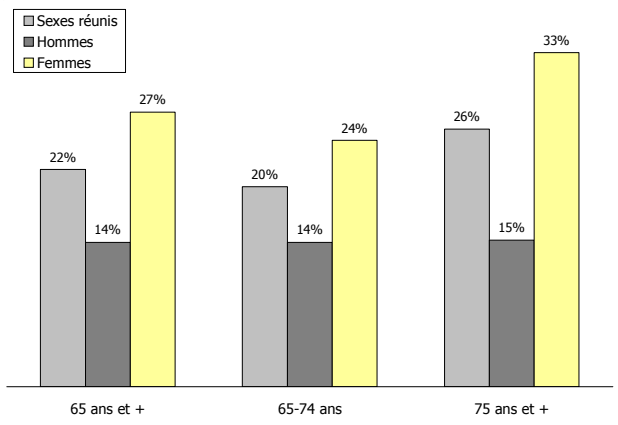
La proportion des femmes âgées vivant sous le SFR (27 %) s'avère deux fois plus élevée que chez les hommes (14 %). L'écart est un peu moins accentué dans le groupe des 65-74 ans et s'amplifie chez les 75 ans et plus. On sait par ailleurs qu'en 2000, le revenu moyen des hommes de 65 ans et plus se situe à 23 886 $ alors que celui des femmes est de 14 484 $.

Figure 7
Proportion des 65 ans et +, vivant sous le seuil de faible revenu, P. Québec, SLSJ et territoires de CLSC, 1996



Source: Statistique Canada, recensement 1996, données échantillon 20 %, tableau R02T0796, MSSS, Février 2000.

Figure 8
Proportion des 65 ans et +, vivant sous le seuil de faible revenu, selon l'âge et le sexe, SLSJ, 1996



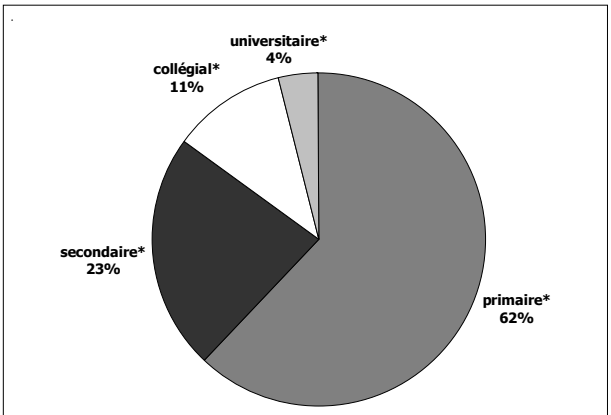
Source : Statistique Canada, recensement 1996, données échantillon 20 %, tableau R02T0796, MSSS, Février 2000.

Faible niveau de scolarité

Près de deux personnes âgées sur trois (62 %) sont sous-scolarisées, ayant atteint un niveau d'études primaires seulement (complété ou non).

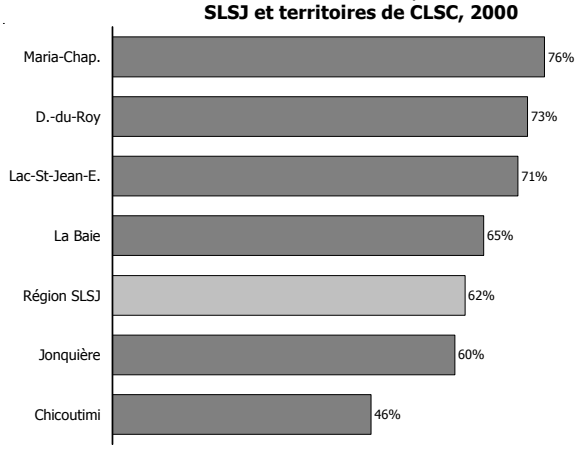
Le territoire Maria-Chapdelaine se démarque avec plus des trois quarts de personnes âgées (76 %) sous-scolarisées; à l'opposé, la proportion se situe à 46 % dans celui de Chicoutimi.

Figure 9
Répartition des personnes de 65 ans et +, selon le plus haut niveau de scolarité atteint SLSJ, 2000



Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000.
* Complété ou non

Figure 10
Proportion des personnes sous-scolarisées, 65 ans et +, SLSJ et territoires de CLSC, 2000



Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

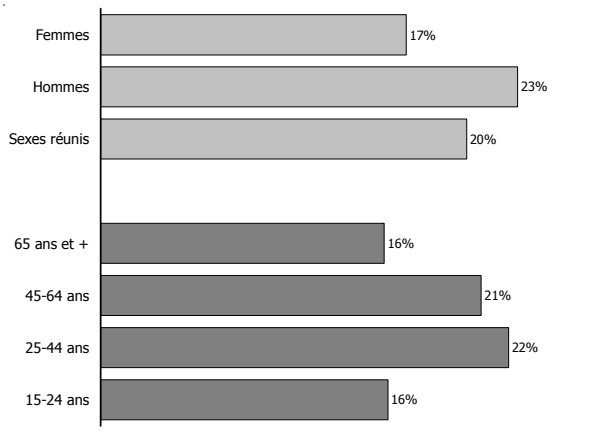
Faible soutien social

Selon l'Enquête sociale et de santé 1998, 20 % de la population régionale de 15 ans et plus se classe au niveau faible de l'indice de soutien social (20 % au Québec).

La proportion varie suivant le sexe et l'âge. Elle est en général plus élevée chez les hommes (23 %) que chez les femmes (17 %). Chez les 65 ans et plus, elle se situe à 16 %. Ce qui démontre un soutien social meilleur que chez les adultes de 25-64 ans.

L'analyse des différents aspects de l'indice de soutien social permet d'identifier les personnes âgées susceptibles d'être isolées socialement. C'est le cas de celles qui se disent insatisfaites de leur vie sociale (7,5 % des personnes de 65 ans et plus), qui déclarent n'avoir aucun ami (11,4 %), aucun confident (12 %), ou aucune personne pour les aider au besoin (4,4 %).

Figure 11
Proportion des 15 ans et + se classant au niveau faible de l'indice de soutien social, par âge et sexe, SLSJ, 1998



Source : Enquête sociale et de santé, 1998.

1.3 État de santé global

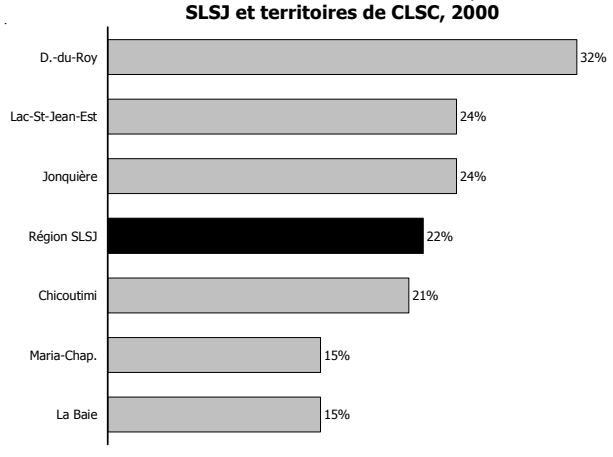
Perception de son état de santé

Les enquêtes de santé régionales montrent une diminution de la proportion de personnes âgées qui considèrent leur santé physique comme médiocre (moyenne ou mauvaise). Ainsi, de 36 % en 1987, cette proportion est passée à 25 % en 1992, 20 % en 1998 et 22 % en 2000. Cette dernière proportion ne diffère pas selon le sexe mais elle varie selon d'autres facteurs :

- 24 % des aînés sous-scolarisés perçoivent leur santé comme médiocre comparativement à 17 % de ceux qui ont une scolarité plus élevée;
- 31 % des aînés économiquement moins favorisés se disent de santé médiocre alors que ce pourcentage se situe à 14 % des individus plus favorisés;
- 35 % des aînés célibataires considèrent leur santé médiocre comparativement à 21 % des personnes déclarant d'autres états civils;
- 70 % des aînés ayant eu des pensées suicidaires évaluent leur santé physique comme médiocre contre 21 % de ceux n'ayant pas songé sérieusement à s'enlever la vie;
- 55 % des aînés se situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique voient leur santé comme médiocre comparativement à 13 % de ceux qui se situent au niveau le plus bas de l'indice (ce qui peut correspondre à un état de bon équilibre mental);
- 30 % des aînés sédentaires évaluent leur santé comme excellente ou très bonne en comparaison à 57 % pour ceux qui sont physiquement actifs;
- 30 % des aînés jugeant leurs habitudes alimentaires comme étant pires que la moyenne se disent en excellente santé comparativement à 56 % de ceux qui les évaluent meilleures;
- 36 % des fumeurs et 48 % des non-fumeurs âgés se déclarent en excellente santé.

La situation varie également selon le territoire de CLSC où habite la personne âgée, soit entre 15 % (La Baie, Maria-Chapdelaine) et 32 % (Domaine-du-Roy).

Figure 12
Proportion des 65 ans et +, percevant leur santé comme médiocre, SLSJ et territoires de CLSC, 2000



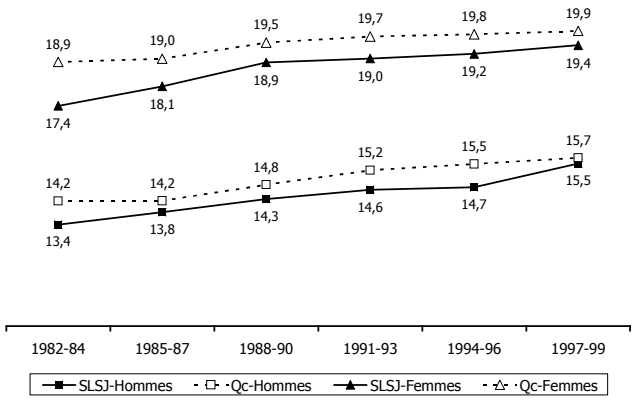
Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

Espérance de vie à 65 ans

L'espérance de vie (EV) à 65 ans continue d'augmenter lentement mais graduellement, tant dans la région SLSJ qu'au Québec, tant pour les hommes que pour les femmes.

Elle demeure cependant plus élevée chez les femmes que chez les hommes : au SLSJ, en 1997-1999, une femme âgée de 65 ans pouvait espérer vivre en moyenne encore 19,4 ans, soit jusqu'à 84,4 ans; en comparaison, un homme du même âge avait une EV de 15,5 ans, pouvant ainsi espérer vivre en moyenne jusqu'à 80,5 ans. On note aussi que l'EV à 65 ans des femmes de la région demeure inférieure à celle des Québécoises.

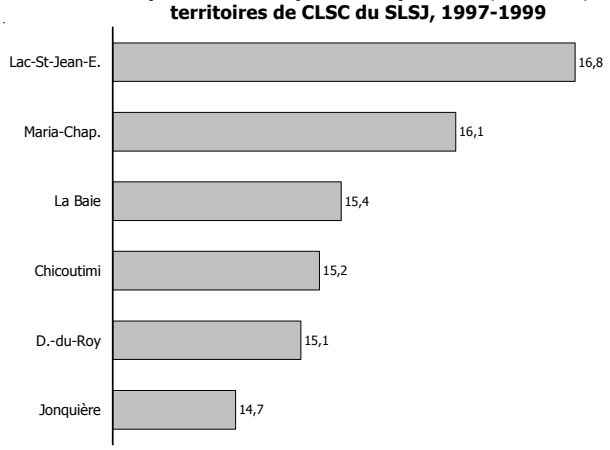
Figure 13
Évolution de l'espérance de vie (en années) à 65 ans, selon le sexe,
P. Québec et SLSJ, 1983 à 1998



Source : Fichier des décès, MSSS.

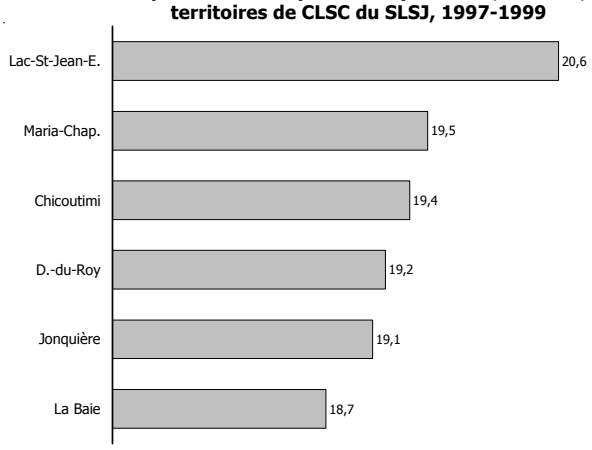
L'espérance de vie à 65 ans varie suivant le territoire : elle est plus élevée dans le territoire Lac-Saint-Jean-Est, tant chez les hommes que chez les femmes. Elle est la plus faible chez les hommes du territoire de Jonquière et chez les femmes de celui de La Baie.

Figure 14
Espérance de vie (en années) à 65 ans, hommes, territoires de CLSC du SLSJ, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

Figure 15
Espérance de vie (en années) à 65 ans, femmes, territoires de CLSC du SLSJ, 1997-1999

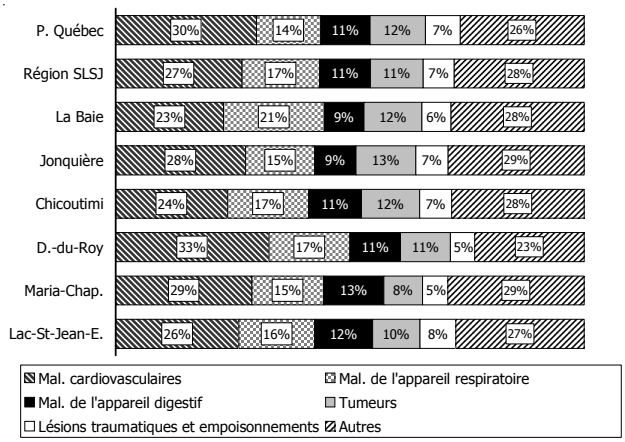


Source : Fichier des décès, MSSS.

Principales causes d'hospitalisation

Quel que soit le territoire, les maladies cardiovasculaires constituent la 1re cause d'hospitalisation de la population âgée et les maladies de l'appareil respiratoire, la 2e cause; les maladies de l'appareil digestif et les tumeurs (bénignes ou malignes) se partagent les 3e et 4e place selon le territoire.

Figure 16
Principales causes d'hospitalisation chez les 65 ans et +, sexes réunis, SLSJ et territoires de CLSC, 1998-2001



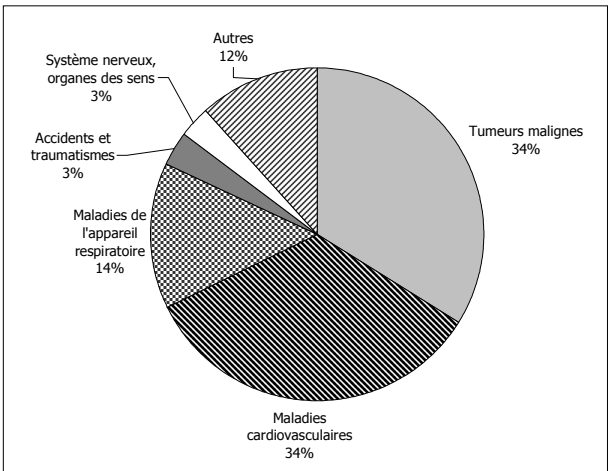
Source : Fichier Med-Écho, MSSS.

Principales causes de mortalité

Chez les femmes, dans la région comme au Québec, les deux causes de mortalité les plus fréquentes sont les maladies cardiovasculaires (MCV) suivies des tumeurs malignes.

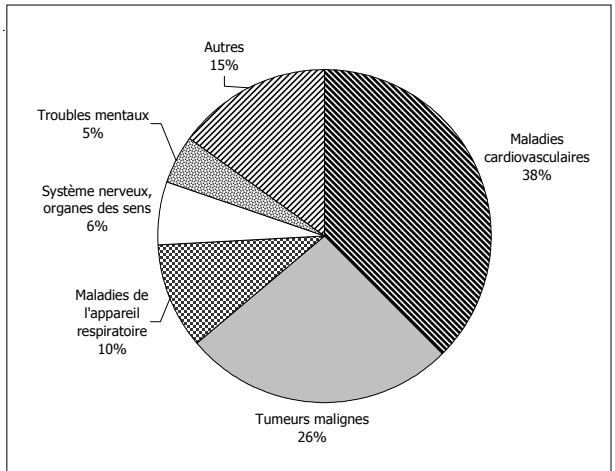
Chez les hommes, les deux premières causes de mortalité sont réparties à parts égales entre les tumeurs malignes et les MCV, alors qu'au Québec les MCV demeurent en tête de liste.

Figure 17
Principales causes de mortalité, hommes, 65 ans et +, SLSJ, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

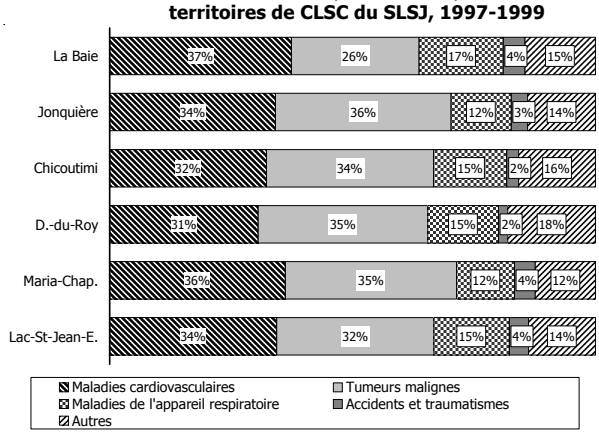
Figure 18
Principales causes de mortalité, femmes, 65 ans et +, SLSJ, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

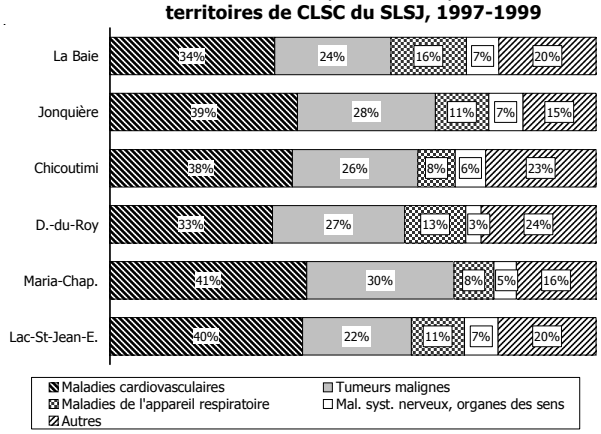
Bien que les proportions soient variables, les deux principales causes de mortalité des 65 ans et plus demeurent les MCV et les tumeurs malignes dans tous les territoires de CLSC de la région. Chez les hommes, les tumeurs occupent le 1er rang dans celui de Jonquière, Chicoutimi, Domaine-du Roy. Chez les femmes, les MCV demeurent la 1re cause de décès.

Figure 19
Principales causes de mortalité, hommes, 65 ans et +, territoires de CLSC du SLSJ, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

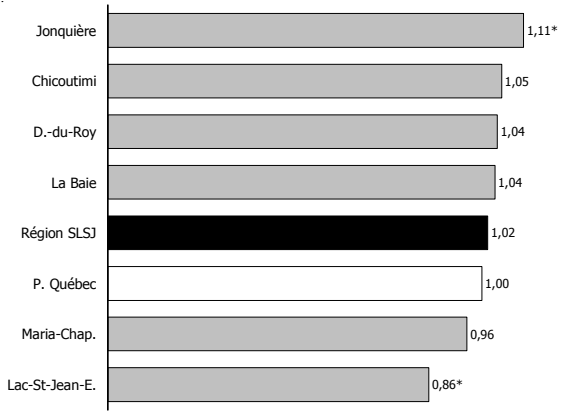
Figure 20
Principales causes de mortalité, femmes, 65 ans et +, territoires de CLSC du SLSJ, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

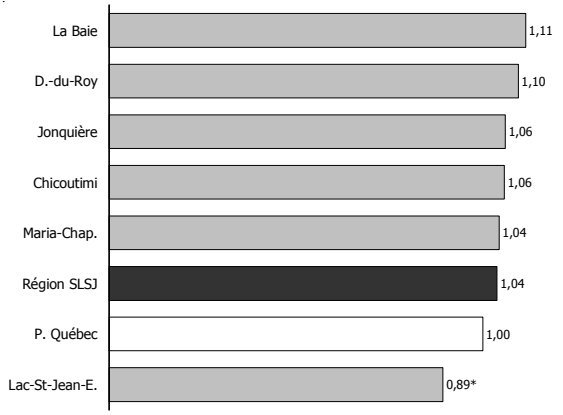
Comparativement à l'ensemble du Québec, les hommes et les femmes de la région présentent en 1997-1999, pour toutes causes confondues, une mortalité de même niveau, sauf dans le territoire de Jonquière qui affiche une surmortalité masculine et, à l'opposé, celui de Lac-Saint-Jean-Est qui obtient une sousmortalité tant masculine que féminine.

Figure 21
Indice comparatif de mortalité toutes causes, hommes, 65 ans et +, SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.
* Écart significatif par rapport au Québec ($p \leq 0,05$).

Figure 22
Indice comparatif de mortalité toutes causes, femmes, 65 ans et +, SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999

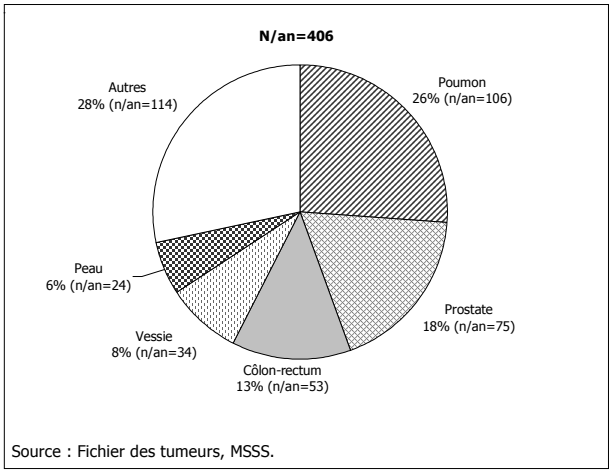


Source : Fichier des décès, MSSS.
* Écart significatif par rapport au Québec ($p \leq 0,05$).

Principaux sièges de cancer

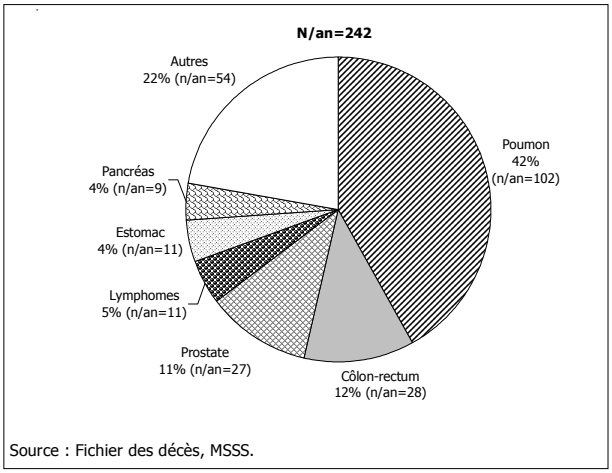
Chez les hommes de 65 ans et plus, pour la période 1997-1999, on recense en moyenne par année 406 nouveaux cas de cancer et 242 décès, soit un ratio décès/cas incidents de 60 %. Le cancer du poumon occupe le 1er rang des sièges de cancer (26 %) ainsi que des décès par cancer (42 %); le pronostic de cancer du poumon est le plus sombre avec un ratio décès/cas incidents de 96 % chez les 65 ans et plus.

Figure 23
Nouveaux cas de cancer, principaux sièges, hommes, 65 ans et +, SLSJ, 1997-1999



Source : Fichier des tumeurs, MSSS.

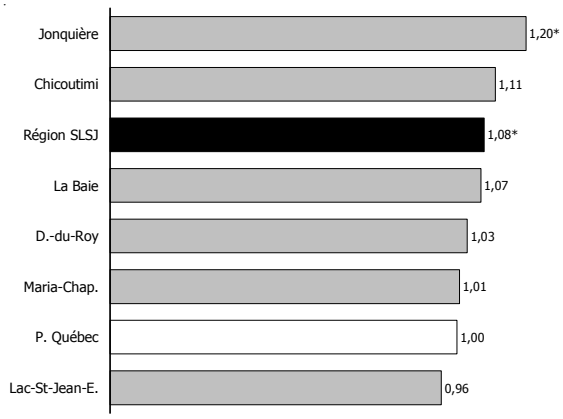
Figure 24
Décès par cancer, principaux sièges, hommes, 65 ans et +, SLSJ, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

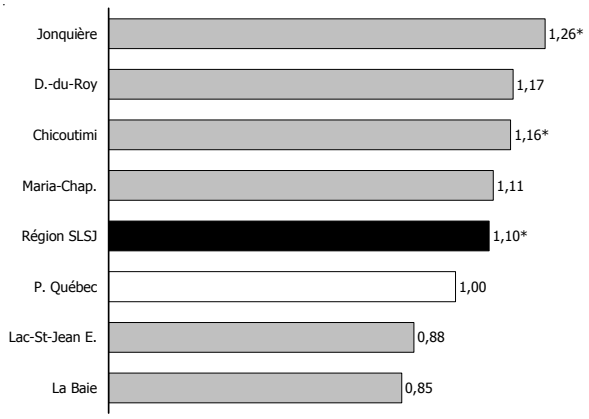
Comparativement à l'ensemble du Québec, l'incidence du cancer chez les hommes de 65 ans et plus est significativement plus élevée dans la région SLSJ. La surincidence est notable chez les hommes du territoire de Jonquière; celui de Chicoutimi contribue également à l'excédent régional. La région affiche, par ailleurs, une surmortalité par cancer qui est significative dans les territoires Jonquière et Chicoutimi et à laquelle contribuent aussi les territoires Domaine-du-Roy et Maria-Chapdelaine.

Figure 25
Indice comparatif d'incidence du cancer, tous sièges, hommes, 65 ans et +, SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999



Source : Fichier des tumeurs, MSSS.
* Écart significatif par rapport au Québec (p ≤ 0,05).

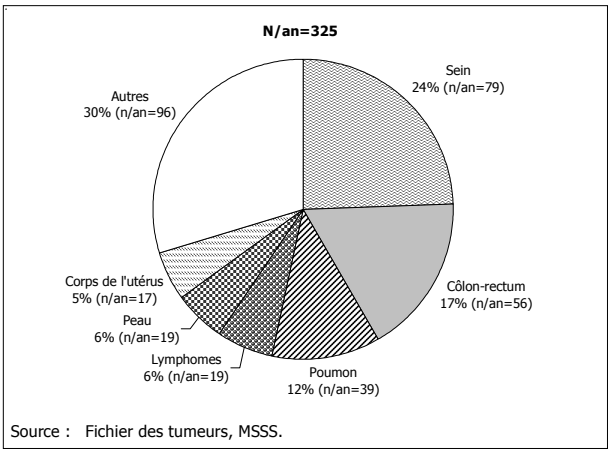
Figure 26
Indice comparatif de mortalité par cancer, tous sièges, hommes, 65 ans et +, SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.
* Écart significatif par rapport au Québec (p ≤ 0,05).

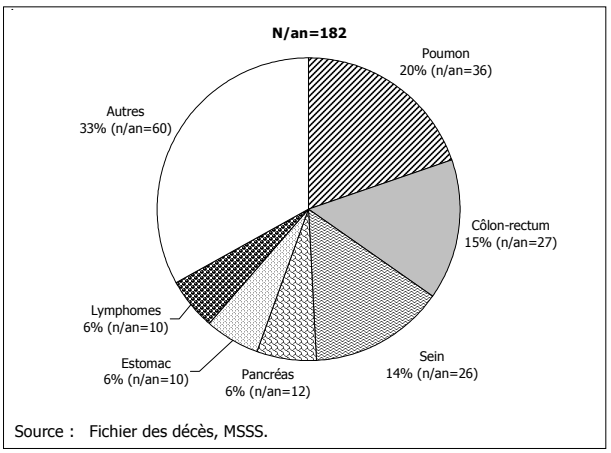
Chez les femmes de 65 ans et plus, pour la période 1997-1999, on recense en moyenne par année 325 nouveaux cas de cancer et 182 décès, soit un ratio décès/cas incidents de 56 %. Le cancer du sein occupe le 1er rang des sièges de cancer (24 %) alors que le cancer du poumon est la 1re cause de décès par cancer (20 %). Le pronostic de cancer du sein est passable chez les femmes de 65 ans et plus avec un ratio décès/cas incidents de 33 %; le pronostic du cancer du poumon reste le plus sombre avec un ratio décès/cas incidents de 92 %.

Figure 27
Nouveaux cas de cancer, principaux sièges, femmes, 65 ans et +, SLSJ, 1997-1999



Source : Fichier des tumeurs, MSSS.

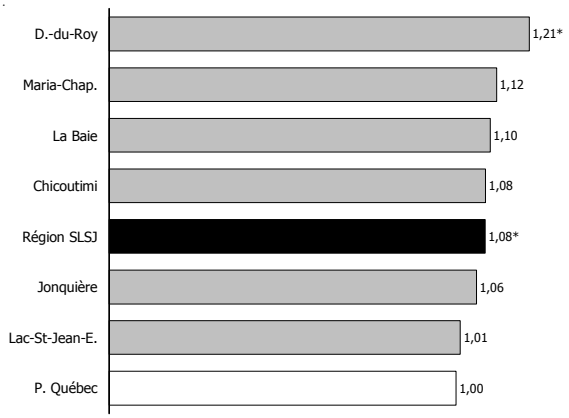
Figure 28
Décès par cancer, principaux sièges, femmes, 65 ans et +, SLSJ, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

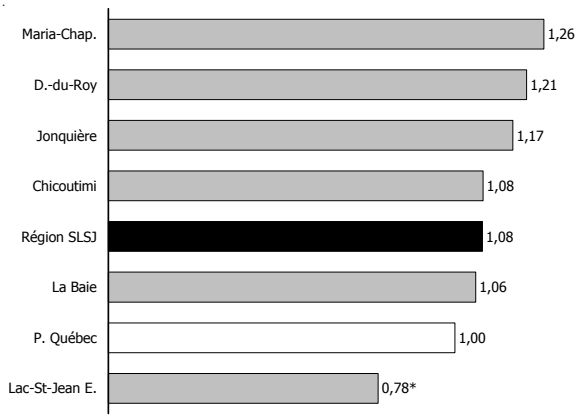
Comparativement à l'ensemble du Québec, l'incidence du cancer chez les femmes de 65 ans et plus est significativement plus élevée dans la région SLSJ. La surincidence est notable dans le territoire Domaine-du-Roy; tous les autres territoires contribuent également à l'excédent régional mais à des degrés variables. Il n'y a pas cependant d'excédent significatif de la mortalité par cancer bien que cinq territoires (Maria-Chapdelaine, Domaine-du-Roy, Jonquière, Chicoutimi et La Baie) obtiennent une mortalité plus élevée que celle du Québec.

Figure 29
Indice comparatif d'incidence du cancer, tous sièges, femmes, 65 ans et +, SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999



Source : Fichier des tumeurs, MSSS.
* Écart significatif par rapport au Québec ($p \leq 0,05$).

Figure 30
Indice comparatif de mortalité par cancer, tous sièges, femmes, 65 ans et +, SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.
* Écart significatif par rapport au Québec ($p \leq 0,05$).

1.4 Problèmes d'intégration et d'adaptation sociale

La consommation de drogues et d'alcool

Objectif du PNSP : *réduire les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool.*

En ce qui a trait à la consommation de drogues (cannabis, haschisch, *pot*, cocaïne, *crack*, *freebase)*, lors de l'Enquête psychosociale régionale de 2000, aucun répondant de 65 ans et plus n'a déclaré avoir consommé au cours de la dernière année l'un des produits énumérés alors que ce pourcentage est estimé à 14 % chez les 18- 64 ans.

Par ailleurs, 59 % des personnes de 65 ans et plus affirment avoir consommé de l'alcool au cours de l'année ayant précédé l'enquête régionale de 2000. Chez les 18 ans et plus, cette proportion s'élève à 80 %.

La consommation de médicaments psychotropes

Objectif du PNSP : *réduire de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées.*

La consommation de médicaments psychotropes, selon le PNSP, *est particulièrement importante au sein de la population féminine – notamment chez les personnes âgées – et souvent inappropriée.* (MSSS, 2003 : 37).

En juin 2000, 7,5 % des personnes âgées du Québec, assurées à la RAMQ, ont au moins une ordonnance active (datant de 90 jours ou moins) de psychotropes. Ce qui constitue une hausse par rapport aux proportions observées en juin 1996 (5,5 %) et juin 1998 (6,2 %) (RAMQ, 2001).

Cette proportion est deux fois plus élevée chez les femmes (9,3 %) que chez les hommes (4,8 %) et elle augmente légèrement avec l'âge, passant de 6,7 % (65-74 ans) à 10,3 % (85 ans ou plus) (RAMQ, 2001).

Dans la région, le taux d'ordonnances actives de psychotropes en juin 2000 s'élève à 112 pour 1 000 personnes âgées assurées dans la région comparativement à 87 au Québec. Cet écart s'explique par un taux d'ordonnances plus élevé d'antidépresseurs (98 dans la région *vs* 69 au Québec).

La santé mentale

Objectifs du PNSP : *augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne santé mentale; réduire le nombre de tentatives de suicide et le nombre de suicides.*

➢ *La détresse psychologique*

Lors de l'enquête régionale de 2000, 12,6 % des personnes âgées se sont classées dans la catégorie de symptomatologie élevée de l'indice de détresse psychologique; ce qui peut donner une estimation des besoins en santé mentale. Il s'agit d'une diminution par rapport à l'enquête de 1987, alors que la proportion s'élevait à 17,4 %.

La proportion d'aînés présentant une détresse psychologique élevée varie suivant plusieurs facteurs.

Le sexe : 16 % des femmes comparativement à 8 % des hommes.

L'état civil : 18 % des personnes veuves comparativement à 7 % de celles qui vivent avec un conjoint.

Le niveau de scolarité : 16 % des personnes âgées sous-scolarisées (niveau primaire complété ou non) contre 8 % pour celles qui ont atteint le niveau secondaire ou mieux.

La perception de son alimentation : 33 % des personnes âgées qui considèrent leur alimentation comme pire que la moyenne contre 12 % pour les autres.

La perception de son état de santé : 33 % des personnes âgées qui considèrent leur santé physique comme médiocre (moyenne ou mauvaise) comparativement à 13 % de celles qui se considèrent en bonne santé et 4 % de celles en excellente santé.

On observe par ailleurs que 67 % des personnes âgées ayant songé sérieusement au suicide dépassent le seuil symptomatologique de détresse contre 11 % parmi les autres personnes âgées.

➢ *Idées et gestes suicidaires*

Chez les groupes d'âges plus jeunes, le suicide constitue une cause importante de mortalité précoce. Cette réalité concerne beaucoup moins les personnes âgées de 65 ans et plus dont les suicides représentent des événements rares (environ 3 par an pour la région). Par contre, les idéations suicidaires sont plus fréquentes et documentées par les enquêtes de santé.

En 2000 lors de l'enquête régionale, 2,6 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont confié avoir eu des idées suicidaires au cours de l'année précédente. La fréquence des intentions suicidaires demeure la même peu importe le sexe, la scolarité, le statut socio-économique. Par contre, les personnes âgées célibataires déclarent plus souvent des pensées suicidaires (7 %) que celles de tout autre état matrimonial (2 %).

Parmi les personnes âgées qui déclarent se nourrir plus mal que la moyenne on compte beaucoup plus d'idéations suicidaires (20 %) que parmi celles qui disent leur alimentation « aussi bonne » (2 %) ou « meilleure » (0,5 %). Il en est de même pour les fumeurs qui montrent une proportion plus grande de personnes ayant des pensées suicidaires (7 %) que les aînés qui ne fument pas (1 %). Par contre, on n'observe aucun lien avec la consommation d'alcool.

De plus, chez 7 % des aînés qui considèrent leur santé physique comme médiocre (moyenne ou mauvaise) s'associe la même tendance suicidaire alors que cette proportion est de 2 % chez les personnes âgées en bonne ou en excellente santé.

Violence conjugale

Objectif du PNSP : *réduire les problèmes d'agression sexuelle et de violence conjugale affectant les femmes.*

En ce qui a trait à la violence psychologique et aux agressions verbales chez les aînés vivant en couple, les données de l'enquête régionale de 2000 révèlent des taux de victimes de 240 pour 1 000 chez les femmes et de 150 pour 1 000 chez les hommes.

Par contre, la violence physique entre conjoints semble plutôt rare chez les 65 ans et plus : 9 femmes sur 1 000 sont victimes de violence physique mineure et aucune n'a déclaré avoir subi de la violence physique sévère; aucun homme ne déclare avoir subi de violence physique, qu'elle soit mineure ou sévère.

Les données diffusées par le ministère de la Sécurité publique du Québec (MSP) couvrent les crimes contre la personne (voies de fait simples, menaces, agressions, harcèlement criminel) commis dans un contexte conjugal. Il s'agit de cas signalés aux autorités policières et jugés fondés après enquête. Ces données ne sont pas directement comparables à celles présentées ci-haut, tirées de l'enquête régionale.

De façon générale, les données régionales du MSP pour l'année 2000 montrent que la violence conjugale est beaucoup moins fréquente chez les personnes âgées que chez d'autres groupes d'âges. Chez les femmes de 60-69 ans, le taux de victimes de violence conjugale se situe à 0,32 par 1 000 (0 cas masculin); chez les 70 ans et plus, le taux féminin se situe à 0,07 par 1 000 (0,11 chez les hommes).

Abus et négligence

Objectif du PNSP : *réduire les problèmes d'abus et de négligence à l'endroit des personnes âgées.*

Selon le PNSP *le problème toucherait environ 4 % de personnes âgées vivant au sein d'un ménage ou vivant seules et entre 8 % et 13 % des bénéficiaires du réseau de la santé et des services sociaux.* (MSSS, 2003 : 38).

Perte d'autonomie

Objectif du PNSP : *retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées.*

Selon les données de l'enquête sociale et de santé Québec 1998, 42 % des personnes de 65 ans et plus déclarent avoir une incapacité et cette proportion augmente avec l'âge : 34 % chez les 65-74 ans, 55 % chez les 75 ans et plus.

Au SLSJ, 12 % des personnes âgées ont une limitation d'activités à long terme; il n'y a pas de différence selon le sexe.

Les incapacités les plus fréquentes chez les personnes âgées ont trait à la mobilité (29 %), à l'agilité (25 %), à l'audition (14 %) et aux activités intellectuelles et à la santé mentale (8 %).

L'incapacité peut se traduire par un certain degré de dépendance envers autrui. Cette dépendance est considérée forte lorsque la personne a besoin d'aide pour se déplacer dans la maison ou pour s'occuper de ses soins personnels, et modérée si elle n'a besoin d'aide que pour les sorties ou l'exécution de tâches ménagères quotidiennes. Au Québec, en 1998, 8 % des personnes de 65-74 ans et 25 % des 75 ans et plus présentaient une dépendance modérée ou forte.

1.5 Habitudes de vie

Le tabagisme

Objectifs du PNSP : *réduire la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui font usage du tabac de 24 % à 18 %; réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement.*

En 2000, le taux de fumeurs actuels des 65 ans et plus s'élève à 16 % dans la région comparativement à 13 % au Québec et 10 % au Canada. Le taux régional ne varie pas de façon significative selon le sexe et le territoire de CLSC.

Le taux de fumeurs actuels a sensiblement diminué au cours des dernières années : en 1987, celui des 65 ans et plus de la région se situait à 25 %. Il n'est pas étonnant d'observer, par ailleurs, un taux élevé (76 %) de cessation tabagique chez les répondants de 65 ans et plus à l'enquête effectuée en 2000.

Le taux de fumeurs de 25 cigarettes ou plus par jour se situe à 3,2 % chez les 65 ans et plus; il n'y a pas de différence selon le sexe.

Figure 31
Taux de fumeurs actuels de 65 ans et +, SLSJ, 1987 à 2000

Sources : 1. Enquête sociale et de santé (ISQ 1987, 1992-93 et 1998).
2. Enquête psychosociale SLSJ, 2000.

Chez les personnes âgées, comme pour l'ensemble de la population, le tabagisme est fortement associé à une situation économique moins favorable. Ainsi, dans la région, le taux de fumeurs actuels se situe à 25 % chez les personnes âgées dont la situation économique est moins bonne que la moyenne comparativement à des taux de 9 % et 10 % chez celles dont la situation financière est équivalente ou supérieure à la moyenne.

Les choix alimentaires et la disponibilité d'aliments

Objectifs du PNSP : *augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins 5 portions de fruits et de légumes par jour;*
réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %.

Il n'existe pas d'étude spécifique sur l'état nutritionnel et les choix alimentaires des personnes vivant au Saguenay-Lac-Saint-Jean. La dernière enquête nationale a été réalisée par Santé Québec auprès de la population québécoise de 18 à 74 ans (Santé Québec, 1995). Les résultats des enquêtes ont révélé, entre autres, que l'apport de certains éléments nutritifs est encore inférieur aux quantités recommandées chez certains groupes d'âges.

On retient que, chez les 65 ans et plus l'apport en folacine (vitamine du complexe B) et l'apport en calcium sont insuffisants.

L'ampleur du phénomène de la malnutrition et de l'insécurité alimentaire chez les 65 ans et plus semble en général méconnue. De nombreuses recherches nord-américaines, incluant des données ontariennes et québécoises, permettent pourtant d'en estimer la prévalence dans la population âgée vivant en communauté (3 à 7 %), dans la clientèle âgée des services de maintien à domicile (5 à 12 %), chez les personnes admises à l'hôpital pour des soins aigus (35 à 65 %) et chez les patients vivant en milieu institutionnel d'hébergement de longue durée (25 à 60 %). Une malnutrition non dépistée ne peut être traitée; l'état nutritionnel se dégrade de plus en plus entraînant des conséquences graves allant de la maladie jusqu'à la mort (Ouellette, 1999).

La sédentarité

Objectif du PNSP : *augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.*

Dans la région, le tiers des personnes âgées sont sédentaires, c'est-à dire qu'elles s'adonnent à des activités physiques de loisirs (séance d'au moins 20 à 30 minutes) moins d'une fois par semaine. Ches les personnes âgées, la proportion de sédentaires est à peu près similaire chez les hommes et les femmes (30 % et 35 % respectivement). Par contre, la proportion de personnes actives, *i.e.* cumulant au moins 3 séances hebdomadaires d'activités physiques de loisirs, est nettement plus élevée chez les hommes (53 %) que chez les femmes (39 %).

Les personnes âgées peu scolarisées ou dont la situation économique est précaire sont plus susceptibles d'être sédentaires : 38 % de celles qui ont une scolarité primaire (complétée ou non) sont sédentaires alors que 23 % de celles qui ont atteint un niveau supérieur le sont. De même, 40 % des aînés qui perçoivent leur situation économique comme inférieure à la moyenne sont sédentaires comparativement à 29 % de ceux qui jugent leur situation économique meilleure que la moyenne.

Le taux de sédentarité est aussi lié à certaines habitudes de vie. Il atteint 60 % chez les aînés qui jugent leurs habitudes alimentaires pires que celles des gens de leur âge comparativement à 25 % chez ceux qui estiment avoir de meilleures habitudes alimentaires que la moyenne.

On observe également des différences notables en fonction de la consommation d'alcool. Les personnes âgées qui déclarent avoir consommé de l'alcool de façon abusive au moins 5 fois au cours de la dernière année comptent une proportion plus élevée de sédentaires (57 %) que le groupe de celles qui n'abusent jamais d'alcool (36 %).

Enfin, on observe une association entre le niveau d'activité physique des personnes âgées et la perception qu'elles ont de leur santé physique. Ainsi, 31 % des personnes âgées sédentaires décrivent leur santé comme excellente ou très bonne et 37 % comme médiocre (moyenne ou mauvaise). Chez les personnes âgées physiquement actives, 59 % considèrent leur santé comme excellente ou très bonne et seulement 10 % trouvent leur état de santé médiocre.

L'hygiène buccodentaire

Objectif du PNSP : *améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire dans tous les groupes d'âges.*

Il n'y a pas de données régionales sur l'hygiène buccodentaire des aînés. Néanmoins, l'*Étude sur la santé buccodentaire des adultes de 18 ans et plus du Québec* nous apprend que 71 % des Québécois de 65 ans et plus se brossent les dents au moins deux fois par jour et seulement 26 % utilisent la soie dentaire au moins une fois par jour.

Par ailleurs, c'est dans une proportion de 64,3 % que les porteurs de prothèses dentaires brossent leurs appareils au moins deux fois par jour.

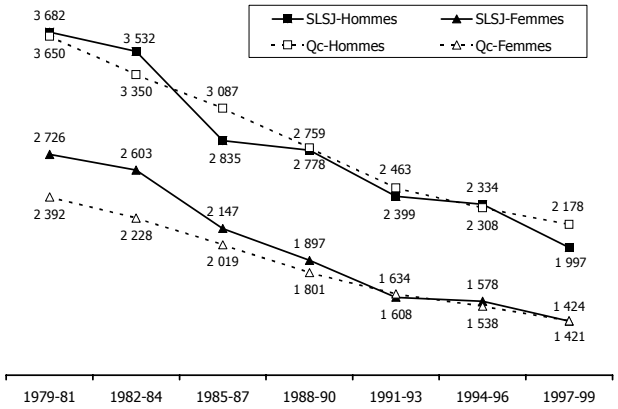
1.6 Maladies chroniques

Les maladies cardiovasculaires (MCV)

Objectif du PNSP : *diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires (incluant les maladies cardiaques ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux).*

Depuis plusieurs décennies, on observe une baisse constante du taux de mortalité par maladies cardiovasculaires (MCV), tant dans la région SLSJ qu'au Québec. Malgré cette décroissance, les MCV occupent toujours le 1er rang des causes de décès chez les personnes de 65 ans et plus : 38 % des décès en 1997-1999, soit 513 par an. La majorité des décès par MCV sont attribuables à des maladies cardiaques ischémiques (54 %) et aux accidents vasculaires cérébraux (21 %).

Figure 32
Taux comparatif de mortalité (par 100 000) par MCV, 65 ans et +, selon le sexe, P. Québec et SLSJ, 1979 à 1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

Comparativement au Québec, la région SLSJ affiche une surmortalité spécifique aux accidents vasculaires cérébraux chez les hommes de 65-74 ans et les femmes de 75 ans et plus.

Les MCV se manifestent aussi par une morbidité importante. Lors de l'enquête de santé de 1998, 20 % des répondants québécois âgés de 65-74 ans et 29 % des 75 ans et plus déclaraient être atteints d'une MCV. Avec une prévalence similaire à celle du Québec, on peut estimer que, dans la région SLSJ, 8 300 personnes de 65 ans et plus en sont atteintes.

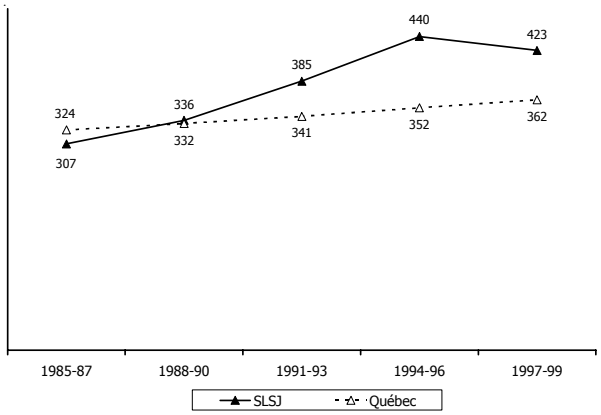
Le cancer du sein

Objectif du PNSP : *réduire la mortalité par cancer du sein de 25 % chez les femmes de 50 à 69 ans.*

La survie à un cancer du sein est bonne peu importe l'âge au moment du diagnostic. D'après les données québécoises, le taux de survie observé cinq ans après le diagnostic s'élève à 70 % et à 62 % après 10 ans (Louchini, INSPQ, 2003 : 68-69).

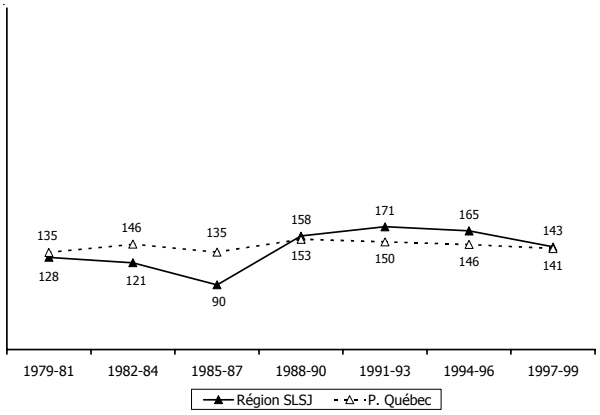
Chez les femmes de 65 ans et plus, au cours de la période 1997-1999, on a recensé 78 décès (26/an) par cancer du sein pour 237 cas incidents (79/an). Ce qui donne un ratio décès/cas incidents de 33 %. Tant le taux brut que le taux comparatif d'incidence du cancer du sein ont augmenté de façon quasi constante depuis le milieu des années 1980. Les augmentations ont été plus importantes dans la région qu'au Québec. Les taux comparatifs d'incidence notamment ont subi des augmentations de 38 % (SLSJ) et 12 % (Québec). Le taux de mortalité par cancer du sein a augmenté dans la région jusqu'au début des années 1990 pour ensuite diminuer et atteindre celui du Québec en 1997-1999.

Figure 33
Taux comparatif d'incidence (par 100 000) du cancer du sein, femmes, 65 ans et +,
P. Québec et SLSJ, 1985 à 1999



Source : Fichier des tumeurs, MSSS.

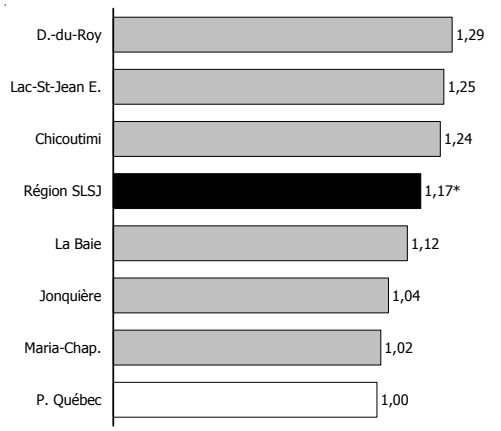
Figure 34
Taux comparatif de mortalité (par 100 000) par cancer du sein, femmes, 65 ans et +,
P. Québec et SLSJ, 1985 à 1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

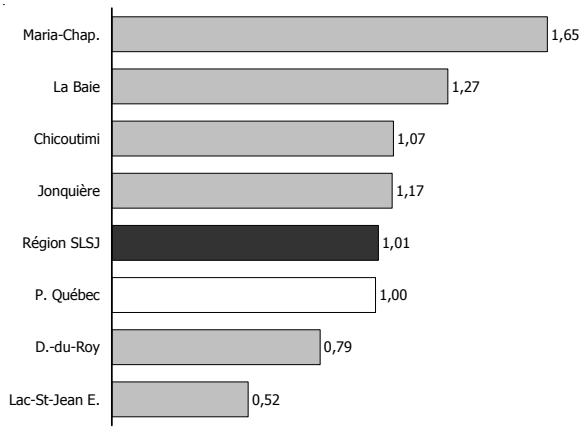
Comparativement au Québec, les femmes de 65 ans et plus de la région présentent une surincidence de cancer du sein; presque tous les territoires contribuent à cet excédent. La mortalité est cependant équivalente à celle du Québec bien qu'elle apparaisse très élevée dans certains territoires, les différences ne sont pas significatives.

Figure 35
Indice comparatif d'incidence du cancer du sein, femmes, 65 ans et +, SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999



Source : Fichier des tumeurs, MSSS.
* Écart significatif par rapport au Québec ($p \leq 0,05$).

Figure 36
Indice comparatif de mortalité par cancer du sein, femmes, 65 ans et +, SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

Chez les femmes âgées de 50-69 ans, soit celles visées par le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS), au cours de la période 1997-1999, on a recensé 56 décès (18,7/an) par cancer du sein pour 321 cas incidents (107/an). Ce qui donne un ratio décès/cas incidents de 17,4 %. Par rapport à leurs homologues québécoises, les femmes de 50-69 ans de la région présentent une surincidence de cancer du sein qui est observée depuis le début des années 1990. Le taux d'incidence 1997-1999 se situe à 362 par 100 000 dans la région comparativement à 301 au Québec. Cependant, le taux comparatif de mortalité, qui s'élève à 63 pour 100 000 dans la région, est équivalent à celui du Québec (62/100 000).

Afin de réduire la mortalité par cancer du sein, le PQDCS vise à ce que 70 % des femmes de 50-69 ans aient une mammographie de dépistage aux deux ans. Le programme ayant été implanté en novembre 2001 seulement, le système d'information régional ne permet pas encore de mesurer de façon fiable le taux de participation des femmes. Cependant les données fournies par l'INSPQ nous permettent de constater qu'en 2000 et 2001, 58 % des femmes de la région (63 % au Québec) ont obtenu une mammographie à des fins de dépistage ou de diagnostic.

Les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)

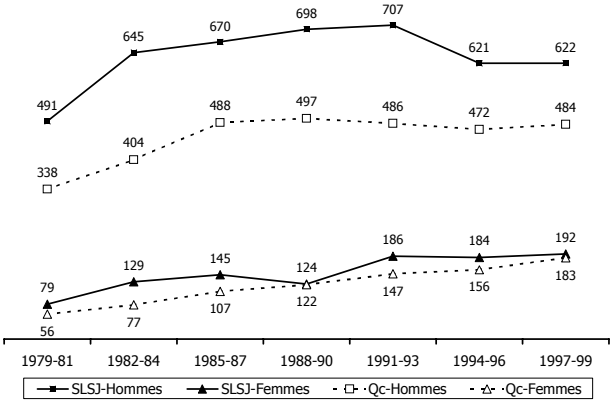
Objectif du PNSP : *réduire de 30 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique.*

Les MPOC constituées principalement de la bronchite et de l'emphysème (codes CIM-9e 490-492, 494-496) sont responsables de 107 décès par année chez les 65 ans et plus, dont 33 % féminins et 67 % masculins.

Si la prévalence régionale est équivalente à celle du Québec où, lors de l'enquête de santé de 1998, 6,6 % des répondants âgés de 65 ans et plus déclaraient souffrir d'une MPOC, on peut estimer qu'environ 2 300 personnes de 65 ans et plus en sont atteintes au SLSJ.

Tant les taux bruts que les taux comparatifs de mortalité par MPOC ont sensiblement augmenté au cours des dernières décennies particulièrement chez les femmes. De 1979-1981 à 1997-1999, le taux brut féminin est passé de 71 pour 100 000 à 187 soit une hausse de 165 %; alors que le taux masculin a varié de 428 à 524 soit une hausse de 22 %. Au cours de ces mêmes périodes, le taux comparatif de mortalité féminin variait de 79 à 192 (+144 %) et le taux masculin de 491 à 622 (+27 %). Les taux masculins demeurent cependant trois fois plus élevés que les taux féminins.

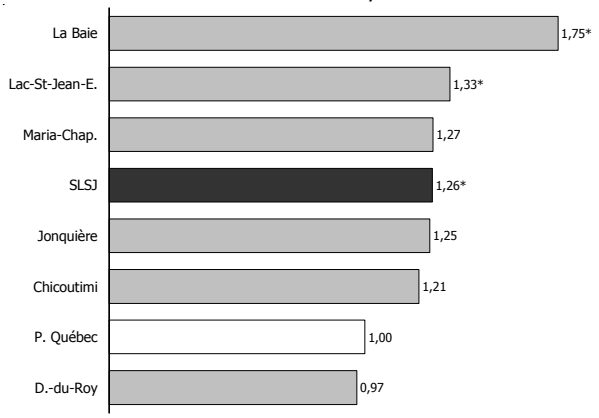
Figure 37
Taux comparatif de mortalité (par 100 000) par MPOC, 65 ans et +, selon le sexe, P. Québec et SLSJ, 1979 à 1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

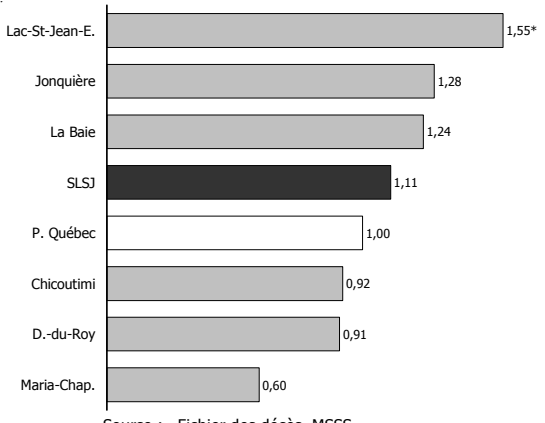
Comparativement au Québec, la région affiche une surmortalité significative associée aux MPOC. Ce qui perdure depuis plusieurs années. En 1997-1999, on observe une mortalité masculine excédentaire dans tous les territoires de CLSC, à l'exception de Domaine-du-Roy. On observe également une surmortalité régionale chez les femmes de 65 ans et plus à laquelle contribuent les territoires de Jonquière et La Baie, ainsi que de manière significative celui de Lac-Saint-Jean-Est.

Figure 38
Indice comparatif de mortalité par MPOC, hommes, 65 ans et +, SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.
* Écart significatif par rapport au Québec ($p \leq 0,05$).

Figure 39
Indice comparatif de mortalité par MPOC, femmes, 65 ans et +, SLSJ et territoires de CLSC, 1997-1999



Source : Fichier des décès, MSSS.
* Écart significatif par rapport au Québec ($p \leq 0,05$).

L'asthme

Objectif du PNSP : *réduire de 40 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme.*

Si l'on applique les taux de prévalence de l'enquête Santé Québec de 1998, soit 5,7 %, à la région, on peut estimer qu'environ 2 000 personnes de 65 ans et plus sont atteintes d'asthme.

Dans la région, on recense annuellement 61 hospitalisations pour asthme chez des personnes âgées. Deux tiers de ces hospitalisations surviennent chez des femmes. Les taux comparatifs d'hospitalisations de la période 1995-2000 sont plus élevés que ceux du Québec, chez les hommes et les femmes.

Par contre, les décès attribuables à l'asthme sont peu fréquents; dans la région, on en dénombre environ deux par année chez les personnes âgées, soit un taux brut de 6 pour 100 000, les deux sexes réunis. La mortalité régionale est de même ampleur que celle des Québécois âgés.

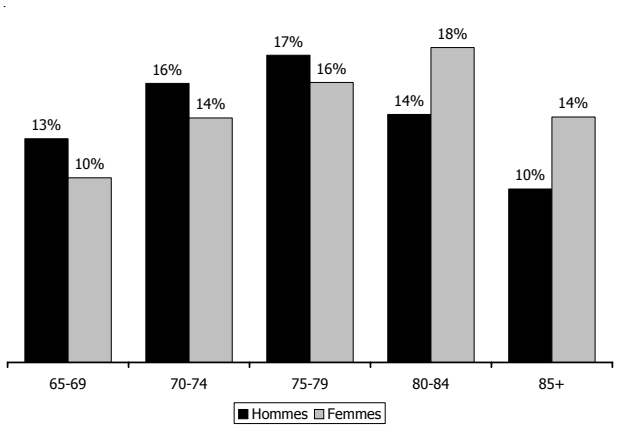
Le diabète

Objectif du PNSP : *réduire de 30 % l'incidence du diabète (de 40 % dans les populations autochtones).*

En 1999-2000, selon les données issues du système de surveillance du diabète au Québec, la prévalence régionale du diabète chez les personnes de 65 ans et plus est estimée à 14 % (15,4 % au Québec). En 2001, ce taux représente environ 5000 personnes diabétiques dans la région; en 2011, compte tenu du vieillissement de la population, ce nombre dépassera les 6000 personnes.

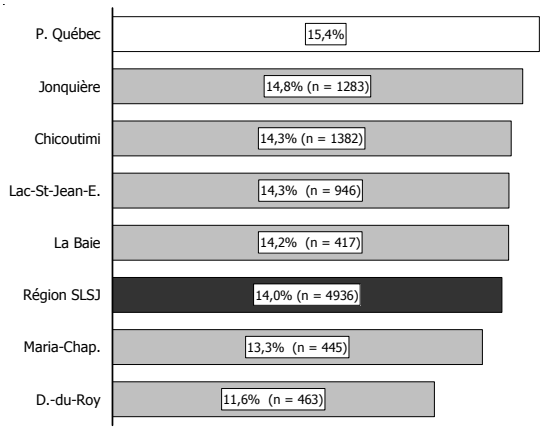
Le taux de prévalence varie peu selon le sexe. En général, avant 80 ans, il est un peu plus élevé chez les hommes. Le taux tend à augmenter de 65 à 84 ans chez les femmes et de 65 à 79 ans chez les hommes; dans les âges plus avancés, on observe une réduction de la proportion des personnes diabétiques. Au niveau des territoires de CLSC, le taux varie de 11,6 % (Domaine-du-Roy) à 14,8 % (Jonquière).

Figure 40
Prévalence du diabète chez les 65 ans et +, selon l'âge et le sexe, SLSJ, 1999-2000



Source : Système de surveillance du diabète, INSPQ 2003.

Figure 41
Prévalence du diabète chez les 65 ans et +, P. Québec, SLSJ et territoires de CLSC, 2001



Source : Système de surveillance du diabète, INSPQ 2003.

L'excès de poids

Objectif du PNSP : *réduire la prévalence de l'excès de poids de 28 % à 22 % et celle de l'obésité de 13 % à 10 % chez les adultes.*

En 2000, selon l'enquête psychosociale régionale, 30 % des personnes âgées de 65 ans et plus présentent un excès de poids. Le taux de prévalence est un peu plus élevé chez les hommes (34 %) que chez les femmes (27 %). L'excès de poids chez les personnes âgées augmente progressivement pour passer de 22 % en 1987, à 23 % en 1992-1993, 27 % en 1998 et 30 % en 2000.

L'ostéoporose

Objectif du PNSP : *réduire la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans ou plus.*

Nous n'avons pas de données régionales sur l'ostéoporose qui *est l'une des principales maladies musculosquelettiques. Au Canada, cette maladie atteint 30 % des femmes et 10 % des hommes après 65 ans, et 50 % des femmes et 25 % des hommes après 75 ans. L'ostéoporose constitue un facteur de risque très important pour ce qui est des fractures chez les personnes âgées* (PNSP 2003-2012 : 48).

1.7 Traumatismes non intentionnels

Objectifs du PNSP : *réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route;*
réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.

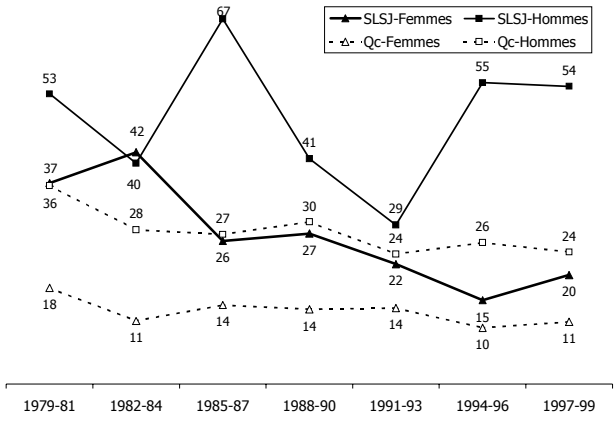
Les accidents de la route

En ce qui a trait aux décès par accidents de la route, on en dénombre en moyenne 11 par année touchant des personnes âgées, dont les deux tiers sont masculins.

Alors que le taux de mortalité féminin tend à diminuer depuis le début des années 1980, le taux masculin, après avoir subi une décroissance dans les années 1980, a augmenté depuis le début des années 1990.

Comparativement au Québec, la région présente une surmortalité masculine significative chez les hommes âgés de 65 ans et plus depuis le milieu des années 1990.

Figure 42
Taux comparatif de mortalité (par 100 000) par accidents de circulation, 65 ans et +, selon le sexe, P. Québec et SLSJ, 1979 à 1999



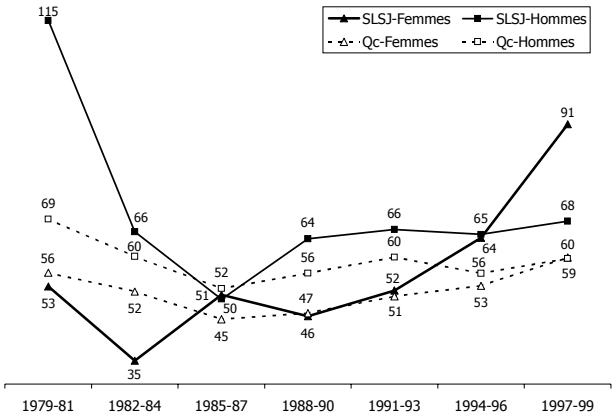
Source : Fichier des décès, MSSS.

Les chutes accidentelles

Les chutes accidentelles font 24 victimes âgées par année dans la région, dont la majorité sont des femmes (69 %).

Il faut signaler une surmortalité significative chez les femmes de 65 ans et plus de la région en 1997-1999.

Figure 43
Taux comparatif de mortalité (par 100 000) par chutes accidentelles, 65 ans et +, selon le sexe, P. Québec et SLSJ, 1979 à 1999



Source : Fichier des décès, MSSS.

1.8 Maladies infectieuses

Le domaine d'intervention des maladies infectieuses concerne les maladies et infections causées par des agents biologiques acquis par différentes voies de transmission. Les symptômes et l'évolution de ces maladies varient selon l'agent en cause, l'hôte, certains facteurs biologiques ou comportementaux, l'environnement social et l'organisation du système de soins. La population âgée de 65 ans et plus, est plus à risque de contracter certaines infections et de développer des complications, en particulier celle qui réside dans des centres d'hébergement de longue durée. La vaccination et la promotion de divers moyens de protection réduisent le risque d'acquisition de certaines infections.

Les maladies évitables par l'immunisation

Objectifs du PNSP : *réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination;*
réduire de 25 % le taux annuel d'hospitalisation pour influenza et pneumonie des personnes de 65 ans ou plus;
maintenir à zéro l'incidence annuelle de la diphtérie, de la poliomyélite, du tétanos et de la rage en ce qui concerne les cas indigènes;
réduire de 50 % (à 2,5/100 000 personnes) l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A;
réduire de 50 % (à 1/100 000 personnes) l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.

Les données disponibles ne permettent pas d'obtenir le nombre exact d'infections invasives à pneumocoque chez les personnes de 65 ans et plus admissibles gratuitement à la vaccination. Cependant, depuis la mise en place du programme de vaccination en 1999, 22 050 personnes âgées de 65 ans et plus ont été vaccinées et ainsi protégées contre cette infection.

Chaque année, on estime qu'environ 50 personnes âgées décèdent de l'influenza ou d'une complication suite à cette maladie. En 2000-2001 la couverture vaccinale des 65 ans et plus vivant en centres d'hébergement publics de longue durée est de 86,9 % et 71,9 % pour les personnes âgées qui vivent en logements ou foyers privés.

Depuis plusieurs années, le SLSJ n'a vu apparaître aucun cas indigène de poliomyélite, de tétanos, de diphtérie ou de rage. Les signalements pour morsures animales à risque dépassent la centaine à chaque année. L'administration rapide de la prophylaxie antirabique fait en sorte que le nombre de cas de rage humaine est de zéro.

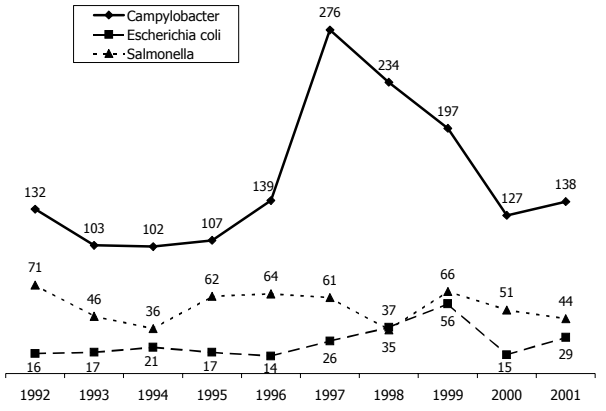
Depuis 1992, le nombre annuel de cas d'hépatite A dans l'ensemble de la population, quel que soit l'âge, se situe généralement autour de 10, sauf en 1997 où 32 cas ont été déclarés. Depuis, le nombre de cas a nettement diminué en 2000 et 2001 (0 et 4 cas). En ce qui concerne l'hépatite B, seulement quelques cas aigus surviennent à chaque année. Pour 2001, le taux ajusté d'incidence est d'environ 2/100 000 personnes.

Les maladies à déclaration obligatoire (MADO)

Objectifs du PNSP : *réduire de 50 % le taux d'incidence des infections à Escherichia coli 0157 et des infections à Salmonella enteritidis, et de 30 % celui des infections à Campylobacter; réduire le taux d'incidence annuel de tuberculose active à 2/100 000 personnes; maintenir à moins de 20 le nombre annuel de cas sporadiques de zoonoses autres que la rage.*

Dans l'ensemble de la population, entre 1992 et 2001, les entérites à *Salmonella* s'avèrent deux fois plus fréquentes que celles à *Escherichia coli*, avec 536 cas contre 248, d'où une incidence moyenne respective de 18,5 et 8,5 pour 100 000 personnes. Le nombre de cas déclarés de ces entérites demeure stable. Les infections à *Campylobacter* représentent la principale cause d'entérites avec 1 555 cas pendant cette période soit une incidence annuelle moyenne de 54,8 pour 100 000. L'évolution du nombre de cas déclarés est intéressante car les données montrent une augmentation importante en 1997 (276 cas, soit environ 2,5 fois plus de cas que d'habitude). Une élévation qui s'est poursuivie pendant deux ans (234 cas en 1998 et 197 en 1999) avant un retour progressif à des nombres de cas plus habituels en 2000 et 2001 (127 et 138 cas).

Figure 44
Évolution du nombre de cas déclarés, de certaines maladies entériques, SLSJ, 1992 à 2001



Source: Direction de santé publique (2002). Maladies à déclaration obligatoire. Rapport annuel 2001. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

En ce qui concerne la tuberculose, les données observées montrent une légère diminution de l'incidence qui est passée d'environ 3,5/100 000 au début des années 90 à moins de 2/100 000 pour les années récentes (12 cas de 1999 à 2001).

De plus, les zoonoses (autres que la rage) sont des phénomènes rares (1 cas annuel en moyenne sur les dix années observées). Cependant, de 1998 à 2001, on observe une certaine recrudescence (moyenne annuelle de 3 cas, avec 6 cas déclarés en 2000). Ce sont tous des cas de tularémie, une zoonose en relation avec le cycle du lièvre, présente dans la région du SLSJ.

1.9 Principaux documents de référence

BRODEUR, et autres, (1995). *Étude sur la santé buccodentaire des adultes de 18 ans et plus du Québec*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique, Ordre des dentistes du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 74 p.

COUTURE, R. (2003). *Enquête psychosociale du Saguenay–Lac-Saint-Jean (2000) : résultats de la collecte des données,* Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 99 p.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE, C. Bouchard (sous la dir. de), (2003). *Tableau synoptique des indicateurs sociosanitaires par territoire – Le Québec, le Saguenay–Lac-Saint-Jean et ses territoires de CLSC,* Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 39 p.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE, C. Bouchard (sous la dir. de), (2001). *Les aînés (55 ans et plus), Cahier thématique 4 - Plan directeur régional en promotion-prévention 2000-2003,* Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, pp. 17-46.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (2002). *Maladies à déclaration obligatoire. Rapport annuel 2001*, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 24 p.

ÉMOND, V. (2002). *Prévalence du diabète au Québec et dans ses régions : premières estimations d'après les fichiers administratifs*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2000). *Enquête sociale et de santé, 1998*, Québec, 642 p. et annexes.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2001). *Le Portrait de santé : Le Québec et ses régions,* édition 2001, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 432 p.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA (2000). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2000*, Toronto, 86 p.

LEFEBVRE, C. (2003). *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 20 p.

LOUCHINI, R. et BEAUPRÉ, M. (2003). *La survie reliée au cancer pour les nouveaux cas déclarés au Québec, de 1984 à 1998*, *survie observée et survie relative*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 140 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Et la santé, ça va ? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tome 1, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 337 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2002). *La violence conjugale, Statistiques 2000,* Québec, Direction des affaires policières et de la prévention de la criminalité, ministère de la Sécurité publique.

OUELLETTE, S. (1999). *La problématique de malnutrition chez les personnes âgées*, OPDQ, Montréal, 37 p.

PELLETIER, G. (1993). *La survie reliée au cancer. Étude des nouveaux cas déclarés au Québec au cours des années 1984, 1985, 1986*, Québec, Direction des études et indicateurs, Service des Études opérationnelles et données statistiques, ministère de la Santé et des Services sociaux, 160 p.

RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC (2001). *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées*, Régie de l'assurance-maladie du Québec, 87 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN, J.F.-Saint-Gelais (sous la dir. de), (2003). *Rapport annuel d'activités 2002-2003*.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN, J.-F. Saint-Gelais (sous la dir. de), (2002). *Rapport annuel d'activités 2001-2002*.

SANTÉ QUÉBEC, BELLEROSE, C., C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD, M. LEVASSEUR (1995). Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, vol.1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, 411 p.

SANTÉ QUÉBEC, BERTRAND, L. (sous la dir. de), (1995). *Les Québécoises et les Québécois mangent-ils mieux ? Rapport de l'enquête québécoise sur la nutrition 1990*, Montréal, ministère de la Santé et des Services Sociaux, 317 p.

STATISTIQUE CANADA (2000). *L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) - Cycle 1.1*., Gouvernement du Canada.

2. SYNTHÈSE DES ACTIVITÉS ET DES RÉSULTATS ATTENDUS PAR DOMAINE POUR LES 65 ANS ET PLUS

Lexique

Activités : les activités sont prescrites par le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP). Ce sont les activités choisies par le Ministère pour contribuer à l'atteinte des objectifs de santé qu'il a fixés pour chacun des domaines.

Résultats attendus : ce sont les orientations de la région; il s'agit des résultats attendus pour la mise en œuvre de chacune des activités.

Responsabilité de mise en œuvre : la responsabilité de mise en œuvre est associée au niveau qui doit initier la mise en œuvre. Selon les résultats attendus, il peut s'agir d'une responsabilité régionale ou locale; dans certains cas, la responsabilité incombe aux deux paliers.

Numérotation

Chacune des activités est associée à un numéro composé de 3 chiffres. Le 1er chiffre désigne le groupe clientèle (de 1 à 5), le 2e chiffre réfère au domaine d'intervention (de 1 à 7) et le 3e chiffre représente la séquence des activités.

Le domaine du développement de l'adaptation et de l'intégration sociale					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
4.1.01	Intervention visant les consommateurs, les prescripteurs et les distributeurs de médicaments pour prévenir la consommation inappropriée de médicaments psychotropes chez les personnes âgées.	1	Que d'ici 2007, soit dispensée annuellement sur chacun des territoires de CLSC au moins une activité d'information structurée visant à prévenir l'usage inapproprié de médicaments psychotropes chez les aînés.		X
		2	Que d'ici 2007, soit développée et mise en œuvre dans au moins un territoire de CLSC, une intervention globale visant à la fois les consommateurs, les prescripteurs et les distributeurs de médicaments dans le but de prévenir la consommation inappropriée de médicaments psychotropes.		X
4.1.02	Intervention globale au regard de la prévention du suicide par la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives, par l'organisation 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, par l'établissement des réseaux de sentinelles et par la concertation avec les partenaires du réseau et ceux des autres secteurs afin de faire diminuer la tolérance par rapport au suicide et la banalisation de ce problème.	1	Que d'ici 2007, 200 intervenants de la santé et des services sociaux, provenant de l'ensemble des territoires de CLSC, soient informés sur les dangers et les mesures à prendre lorsqu'il y a présence d'une arme à feu dans l'environnement d'une personne suicidaire, dépressive ou violente.	X	
		2	Que d'ici 2007, soit tenue annuellement une activité destinée à l'ensemble de la population sur l'entreposage sécuritaire des armes à feu et les risques associés à la présence de celles-ci (accidents, suicides, homicides).	X	
		3	Que d'ici 2007, une campagne régionale d'information et de sensibilisation visant la réduction de l'accès aux médicaments ait été menée afin de prévenir les suicides et les accidents.	X	
		4	Que d'ici 2007, 100 sentinelles ou aidants naturels provenant de l'ensemble des territoires de CLSC aient été formés.	X	
		5	Que d'ici 2007, les interventions en cours liées à l'actualisation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide - S'entraider pour la vie soient poursuivies.	X	X
4.1.03	Soutien des cliniciens pour qu'ils décèlent le moindre signe d'agression sexuelle ou de violence conjugale chez les adultes et les personnes âgées ainsi que tout abus ou toute négligence dont seraient victimes ces personnes.	1	Que d'ici 2007, au moins 100 intervenants du réseau de la santé et des services sociaux aient reçu une formation de base en dépistage de la violence et des abus faits aux personnes âgées.	X	X
Le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
4.2.01	Counseling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires, l'activité physique et l'utilisation de fluorure, soit en se brossant les dents ou en prenant des suppléments fluorés.	1	Que d'ici 2006, une adaptation régionale concertée du programme *0-5-30 combinaison prévention* ait été réalisée.	X	
		2	Que d"ici 2007, une centaine de professionnels de la santé aient suivi une formation en cessation tabagique, soit au niveau du counseling minimal ou intensif.	X	

Le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
4.2.01	Counseling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires, l'activité physique et l'utilisation de fluorure, soit en se brossant les dents ou en prenant des suppléments fluorés.	3	Que d'ici 2007, les ateliers de groupe, *Oui, j'arrête!* aient été dispensés annuellement à au moins 60 personnes de la région.		X
		4	Que d'ici 2007, les services d'aide à la cessation tabagique dans les centres d'abandon du tabagisme aient été dispensés annuellement à au moins 200 personnes de la région.		X
		5	Que d'ici 2007, des activités du programme *0-5-30 combinaison prévention* aient été mises en œuvre dans chacun des territoires de CLSC.		X
		6	Que d'ici 2007, soutenir et assurer la mise en œuvre des activités privilégiées ayant été retenues dans le *Plan d'action en matière de santé dentaire publique 2004-2012* .	X	X
4.2.02	Soutien des cliniciens pour la détection précoce des maladies chroniques suivantes et pour la prise en charge des personnes atteintes : cancer du sein, cancer du col utérin par le test de Papanicolaou et hypertension artérielle chez les adultes et les personnes âgées.	1	D'ici 2007, les résultats du PQDCS seront diffusés aux médecins et intervenants par le biais du journal INFO-PQDCS ou l'envoi de lettres au moins deux fois par année.	X	
		2	D'ici 2007, une offre de service de formation aura été faite aux médecins et aux intervenants au regard du PQDCS.	X	
		3	D'ici 2007, les activités de dépistage du cancer du col seront maintenues.		X
4.2.03	Mise en place du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) dans toutes les régions et consolidation du volet portant sur l'assurance qualité au palier régional.	1	D'ici 2005, un plan d'évaluation des activités du programme sera élaboré.	X	
		2	D'ici 2006, le taux de référence annuel et le délai d'attente pour investigation seront documentés et analysés par le comité sur l'assurance qualité.	X	
		3	D'ici 2006, le taux de détection annuel de cancer du sein sera documenté et analysé par le comité sur l'assurance qualité.	X	
		4	D'ici 2005, l'équipe CRID régionale sera mise en fonction et assurera les mandats prévus au programme.	X	X
		5	D'ici 2006, les activités d'assurance qualité seront consolidées et un comité régional d'assurance qualité sera mis en place.	X	X
		6	D'ici 2007, le taux de participation des femmes de 50 à 69 ans au PQDCS (une mammographie aux 2 ans) sera d'au moins 60%.	X	X
		7	D'ici 2005, toutes les équipes interdisciplinaires locales d'investigation seront en place.		X
		8	D'ici 2006, 60 % des rendez-vous de dépistage des femmes de 50 à 69 ans seront donnés selon la norme provinciale de 30 jours ouvrables suivant l'appel pour le rendez-vous.		X

Le domaine des traumatismes non intentionnels					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
4.3.01	Promotion et soutien de mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque, notamment celles ayant déjà fait une chute.	1	Que d'ici 2007, une démarche pour l'implantation d'un continuum de services ait été amorcée dans au moins un territoire de CLSC.	X	X
		2	Que d'ici 2007, tous les CLSC aient soumis un plan d'action pour promouvoir l'utilisation de la trousse *Garde les pieds sur terre* à l'intérieur de leurs activités régulières et dans la communauté.		X
Le domaine des maladies infectieuses					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
4.4.01	Vaccination contre les infections à pneumocoque des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec*.	1	Que d'ici 2007, au moins 30 % des personnes âgées de 2 ans à 64 ans atteintes d'une maladie chronique soient vaccinées contre le pneumocoque.	X	X
4.4.02	Vaccination contre l'influenza des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec*.	1	Que d'ici 2007, 60 % des travailleurs des établissements de santé soient vaccinés contre l'influenza.	X	X
		2	Que d'ici 2007, 60 % des personnes de 6 mois à 59 ans atteints d'une maladie chronique soient vaccinées contre l'influenza.	X	X
		3	Que d'ici 2007, 80 % des personnes vulnérables en milieu fermé soient vaccinées contre l'influenza.	X	X
		4	Que d'ici 2007, 60 % des personnes âgées de 60 ans et plus en milieu ouvert soient vaccinées contre l'influenza.	X	X

3. ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE POUR LES 65 ANS ET PLUS

Lexique

Activités : les activités sont prescrites par le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP). Ce sont les activités choisies par le Ministère pour contribuer à l'atteinte des objectifs de santé qu'il a fixés pour chacun des domaines.

Niveau actuel d'implantation : le niveau d'implantation est assigné au regard de l'activité PNSP plutôt que d'un ou des projets qui la compose; il s'agit d'un des trois niveaux suivants :

- *À mettre en place* : activité nouvelle à implanter;
- *À maintenir* : activité existante à poursuivre telle quelle;
- *À consolider* : activité existante à modifier ou à restructurer.

Voie d'action incontournable : activité prévue dans l'entente MSSS-CSST ou encore, activité à mettre en place dans le cas d'une menace pour la santé de la population par un agent biologique, chimique ou physique souvent associé aux intoxications, infections et maladies à déclaration obligatoire ou à des manifestions cliniques inhabituelles associées à une vaccination et associées à des mesures population-nelles de protection reconnues efficaces (ex. : vaccination, médication prophylaxique, quarantaine). Dans ces situations, il y a souvent nécessité d'agir rapidement.

État de la situation : il s'agit d'un bilan de la situation régionale réalisé en 2003 dans une perspective régionale.

Structure de concertation et de coordination : les membres des comités ou des tables régionales indiqués dans cette section, sont ceux qui travaillent à la réalisation de l'activité et qui contribueront à l'atteinte des résultats attendus.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre : il s'agit des résultats attendus pour la mise en œuvre de chacune des activités. Ce sont les orientations de la région.

La responsabilité de mise en œuvre est associée au niveau qui doit initier la mise en œuvre. Selon les résultats attendus, il peut s'agir d'une responsabilité régionale ou locale; dans certains cas, la responsabilité incombe aux deux paliers.

Rôles et contributions attendus des acteurs : la liste des partenaires, dont la collaboration est sollicitée pour atteindre les résultats exprimés plus haut, est énumérée. Pour chacun, on indique les rôles et contributions attendus au regard de la mise en œuvre.

Numérotation

Chacune des activités est associée à un numéro composé de 3 chiffres. Le 1er chiffre désigne le groupe clientèle (de 1 à 5), le 2e chiffre réfère au domaine d'intervention (de 1 à 7) et le 3e chiffre représente la séquence des activités.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE — N° : 4.1.01

Activité : Intervention visant les consommateurs, les prescripteurs et les distributeurs de médicaments pour prévenir la consommation inappropriée de médicaments psychotropes chez les personnes âgées.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Des activités visant à informer les aînés sur l'usage rationnel des médicaments incluant les psychotropes sont offerts par des organismes communautaires et certains CLSC. Le plus souvent ces activités sont réalisées sur une base ponctuelle et elles ne couvrent pas l'ensemble du territoire régional. Or, depuis plusieurs années, un organisme communautaire du territoire de Jonquière offre aux aînés de son territoire des ateliers favorisant les discussions et l'entraide autour de situations (isolement et solitude, stress, deuil, etc.) pouvant prédisposer à la consommation inappropriée de médicaments. De plus, en complémentarité à ces ateliers, d'autres ateliers visant spécifiquement une meilleure utilisation des médicaments en général ont été offerts par une pharmacienne. La tenue de ces ateliers a cependant été très inégale d'année en année selon la disponibilité de la ressource pharmacienne.

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

LOCALE

1. Que d'ici 2007, soit dispensée annuellement sur chacun des territoires de CLSC au moins une activité d'information structurée visant à prévenir l'usage inapproprié de médicaments psychotropes chez les aînés.
2. Que d'ici 2007, soit développée et mise en œuvre dans au moins un territoire de CLSC, une intervention globale visant à la fois les consommateurs, les prescripteurs et les distributeurs de médicaments dans le but de prévenir la consommation inappropriée de médicaments psychotropes.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Coordination des activités d'information concernant l'usage inapproprié de psychotropes à l'intention des aînés. Promotion et soutien à la mise en œuvre des activités d'information et de l'intervention globale.

CLSC : Soutien local à la mise en œuvre d'activités d'information concernant l'usage inapproprié de substances psychotropes. Co-responsable de la mise en œuvre d'une intervention globale.

Groupes de médecine de famille (GMF) – **Cabinets médicaux** – **Professionnels de la santé – Pharmacies :** Collaboration aux activités d'information et à la mise en œuvre d'une intervention globale.

Organismes communautaires : Mise en œuvre d'activités d'information concernant l'usage inapproprié de médicaments psychotropes auprès des aînés. Co-responsable de la mise en œuvre d'une intervention globale.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE — N° : 4.1.02

Activité : Intervention globale au regard de la prévention du suicide par la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives, par l'organisation 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, par l'établissement des réseaux de sentinelles et par la concertation avec les partenaires du réseau et ceux des autres secteurs afin de faire diminuer la tolérance par rapport au suicide et la banalisation de ce problème.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Régionalement, le Centre de prévention du suicide 02 (CPS-02) a le mandat d'assurer le leadership de l'actualisation de *la Stratégie québécoise d'action face au suicide – S'entraider pour la vie*, de concert avec les partenaires concernés. Il est le principal initiateur de comités et d'activités de prévention, d'intervention et de postvention sur l'ensemble du territoire. Également le CPS-02 sensibilise les médias relativement aux règles à suivre lors du traitement d'information liée à la problématique du suicide.

Dans chacun des territoires, on retrouve un groupe de travail sur l'actualisation de la *Stratégie* (intersectoriel, multidisciplinaire). Des guides d'intervention et de référence sont disponibles dans 3 territoires de CLSC, d'autres guides seront également développés dans les 3 autres territoires. En appui à ces guides, le CPS-02 offre une formation de 3 heures sur leur utilisation.

Toujours en lien avec la *Stratégie*, un comité aviseur sur les risques associés aux armes à feu se rencontre régulièrement afin de réaliser et soutenir des activités favorisant la réduction de l'accès à celles-ci comme : le soutien des pratiques cliniques préventives (formation d'intervenants, démarche auprès du Département régional de médecine générale visant à faciliter le retrait préventif si un médecin le juge nécessaire) et la sensibilisation de la population (médias, napperons, feuillets éducatifs, tirage de verrous, etc.). La mobilisation et le soutien constant de nombreux partenaires contribuent à l'atteinte des clientèles ciblées et des objectifs de prévention.

Le CPS-02 développe des réseaux de pairs aidants, de groupes d'entraide, de sentinelles et d'aidants naturels. Ces derniers sont constitués de personnes sélectionnées, formées et soutenues pour reconnaître les personnes suicidaires et les accompagner vers les ressources d'aide. De plus, des rencontres-échanges auprès de groupes à risque sont réalisées dans l'ensemble de la région.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. Que d'ici 2007, 200 intervenants de la santé et des services sociaux, provenant de l'ensemble des territoires de CLSC, soient informés sur les dangers et les mesures à prendre lorsqu'il y a présence d'une arme à feu dans l'environnement d'une personne suicidaire, dépressive ou violente.
2. Que d'ici 2007, soit tenue annuellement une activité destinée à l'ensemble de la population sur l'entreposage sécuritaire des armes à feu et les risques associés à la présence de celles-ci (accidents, suicide, homicide).
3. Que d'ici 2007, une campagne régionale d'information et de sensibilisation visant la réduction de l'accès aux médicaments ait été menée afin de prévenir les suicides et les accidents.
4. Que d'ici 2007, 100 sentinelles ou aidants naturels provenant de l'ensemble des territoires de CLSC aient été formés.

RÉGIONALE ET LOCALE

5. Que d'ici 2007, les interventions en cours liées à l'actualisation de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide – S'entraider pour la vie* soient poursuivies.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à la mise en place d'activités (information, subvention, promotion, expert-conseil, etc.). Promotion et soutien à la concertation. Participation au Comité régional en santé mentale et au comité aviseur.

CLSC : Participation aux activités et à la concertation.

Centre de prévention du suicide 02 (CPS-02) : Actualisation de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide – S'entraider pour la vie*. Poursuite des formations, de la concertation et des activités au regard des risques associés aux armes à feu. Implantation d'un réseau de sentinelles ou d'aidants naturels. Tenue d'une campagne visant la réduction de l'accès aux médicaments.

En collaboration avec ses partenaires, un projet visant à réduire les risques de suicide associés aux médicaments est en cours de réalisation. Un DVD interactif en promotion-prévention intitulé *Agir avant, agir à temps* destiné aux adultes et aux intervenants oeuvrant auprès des jeunes a vu le jour en 2003.

Il existe actuellement des interventions s'adressant aux aînés telles que : *Le Bonjour quotidien*, *Viactive*, des activités de loisir, des projets intergénérationnels, etc.; cependant la détresse psychologique et l'isolement sont le lot de bon nombre d'entre eux.

Structures de concertation et de coordination

- Comité aviseur sur les risques associés aux armes à feu
- Comité régional en santé mentale (CRSM)

Corps policiers : Participation aux activités et à la concertation.

Groupes de médecine de famille (GMF) – **Cabinets médicaux – Pharmaciens :** Participation aux activités.

Organismes communautaires : Participation aux activités et à la concertation.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE **N° : 4.1.03**

Activité : Soutien des cliniciens pour qu'ils décèlent le moindre signe d'agression sexuelle ou de violence conjugale chez les adultes et les personnes âgées ainsi que tout abus ou toute négligence dont seraient victimes ces personnes.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

En matière de violence conjugale (violence faite aux femmes) le personnel de 5 CLSC a reçu, ces dernières années, une formation visant le dépistage systématique de la violence faite aux femmes. Un programme de formation a aussi été développé par le CLSC du Grand Chicoutimi en collaboration avec le Centre féminin; il a été offert à plusieurs organismes surtout dans le secteur du Saguenay.

Structures de concertation et de coordination

- Comité aviseur sur les risques associés aux armes à feu
- Comité régional en santé mentale (CRSM)

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, au moins 100 intervenants du réseau de la santé et des services sociaux aient reçu une formation de base en dépistage de la violence et des abus faits aux personnes âgées.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Coordination régionale de la formation des intervenants.

CLSC : Mobilisation locale pour la formation des intervenants.

Organismes communautaires : Participation aux activités de formation.

Groupes de médecine de famille (GMF) – **Cabinets médicaux :** participation aux activités de formation.

CH – **CHSLD :** participation aux activités de formation.

Domaine : HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES **N° : 4.2.01**

Activité : Counseling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires, l'activité physique et l'utilisation de fluorure, soit en se brossant les dents ou en prenant des suppléments fluorés.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

De façon régulière, des formations en cessation tabagique sont dispensées aux professionnels de la santé (médecins, infirmières, étudiants en technique d'hygiène dentaire, etc.) tant au niveau du counseling minimal qu'intensif.

Des centres d'abandon du tabagisme sont en opération depuis un an dans l'ensemble des territoires de CLSC de la région. Une centaine de personnes par année y reçoivent des services intensifs en individuel. Au niveau de l'intervention de groupe en cessation tabagique, ce sont plutôt les membres des organismes communautaires qui animent les ateliers du programme *Oui, j'arrête!* Une soixantaine de personnes participent annuellement à ces ateliers.

Quant au counseling sur les habitudes alimentaires et sur l'activité physique, outre celui dispensé à la clientèle atteinte d'une maladie chronique dans le cadre du programme régional de *Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques*, aucune autre intervention n'a été soutenue par la Direction de santé publique afin que ce counseling soit fait auprès de la population adulte en général.

Un programme intégré de prévention des maladies chroniques *0-5-30 combinaison prévention* sera déposé incessamment à titre de programme cadre provincial pour la clientèle adulte. Ce programme fait la promotion de 0 tabac, 5 fruits et légumes et 30 minutes d'activité physique par jour. Deux axes d'intervention y sont privilégiés : les actions visant la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives et les actions visant la modification des environnements dans les milieux de travail et dans la communauté. Les activités de ce programme s'inscrivent dans un continuum d'intervention prévention-réadaptation à développer régionalement en lien avec le programme *Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques* et le *Programme québécois de lutte contre le cancer*.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. Que d'ici 2006, une adaptation régionale concertée du programme *0-5-30 combinaison prévention* ait été réalisée.
2. Que d'ici 2007, une centaine de professionnels de la santé aient suivi une formation en cessation tabagique, soit au niveau du counseling minimal ou intensif.

LOCALE

3. Que d'ici 2007, les ateliers de groupe, *Oui, j'arrête!* aient été dispensés annuellement à au moins 60 personnes de la région.
4. Que d'ici 2007, les services d'aide à la cessation tabagique dans les centres d'abandon du tabagisme aient été dispensés annuellement à au moins 200 personnes de la région.
5. Que d'ici 2007, des activités du *Programme 0-5-30 combinaison prévention* aient été mises en œuvre dans chacun des territoires de CLSC.

RÉGIONALE ET LOCALE

6. Que d'ici 2007, soutenir et assurer la mise en œuvre des activités privilégiées ayant été retenues dans le *Plan d'action en matière de santé dentaire publique 2004-2012.*

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Coordination des services d'abandon du tabagisme et organisation de formation en cessation tabagique. Coordination du Comité régional en cessation tabagique. Participation au Comité régional de suivi du projet *Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques* et au Comité régional de lutte contre le cancer. Adaptation régionale du programme *0-5-30 combinaison prévention*, coordination et soutien à la mise en œuvre d'activités. Soutien à la mise en œuvre des activités en matière de santé dentaire publique.

Structures de concertation et de coordination	
· Comité régional de lutte contre le cancer · Comité régional de suivi du projet *Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques* · Comité régional tabagique	**CLSC :** Counseling minimal et intensif (centres d'abandon du tabagisme) en cessation tabagique. Participation au Comité régional en cessation tabagique. Participation au sous-comité en cessation tabagique – maladies chroniques. Participation à l'adaptation régionale du programme *0-5-30 combinaison prévention* et réalisation d'activités. Mise en œuvre des activités en matière de santé dentaire publique. **CH :** Counseling minimal en cessation tabagique. Promotion des services d'abandon du tabagisme et référence aux centres d'abandon du tabagisme. Participation au Comité régional en cessation tabagique. Participation au sous-comité en cessation tabagique – maladies chroniques. **Direction des services de santé, des affaires médicales et universitaires :** Participation à l'adaptation régionale du programme *0-5-30 combinaison prévention*. **Groupes de médecine de famille (GMF) – Cabinets médicaux et dentaires – Pharmacies – Professionnels de la santé :** Counseling minimal et participation aux formations en cessation tabagique. Promotion des services d'abandon du tabagisme et référence aux centres d'abandon du tabagisme. **Organismes communautaires :** Counseling de groupe en cessation tabagique avec le programme *Oui, j'arrête!* **Société dentaire du Saguenay–Lac-Saint-Jean :** Promotion de la cessation tabagique par l'équipe dentaire (intervention minimale) et référence aux centres d'abandon du tabagisme en CLSC (intervention intensive).

Domaine : HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES **N° : 4.2.02**

Activité : Soutien des cliniciens pour la détection précoce des maladies chroniques suivantes et pour la prise en charge des personnes atteintes : cancer du sein, cancer du col utérin par le test de Papanicolaou et hypertension artérielle chez les adultes et les personnes âgées.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

***Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) :**

Plusieurs mesures ont été mises en place pour répondre à cette activité de soutien des cliniciens : informations sur le programme, journal Info-PQDCS, formations sur l'utilisation du système d'information du programme (SI-PQDCS) et élaboration d'un outil pour le suivi des femmes en investigation (feuillet de prescription régional).

Comme prévu par le PQDCS, dans chacun des centres désignés de dépistage et d'investigation (CDD-CRID) de la région, différentes activités soutiennent la prise en charge des femmes par les cliniciens : mécanisme de suivi de la prise en charge en investigation, recrutement de médecins volontaires pour le suivi des femmes qui n'ont pas de médecin traitant et identification d'intervenants psychosociaux. De plus, un soutien téléphonique est offert aux médecins et intervenants par le Centre de coordination.

Le volet détection précoce du cancer du sein auprès des femmes âgées de 50 à 69 ans est aussi traité dans une autre fiche.

Dépistage du cancer du col :

Le dépistage du cancer du col se fait actuellement dans les cabinets médicaux et les centres hospitaliers; il est dit opportuniste. Aucune activité ou mesure de soutien à ce dépistage n'a été déployée au cours des dernières années par la Direction de santé publique.

Dépistage de l'hypertension artérielle :

Aucune activité de soutien au dépistage de l'hypertension artérielle n'a été mise de l'avant dans les dernières années par la DSP. Les efforts ont été consacrés à collaborer à l'élaboration du programme *Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques*.

Structures de concertation et de coordination

- Comité régional de lutte contre le cancer
- Table régionale des responsables et gestionnaires du PQDCS

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. D'ici 2007, les résultats du PQDCS seront diffusés aux médecins et intervenants par le biais du journal Info-PQDCS ou l'envoi de lettres au moins deux fois par année.
2. D'ici 2007, une offre de service de formation aura été faite aux médecins et aux intervenants au regard du PQDCS.

LOCALE

3. D'ici 2007, les activités de dépistage du cancer du col seront maintenues.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Réalisation et diffusion du journal Info-PQDCS (2 parutions par an). Élaboration et mise en œuvre de l'offre de service de formation aux cliniciens au regard du PQDCS.

Centre de coordination des services régionaux (CCSR) : Collaboration à la réalisation du journal Info-PQDCS. Soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre des services de formation aux cliniciens.

Groupes de médecine de famille (GMF) – **Cabinets médicaux :** Collaboration à la concertation visant à élaborer l'offre de service en formation et participation aux activités de formation. Maintien des activités de dépistage du cancer du col.

CH : Maintien des activités de dépistage du cancer du col.

Domaine : HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES

N° : 4.2.03

Activité : Mise en place du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) dans toutes les régions et consolidation du volet portant sur l'assurance qualité au palier régional.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) a lancé officiellement ses activités le 23 janvier 2002, avec l'envoi des premières lettres d'invitation aux femmes visées, soit celles de 50 à 69 ans. Six centres offrent des services de dépistage dont 5 offrent en plus des services d'investigation.

Le programme connaît actuellement des difficultés en raison des longs délais d'attente pour passer une mammographie de dépistage et passer les examens d'investigation. Malgré ces difficultés, le taux de participation des femmes ciblées par le programme oscille autour de 56 %. Nous ne disposons pas, actuellement, de données suffisantes pour évaluer les taux de référence et de détection.

Par ailleurs, d'autres éléments du programme n'ont pas encore été complétés : le réseau régional d'investigation, des équipes interdisciplinaires locales et régionales et l'élaboration d'activités régionales d'assurance qualité.

Structures de concertation et de coordination

- Comité régional de lutte contre le cancer
- Table régionale des responsables et gestionnaires du PQDCS

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. D'ici 2005, un plan d'évaluation des activités du programme sera élaboré.
2. D'ici 2006, le taux de référence annuel et le délai d'attente pour investigation seront documentés et analysés par le comité sur l'assurance qualité.
3. D'ici 2006, le taux de détection annuel de cancer du sein sera documenté et analysé par le comité sur l'assurance qualité.

RÉGIONALE ET LOCALE

4. D'ici 2005, mise en place de l'équipe régionale regroupant les centres de référence pour investigation désignés (CRID).
5. D'ici 2006, les activités d'assurance qualité seront consolidées et un comité régional d'assurance qualité sera mis en place.
6. D'ici 2007, le taux de participation des femmes de 50 à 69 ans au PQDCS (une mammographie aux 2 ans) sera d'au moins 60 %.

LOCALE

7. D'ici 2005, toutes les équipes interdisciplinaires locales d'investigation seront en place.
8. D'ici 2006, 60 % des rendez-vous de dépistage des femmes de 50 à 69 ans seront donnés selon la norme provinciale de 30 jours ouvrables suivant l'appel pour le rendez-vous.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Expertise et soutien au Centre de coordination et aux autres partenaires. Collaboration à la mise en place du comité régional regroupant les centres de référence d'investigation désignés (CRID). Élaboration et mise en place d'un plan d'évaluation du programme. Promotion du programme. Consolidation de la fonction assurance de la qualité : nomination d'un responsable régional, désignation d'une équipe, identification de mesures qui pourraient contribuer à améliorer les performances du programme, et production d'un rapport annuel.

	Centre de coordination des services régionaux (CCSR) : Expertise et soutien aux centres de dépistage désignés (CDD) et aux centres de référence pour investigation désignés (CRID) et autres partenaires. Coordination et suivi des activités du programme. Collaboration à la mise en place de l'équipe régionale d'investigation (CRID). Collaboration à l'évaluation du programme. Collaboration à la promotion du programme auprès des femmes et des cliniciens. Co-responsable du volet régional portant sur l'assurance qualité. Participation et soutien aux activités régionales d'assurance qualité. Soutien aux cliniciens (information sur le dépistage). **Centres hospitaliers désignés CDD-CRID :** Services de mammographie de dépistage, services d'investigation, de traitement et de suivi. Saisie des données au SI-PQDCS. Réponses adéquates aux exigences de qualité du Programme d'agrément en mammographie de l'Association canadienne de radiologie (PAM) et du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) et aux exigences du programme. Formation de l'équipe locale interdisciplinaire. Participation à l'équipe interdisciplinaire régionale d'investigation. Participation aux activi-tés régionales d'assurance qualité. **Clinique de radiologie du Saguenay :** Services de mammographie de dépistage, saisie des données, références, réponses adéquates aux exigences de qualité (PAM et LSPQ) et aux exigences du programme. **Complexe hospitalier de la Sagamie chapeaute le réseau des centres de référence pour investigation désignés :** Mise en place de l'équipe régionale regroupant les centres de référence pour investigation désignés (CRID). **Direction des services de santé, des affaires médicales et universitaires :** Soutien à la gestion du programme. **Médecins : CLSC** – **Cabinets médicaux – Groupes de médecine de famille (GMF)** – **Médecins spécialistes :** Promotion du programme. Prescription de la mammographie de dépistage. Suivi des femmes. **Organismes communautaires :** Soutien aux femmes (entraide, transport). Promotion du PQDCS et de la mammographie de dépistage. **Pharmaciens communautaires :** Promotion de la mammographie.

Domaine : TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS **N° : 4.3.01**

Activité : Promotion et soutien de mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque, notamment celles ayant déjà fait une chute.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

L'état de santé et la capacité physique des personnes âgées, comme par exemple l'équilibre et la force musculaire, ont une influence sur leur autonomie et la prévention des chutes. La pratique d'activités physiques et d'exercices d'équilibre font partie des habitudes de vie adoptées par plusieurs. Il peut arriver que le besoin se manifeste plus tard dans la vie et c'est pour cela que la formation *Programme intégré d'équilibre dynamique* (PIED) a été offerte aux CLSC afin qu'ils puissent répondre aux besoins des aînés, dans la communauté.

D'autres facteurs augmentent les risques de chutes et c'est pourquoi une trousse *Garde les pieds sur terre* a été conçue spécialement pour la prévention des chutes chez les personnes âgées dans leur milieu de vie. Outil de qualité et polyvalent, il permet d'intervenir sur plusieurs facteurs pouvant avoir une incidence sur les chutes (médicaments, nutrition, environnement, comportement).

Cette trousse a un potentiel d'intégration à l'intérieur des pratiques professionnelles vécues en CLSC, principalement en soutien à domicile. Elle peut également être utilisée dans la communauté. La Direction de santé publique a soutenu les CLSC qui désiraient en faire la promotion tant dans leurs murs que dans la communauté.

Par ailleurs, dans chaque territoire, les organismes communautaires, les CLSC et les CHSLD sont actifs dans la prévention des chutes par l'évaluation du risque de chute, la sécurité à domicile, l'adaptation des lieux physiques, le soutien à la pratique d'activités physiques, des rencontres d'information, de la sensibilisation ou l'utilisation des outils disponibles. Un projet en partenariat est également en cours dans un territoire de CLSC.

En soutien au *Programme national de santé publique* (PNSP), plusieurs documents seront bientôt disponibles. L'un d'eux vise à favoriser la mise en place d'un continuum de services en prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile.

Structures de concertation et de coordination

- Comité régional pour personnes en perte d'autonomie (CRPPA)

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, une démarche pour l'implantation d'un continuum de services ait été amorcée dans au moins un territoire de CLSC.

LOCALE

2. Que d'ici 2007, tous les CLSC aient soumis un plan d'action pour promouvoir l'utilisation de la trousse *Garde les pieds sur terre* à l'intérieur de leurs activités régulières et dans la communauté.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à la mise en œuvre du continuum de services et à la promotion de l'utilisation de la trousse. Participation au comité régional pour personnes en perte d'autonomie.

CLSC : Diffusion et promotion de la trousse. Implantation d'un continuum de services.

Organismes communautaires : Diffusion et promotion de la trousse. Collaboration à l'implantation d'un continuum de services.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 4.4.01**

Activité : Vaccination contre les infections à pneumocoque des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec*.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider - Voie d'action incontournable

État de la situation

La vaccination est une mesure de prévention qui a largement fait la preuve de son efficacité pour réduire les coûts de santé et prévenir certaines maladies infectieuses.

Les infections à pneumocoque sont très fréquentes et peuvent causer des complications sérieuses. Environ 5 000 personnes sont hospitalisées chaque année au Québec pour une infection invasive à pneumocoque. L'incidence de ces infections invasives, documentées en laboratoire, se situe en moyenne à 16 cas par 100 000 personnes au Québec au cours des années 1997 à 2001. La présentation la plus fréquente en 2001 demeure la pneumonie bactériémique (environ 50 %) suivie de la bactériémie isolée (environ 30 %) et de la méningite (environ 6 %) alors que 92 % des sérotypes détectés sont inclus dans le vaccin polysaccharidique 23-valent disponible au Canada. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, la létalité est de 7,5 % causée principalement par une pneumonie. Alors que le pneumocoque était particulièrement sensible à la pénicilline, un phénomène de résistance est documenté à l'échelle mondiale depuis la fin des années 1980 et se situe à 15 % en 2001 au Québec.

Dans la région Saguenay–Lac-Saint-Jean, pour la période 2000 à 2002, le nombre moyen d'infections invasives à pneumocoque déclaré chez les personnes âgées de 20 ans et plus est de 20 cas par année. Parmi ceux-ci se retrouvent des personnes atteintes de maladies chroniques pour qui la maladie aurait pu être évitée par la vaccination.

Un programme de vaccination gratuite contre le pneumocoque au Québec, au moyen du vaccin polysaccharidique 23-valent, est en vigueur depuis avril 1999, pour les personnes âgées de 2 ans ou plus, présentant une condition médicale augmentant le risque de faire une infection grave (ex. : condition cardiaque ou pulmonaire chronique). Ce programme vise également l'ensemble des personnes âgées de 65 ans ou plus.

Depuis l'implantation de ce programme en 1999, la couverture vaccinale cumulative pour les personnes de 2 ans à 64 ans atteintes de maladies chroniques en milieu ouvert est de 16,9 %. La couverture vaccinale cumulative pour les personnes âgées de 65 ans et plus est estimée (à l'automne 2003) à 56,2 % en milieu ouvert et à plus de 97 % en milieu fermé.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, au moins 30 % des personnes âgées de 2 ans à 64 ans atteintes d'une maladie chronique soient vaccinées contre le pneumocoque.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Expert-conseil pour le programme de vaccination. Gestion régionale des produits immunisants. Formation des vaccinateurs en collaboration avec les établissements. Évaluation des couvertures vaccinales régionales et locales (CLSC). Coordination de l'implantation des nouveaux programmes. Diffusion des mises à jour du *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ). Validation et suivi des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) suite à l'immunisation.

CLSC et Centres de santé autochtones : Vaccination de la clientèle visée par les programmes gratuits. Gestion adéquate de la base de donnée SIC + du module vaccination pour le calcul de la couverture vaccinale. Déclaration des MCI suite à l'immunisation.

Dépôts sous-régionaux des produits immunisants (pharmacies du Complexe hospitalier de la Sagamie et de l'Hôtel-Dieu de Roberval) : Gestion et distribution des produits immunisants.

Médecins : CLSC – **Cabinets médicaux** – **Groupe de médecine de famillle (GMF)** – **Médecins spécialistes :** Référence vers les CLSC pour la vaccination des clientèles visées par la vaccination gratuite.

Réseau de services intégrés pour les maladies chroniques : Promotion de la vaccination auprès de la clientèle ciblée par le programme et référence vers le CLSC.

Structures de concertation et de coordination	
· Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses	

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 4.4.02**

Activité : Vaccination contre l'influenza des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec* .

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

La vaccination est une mesure de prévention qui a largement fait la preuve de son efficacité pour réduire les coûts de santé et prévenir certaines maladies infectieuses.

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, en moyenne par année, 500 personnes de 65 ans et plus sont hospitalisées avec un diagnostic principal de pneumonie dont 20 personnes pour l'influenza. Une moyenne de 60 décès par année des personnes de 65 ans et plus sont attribués à la pneumonie ou à la grippe.

La meilleure mesure de prévention de l'influenza demeure la vaccination. Ainsi, annuellement, une campagne de vaccination anti-influenza est tenue dès le mois de novembre, visant les personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec*. Essentiellement, il s'agit des personnes âgées de 60 ans et plus, de même que celles de tout âge souffrant de maladies chroniques, pulmonaires et cardiaques. Le *Programme national de santé publique* (PNSP) vise à ce que 60 % des personnes ciblées (en milieu ouvert et 80 % en milieu fermé) soient vaccinées.

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, une excellente performance est enregistrée au niveau de la couverture vaccinale. Grâce à une campagne de promotion très intensive, le nombre de personnes vaccinées annuellement est en croissance constante dans la région.

Depuis la saison 1999-2000, afin d'améliorer l'accessibilité à la vaccination anti-influenza, le MSSS et la Direction de santé publique accordent aux établissements de santé, une subvention annuelle visant à augmenter le nombre d'heures de clinique de vaccination. L'arrivée de ces subventions coïncide avec l'élargissement des clientèles visées par le programme en 2000-2001, dans le cadre de la préparation pour la prochaine pandémie d'influenza.

Enfin, rappelons que les personnes âgées répondent moins bien à la vaccination, et c'est pourquoi les experts de la santé publique recommandent aussi la vaccination des travailleurs en établissement de santé, qui présentent une meilleure réponse immunitaire. Depuis quelques années, les établissements de santé sont invités à encourager tous leurs travailleurs à se prévaloir de la vaccination anti-influenza à chaque automne. La couverture vaccinale de cette clientèle, dans les établissements de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean est passée de 39,5 % en 1999-2000 à 52 % en 2002-2003.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, 60 % des travailleurs des établissements de santé soient vaccinés contre l'influenza.
2. Que d'ici 2007, 60 % des personnes de 6 mois à 59 ans atteints d'une maladie chronique soient vaccinées contre l'influenza.
3. Que d'ici 2007, 80 % des personnes vulnérables en milieu fermé soient vaccinées contre l'influenza.
4. Que d'ici 2007, 60 % des personnes âgées de 60 ans et plus en milieu ouvert soient vaccinées contre l'influenza.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Expert-conseil pour les programmes de vaccination. Gestion régionale des produits immunisants. Formation des vaccinateurs en collaboration avec les établissements. Évaluation des couvertures vaccinales régionales et locales (CLSC). Coordination de l'implantation des nouveaux programmes. Diffusion des mises à jour du *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ). Validation et suivi des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) suite à l'immunisation.

CLSC et Centres de santé autochtones : Vaccination de la clientèle visée par les programmes gratuits. Gestion adéquate de la base de données SIC + du module vaccination pour le calcul de la couverture vaccinale. Déclaration des MCI suite à l'immunisation.

CH et CHSLD : Vaccination des travailleurs et des personnes hospitalisées visées par la vaccination. Promotion de la vaccination auprès des travailleurs. Gestion des éclosions d'influenza.

Cliniques médicales et Groupes de médecine de famille (GMF) : Collaboration à la campagne annuelle.

Dépôts sous-régionaux des produits immunisants (pharmacies du Complexe hospitalier de la Sagamie et de l'Hôtel-Dieu de Roberval) : Gestion et distribution des produits immunisants.

Une offre provinciale de service de santé publique, ciblant une première série d'interventions préventives dont l'immunisation contre l'influenza a été faite aux Groupes de médecine de famille (GMF) et mise en annexe du Guide provincial d'implantation des GMF en juin 2003. Une traduction régionale de cette offre de service pourrait être présentée aux GMF et à l'ensemble des médecins de la région éventuellement. **Structures de concertation et de coordination** · Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses	

Plan d'action régional de santé publique du Saguenay—Lac-Saint-Jean 2004-2007

En action, pour la santé et le bien-être des gens de notre région

Table des matières

1. Un portrait de santé de la population

Introduction 1.7

1.1 Géographie régionale 1.7

1.2 Population 2001, projections 2011 ..... 1.8

1.3 Situation socio-économique 1.9

1.4 Bilan de la santé de la population 1.10

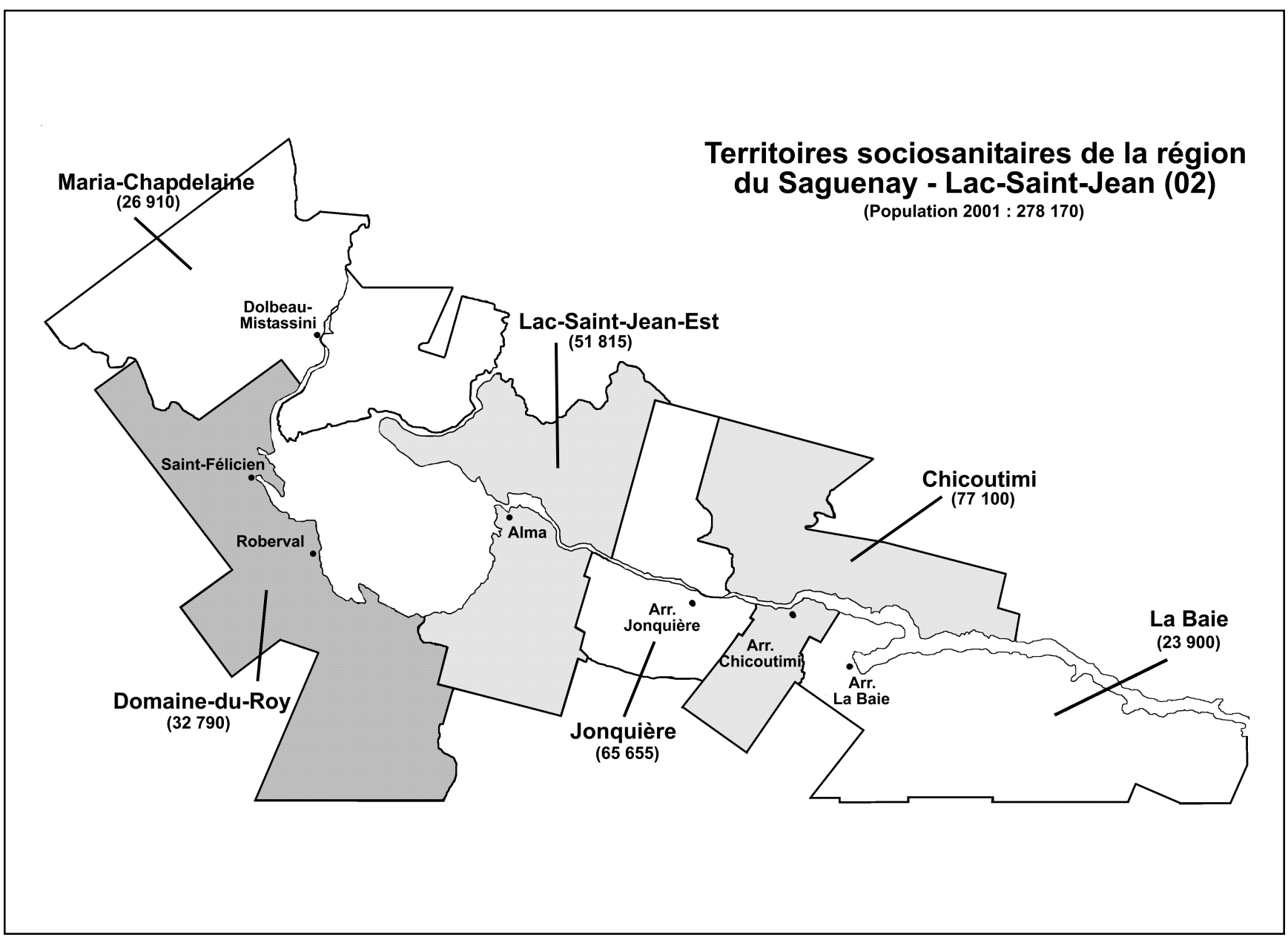
1.5 Habitudes de vie et facteurs de risque 1.13

1.6 Principaux documents de référence 1.15

2. Synthèse des activités et des résultats attendus par domaine pour toute la population 2.1

3. Activités de santé publique pour toute la population 3.1

1. UN PORTRAIT DE SANTÉ DE LA POPULATION



Source des données : Statistique Canada, Recensement 2001.

Introduction

Ce portrait de santé trace d'abord les contours géographiques, tant physiques, administratifs, qu'humains, dans lesquels évolue la population de la région sociosanitaire du Saguenay – Lac-Saint-Jean (SLSJ); il décrit les effectifs 2001 et les projections 2011 et donne un aperçu de la situation socio-économique qui la caractérise. Un bilan de la santé de la population régionale est ensuite dressé, suivi d'un état de situation des principaux déterminants que constituent les habitudes de vie et certains facteurs de risque.

Cette brève analyse est complétée par quelques figures et des tableaux comparant la région SLSJ et le Québec en regard d'indicateurs démographiques, socio-économiques, de santé et des habitudes de vie et facteurs de risque.

On peut obtenir des données complémentaires ainsi que des précisions sur les sources de données et sur la méthodologie, en référant au *Tableau synoptique des indicateurs sociosanitaires par territoire – Le Québec, le Saguenay–Lac-Saint-Jean et ses territoires de CLSC* (DSP-02, octobre 2003).

1.1 Géographie régionale

La région Saguenay–Lac-Saint-Jean (SLSJ) est formée de deux plans d'eau déterminants, le lac Saint-Jean et la rivière Saguenay, autour desquels se concentre la population. En 2001, Statistique Canada a recensé 278 170 habitants, soit 3,8 % de la population du Québec. La région s'étend sur une superficie totale de plus de 104 000 km² dont à peine 10 % est habitée (2,8 hab. au km² *vs* 5,3 dans l'ensemble du Québec).

En 2004, on y compte 49 municipalités regroupées au sein de 4 municipalités régionales de comté (MRC). Plus des trois quarts de la population (76 %) se concentrent dans l'une des cinq villes de plus de 10 000 habitants. Les 24 % restants sont dispersés dans 44 municipalités rurales dont la taille varie entre 195 et 4 200 habitants. La communauté autochtone des Montagnais du Lac-Saint-Jean réside, en partie, dans la réserve de Mashteuiatsh, dont la population s'élève à 1 860 habitants en 2001.

Au plan sociosanitaire, la région SLSJ est divisée en six territoires locaux. Les trois territoires du Lac-Saint-Jean correspondent aux trois MRC, soit Maria-Chapdelaine, Domaine-du-Roy et Lac-Saint-Jean-Est. Les trois autres se confondent avec la MRC Le Fjord-du-Saguenay et portent le nom des anciennes municipalités urbaines, soit Jonquière, Chicoutimi et La Baie.

La population régionale est plutôt homogène au plan culturel alors que le français est la langue maternelle pour 98,6 % de la population (81 % au Québec). C'est aussi une population assez stable : en 2001, 67 % habitait à la même adresse 5 ans auparavant (61 % au Québec).

Au plan socio-économique, la majorité (70 %) de la population active expérimentée se concentre dans le secteur tertiaire (74 % au Québec) particulièrement le commerce, l'enseignement et les services de santé. Une proportion de 23 % se retrouve dans les industries de la fabrication (aluminium, pâtes et papier) et de la construction (22 % au Québec). Alors que seulement 7 % travaille dans le secteur primaire (agriculture, exploitation de la forêt et extraction des ressources) (4 % au Québec).

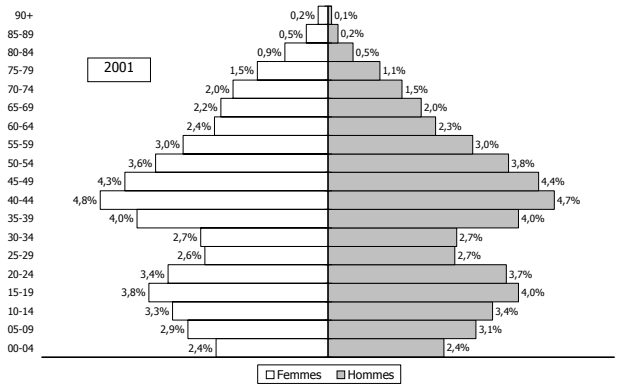
1.2 Population 2001, projections 2011

En 2001, Statistique Canada a dénombré 278 170 personnes dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean (SLSJ). En 2011, l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) estime que la population régionale se chiffrera autour de 269 700. Une perte estimée à 8 470 individus.

La région verra ainsi sa population décroître de 3 % alors que celle de l'ensemble du Québec devrait croître de 7,5 %, d'ici 2011. La décroissance démographique affectera tous les territoires de CLSC de la région : celui de Lac–Saint-Jean-Est sera le moins affecté (- 0,3 %) et, à l'opposé, celui de La Baie le plus touché (- 6,1 %).

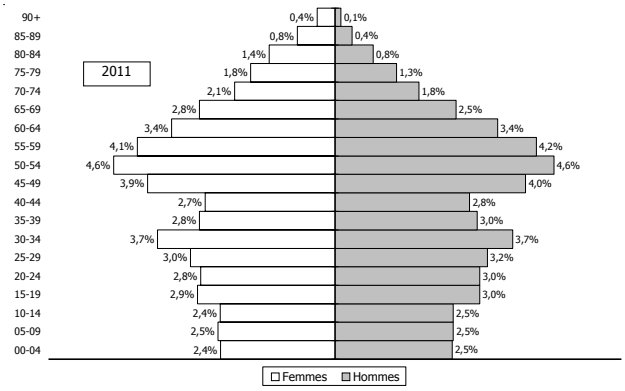
À la décroissance démographique s'ajoute le vieillissement de la population du SLSJ qu'illustrent les pyramides des âges et que décrivent les indicateurs. On constate, entre autres, le changement des indices de dépendance qui révèle, d'une part, une perte du poids relatif des jeunes et, d'autre part, une hausse du poids relatif des personnes âgées, par rapport aux adultes. L'augmentation sensible de l'indice de vieillesse (+ 56 %), résultant du rapport des personnes âgées sur les jeunes, traduit, d'une autre façon, le même phénomème.

Figure 1
Pyramide des âges
Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2001



Source : Statistique Canada, Recensement 2001.

Figure 2
Pyramide des âges
Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2011



Source : Prévisions basées sur les hypothèses de l'ISQ (MSSS, fichier 2001).

Indicateurs démographiques	Région SLSJ 2001	Région SLSJ 2011	P. Québec 2001	P. Québec 2011
Indice de dépendance total (%)	43,3	44,5	45,2	44,3
Indice de dépendance des jeunes (%)	25,1	21,2	25,9	21,3
Indice de dépendance des aînés (%)	18,2	23,3	19,3	23,1
Indice de vieillesse (%)	72,4	110,0	74,3	108,3

Indice de dépendance total (%) : (0-14 ans + 65 ans et plus)/15-64 ans.
Indice de dépendance des jeunes (%) : 0-14 ans/15-64 ans.
Indice de dépendance des aînés (%) : 65 ans et plus/15-64 ans.
Indice de vieillesse (%) : 65 ans et plus/0-14 ans.

Sources : 1) Statistique Canada, Recensement 2001.
2) Prévisions basées sur les hypothèses de l'ISQ (MSSS, fichier 2001).

1.3 Situation socio-économique

En termes d'emploi et de chômage, la situation régionale demeure toujours préoccupante. En 2001, 50,8 % de la population âgée de 15 ans et plus a occupé un emploi (58,9 % dans l'ensemble du Québec). En avril 2004, le taux d'emploi a légèrement augmenté, mais il reste nettement en deçà du taux québécois. Le taux de chômage a cependant peu varié et il est toujours plus élevé que dans l'ensemble du Québec. On observe à ces égards, des différences notables associées au sexe, les femmes étant en général plus défavorisées.

Si l'on examine le revenu personnel moyen par habitant, la région apparaît aussi désavantagée par rapport au Québec, tant en ce qui touche le revenu personnel total que le revenu personnel disponible. De plus, les résidents de la région sont relativement plus dépendants des transferts gouvernementaux comme l'indiquent à la fois le rapport et l'indice de dépendance économique. La dépendance touche davantage les femmes que les hommes.

La proportion des adultes prestataires du programme d'assistance emploi (PAE) est à peine un peu plus élevée au SLSJ (9 %) qu'au Québec (8,4 %). Néanmoins, la proportion d'adultes ayant cumulé 10 ans et plus de prestations est beaucoup plus élevée dans la région (56,3 % *vs* 48,6 %).

Par contre, la proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu est plus faible dans la région (15,6 %) qu'au Québec (19,1 %). Ce qui est cohérent avec deux autres indicateurs socio-économiques associés à la pauvreté et où la situation régionale apparaît plus favorable. Toutes proportions gardées, on y retrouve, en effet, moins de familles monoparentales (15,9 % *vs* 20,5 % au Québec) et moins de personnes vivant seules (8,5 % *vs* 11,8 % au Québec). Alors que, tout comme au Québec, près du quart de la population adulte s'avère sous-scolarisée, n'ayant pas obtenu un certificat d'études secondaires.

Principaux indicateurs socio-économiques	**P. Québec**	**Région SLSJ**
Taux d'emploi au recensement 2001	58,9%	50,8%
Taux d'emploi en avril 2004	60,3%	52,5%
Taux de chômage au recensement 2001	8,2%	13,7%
Taux de chômage en avril 2004	8,6%	13,4%
Revenu personnel par habitant (moyenne en dollars courants), 2001		
Revenu personnel total	26 210$	22 302$
Revenu personnel disponible	19 697$	16 848$
Rapport de dépendance économique (RDÉ), 2000 (en $)	18,7	21,5
Indice de dépendance économique (ratio RDÉ/RDÉ Québec X 100), 2000	100	115
Population des ménages privés vivant sous le seuil de faible revenu, 1995	23,4%	19,8%
Population des ménages privés vivant sous le seuil de faible revenu, 2000	19,1%	15,6%
Proportion de familles monoparentales ayant au moins un enfant de moins de 18 ans, 1996	20,5%	15,9%
Proportion de familles monoparentales ayant au moins un enfant de moins de 18 ans, 2001	22,7%	18,2%
Proportion de personnes de 15 ans et plus vivant seules dans les ménages privés, 1996	13,7%	9,7%
Proportion de personnes de 15 ans et plus vivant seules dans les ménages privés, 2001	12,5%	9,9%
Proportion des 18-64 ans prestataires du Programme d'assistance emploi (PAE), 2002	8,4%	9,0%
Proportion des prestataires du PAE ayant une durée cumulative de 10 ans et plus, 2002	48,6%	56,3%
20-64 ans ayant atteint un niveau de scolarité inférieur au certificat d'études secondaire, 2001	23,5%	23,9%

RDÉ : Paiement de transferts gouvernementaux par 100$ de revenu d'emploi total pour un territoire donné.

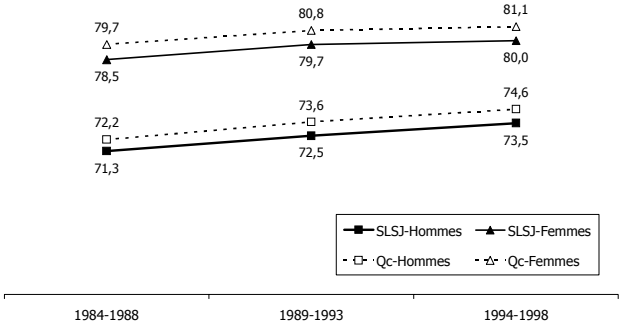
Sources : INSPQ, 2001; ISQ, 2003, pp 132-139; Statistique Canada, Recensement 2001; Ministère de l'Emploi, de la Solidarité et de la Famille.

1.4 Bilan de la santé de la population

La population du SLSJ, tout comme celle du Québec, voit son espérance de vie à la naissance croître peu à peu. De 1984-1988 à 1994-1998, l'espérance de vie des femmes de la région a augmenté de 1,5 ans, celle des hommes de 2,2 ans. Malgré cette accroissement, l'espérance de vie de la région demeure significativement en deçà de l'espérance de vie des Québécois.

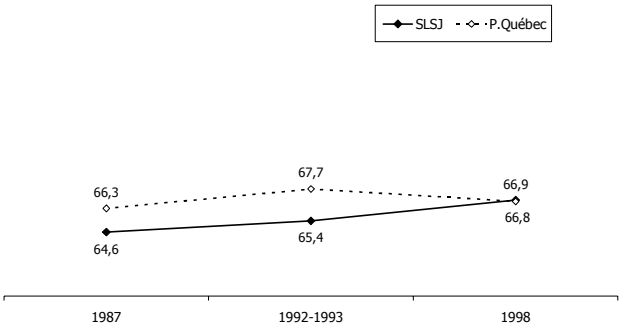
Par contre, il appert qu'en 1998, l'espérance de vie en bonne santé de la population de la région a rejoint celle de l'ensemble des Québécois. On note aussi, qu'à l'instar du Québec, les taux d'hospitalisations jugées évitables ainsi que les taux de mortalité jugée évitable diminuent depuis les années 1990. Selon la condition médicale, certains taux d'hospitalisations sont cependant plus élevés que ceux du Québec (appendice rompu, pneumonie, pyélonéphrite, asthme, phlébite sans embolie pulmonaire).

Figure 3
Espérance de vie à la naissance,
P. Québec et région SLSJ, 1984 à 1998



Source : INSPQ, 2001 p. 326.

Figure 4
Espérance de vie en bonne santé,
sans limitations d'activités,
P. Québec et région SLSJ, 1987 à 1998

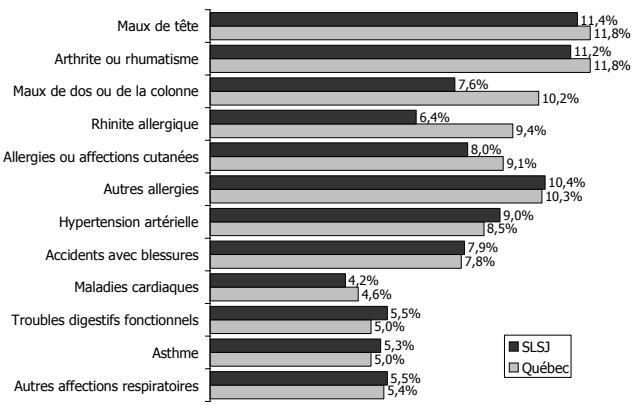


Source : INSPQ, 2001 p. 327.

La population du SLSJ déclare les mêmes problèmes de santé que les Québécois bien que la fréquence soit parfois différente. Les maux de tête, l'arthrite ou rhumatisme viennent en tête de liste, suivis, entre autres, des diverses formes d'allergies, de l'hypertension artérielle, des accidents avec blessures, des maux de dos ou de la colonne. Les prévalences des maux de dos et de la rhinite allergique sont, par contre, significativement moins élevées qu'au Québec.

C'est dans une proportion équivalente à l'ensemble du Québec (10,8 % *vs* 11,3 %), que les Saguenéens et les Jeannois perçoivent leur état de santé comme étant médiocre (moyen ou mauvais).

Figure 5
Principaux problèmes de santé déclarés
P. Québec et région SLSJ, 1998



Source : Enquête Sociale et de Santé, Santé Québec 1998.

En ce qui a trait aux maladies évitables par l'immunisation, au SLSJ aucun cas indigène de poliomyélite, de tétanos, de diphtérie, de rougeole, de rubéole, d'oreillons et de rage n'a été déclaré depuis plusieurs années. Ceci est principalement dû à l'excellente couverture vaccinale de la population. Quelques cas d'hépatite A et d'hépatite B aiguë sont déclarés annuellement.

Parmi les maladies à déclaration obligatoire (MADO), les infections à *Campylobacter* représentent la principale cause de maladies entériques (133 cas par an en 2000-2001), suivies par les entérites à *Salmonella* (48 cas par an) et celles à *Escherichia coli* (22 cas par an). Les données sur la tuberculose montrent une légère diminution de l'incidence de 3,5 par 100 000 personnes au début des années 90 à 2 pour 100 000 depuis 1999. La tularémie, une zoonose contractée lors de la manipulation de lièvres infectés, bien que rare, montre une certaine recrudescence (6 cas en 2001). Quant aux infections transmissibles sexuellement (ITS), 3 cas de SIDA ont été déclarés dans la région de 1998 à 2001. L'hépatite C est en hausse avec un nombre de cas déclarés d'environ 45 par année. La gonorrhée demeure une infection rare au SLSJ. Enfin, pour la chlamydiose génitale, la plus fréquente des ITS, le nombre de cas est de 305 en 2001. Ces deux dernières infections sont en augmentation dans la région et au Québec.

Dans un autre ordre d'idées, la région du SLSJ se démarque de l'ensemble du Québec avec des taux comparatifs d'hospitalisations plus élevés, pour toutes les causes et, notamment, pour les principales soit : les maladies cardiovasculaires, les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies de l'appareil digestif, les tumeurs malignes et bénignes, les maladies des organes génito-urinaires, les traumatismes et empoisonnements.

À cela s'ajoute une mortalité régionale excédentaire, par rapport à celle de l'ensemble du Québec, qui est observée pour l'ensemble des causes de décès, associée surtout aux principales causes de décès. Ces résultats se reflètent aussi en années potentielles de vie perdues dont les taux sont également plus élevés dans la région.

- Les cancers (32,4 % des décès): une surmortalité affecte certains groupes d'âges de plus de 45 ans et elle est spécifiquement reliée, chez les femmes, aux cancers de l'estomac et du côlon-rectum et, chez les hommes, aux cancers du poumon ainsi qu'aux lymphomes. Les données sur les nouveaux cas des cancers révèlent, en outre, une surincidence chez les femmes de 15 ans et plus associée aux cancers de l'estomac, du côlon-rectum, du sein, des ovaires et de la thyroïde; chez les hommes, la surincidence de cancer affecte surtout les 45 ans et plus et elle est reliée aux cancers du poumon et du larynx ainsi que, seulement chez les 75 ans et plus, au cancer de la protate.

- Les maladies cardiovasculaires (31 % des décès) : malgré une mortalité tous âges de même ampleur que celle du Québec, on observe une surmortalité touchant surtout les 65 ans et plus. Elle est principalement reliée aux maladies vasculaires cérébrales non hémorragiques chez les hommes et les femmes, aux maladies hypertensives chez les femmes et, chez les hommes et les femmes, aux maladies des artères, artérioles et capillaires.

- Les maladies de l'appareil respiratoire (10 % des décès) : la surmortalité est observée chez les hommes de 45 ans et plus et elle est attribuable aux maladies pulmonaires obstructives chroniques.

- Les accidents et traumatismes (9 % des décès) : les traumatismes non intentionnels sont responsables d'une surmortalité reliée aux accidents de la circulation chez tous les groupes d'âges, aux chutes accidentelles chez les femmes de 65 ans et plus, aux accidents impliquant des piétons chez les hommes de 65 ans et plus et aux noyades chez les hommes de 15-64 ans. On observe enfin une surmortalité régionale par suicide chez les 25-44 ans.

- Les maladies du système nerveux et des organes des sens (4 % des décès) : la surmortalité est associée à la maladie d'Alzheimer chez les 65 ans et plus et aux affections héréditaires et dégénératives chez les femmes de 65 ans et plus.

INDICATEURS DE SANTÉ	Sexe	P. Québec	Région SLSJ	
Proportion des 18 ans et plus percevant leur état de santé médiocre (en %), P. Québec, 1998, SLSJ, 2000	SR	11,3	10,8	n.s.
Espérance de vie à la naissance (en années), 1995-1999	H	74,6	73,4	(–)
	F	81,1	79,9	(–)
Espérance de vie en bonne santé - sans limitations d'activités (en années), P. Québec, 1998, SLSJ, 2000	H	65,4	65,4	s.o.
	F	68,1	68,4	s.o.
Taux ajusté d'hospitalisation (p. 10 000), 1998-2001	H	778,1	924,6	(+)
	F	926,2	1112,5	(+)
Taux brut d'hospitalisations jugées évitables (p. 10 000), 1996-2001	SR	54,2	55,3	n.s.
Taux ajusté d'incidence des cancers (p. 100 000), 1997-1999	H	520,7	555,7	(+)
	F	393,5	419,8	(+)
Taux ajusté de mortalité (p. 100 000), 1997-1999	H	924,3	961,0	(+)
	F	560,0	588,9	(+)
Mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), 1995-1999	SR	5,2	5,5	n.s.
Taux brut de mortalité évitable (p. 100 000) 1994-1998	SR	55,4	55,9	n.s.
Taux ajusté des années potentielles de vie perdues (p. 10 000), 1994-1998	SR	602,2	688,6	(+)

(+) (-) : différence significative au seuil P ≤ 0,05 par rapport à la valeur du Québec. **n.s.** : différence non significative. **s.o.** : sans objet. **SR** : sexes réunis. **H** : hommes. **F** : femmes.

Sources : Enquête Sociale et de Santé, Santé Québec 1998; Enquête psychosociale 2000; INSPQ, 2001; Tableau synoptique des indicateurs sociosanitaires.

Principales causes ou diagnostics (codes CIM-9)	Région SLSJ comparée au Québec: Hospitalisation 1998-2001	Mortalité 1997-1999	APVP 1994-1998
Ensemble des diagnostics ou causes	+	+	+
Tumeurs malignes (140-208) ou incluant bénignes (140-239)	+	+	+
Maladies cardiovasculaires (390-459)	+	=	+
Maladies de l'appareil respiratoire (460-519)	+	+	+
Maladies de l'appareil digestif (520-579)	+	=	+
Accidents et traumatismes (E800-E999)	+	+	n.d.
Accidents et traumatismes: non intentionnels (E800-E949)	n.d.	+	+
Accidents et traumatismes: suicide (E950-959)	n.d.	+	+
Maladies des organes génito-urinaires (580-629)	+	+	+
Maladies du système nerveux et des organes des sens (320-389)	+	+	+

Principaux sièges ou types de cancer (codes CIM-9)	Incidence 1997-1999	Mortalité 1997-1999	APVP 1994-1998
Tous les sièges de cancer (140-208)	+	+	+
Tumeurs malignes (140-208) ou incluant bénignes (140-239)	+	+	=
Sein chez la femme (174)	+	=	+
Prostate chez les hommes (185)	-	+	-
Côlon-rectum (153-154)	+	+	+
Lymphomes (200-203)	+	+	+
Vessie (188)	+	+	+
Rein (189)	+	=	=
Estomac (151)	+	+	+
Pancréas (157)	+	+	-

APVP: années potentielles de vie perdues.
+ (ou **-**): taux plus (ou moins) élevé avec différence significative par rapport au Québec au seuil P ≤ 0,05.
+ (ou -) : taux plus (ou moins) élevé, mais différence non significative au seuil P ≤ 0,05.
= : taux équivalent au taux québécois.

1.5 Habitudes de vie et facteurs de risque

La prévalence du tabagisme a toujours été plus élevée dans la région SLSJ qu'au Québec et au Canada bien que le taux régional de fumeurs actuels ait diminué sensiblement durant les dernières décennies passant de 45 % en 1984 à 30 % en 2000. Au Québec, durant la même période, le taux a décliné de 40 % à 27 % et, au Canada, de 37 % à 24 %.

Le taux de fumeurs actuels varie peu selon le territoire de CLSC et il reste le même quel que soit le sexe. Il s'avère cependant plus élevé chez les jeunes de 18 à 24 ans (42 %), chez les personnes n'ayant pas complété un niveau secondaire (34 %), chez les adultes considérant leur niveau économique comme moins bon que la moyenne (44 %) et, chez les célibataires, séparés et divorcés (39 %).

En contrepartie, le taux de cessation tabagique s'améliore au SLSJ : de 43 % en 1987, il a crû à 48,5 % en 1992, à 52 % en 1998, pour atteindre 56 % en 2000. Le taux québécois est demeuré à peu près stable à 50 % depuis 1992.

Au SLSJ, 9 % des adultes de 18 ans et plus prennent habituellement 14 consommations d'alcool ou plus par semaine (8,4 % au Québec). Par ailleurs, 33 % ont pris 5 consommations ou plus en une même occasion, à au moins cinq reprises au cours de l'année 2000, proportion significativement plus élevée qu'au Québec (28,6 %).

En ce qui a trait à la consommation de drogues illégales, 15 % des 15 ans et plus sont des consommateurs actuels (14 % au Québec). Comme au Québec, la proportion a augmenté depuis 1992-1993 (9,4 %); elle est, en général, plus élevée chez les hommes (17,6 %) que chez les femmes (12,4 %) et elle tend à décroître avec l'âge, les 15-24 ans affichant les plus hauts taux de consommation (45 %). Chez les plus jeunes, en 2002, 35 % des élèves du secondaire déclaraient consommer du cannabis, 11 % du haschich et 11 % des drogues chimiques (hallucinogènes et stimulants sans prescription).

L'excès de poids constitue un problème de plus en plus préoccupant au Québec et dans la région. Le taux de prévalence régional est passé de 17 % en 1987 à 26,4 % en 2000, un taux toutefois significativement moins élevé qu'au Québec (28,8 %).

Les habitudes alimentaires contribuent évidemment au problème d'excès de poids. Dans la région, 13,4 % des 18-74 ans estiment avoir des habitudes alimentaires médiocres (15,7 % au Québec). Le fait que 49,5 % des 18 ans et plus s'adonnent à des activités physiques de loisirs à une fréquence insuffisante (3 fois par mois ou moins) pour en tirer des bénéfices sur leur santé constitue un autre facteur de risque d'excès de poids.

Principaux indicateurs des habitudes de vie et facteurs de risque	P. Québec	Région SLSJ	
Population de 18 à 74 ans percevant avoir des habitudes alimentaires médiocres (moyennes ou mauvaises), P. Québec, 1998, SLSJ, 2000	15,7%	13,4%	(–)
Fumeurs actuels (réguliers et occasionnels) de 18 ans et plus, P. Québec, 1998, SLSJ, 2000	27,3%	29,9%	(+)
Fumeurs de 25 cigarettes ou plus par jour chez les 18 ans et plus, P. Québec, 1998, SLSJ, 2000	10,9%	11,6%	n.s.
Population de 18 ans et plus ayant cessé de fumer, P. Québec, 1998, SLSJ, 2000	50,0%	56,4%	(+)
Population de 18 ans et plus présentant une consommation élevée d'alcool 5 fois ou plus au cours d'une année, P. Québec, 1998, SLSJ, 2000	28,6%	33,0%	(+)
Population de 18 ans et plus ayant pris 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine, P. Québec, 1998, SLSJ, 2000	8,4%	8,9%	n.s.
Population de 15 ans et plus ayant fait usage de drogue illégale au cours des 12 derniers mois, P. Québec, SLSJ, 1998	14,1%	15,0%	n.d.
Population de 18 ans et plus présentant un excès de poids, P. Québec, 1998, SLSJ, 2000	28,8%	26,4%	(–)
Population de 18 ans et plus ayant des activités physiques de loisir insuffisantes, P. Québec, 1998, SLSJ, 2000	49,2%	49,5%	n.s.

Sources : Enquête Sociale et de Santé, Santé Québec 1998; Enquête psychosociale 2000; Tableau synoptique des indicateurs sociosanitaires.

1.6 Principaux documents de référence

COUTURE, R. (2003). *Enquête psychosociale du Saguenay–Lac-Saint-Jean (2000) : résultats de la collecte des données,* Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 99 p.

COUTURE, R., LAPIERRE, R. et MARKOWSKI, F. (1998). *Rapport général : Enquête sociale et de santé 1992-93, Région Saguenay–Lac-Saint-Jean*, - Document de travail, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 177 p.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE, C. Bouchard (sous la dir. de), (2003). *Tableau synoptique des indicateurs sociosanitaires par territoire – Le Québec, le Saguenay–Lac-Saint-Jean et ses territoires de CLSC,* Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 39 p.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (2002). *Maladies à déclaration obligatoire. Rapport annuel 2001*, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 24 p.

GAUDREAULT, M., VEILLETTE, S. et M. PERRON (2003). *Cahier des fréquences. Comparaison des résultats de deux enquêtes régionales auprès des élèves du secondaire (1997 et 2002)*. Série Enquête régionale 2002 : Les jeunes du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Qui sont-ils? Que font-ils? Jonquière, Groupe ÉCOBES, Cégep de Jonquière.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, 642 p. et annexes.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2001). *Le Portrait de santé : Le Québec et ses régions,* édition 2001, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 432 p.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA (2000). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2000*, Toronto, 86 p.

LOUCHINI, R. et BEAUPRÉ, M. (2003). *La survie reliée au cancer pour les nouveaux cas déclarés au Québec, de 1984 à 1998*, *survie observée et survie relative,* Québec, Institut national de santé publique du Québec, 140 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Et la santé, ça va ? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tome 1, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 337 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (2002*). Statistiques sur les prestataires du programme d'assistance-emploi*, Québec, Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

PELLETIER, G. (1993). *La survie reliée au cancer. Étude des nouveaux cas déclarés au Québec au cours des années 1984, 1985, 1986*, Québec, Direction des études et indicateurs, Service des Études opérationnelles et données statistiques, ministère de la Santé et des Services sociaux, 160 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN, J.-F. Saint-Gelais (sous la dir. de), (2002). *Rapport annuel d'activités 2001-2002*.

SANTÉ QUÉBEC, BELLEROSE, C., LAVALLÉE, C., CHÉNARD, L. LEVASSEUR, M. (1995*). Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol.1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, 411 p.

SANTÉ QUÉBEC, BERTRAND, L. (sous la dir. de), (1995*). Les Québécoises et les Québécois mangent-ils mieux ? Rapport de l'enquête québécoise sur la nutrition 1990*, Montréal, ministère de la Santé et des Services Sociaux, 317 p.

STATISTIQUE CANADA (2000*). L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) - Cycle 1.1*, Gouvernement du Canada.

2. SYNTHÈSE DES ACTIVITÉS ET DES RÉSULTATS ATTENDUS PAR DOMAINE POUR TOUTE LA POPULATION

Lexique

Activités : les activités sont prescrites par le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP). Ce sont les activités choisies par le Ministère pour contribuer à l'atteinte des objectifs de santé qu'il a fixés pour chacun des domaines.

Résultats attendus : ce sont les orientations de la région; il s'agit des résultats attendus pour la mise en œuvre de chacune des activités.

Responsabilité de mise en œuvre : la responsabilité de mise en œuvre est associée au niveau qui doit initier la mise en œuvre. Selon les résultats attendus, il peut s'agir d'une responsabilité régionale ou locale; dans certains cas, la responsabilité incombe aux deux paliers.

Numérotation

Chacune des activités est associée à un numéro composé de 3 chiffres. Le 1er chiffre désigne le groupe clientèle (de 1 à 5), le 2e chiffre réfère au domaine d'intervention (de 1 à 7) et le 3e chiffre représente la séquence des activités.

Le domaine du développement de l'adaptation et de l'intégration sociale					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
5.1.01	Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives suivantes : prise d'une dose suffisante d'acide folique par les femmes en âge de procréer.	1	Que d'ici 2007, les activités de counseling visant la prise suffisante d'acide folique soient maintenues auprès des femmes suivies dans le cadre des programmes de périnatalité dans chacun des territoires de CLSC.	X	X
5.1.02	Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives suivantes : formation des médecins axée sur la prévention du suicide.	1	Que d'ici 2005, une formation axée sur la prévention du suicide soit offerte à tous les médecins omnipraticiens.	X	
5.1.03	Organisation de campagnes de communication sociétales, à l'intention des adultes, portant sur la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles.	1	Que d'ici 2006, les panneaux publicitaires soient installés sur les territoires de chaque MRC.	X	X
		2	Que d'ici 2007, soit obtenue l'adhésion de toutes les municipalités du Saguenay-Lac-Saint-Jean au registre des partenaires.	X	X
		3	Que d'ici 2007, soit identifiée une structure de suivi des engagements pris par les conseils municipaux.	X	X
5.1.04	Sensibilisation du grand public et des professionnels de la santé et des services sociaux aux signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs, et diffusion d'information sur les activités et les services qui sont offerts.	1	Que d'ici 2007, soit réalisée annuellement au moins une campagne pour sensibiliser le grand public aux signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs.	X	X
5.1.05	Prévention du jeu pathologique.	1	Que d'ici 2005, soit produit un outil d'information à l'intention des parents au regard de la prévention du jeu pathologique chez les jeunes.	X	X
		2	Que d'ici 2004, soit produit un plan de communication sur le jeu pathologique visant à améliorer les connaissances de la population au regard de la prévention du jeu pathologique et au regard des services régionaux disponibles.	X	X
		3	Que d'ici 2005, soit tenue dans 15 % des entreprises de 100 employés et plus, au moins une activité préventive en matière de jeu pathologique (diffusion de matériel promotionnel, séances d'information, kiosques, etc.).	X	X
		4	Que d'ici 2007, soit diffusée de l'information en prévention auprès de 30 % de la clientèle des groupes de l'âge d'or et des groupes de retraités des grandes entreprises.	X	X
Le domaine des maladies chroniques et habitudes de vie					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
5.2.01	Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie dont la saine alimentation (consommation quotidienne d'au moins cinq portions de fruits et légumes).	1	Que d'ici 2007, le milieu collabore à la mise en place d'activités de promotion de la saine alimentation, dans le cadre de la *Stratégie nationale de promotion des saines habitudes de vie,* générée par le MSSS.	X	X
		2	Que d'ici 2007, des activités de promotion de la saine alimentation soient organisées annuellement en mars, *Mois de la Nutrition* .	X	X

Le domaine des maladies chroniques et habitudes de vie					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
5.2.02	Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie dont la pratique régulière d'activité physique (30 minutes d'activité physique par jour).	1	Que d'ici 2007, au moins 20 municipalités de la région aient développé et consolidé des activités dans le cadre de la campagne *Plaisir sur glace*.	X	X
		2	Que d'ici 2007, le milieu collabore à la mise en place d'activités de promotion de la pratique régulière d'activité physique dans le cadre de la *Stratégie nationale de promotion des saines habitudes de vie,* générée par le MSSS.	X	X
5.2.03	Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie dont le non- usage du tabac.	1	D'ici 2007, que la promotion annuelle des activités comme la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*, la *Journée mondiale sans tabac* et le *Défi J'arrête, j'y gagne!* soit réalisée auprès de tous les centres commerciaux, les organismes communautaires, les cliniques médicales et dentaires et les établissements de santé et d'éducation de la région.	X	X
5.2.04	Révision de la *Politique québécoise en matière de nutrition (1977*) et des *Orientations en matière d'alimentation dans le milieu scolaire (1988)* et leur mise en œuvre.	1	D'ici 2007, à la demande du MSSS, la Direction de santé publique et ses partenaires collaboreront à la révision de la *Politique québécoise en maitère de nutrition (1977)* et des *Orientations en matière d'alimentation dans le milieu scolaire (1988)*.	X	X
5.2.05	Promotion des mesures optimales de fluoration.	1	D'ici 2005, promouvoir l'application du règlement ministériel visant à fixer à 0,7 mg/L la concentration optimale en fluorure dans l'eau potable fluorée artificiellement auprès de toutes les municipalités avec un réseau d'aqueduc où tous les propriétaires de stations de traitement de l'eau potable desservant une population de 5 000 habitants et plus.	X	
		2	D'ici 2007, que soit appliqué ce règlement dans au moins une municipalité du Saguenay et une du Lac-Saint-Jean.	X	
5.2.06	Promotion de la création d'environnements et de contextes d'activité sécuritaires et accessibles favorisant la pratique régulière d'activités physiques d'intensité modérée et visant, par exemple l'utilisation optimale des équipements, l'accès aux infrastructures, l'aménage-ment urbain et le soutien à des réseaux organisés.	1	Que d'ici 2007, soit soutenue l'adoption d'une politique de prévention et d'intervention en matière de violence et d'agression sexuelle pour pratiquer des activités sportives et de loisirs en toute sécurité auprès des quatre commissions scolaires de la région.	X	X
		2	Que d'ici 2007, 100 % des écoles primaires et secondaires aient reçu l'information dans le cadre du projet de leadership étudiant *Voltage*, de la *Journée internationale marchons vers l'école* pour le projet *Aller-retour actif et sécuritaire pour l'école* et du concours *École active* de Kino-Québec.	X	X
		3	Que d'ici 2007, un groupe de travail sur l'Animation et l'aménagement de la cour d'école de Kino-Québec soit mis en place dans les quatre commissions scolaires de la région.	X	X

Le domaine des maladies chroniques et habitudes de vie					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
5.2.06	Promotion de la création d'environnements et de contextes d'activité sécuritaires et accessibles favorisant la pratique régulière d'activités physiques d'intensité modérée et visant, par exemple l'utilisation optimale des équipements, l'accès aux infrastructures, l'aménagement urbain et le soutien à des réseaux organisés.	4	Que d'ici 2007, soit maintenu le soutien au projet de *Marche urbaine* dans l'arrondissement Chicoutimi et aux clubs de marche existants.	X	X
		5	Que d'ici 2007, 180 groupes d'aînés participent au programme *Viactive*, dans le but de maintenir leur santé et leur autonomie.	X	X
5.2.07	Intégration des services de consultation brève concernant l'arrêt de la consommation de tabac, des services téléphoniques d'information, d'orientation et de consultation relatifs au tabagisme et des services de dépistage et de consultation intensifs concernant le tabagisme.	1	Que d'ici 2005, un mécanisme de référence des fumeurs aux Centres d'abandon du tabagisme *J'arrête* ait été mis en place en collaboration avec les professionnels de la santé.	X	X
		2	Que d'ici 2007, la promotion des services prévus dans le *Plan québécois d'abandon du tabagisme*, dont les Centres d'abandon du tabagisme, soit effectuée à tous les ans.	X	
Le domaine des traumatismes non intentionnels					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
5.3.01	Collaboration à la définition et à la mise en œuvre de mesures visant la régulation de la circulation et l'aménagement des intersections.	1	Que d'ici 2007, soit amorcée une démarche pour l'implantation d'un programme de soutien local, visant la régulation de la circulation et l'aménagement des intersections dans au moins un territoire de CLSC.	X	X
Le domaine des maladies infectieuses					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
5.4.01	Application de lignes directrices relatives aux maladies évitables par l'immunisation et autres maladies à déclaration obligatoire pour l'investigation des cas et le contrôle des éclosions, tel que cela est prévu au chapitre XI de la Loi sur la santé publique.	1	Que d'ici 2005, 100% des intervenants visés aient reçu l'information sur la nouvelle liste des maladies à déclaration obligatoire (MADO) et les modalités de déclaration et de signalement des menaces potentielles à la santé.	X	
		2	Que d'ici 2007, le Plan de mobilisation des ressources en santé publique soit développé et entériné par les partenaires associés à ce plan tel que prévu au chapitre II de la Loi sur la santé publique.	X	
5.4.02	Application de lignes directrices pour l'investigation des cas et le contrôle des éclosions en lien avec : les infections à *E.coli* 0157 H7; les infections à *Salmonella enteritidis*; les infections à *Campylobacter*.	1	Que d'ici 2007, en tenant compte des recommandations du MSSS, 100 % des cas déclarés des infections à *E. coli* 0157 H7, des cas de salmonellose et de campylobactériose soient enquêtés par les CLSC de la région.	X	X
5.4.03	Intégration du volet Sang (donneur et receveur) dans les enquêtes épidémio-logiques portant sur les maladies à déclaration obligatoire (MADO) transmis-sibles par les produits sanguins, les dons d'organes et les tissus.	1	Que d'ici 2005, une procédure régionale soit établie pour faciliter le signalement des risques identifiés à Héma-Québec.	X	X
		2	Que d'ici 2007, pour les maladies à déclaration obligatoire (MADO) visées le risque de transmissibilité par les produits sanguins, organes et tissus soient documentés pour 100 % des MADO visées.	X	X

Le domaine des maladies infectieuses					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
5.4.04	Vaccination contre l'hépatite A dans les groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec*.	1	Que d'ici 2007, l'intervention appropriée de santé publique soit réalisée auprès des contacts de 100 % des cas d'hépatite A déclarés.	X	X
5.4.05	Vaccination contre l'hépatite B des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec*.	1	Que d'ici 2007, 100 % des contacts de cas déclarés d'hépatite B aient fait l'objet d'une intervention appropriée de santé publique.	X	X
		2	Que d'ici 2007, le nombre de doses de vaccin contre l'hépatite B distribuées pour la vaccination gratuite des groupes vulnérables reconnus dans le *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ) soient documentés pour la région et par territoire de CLSC et Centres de santé autochtones.	X	X
5.4.06	Vaccination contre les infections à pneumocoque des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec*.	1	Que d'ici 2007, au moins 30 % des personnes âgées de 2 ans à 64 ans atteintes d'une maladie chronique soient vaccinées contre le pneumocoque.	X	X
5.4.07	Vaccination contre l'influenza des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec*.	1	Que d'ici 2007, 60 % des travailleurs des établissements de santé soient vaccinés contre l'influenza.	X	X
		2	Que d'ici 2007, 60 % des personnes de 6 mois à 59 ans atteints d'une maladie chronique soient vaccinées contre l'influenza.	X	X
		3	Que d'ici 2007, 80 % des personnes vulnérables en milieu fermé soient vaccinées contre l'influenza.	X	X
		4	Que d'ici 2007, 60 % des personnes âgées de 60 ans et plus en milieu ouvert soient vaccinées contre l'influenza.	X	X
5.4.08	Vaccination pour les personnes potentiellement exposées au virus de la rage humaine; application du protocole d'intervention contre la rage; diffusion des connaissances sur les mesures préventives contre la rage.	1	Que d'ici 2007, la surveillance des personnes potentiellement exposées au virus de la rage soit maintenue, en collaboration avec Info-santé, l'ACIA et les urgences des CH.	X	X
		2	Que d'ici 2007, l'intervention appropriée de santé publique soit réalisée auprès de 100 % des cas déclarés de morsure d'animal sauvage observable ou non observable.	X	X
5.4.09	Mise en place d'un système d'information vaccinale afin que le personnes puissent être inscrites dans le registre de vaccination prévu au chapitre VII de la Loi sur la santé publique.	1	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique et les CLSC s'inscrivent dans l'implantation d'un système d'information vaccinale développé par le MSSS.	X	
5.4.10	Gestion des produits immunisants, particulièrement au moyen d'un système informatisé, pour s'assurer de la qualité de ces produits.	1	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique maintienne la perte des produits immunisants à moins de 2 %.	X	X
		2	Que d'ici 2007, le MSSS rende disponible un système informatisé pour la gestion des produits immunisants.	X	X

Le domaine des maladies infectieuses					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
5.4.11	Élaboration d'un plan d'intervention régional en cas de pandémie d'influenza.	1	Que d'ici 2007, le plan d'intervention provincial en cas de pandémie d'influenza soit adapté à la réalité régionale.	X	
		2	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique ait développé des stratégies pour promouvoir la vaccination auprès des clientèles cibles, notamment les travailleurs assurant des services essentiels.	X	
5.4.12	Élaboration d'un plan d'intervention en cas d'émergence de la variole.	1	Que d'ici 2007, le plan d'intervention régional contre la variole soit élaboré en fonction du plan d'intervention provincial.	X	
5.4.13	Prévention auprès des adolescents et des adultes appartenant à des groupes vulnérables en ce qui concerne le VIH/sida, le VHC et les ITS.	1	Que d'ici 2007, les activités pour uniformiser les pratiques préventives (y compris en milieu carcéral) et rendre accessibles les services auprès des clientèles vulnérables soient consolidées au niveau régional afin de réduire l'incidence annuelle des cas de VIH et des hépatites B et C.	X	X
5.4.14	Intervention visant la récupération de seringues usagées (hépatite B, VHC, VIH) chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI). Activité en lien avec le réseau *programme d'échange de seringues*. (P.E.S.)	1	Que d'ici 2007, les sites du réseau *Programme d'échange de seringues* (P.E.S.) disposent des seringues usagées de manière sécuritaire.	X	X
5.4.15	Organisation des Services intégrés de dépistage du VIH/sida, du VHC et des ITS (SID).	1	Que d'ici 2007, un système de collecte de données soit implanté et fonctionne pour permettre l'évaluation quantitative régionale des *Services intégrés de dépistage* (SID).	X	X
		2	Que d'ici 2007, des *Services intégrés de dépistage* (SID) soit implanté dans chacun des territoires de CLSC et de Centres de santé autochtones.	X	X
5.4.16	Gratuité des médicaments pour traiter les ITS.	1	Que d'ici 2007, le programme de gratuité soit connu de 100 % des médecins prescripteurs et des pharmaciens.	X	
5.4.17	Intervention préventive auprès des partenaires d'une personne qui a contracté une ITS et, sur demande du médecin traitant, auprès d'une personne qui a contracté le VIH.	1	Que d'ici 2007, une intervention de prévention auprès des partenaires soit effectuée auprès de 100 % des cas déclarés de gonorrhée et de syphilis infectieuses et de 80 % des cas de chlamydia visés par une intervention préventive auprès des partenaires (IPP).	X	X
		2	Que d'ici 2007, chaque territoire de CLSC et Centres de santé autochtones puissent répondre aux demandes ponctuelles d'un médecin traitant en regard d'une intervention préventive auprès d'une personne infectée par le VIH.	X	X

Le domaine des maladies infectieuses					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
5.4.18	Prophylaxie postexposition aux liquides biologiques (VIH, VHC, VHB).	1	Que d'ici 2007, les CH et CLSC de la région aient mis en place un protocole postexposition aux liquides biologiques opérationnel pour les travailleurs et la population.	X	X
		2	Que d'ici 2007, 100 % des urgences des CH puissent offrir la trousse de départ des anti-rétroviraux pour la prophylaxie postexposition au VIH.	X	X
5.4.19	Promotion des comportements préventifs par la chimioprophylaxie et la transmission de conseils aux voyageurs. Promotion de la vaccination contre les maladies contractées à l'étranger (thyphoïde, hépatite A et hépatite B, par exemple) auprès des voyageurs.	1	Que d'ici 2007, les services Santé-voyage offerts dans les quatre CLSC de la région soient maintenus et que des solutions durables soient appliquées pour assurer l'accessibilité au service au Saguenay.	X	X
		2	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique maintienne l'accessibilité à une expertise de 2e ligne pour les services Santé-voyage des CLSC.	X	X
5.4.20	Transmission, aux médecins de première ligne, de l'information concernant l'exposition au virus de la rage et promotion auprès d'eux des mesures préventives.	1	Que d'ici 2007, tous les médecins généralistes (1re ligne) aient reçu l'information adéquate au regard de la rage humaine et animale au Saguenay-Lac-St-Jean.	X	
5.4.21	Connaissance de l'épidémiologie régionale concernant les infections nosocomiales, diffusion des recommandations et des guides de prévention concernant ces infections et définition des moyens pour faciliter l'application de ces recommandations.	1	Que d'ici 2007, 100 % des guides de prévention des infections nosocomiales soient diffusés et appliqués dans les CH de la région afin d'harmoniser les pratiques.	X	
5.4.22	Prise en charge et suivi des cas-index et des contacts étroits des personnes ayant une tuberculose contagieuse. Offre du test de dépistage tuberculinique aux personnes séropositives au VIH et traitement des personnes infectées. Évaluation initiale, traitement et suivi des immigrants nouvellement admis, tel que recommandé dans le *Protocole provincial d'intervention* .	1	Que d'ici 2007, 100 % des cas déclarés soient l'objet d'une enquête épidémiologique et d'un suivi pour la durée du traitement.	X	X
		2	D'ici 2007, 100 % des contacts étroits de cas de tuberculose active soient contactés pour connaître le traitement préventif prescrit et son observance.	X	X
5.4.23	Diffusion aux populations ciblées des recommandations établies à partir de l'investigation des éclosions de zoonoses autres que la rage humaine et adaptées aux différents modes de transmission de ces maladies.	1	Que d'ici 2007, 100 % des cas de zoonoses déclarés fassent l'objet d'une intervention de santé publique appropriée.	X	X
		2	Que d'ici 2007, les outils promotionnels disponibles soient diffusés auprès des publics cibles visés.	X	X
5.4.24	Application des recommandations québécoises relatives à la prévention et à la surveillance de l'encéphalite du Nil occidental, lesquelles recommandations sont adaptées aux modes de transmission de cette maladie.	1	Qu'un plan de communication soit développé pour les professionnels et la population visée dès la survenue d'un premier cas humain dans la région.	X	
		2	Que d'ici 2007, 100 % des cas suspects d'encéphalite au virus du Nil occidental (VNO) (1re sérologie positive) fassent l'objet d'une enquête épidémiologique.	X	

Le domaine de la santé environnementale					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
5.5.01	Promotion des moyens efficaces d'améliorer la qualité de l'air extérieur (utilisation du transport en commun, programmes d'inspection obligatoire des véhicules usagés, par exemple).	1	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique en collaboration avec ses partenaires, s'implique dans le suivi de la qualité de l'air extérieur et contribue à mieux documenter la pratique de l'utilisation du chauffage au bois et que la population soit renseignée sur les conditions optimales de l'utilisation de ce moyen de chauffage.	X	
		2	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique vérifie la faisabilité de l'implantation dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean du programme Info-Smog.	X	
		3	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique s'implique avec ses partenaires dans la promotion du co-voiturage au Saguenay Lac-Saint-Jean.	X	
5.5.02	Promotion des moyens efficaces de réduire l'exposition au pollen de l'herbe à poux par : des activités de sensibilisation à l'intention de la population concernant l'identification de l'herbe à poux et les mesures de contrôle à appliquer dans l'environnement immédiat.	1	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique réalise un état de situation sur la présence, la distribution et l'abondance de l'*Ambrosia* au Saguenay-Lac-Saint-Jean.	X	
5.5.03	Promotion d'une intervention concertée visant la réduction de l'exposition aux aéroallergènes environnementaux auprès des établissements d'enseignement primaire et secondaire, des regroupements de services de garde et des ministères concernés par la question.	1	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique ainsi que les CLSC aient participé à la promotion de cette formation aux inspecteurs municipaux en bâtiment.	X	X
5.5.04	Participation à l'organisation des services publics, sectoriels et intersectoriels, sur la qualité de l'air intérieur dans chacune des régions du Québec.	1	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique ait élaboré un cadre de référence régional.	X	
		2	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique ait contribué à la promotion du *Guide d'intervention intersectorielle aux municipalités*, en offrant aux différents intervenants et organismes publics concernés une formation sur les risques à la santé d'une mauvaise qualité de l'air intérieur et sur leurs rôles, pouvoirs et devoirs respectifs.	X	
		3	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique ait contribué à la production d'un Protocole de gestion et d'orientation des demandes vers les ressources appropriées.	X	
		4	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique de concert avec les CLSC, aient clarifié le rôle et les responsabilités des intervenants de la santé au travail et de la santé publique (service de santé environnementale) dans la conduite d'enquêtes ou d'interventions dans les différents milieux.	X	X
5.5.05	Conduite d'enquêtes épidémiologiques et organisation des activités appropriées lorsque sont signalés des problèmes de santé liés à la qualité de l'air intérieur où à la salubrité dans les écoles, les Centres de la petite enfance (CPE) ainsi que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.	1	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique exécute les enquêtes épidémiologiques et supervise les activités appropriées, lorsque sont signalés des problèmes de santé liés à la qualité de l'air intérieur ou la salubrité dans les écoles, les Centres de la petite enfance (CPE) et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.	X	

Le domaine de la santé environnementale					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
5.5.06	Participation au suivi de l'enlèvement ou de la réparation du flocage d'amiante dans les bâtiments scolaires déjà identifiés et soutien à l'évaluation de la présence d'amiante dans tous les établissements de soins de santé.	1	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique de concert avec les CLSC, aient effectué le suivi de toutes les situations de réfections prioritaires identifiées (travaux de coffrage ou d'enlèvement).	X	X
		2	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique ait participé au Programme provincial visant les établissements d'enseignement postsecondaire et autres.	X	
5.5.07	Définition d'une stratégie relative à l'exposition au radon domiciliaire.	1	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique ait réévalué les risques à la santé à la lumière des nouveaux critères d'exposition au radon, formuler les recommandations nécessaires aux personnes exposées à partir des données existantes.	X	
5.5.08	Information aux parents concernant les moyens efficaces de protéger leurs enfants de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets.	1	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique de concert avec les CLSC, aient effectué la distribution du dépliant sur les dangers de l'exposition aux ultraviolets *Danger* : *le bronzage pourrait avoir votre peau* , produit par le MSSS et l'Association des dermatologistes du Québec et tous les autres documents qui seront produits dans les prochaines années portant sur ce sujet.	X	X
5.5.09	Conduite d'enquêtes épidémiologiques et organisation des activités appropriées lorsque sont signalées des éclosions ou des intoxications reliées à l'eau et conduite d'enquêtes épidémiologiques dans tous les cas de dépassement des normes relatives aux *E. coli* fécaux dans les réseaux de distribution de l 'eau.	1	Que d'ici 2007, toutes les éclosions et intoxications reliées à l'eau potable continuent de faire l'objet d'une enquête épidémiologique.	X	
		2	Que d'ici 2007, tous les dépassements de normes relatives aux *E. coli* continuent d'être analysés par la Direction de santé publique et qu'une intervention appropriée soit réalisée.	X	
		3	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique consolide son accès au système d'information Discoverer du ministère de l'Environnement (MENVIQ) qui tient lieu du registre de la qualité de l'eau potable et des dépassements de normes bactériologiques et physico-chimiques.	X	
		4	Que d'ici 2006, la Direction de santé publique collabore avec Emploi-Québec et le ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir lors de la formation des opérateurs de système d'eau potable.	X	
5.5.10	Sensibilisation de la population à l'utilisation d'un détecteur de monoxyde de carbone (CO) dans la maison.	1	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique de concert avec les CLSC, s'assure de la diffusion des dépliants produits par le MSSS et continue de participer aux campagnes de communication qui seront organisées.	X	X
		2	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique sensibilise les professionnels de la santé à l'importance de déclarer les intoxications à déclaration obligatoire.	X	
		3	Que d'ici 2007, toutes les déclarations d'intoxication au monoxyde de carbone feront l'objet d'une enquête.	X	

Le domaine de la santé environnementale					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
5.5.11	Promotion du processus de déclaration des cas d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine environnementale, notamment pour ce qui est du monoxyde de carbone (CO) et des pesticides et conduite d'enquêtes épidémiologiques lorsque de tels cas sont déclarés.	1	Que d'ici 2006, la Direction de santé publique entreprenne de nouvelles campagnes de sensibilisation des intervenants de première ligne du réseau de la santé, de sorte que 100 % des médecins de première ligne et des infirmières cliniciennes auront été sensibilisés à déclarer les cas d'intoxication.	X	
5.5.12	Participation aux différentes étapes de la procédure d'évaluation et d'examen relative aux projets ayant des conséquences sur l'environnement ainsi qu'à l'application de la politique relative à la protection des sols et à la réhabilitation des terrains contaminés.	1	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique continue d'examiner les projets soumis à l'évaluation des impacts sur l'environnement et à participer à toutes les audiences publiques qui se tiennent sur le territoire du Saguenay-Lac-Saint-Jean ou qui concernent le Saguenay-Lac-Saint-Jean.	X	
		2	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique continue à participer au suivi environnemental de certains projets réalisés et d'informer la population concernée sur l'état de la situation.	X	
5.5.13	Participation au processus de révision des schémas d'aménagement proposés par les municipalités régionales de comté (MRC) et les communautés urbaines.	1	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique continue à émettre les commentaires nécessaires pour la protection et la promotion de la santé de la population lors de l'élaboration et de la révision des schémas d'aménagement des MRC.	X	
		2	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique continue à commenter au besoin les règlements de contrôle intérimaires.	X	
5.5.14	Élaboration d'un plan d'urgence relatif à la santé environnementale, incluant des actions relatives aux risques nucléaires, biologiques et chimiques en cas de bioterrorisme.	1	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique continue à maintenir son service de garde en santé publique, accessible 24 heures sur 24 aux personnes et organismes de première ligne susceptibles de déclarer des événements ou sinistres.	X	
		2	Que d'ici 2007, tous les signalements qui parviennent à la Direction de santé publique soient documentés et analysés en fonction du *Plan des mesures d'urgence*, de telle sorte que les interventions de prévention et de protection nécessaires soient réalisées et que les ressources nécessaires soient mobilisées.	X	
		3	Que d'ici 2005, une entente formelle avec l'INSPQ soit réalisée pour assurer une réponse complète et adéquate à toutes les situations impliquant des risques dans le domaine de la santé environnementale et des risques nucléaires, biologiques et chimiques.	X	
		4	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique ajuste son *Plan d'urgence* selon la planification de la Direction générale de la santé publique du Québec concernant les réponses aux situations relatives à la santé environnementale, ainsi qu'aux risques nucléaires, biologiques et chimiques reliés aux actes de terrorisme.	X	
5.5.15	Collaborations aux démarches régionales relatives à la gestion des risques d'accidents industriels majeurs, conformément à la Loi sur la sécurité civile, et à la préparation des schémas de sécurité civile.	1	Que d'ici 2007, la Direction de santé publique analyse et commente systématiquement les déclarations de risques de sinistres majeurs déposées à l'Organisation régionale de sécurité civile (ORSC) et commente les schémas de sécurité civile déposés par les municipalités ou MRC.	X	

Le domaine du développement des communautés					
N°	**Activité**	**Résultats attendus**		**Responsabilité de mise en œuvre**	
				Régionale	**Locale**
5.7.01	Participation du réseau de la santé publique aux activités concertées visant la réduction des inégalités dans le milieu régional.	1	Que d'ici 2006, soit explorée la possibilité de créer une entente spécifique avec différents partenaires concernés par la réduction des inégalités, en collaboration avec le Regroupement régional de dévelopement social (RRDS-02).	X	
		2	Que d'ici 2007, soit maintenue et favorisée la participation du réseau aux actions et projets en cours contribuant à la réduction des inégalités dans le milieu.	X	X
		3	Que d'ici 2006, soit maintenue la participation du réseau aux tables de concertation locales luttant contre la pauvreté.		X
5.7.02	Contribution avec les partenaires intersectoriels, aux activités concertées visant le renforcement de la vitalité des milieux.	1	D'ici 2006, un comité régional aura développé des stratégies susceptibles d'influencer l'implantation de politique publique favorisant la santé des communautés.	X	
		2	Que d'ici 2007, soient diffusées des informations liant le développement des communautés à l'amélioration de la santé et du bien-être, sous une forme facilement compréhensible pour la population.	X	
		3	Que d'ici 2007, soit maintenue et favorisée la participation aux actions et projets issus du milieu supportant l'*empowerment* collectif et contribuant au renforcement de la vitalité des milieux.	X	X
5.7.03	Promotion du développement des communautés (*empowerment* individuel et collectif) auprès des intervenants du réseau et de leurs partenaires.	1	Que d'ici 2007, soit soutenue l'utilisation de la stratégie de développement des communautés dans les programmes tels, *Naître égaux - Grandir en santé* (NEGS), *Programme de soutien aux jeunes parents* (PSJP), *École en santé*, etc.	X	X
		2	Que d'ici 2006, soit mis en place un comité de réflexion sur le développement des communautés afin de guider et de planifier la démarche au niveau de la région selon les deux axes retenus.	X	X
		3	Que d'ici 2007, soit développé et initié un plan de formation à l'intention des intervenants au regard du développement des communautés.	X	X
5.7.04	Consolidation des actions relatives à la concertation locale et régionale en sécurité alimentaire visant l'accessibilité et la disponibilité des aliments sains et nutritifs.	1	D'ici 2006, la population et les acteurs concernés par la sécurité alimentaire au Saguenay-Lac-Saint-Jean auront été informés de l'ampleur du phénomène de la faim et de son impact sur la santé de la population, notamment suite aux résultats de la recherche en cours.	X	
		2	D'ici 2007, le soutien à l'émergence de projets concertés et durables visant la sécurité alimentaire sera maintenu.	X	X
		3	D'ici 2006, la formation des intervenants du réseau au regard de l'*empowerment* individuel sera poursuivie.	X	X
		4	D'ici 2007, les acteurs locaux concernés par la faim et la sécurité alimentaire auront développé un mode de concertation propre à leur territoire, en lien avec la lutte à la pauvreté et dans une perspective de développement des communautés.		X

3. ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE POUR TOUTE LA POPULATION

Lexique

Activités : les activités sont prescrites par le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP). Ce sont les activités choisies par le Ministère pour contribuer à l'atteinte des objectifs de santé qu'il a fixés pour chacun des domaines.

Niveau actuel d'implantation : le niveau d'implantation est assigné au regard de l'activité PNSP plutôt que d'un ou des projets qui la compose; il s'agit d'un des trois niveaux suivants :

- *À mettre en place* : activité nouvelle à implanter;
- *À maintenir* : activité existante à poursuivre telle quelle;
- *À consolider* : activité existante à modifier ou à restructurer.

Voie d'action incontournable : activité prévue dans l'entente MSSS-CSST ou encore, activité à mettre en place dans le cas d'une menace pour la santé de la population par un agent biologique, chimique ou physique souvent associé aux intoxications, infections et maladies à déclaration obligatoire ou à des manifestions cliniques inhabituelles associées à une vaccination et associées à des mesures population-nelles de protection reconnues efficaces (ex. : vaccination, médication prophylaxique, quarantaine). Dans ces situations, il y a souvent nécessité d'agir rapidement.

État de la situation : il s'agit d'un bilan de la situation régionale réalisé en 2003 dans une perspective régionale.

Structure de concertation et de coordination : les membres des comités ou des tables régionales indiqués dans cette section, sont ceux qui travaillent à la réalisation de l'activité et qui contribueront à l'atteinte des résultats attendus.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre : il s'agit des résultats attendus pour la mise en œuvre de chacune des activités. Ce sont les orientations de la région.

La responsabilité de mise en œuvre est associée au niveau qui doit initier la mise en œuvre. Selon les résultats attendus, il peut s'agir d'une responsabilité régionale ou locale; dans certains cas, la responsabilité incombe aux deux paliers.

Rôles et contributions attendus des acteurs : la liste des partenaires, dont la collaboration est sollicitée pour atteindre les résultats exprimés plus haut, est énumérée. Pour chacun, on indique les rôles et contributions attendus au regard de la mise en œuvre.

Numérotation

Chacune des activités est associée à un numéro composé de 3 chiffres. Le 1er chiffre désigne le groupe clientèle (de 1 à 5), le 2e chiffre réfère au domaine d'intervention (de 1 à 7) et le 3e chiffre représente la séquence des activités.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE — N° : 5.1.01

Activité : Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives : prise d'une dose suffisante d'acide folique par les femmes en âge de procréer.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À mettre en place

État de la situation

Actuellement, il n'y a pas d'activités structurées régionalement pour la promotion de la prise d'acide folique par toutes les femmes en âge de procréer.

Or, de façon générale, lors du suivi médical et lors du suivi réalisé dans le cadre des différents programmes de périnatalité en CLSC et en CH, les femmes sont avisées de l'importance de la prise d'acide folique pour la grossesse en cours s'il y a lieu ou pour celles à venir.

Pour prévenir efficacement les anomalies du tube neural, par exemple le *spina bifida*, il est recommandé de prendre un supplément d'acide folique au moins 2 à 3 mois avant la conception et pendant le premier trimestre de la grossesse. Toutefois, comme de nombreuses grossesses ne sont pas prévues, il est donc souhaitable que toutes les femmes en âge de procréer prennent un supplément quotidien d'acide folique (multivitamines-multiminéraux contenant 0,4 mg d'acide folique).

Une offre provinciale de service de santé publique ciblant une première série d'interventions préventives (dont le dépistage des infections transmissibles sexuellement par le sang (ITSS), le dépistage du cancer du sein, la cessation tabagique, l'immunisation contre l'influenza, l'identification des clientèles vulnérables en périnatalité et en petite enfance) a été faite aux Groupes de médecine de famille (GMF) en juin 2003 et sera mise en annexe du *Guide provincial d'implantation des GMF* (à venir).

Cette offre provinciale est une première étape; elle évoluera au fil du temps et ciblera éventuellement d'autres pratiques cliniques préventives inscrites au *Programme de santé publique*. Une traduction régionale de cette offre de service pourrait être présentée notamment aux GMF et à l'ensemble des médecins de la région. Jusqu'à maintenant, aucune démarche régionale n'a été faite en ce sens.

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, les activités de counseling visant la prise suffisante d'acide folique soient maintenues auprès des femmes suivies dans le cadre des programmes de périnatalité dans chacun des territoires de CLSC.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Élaboration et mise en œuvre de l'offre régionale de service.

CLSC : Maintien des activités de counseling. Collaboration à la mise en œuvre de l'offre régionale de service.

CH : Maintien des activités de counseling. Soutien à la mise en œuvre de l'offre régionale de service.

Direction des services de santé, des affaires médicales et universitaires et Département régional de médecine générale (DRMG) : Soutien à la mise en œuvre de l'offre régionale de service.

Groupes de médecine de famille (GMF) – **Cabinets médicaux – Professionnels de la santé :** Maintien des activités de counseling. Participation à la concertation et aux activités de promotion et de formation.

Organismes communautaires : Participation à la concertation et aux activités de promotion et de formation.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE — N° : 5.1.02

Activité : Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives : formation des médecins axée sur la prévention du suicide.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

La Direction des services de santé, des affaires médicales et universitaires, en collaboration avec ses partenaires, est à préparer une formation qui sera offerte au cours de l'année 2004-2005 à tous les omnipraticiens de chacun des territoires. Elle vise à outiller les médecins pour le dépistage et l'intervention auprès des personnes suicidaires de même qu'à leur faire connaître l'ensemble des ressources communautaires de soutien à ces personnes, disponibles dans leur territoire.

Structures de concertation et de coordination

· Comité régional en santé mentale (CRSM)

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. Que d'ici 2005, une formation axée sur la prévention du suicide soit offerte à tous les médecins omnipraticiens.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à la promotion de la formation.

Centre de prévention du suicide 02 (CPS-02) : Promotion et coordination d'une formation en prévention du suicide auprès des médecins omnipraticiens de la région.

Direction des services de santé, des affaires médicales et universitaires et Département régional de médecine générale (DRMG) : Mise en œuvre de la formation. Promotion, par le DRMG, de la formation.

Groupes de médecine de famille (GMF) – **Cabinets médicaux** – **Professionnels de la santé :** Participation à la formation.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE — N° : 5.1.03

Activité : Organisation de campagnes de communication sociétales, à l'intention des adultes, portant sur la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Une campagne de communication au niveau régional portant sur la prévention de la violence conjugale a débuté en mars 2002. La clientèle ciblée est celle des hommes et les principaux partenaires à cette campagne sont les municipalités régionales de comté (MRC) et les conseils municipaux de la région.

Cette campagne comporte 3 volets dont 2 se poursuivent encore.

Pour le premier volet, la Table de concertation régionale sur la violence conjugale et les agressions à caractère sexuel, a initié un concours de création d'oeuvres d'art dans les 4 collèges de la région; elle s'est portée acquéreure des 17 œuvres qui font maintenant partie d'une collection nommée *Femme*.

Par la suite, toutes les MRC et les municipalités de la région ont été sollicitées pour s'inscrire au registre des partenaires du projet. Pour devenir partenaire, il faut signer une charte de non-violence, accueillir la collection *Femme* pour un vernissage/exposition et proposer des endroits de distribution d'outils de sensibilisation dans la municipalité. Jusqu'à ce jour, 5 MRC et 23 municipalités se sont engagées à devenir partenaires.

Finalement, le troisième volet consiste à la mise en place de panneaux publicitaires affichant des messages pour la prévention de la violence conjugale.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de travail régional de la campagne de communication
- Table de concertation régionale sur la violence conjugale et les agressions à caractère sexuel

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2006, les panneaux publicitaires soient installés sur les territoires de chaque MRC.
2. Que d'ici 2007, soit obtenue l'adhésion de toutes les municipalités du Saguenay–Lac-Saint-Jean au registre des partenaires.
3. Que d'ici 2007, soit identifiée une structure de suivi des engagements pris par les conseils municipaux.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Mise en œuvre de la campagne sociétale. Participation à la Table de concertation régionale et au Comité de travail régional.

CLSC : Collaboration à la mise en œuvre de la campagne sociétale. Soutien aux municipalités. Participation à la Table de concertation régionale et à la concertation locale.

Ministère des Transports (MTQ): Collaboration à la mise en œuvre de la campagne. Installation et entretien des panneaux routiers.

Municipalités régionales de comté (MRC) : Collaboration à la mise en œuvre de la campagne. Installation et entretien des panneaux publicitaires.

Municipalités : Collaboration à la mise en œuvre de la campagne sociétale.

Organismes communautaires impliqués en violence et en agressions sexuelles : Collaboration à la mise en œuvre de la campagne sociétale. Soutien aux municipalités. Participation à la Table de concertation régionale et à la concertation locale.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE — N° : 5.1.04

Activité : Sensibilisation du grand public et des professionnels de la santé et des services sociaux aux signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs, et diffusion d'information sur les activités et les services qui sont offerts.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Volet sensibilisation du grand public : la campagne *Demander de l'aide, c'est fort* se tient depuis plusieurs années dans la région et s'adresse aux hommes. Dans le cadre de cette campagne, des séances d'information ont été données sur *la Trajectoire de demande d'aide des hommes*. Des groupes d'aidants naturels en milieu de travail, de même que des groupes d'entraide et de soutien pour hommes ont aussi été mis sur pied.

À chaque année, dans le cadre de *la Semaine de la santé mentale,* l'Association canadienne pour la santé mentale, section Saguenay, en collaboration avec la Direction de santé publique, organise une campagne promotionnelle. En 2003, le thème était *Semaine Antistress.*

Également, plusieurs organismes se préoccupent des clientèles vulnérables et offrent différents services à l'ensemble de la population.

Structures de concertation et de coordination

· Comité aviseur en prévention du suicide

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, soit réalisée annuellement au moins une campagne pour sensibiliser le grand public aux signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Collaboration à la mise en œuvre de la campagne. Élaboration et mise en œuvre de l'offre régionale de service de promotion, d'intégration et de soutien aux pratiques cliniques préventives. Participation au comité aviseur sur le suicide.

CLSC : Participation aux activités de promotion. Collaboration à la mise en œuvre de l'offre régionale de service de promotion, d'intégration et de soutien aux pratiques cliniques préventives.

CH : Soutien à la mise en œuvre de l'offre régionale de service de promotion, d'intégration et de soutien aux pratiques cliniques préventives.

Direction des services de santé, des affaires médicales et universitaires et Département régional de médecine générale (DRMG) : Soutien à la mise en œuvre de l'offre régionale de service de promotion, d'intégration et de soutien aux pratiques cliniques préventives.

Organismes communautaires : Mise en œuvre de campagnes promotionnelles. Participation à la concertation et aux activités de promotion.

Domaine : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE — N° : 5.1.05

Activité : Prévention du jeu pathologique.

Niveau actuel d'implantation : À mettre en place

État de la situation

En avril 2000, le ministère de la Santé et des Services sociaux annonçait un vaste programme expérimental sur le jeu pathologique. La région reçoit un financement pour assurer des services de base pour le traitement des joueurs pathologiques. En 2002, le MSSS annonce une deuxième phase au programme expérimental et accorde un budget supplémentaire aux régions afin qu'elles développent les volets promotion-prévention, concertation, communication et pour qu'elles consolident le volet traitement en incluant des services aux proches et des services de conseillers financiers. Un plan d'action régional touchant ces différents volets est élaboré et acheminé au MSSS en novembre 2002.

En septembre 2003, les services de traitement ont été consolidés et sont maintenant disponibles sur chacun des territoires. Un service de soutien aux proches des groupes a été mis en place, mais il est peu utilisé. Des services de conseillers financiers sont accessibles depuis octobre 2003.

Un volet du *Plan d'action régional* est axé sur l'action préventive en millieu de travail. Le MSSS, a fait la diffusion d'une trousse aux grandes entreprises de la région; la Direction de santé publique a fait un retour auprès de chacune d'entre elles afin de vérifier si les trousses avaient bien été reçues et leur offrir du soutien et de l'accompagnement au besoin. Un plan d'action spécifique pour la prévention du jeu en milieu de travail a également été élaboré et plusieurs activités seront déployées tout au cours de la période 2004-2005. Ce plan d'action est lié au *Plan de communication régional* qui vise à faire reconnaître la problématique du jeu dans la population ainsi qu'à faire connaître les services disponibles.

Quant à la prévention du jeu pathologique ciblant les aînés et les jeunes, des interventions sont prévues dans le *Plan d'action régional* mais seront développées au cours de 2004 et 2005.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de travail pour la prévention du jeu en milieu de travail
- Comité de travail pour le *Plan de communication* sur la prévention et le traitement du jeu pathologique
- Comité régional en toxicomanie

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2005, soit produit un outil d'information à l'intention des parents au regard de la prévention du jeu pathologique chez les jeunes.
2. Que d'ici 2004, soit produit un plan de communication sur le jeu pathologique visant à améliorer les connaissances de la population au regard de la prévention du jeu pathologique et au regard des services régionaux disponibles.
3. Que d'ici 2005, soit tenue dans 15 % des entreprises de 100 employés et plus, au moins une activité préventive en matière de jeu pathologique (diffusion de matériel promotionnel, séances d'information, kiosques, etc.).
4. Que d'ici 2007, soit diffusée de l'information en prévention auprès de 30 % de la clientèle des groupes de l'âge d'or et des groupes de retraités des grandes entreprises.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Élaboration du *Plan de communication* et des outils d'information. Coordination et soutien au développement de l'ensemble des mesures de prévention en matière de jeu pathologique auprès des milieux de travail, des parents et des aînés. Coordination des comités de travail.

CLSC : Diffusion de matériel promotionnel auprès de leur clientèle.

Carrefour de santé de Jonquière - Centre de réadaptation en toxicomanie (CRT) : Soutien au Comité de travail pour l'élaboration du *Plan de communication* sur le jeu pathologique, collaboration à la mise en place de certaines activités inscrites au *Plan de communication*.

Centre de prévention du suicide 02 (CPS-02) : Tenue d'une conférence sur le *gambling* et suicide lors du colloque régional 2004 sur le suicide. Diffusion d'information aux groupes d'aidants naturels.

Comité de santé au travail des entreprises de 100 employés et plus : Connaissance de l'offre de service concernant les activités préventives en milieu de travail offertes par La maison d'hébergement Le Séjour inc. ou par Toxic-Actions. Appui à la promotion d'activités dans leurs milieux.

	Direction des services sociaux : Mise en place et coordination du mécanisme de concertation régional. Responsable de la réalisation de l'ensemble du *Plan d'action régional* en matière de jeu pathologique 2002-2005. **La maison d'hébergement Le Séjour inc. de Jonquière :** Participation au Comité sur la prévention du jeu en milieu de travail, élaboration de l'offre de service aux milieux de travail. Mise en œuvre des actions préventives auprès des entreprises des territoires de Saguenay et de Lac-Saint-Jean-Est. **Organismes communautaires en toxicomanie :** Diffusion de matériel promotionnel sur le jeu pathologique auprès de leur clientèle. **Programme d'aides aux employés (PAE) :** Information et référence (au besoin) aux services de traitement pour leur clientèle présentant un problème de jeu. **Toxic-Actions :** Participation au Comité sur la prévention du jeu en milieu de travail. Mise en œuvre des actions préventives auprès des entreprises des territoires de Prés-Bleus et de Maria-Chapdelaine.

Domaine : HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES

N° : 5.2.01

Activité : Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie dont la saine alimentation (consommation quotidienne d'au moins cinq portions de fruits et légumes).

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

La seule campagne de promotion sur la saine alimentation mise en œuvre actuellement est une activité *Mars, mois de la nutrition* menée annuellement depuis presque 25 ans par l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) et par la *Canadian Dietetic Association* (CDA) en collaboration avec leurs membres et plusieurs autres partenaires.

Dans la région, les diététistes et les nutritionnistes soulignent dans leur milieu de travail *le Mois de la nutrition* par différents projets (concours, tirages, kiosques dans les cafétérias, conférences grand public, articles dans les journaux internes et les journaux locaux, entrevues radiophoniques et dépliants personnalisés, etc.) à l'intention des employés de ces institutions et de la clientèle (en institution, milieu communautaire).

Depuis 2 ans, des activités ont été aussi développées au Saguenay–Lac-Saint-Jean en collaboration avec certains organismes communautaires (soupes populaires et cuisines collectives) : repas-santé, élaboration d'un livre de recettes.

Cependant, ces campagnes ne sont pas axées spécifiquement sur la consommation quotidienne d'au moins 5 portions de fruits et de légumes.

Par ailleurs, une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques et de promotion des saines habitudes de vie (incluant, entre autres, la promotion d'une saine alimentation) est actuellement en voie d'élaboration au niveau provincial.

Structures de concertation et de coordination

· Comité régional du mois de la nutrition

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, le milieu collabore à la mise en place d'activités de promotion de la saine alimentation, dans le cadre de la *Stratégie nationale de promotion des saines habitudes de vie générée par le MSSS*.
2. Que d'ici 2007, des activités de promotion de la saine alimentation soient organisées annuellement en mars, *Mois de la Nutrition*.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à la mise en œuvre de la campagne régionale et aux activités promotionnelles. Soutien et participation à la structure régionale du *Mois de la nutrition*. Mise en place, le cas échéant, d'une structure régionale de concertation au regard des stratégies de promotion nationales des saines habitudes de vie.

CLSC : Participation aux différentes campagnes et aux activités promotionnelles. Participation aux structures régionales de concertation.

CH : Participation aux campagnes et aux activités promotionnelles.

Commissions scolaires et écoles primaires : Participation aux campagnes promotionnelles et aux activités. Participation à la structure régionale.

Groupes de médecine de famille (GMF) – **Cabinets médicaux** – **Dentistes et autres professionnels :** Participation aux campagnes et aux activités promotionnelles.

Ordres professionnels: (OPDQ), (CDA) : Organisations provinciale et nationale de la campagne de promotion du *Mois de la nutrition.* Nomination du responsable régional de la campagne. Élaboration et distribution du matériel. Allocation de fonds.

Organismes communautaires : Participation aux campagnes et aux activités promotionnelles. Participation à la structure régionale de concertation de promotion des saines habitudes de vie.

Domaine : HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES **N° : 5.2.02**

Activité : Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie dont la pratique régulière d'activité physique (30 minutes d'activité physique par jour).

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

La campagne *Plaisir sur glace* qui en est à sa troisième édition en 2004, est une activité familiale visant à faire la promotion de l'activité physique en hiver. Les municipalités sont invitées à promouvoir le patinage sur les glaces extérieures de quartier.

La campagne *Plaisir sur glace* a, jusqu'à maintenant, permis à 13 municipalités d'organiser diverses activités invitant les familles à profiter des plaisirs de l'hiver.

De plus, une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques et de promotion des saines habitudes de vie (incluant, entre autres, la promotion de la pratique régulière de l'activité physique) est actuellement en voie d'élaboration au niveau provincial. Des campagnes de communication pourraient être développées dans le cadre de cette stratégie et la campagne *Plaisir sur glace* pourrait y être associée.

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, au moins 20 municipalités de la région aient développé et consolidé des activités dans le cadre de la campagne *Plaisir sur glace*.
2. Que d'ici 2007, le milieu collabore à la mise en place d'activités de promotion de la pratique régulière d'activité physique dans le cadre de la *Stratégie nationale de promotion des saines habitudes de vie, générée par le MSSS*.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Mise en œuvre des activités régionales de promotion. Soutien aux comités locaux.

CLSC : Collaboration à la mise en œuvre des activités locales de promotion.

Écoles : Collaboration à la mise en œuvre des activités locales de promotion de la campagne *Plaisir sur glace*.

Municipalités : Organisation et mise en œuvre des activités locales de promotion de la campagne *Plaisir sur glace.*

Domaine : HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES **N° : 5.2.03**

Activité : Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie dont le non-usage du tabac.

Niveau actuel d'implantation : À maintenir

État de la situation

Chaque année, la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*, la *Journée mondiale sans tabac* et le *Défi J'arrête, j'y gagne!* sont planifiés et promus régionalement.

Tout près de 1 000 organismes reçoivent le matériel de promotion de la Semaine et du Défi.

Pour sa part, le *Défi J'arrête, j'y gagne!* connaît un succès majeur dans la région en terme de participation de fumeurs qui relèvent le défi de ne pas fumer pendant 6 semaines.

En 2003, le défi a été relevé par 2 650 fumeurs de la région, soit un taux de participation de 3,4 % des fumeurs de 12 ans et plus dans la région.

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. D'ici 2007, que la promotion annuelle des activités comme la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*, la *Journée mondiale sans tabac* et le *Défi J'arrête, j'y gagne!* soit réalisée auprès de tous les centres commerciaux, les organismes communautaires, les cliniques médicales et dentaires et les établissements de santé et d'éducation de la région.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Coordination des campagnes de promotion, des activités de prévention et cessation du tabagisme.

CLSC : Participation aux campagnes de promotion des activités de prévention et cessation du tabagisme.

Cégeps et Université : Participation aux campagnes de promotion des activités de prévention et cessation du tabagisme.

Centres commerciaux : Participation aux campagnes de promotion des activités de prévention et cessation du tabagisme.

Centres de la petite enfance (CPE) : Participation aux campagnes de promotion des activités de prévention et cessation du tabagisme.

CH : Participation aux campagnes de promotion des activités ou programmes de prévention et cessation du tabagisme.

Cliniques médicales et dentaires : Participation aux campagnes de promotion des activités de prévention et cessation du tabagisme.

Municipalités : Participation aux campagnes de promotion des activités de prévention et cessation du tabagisme.

Organismes communautaires : Participation aux campagnes de promotion des activités de prévention et cessation du tabagisme.

Domaine : HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES **N° : 5.2.04**

Activité : Révision de la *Politique québécoise en matière de nutrition* (1977) et des *Orientations en matière d'alimentation dans le milieu scolaire* (1988) et leur mise en œuvre.

Niveau actuel d'implantation : À mettre en place

État de la situation

Les démarches de révision de *la Politique québécoise en matière de nutrition* (1977) et des *Orientations en matière d'alimentation dans le milieu scolaire* (1988) n'ont pas encore été initiées au ministère de la Santé et des Services sociaux. La Direction de santé publique et le milieu scolaire n'ont donc pas été mis à contribution.

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. D'ici 2007, à la demande du MSSS, la Direction de santé publique et ses partenaires collaboreront à la révision de la *Politique québécoise en matière de nutrition* (1977) et des *Orientations en matière d'alimentation dans le milieu scolaire* (1988).

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Collaboration à la révision et soutien à la consultation du milieu.

CLSC : Collaboration à la consultation.

CH: Collaboration à la consultation.

Comité régional de l'Ordre des diététistes du Québec : Collaboration à la consultation.

Milieu scolaire : Collaboration à la consultation.

Organismes communautaires : Collaboration à la consultation.

Domaine : HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES **N° : 5.2.05**

Activité : Promotion des mesures optimales de fluoration.

Niveau actuel d'implantation : À mettre en place

État de la situation

Historiquement, la municipalité de Roberval a été la seule de la région à participer au *Programme de fluoration de l'eau de consommation du MSSS*, mais celle-ci a arrêté de le faire depuis 1995.

Il y a eu aussi fluoration de l'eau de consommation sur la Base des Forces armées canadiennes de Bagotville, ainsi que dans le quartier réservé aux militaires. La fluoration a été également arrêtée en 1994.

Par ailleurs, bien que l'eau potable n'était pas artificiellement fluorée, il y a eu des cas de dépassement des normes en fluorure naturel dans l'eau potable des municipalités de Saint-Méthode (1980) et de Chicoutimi (1987). Depuis, aucun autre cas de dépassement n'a été signalé.

Présentement, aucune municipalité de la région participe au *Programme de fluoration de l'eau de consommation du MSSS*.

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. D'ici 2005, promouvoir l'application du règlement ministériel visant à fixer à 0,7 mg/L la concentration optimale en fluorure dans l'eau potable fluorée artificiellement auprès de toutes les municipalités avec un réseau d'aqueduc ou tous les propriétaires de stations de traitement de l'eau potable desservant une population de 5 000 habitants et plus.
2. D'ici 2007, que soit appliqué ce règlement dans au moins une municipalité du Saguenay et une du Lac-Saint-Jean.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Promotion de ce règlement auprès des municipalités concernées. Collaboration à la collecte de données techniques chez les municipalités intéressées. Soutien aux municipalités dans l'élaboration de protocoles d'entente sur la mise en place de la fluoration de l'eau de consommation (soutien, séance d'information, production d'outils, etc.). Création d'un registre régional de surveillance sur la concentration optimale en fluorure.

Ministère de l'Environnement : Soutien à l'adoption de la réglementation concernant la fluora-tion de l'eau de consommation.

Municipalités et propriétaires de stations de traitement de l'eau potable : Collecte de données techniques. Adoption d'une réglementation et application de protocoles d'entente. Collaboration à la mise en œuvre de la fluoration de l'eau de consommation. Responsable du maintien de la concentration optimale en fluorure.

Domaine : HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES — N° : 5.2.06

Activité : Promotion de la création d'environnements et de contextes d'activités sécuritaires et accessibles favorisant la pratique régulière d'activité physique d'intensité modérée et visant, par exemple l'utilisation optimale des équipements, l'accès aux infrastructures, l'aménagement urbain et le soutien à des réseaux organisés.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Depuis plusieurs années, le programme Kino-Québec de la Direction de santé publique, en lien avec divers partenaires, fait la promotion des saines habitudes de vie par la création d'environnements et de contextes d'activités sécuritaires et accessibles. Ces projets bénéficient du soutien d'une concertation intersectorielle.

En milieu scolaire, le projet pilote sur l'implantation d'une politique de prévention et d'intervention en matière de violence et d'agression sexuelle à Chicoutimi et Hébertville, le projet de leadership étudiant *Voltage*, le projet *Aller-retour actif et sécuritaire pour l'école,* la *Journée internationale marchons vers l'école*, le concours *École active,* et, l'animation et l'aménagement de la cour d'école dans 13 écoles primaires, secondaires et de formation professionnelle à la commission scolaire de la Jonquière, ont permis de promouvoir la création d'environnements et de contextes d'activités sécuritaires et accessibles favorisant la pratique régulière d'activité physique.

Chez les adultes, le projet de *Marche urbaine* dans l'arrondissement Chicoutimi, les clubs de marche intérieure de Place du Royaume et du Carrefour Jeannois de Roberval, s'inscrivent dans cette même foulée.

La promotion de l'activité physique chez les aînés a connu beaucoup de succès. Il y a plus de 160 groupes d'aînés, qui font hebdomadairement des séances d'exercices connues sous l'appellation *Viactive*. Les groupes *Viactive* sont organisés en 4 associations et une Table de concertation régionale voit à la planification et au suivi des activités.

Les groupes d'aînés ont besoin d'un soutien pour poursuivre leurs efforts dans ce sens, comme : le renouvellement des contenus d'activités, l'amélioration et le maintien des habiletés, etc. Pour répondre à ce besoin, deux conseillers *Viactive* sous la supervision de la Fédération de l'Âge d'Or, soutiennent les 160 groupes.

Structures de concertation et de coordination

- Comité régional de promotion de l'activité physique chez les aînés

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, soit soutenue l'adoption d'une politique de prévention et d'intervention en matière de violence et d'agression sexuelle pour pratiquer des activités sportives et de loisirs en toute sécurité auprès des quatre commissions scolaires de la région.
2. Que d'ici 2007, 100 % des écoles primaires et secondaires aient reçu l'information dans le cadre du projet de leadership étudiant *Voltage*, de la *Journée internationale marchons vers l'école* pour le projet *Aller-retour actif et sécuritaire pour l'école* et du concours *École active de Kino-Québec*.
3. Que d'ici 2007, un groupe de travail sur l'animation et l'aménagement de la cour d'école de Kino-Québec soit mis en place dans les quatre commissions scolaires de la région.
4. Que d'ici 2007, soit maintenu le soutien au projet de *Marche urbaine* dans l'arrondissement Chicoutimi et aux clubs de marche existants.
5. Que d'ici 2007, 180 groupes d'aînés participent au programme *Viactive*, dans le but de maintenir leur santé et leur autonomie.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Promotion régionale de la création d'environnements et de contextes d'activités sécuritaires et accessibles. Participation aux comités régionaux et locaux. Soutien aux partenaires (formation, conception d'outils, soutien à la concertation, etc.).

CLSC : Promotion locale de la création d'environnements et de contextes d'activités sécuritaires et accessibles. Collaboration et soutien à la réalisation d'activités locales de concertation portant sur la promotion de l'activité physique et le développement d'environnements favorables et sécuritaires.

Centres jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean : Soutien aux activités initiées par les partenaires du milieu en matière d'acquisition de saines habitudes de vie, dont la pratique régulière d'activité physique ainsi que l'aménagement d'environnements accessibles et sécuritaires. Participation à l'implantation d'une politique de prévention et d'intervention en matière de violence et d'agression sexuelle à l'ensemble de la région.

· Table des directeurs de loisirs des municipalités · Table du Regroupement Loisirs et Sports du Saguenay–Lac-Saint-Jean en matière de violence et d'agression sexuelle en loisirs et sports	**CH :** Participation à la mise en œuvre d'activités de promotion d'environnements favorables à la pratique régulière et sécuritaire d'activité physique. **CHSLD :** Collaboration et participation au programme *Viactive*. **Direction des services de santé, des affaires médicales et universitaires :** Participation à la mise en œuvre d'activités de promotion d'environnements favorables à la pratique régulière et sécuritaire d'activité physique. **Fédération de l'âge d'or du Québec région 02 :** Promotion et soutien au fonctionnement du programme *Viactive*. **Groupes de médecine de famille (GMF)** – **Cabinets médicaux – Pharmacies :** Participation à la promotion d'environnements favorables à la pratique régulière et sécuritaire d'activité physique. **Milieu scolaire :** Promotion et mise en place d'environnements et de contextes d'activités sécuritaires et accessibles favorisant la pratique régulière d'activité physique. **Municipalités :** Promotion et mise en place d'environnements et de contextes d'activités sécuritaires et accessibles favorisant la pratique régulière d'activité physique. **Organismes communautaires et autres partenaires :** Participation et soutien à la mise en œuvre d'activités de promotion d'environnements favorables à la pratique régulière et sécuritaire d'activité physique. **Services de garde en milieu scolaire :** Promotion et mise en place d'environnements et de contextes d'activités sécuritaires et accessibles favorisant la pratique régulière d'activité physique. **Verts boisés du Fjord :** Promotion et développement de réseaux piétonniers dans les municipalités du Saguenay.

Domaine : HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES — N° : 5.2.07

Activité : Intégration des services de consultation brève concernant l'arrêt de la consommation de tabac, des services téléphoniques d'information, d'orientation et de consultation relatifs au tabagisme et des services de dépistage et de consultation intensifs concernant le tabagisme.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Afin de bien intégrer les services d'abandon du tabagisme, le ministère de la Santé et des Services sociaux a élaboré un *Plan québécois d'abandon du tabagisme* (PQAT). Dans le cadre de sa mise en œuvre, 3 types de services ont été mis sur pied pour les fumeurs qui désirent cesser de fumer. Il s'agit d'une ligne téléphonique de counseling et de référence 1 800, d'un site Internet et de centres d'abandon du tabagisme.

Dans la région, des centres d'abandon du tabagisme sont maintenant en opération dans l'ensemble des territoires de CLSC et offrent un programme de soutien intensif aux fumeurs qui désirent cesser de fumer. De plus, les infirmières des centres d'abandon du tabagisme situés en CLSC ont commencé à établir des mécanismes auprès des professionnels en CH et en CLSC, afin qu'ils puissent y référer leur clientèle.

Enfin, le comité régional en cessation tabagique voit à une meilleure intégration des services, entre autres, la réorganisation du système de collecte de données et d'évaluation en suivi tabagique. Ce comité évalue les besoins de formation et s'est également impliqué dans l'élaboration de la programmation des services de cessation tabagique dispensés dans le cadre du programme régional de *Trajectoire de services de réadaptation intégrés* pour les maladies chroniques. Cette implication permettra d'offrir un service sur mesure aux fumeurs aux prises avec un problème de santé respiratoire et cardiovasculaire.

Structures de concertation et de coordination

- Comité régional de suivi du projet *Trajectoire de services de réadaptation intégrés* pour les maladies chroniques
- Comité régional en cessation tabagique
- Sous-comité régional en cessation tabagique - maladies chroniques

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2005, un mécanisme de référence des fumeurs aux centres d'abandon du tabagisme ait été mis en place en collaboration avec les professionnels de la santé.

RÉGIONALE

2. Que d'ici 2007, la promotion des services prévus dans le *Plan québécois d'abandon du tabagisme*, dont les centres d'abandon du tabagisme, soit effectuée à tous les ans.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Promotion des services et coordination des centres d'abandon du tabagisme. Mise en place d'un mécanisme de référence aux centres d'abandon du tabagisme. Coordination du comité régional en cessation tabagique. Coordination du sous-comité en cessation tabagique – maladies chroniques. Participation au comité régional de suivi du projet *Trajectoire de services de réadaptation intégrés* pour les maladies chroniques et au comité régional de lutte contre le cancer.

CLSC : Responsable du Centre d'abandon du tabagisme. Promotion des services. Participation à la mise en place d'un mécanisme de référence aux centres d'abandon du tabagisme. Participation au comité régional en cessation tabagique. Participation au sous-comité en cessation tabagique – maladies chroniques.

Cabinets dentaires : Counseling minimal. Référence des fumeurs aux centres d'abandon du tabagisme.

CH : Counseling minimal. Référence des fumeurs aux centres d'abandon du tabagisme. Participation au sous-comité en cessation tabagique – maladies chroniques.

Groupes de médecine de famille (GMF) – **Cabinets médicaux** – **Professionnels de la santé :** Counseling minimal. Référence des fumeurs aux centres d'abandon du tabagisme.

Organismes communautaires: Promotion des services et référence des fumeurs aux centres d'abandon du tabagisme.

Domaine : TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

N° : 5.3.01

Activité : Collaboration à la définition et à la mise en œuvre de mesures visant la régulation de la circulation et l'aménagement des intersections.

Niveau actuel d'implantation : À mettre en place

État de la situation

Régionalement, il n'y a pas eu, dans les dernières années, d'activités au regard de cet objectif. Cependant des préoccupations ont émergé des CLSC et de la communauté en ce qui a trait aux écoles, aux résidences pour personnes âgées, ainsi qu'aux personnes handicapées, particulièrement depuis l'adoption du virage à droite sur feu rouge.

De plus, on souligne une nouvelle problématique : l'utilisation de la route par les fauteuils roulants motorisés et les triporteurs.

Au Québec, un projet pour le développement d'outils visant l'identification de problèmes de sécurité routière, au niveau du réseau routier municipal, est actuellement en cours. Également, une formation portant sur l'approche de promotion de la sécurité et de prévention des traumatismes, adaptée au contexte de la sécurité routière, est à venir.

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, soit amorcée une démarche pour l'implantation d'un programme de soutien local, visant la régulation de la circulation et l'aménagement des intersections dans au moins un territoire de CLSC.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à l'implantation et à la concertation au niveau local (formation des intervenants locaux dans les CLSC, etc.).

CLSC : Implantation d'un programme de soutien local.

Corps policiers : Participation à la concertation locale. Collaboration à l'implantation d'un programme de soutien local.

Municipalités : Participation à la concertation locale. Collaboration à l'implantation d'un programme de soutien local.

Organismes communautaires : Participation à la concertation locale. Collaboration à l'implantation d'un programme de soutien local.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES

N° : 5.4.01

Activité : Application de lignes directrices relatives aux maladies évitables par l'immunisation et autres maladies à déclaration obligatoire pour l'investigation des cas et le contrôle des éclosions, tel que cela est prévu au chapitre XI de la Loi sur la santé publique.

Niveau actuel d'implantation : À consolider - Voie d'action incontournable

État de la situation

Le chapitre XI de la Loi sur la santé publique donne des pouvoirs, notamment aux autorités de santé publique, en cas de menace à la santé de la population. Le directeur de santé publique peut, entre autres, instituer des enquêtes épidémiologiques lorsqu'il reçoit une déclaration d'une infection ou d'une maladie à déclaration obligatoire, une déclaration d'une manifestation clinique inhabituelle à la suite d'une vaccination ou lors d'un signalement donné par les intervenants visés par suite d'une vaccination ou lors d'un signalement donné par les intervenants visés par la loi. Le directeur a également un pouvoir d'ordonner afin d'empêcher que ne s'aggrave une menace à la santé de la population, diminuer les effets de cette menace ou, idéalement, l'éliminer.

Toutes ces mesures de vigie sanitaire en lien avec les maladies infectieuses sont appliquées par le Service des maladies infectieuses de la Direction de santé publique (DSP) du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Les enquêtes épidémiologiques, suite aux déclarations ou aux signalements faits principalement par les intervenants du réseau, sont initiées par le personnel de ce service ou par les intervenants des CLSC. L'application des protocoles est faite en collaboration avec les intervenants du réseau, par exemple pour l'immunisation ou la chimioprophylaxie lorsqu'indiquées selon les protocoles d'intervention.

Il est à souligner qu'avec la nouvelle Loi sur la santé publique, en plus du système de maladies à déclaration obligatoire, s'ajoute la notion de signalement aux autorités de santé publique. Le signalement interpelle les partenaires du milieu scolaire, du travail, etc., lesquels doivent porter à l'attention de la DSP toute situation où ils ont des motifs de croire qu'il existe une menace à la santé de la population. Il appartient ensuite à la DSP de déterminer la validité de cette information et d'estimer le risque réel pour la santé publique.

Enfin, dans les cas où le directeur de santé publique ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut, en vertu de l'article 97 de la Loi sur la santé publique, activer le *Plan de mobilisation des ressources* des établissements de santé et de services sociaux. Le personnel ainsi mobilisé et placé ponctuellement sous l'autorité du directeur de santé publique, reçoit une formation accélérée afin de réaliser par la suite les interventions requises par la situation.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. Que d'ici 2005, 100 % des intervenants visés aient reçu l'information sur la nouvelle liste des maladies à déclaration obligatoire (MADO) et les modalités de déclaration et de signalement des menaces potentielles à la santé.
2. Que d'ici 2007, le Plan de mobilisation des ressources en santé publique soit développé et entériné par les partenaires associés à ce plan tel que prévu au chapitre II de la Loi sur la santé publique.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Gestion et coordination des interventions de santé publique. Formation des intervenants. Soutien aux intervenants et établissements du réseau.

Cliniciens généralistes et spécialisés : Contribution à la déclaration des maladies à déclaration obligatoire (MADO) et au signalement des situations potentiellement à risque pour la santé de la population.

CLSC – **CH** – **CHSLD :** Collaboration aux enquêtes et à l'intervention de santé publique.

Structures de concertation et de coordination	
· Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses · Groupe de travail régional pour la préparation du Plan de mobilisation des ressources du réseau de la santé (à mettre en place)	

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 5.4.02**

Activité : Application de lignes directrices pour l'investigation des cas et le contrôle des éclosions en lien avec : les infections à *E. coli* 0157 H7; les infections à *Salmonella enteritidis*; les infections à *Campylobacter*.

Niveau actuel d'implantation : À consolider - Voie d'action incontournable

État de la situation

Les infections entériques surviennent le plus souvent à la suite de l'ingestion d'aliments ou d'eau contaminés et peuvent être liées notamment à des problèmes de santé environnementale. Certaines infections entériques bactériennes sont à déclaration obligatoire par les laboratoires seulement; la vigie sanitaire ne représente donc qu'une fraction des cas réels, car ceci suppose que la personne a consulté un médecin et que celui-ci a eu recours aux prélèvements appropriés qui en permettent la confirmation. Parmi ces infections, le *Programme de santé publique* en retient 3 en terme de priorité d'action.

Les infections à *E. coli* 0157 H7 ont été sous les feux de la rampe en 2000, principalement en raison de l'incident majeur de Walkerton en Ontario, associé à la contamination de l'eau potable. Au cours de cette même année, l'incidence de ces infections avait connu une hausse appréciable au Québec, mais le principal facteur de risque identifié était la consommation de viande de boeuf (hachée ou attendrie). L'incidence moyenne annuelle des entérites à *E. coli* 0157 H7 au Saguenay–Lac-Saint-Jean, de 1997 à 2001, se situe à 11 cas pour 100 000 personnes, alors qu'à l'échelle du Québec, l'incidence de ces infections se situe en moyenne à 5 cas pour 100 000 personnes. Ces infections surviennent à l'année, avec un pic l'été. Les enfants d'âge préscolaire sont les plus traditionnellement affectés, avec les personnes âgées. La prévention des entérites à *E. coli* 0157 H7 se fait de façon continue par les campagnes annuelles sur la « maladie du hamburger », qui rappellent à la population les techniques de manipulation adéquate de la viande ainsi que par la surveillance de la qualité de l'eau potable.

Les infections à *Salmonella* sont traditionnellement associées à la contamination du poulet non ou mal cuit, mais plusieurs autres sources animales peuvent être en cause et l'identification de sous-espèces et sérotypes de salmonelles donnent des pistes particulières permettant de cibler l'intervention. Des toxi-infections alimentaires sont également souvent associées à ces infections. De 1997 à 2001, l'incidence moyenne des infections à salmonelle au Saguenay–Lac-Saint-Jean est de 18/100 000 alors que, l'incidence annuelle moyenne au Québec se situe à 15 cas pour 100 000 personnes.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, en tenant compte des recommandations du MSSS, 100 % des cas déclarés des infections à *E. coli* 0157 H7, des cas de salmonellose et de campylobactériose soient enquêtés par les CLSC de la région.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Mise en œuvre des enquêtes. Soutien aux intervenants et aux établissements.

CLSC et Centres de santé autochtones : Signalement des éclosions (Info-santé). Collaboration aux enquêtes.

Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ) : Collaboration aux enquêtes si pertinent.

Le *Campylobacter* est le pathogène entérique le plus fréquemment déclaré : en nombre absolu, il arrive au deuxième rang de toutes les maladies à déclaration obligatoire, après la chlamydiose. De 1997 à 2001, le nombre de cas est passé de 276 (en 1997) à 138 (en 2001) pour un nombre moyen de 194 cas au Saguenay–Lac-Saint-Jean et plus de 3 000 au Québec. La manipulation de volaille crue ou la consommation de poulet mal cuit constitue un risque significatif de campylobactériose.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 5.4.03**

Activité : Intégration du volet « Sang » (donneur et receveur) dans les enquêtes épidémiologiques portant sur les maladies à déclaration obligatoire (MADO) transmissibles par les produits sanguins, les dons d'organes et les tissus.

Niveau actuel d'implantation : À consolider - Voie d'action incontournable

État de la situation

En janvier 1997, le ministre de la Santé et des Services sociaux entreprenait la reconfiguration du système de gestion du sang en se basant sur les propositions du Comité québécois sur l'approvisionnement, la gestion et la distribution du sang (rapport Gélineau) et sur les recommandations du rapport du juge Krever avec l'objectif d'harmoniser le nouveau système du sang avec les services de santé au Québec.

Au Québec, le MSSS est responsable du système du sang. Ce système est formé de quatre grandes composantes, soit : le fournisseur de produits sanguins (Héma-Québec), le réseau sociosanitaire, l'hémovigilance et le système intégré d'information sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance.

L'hémovigilance est définie dans le rapport Gélineau comme « un processus continu et standardisé de collecte, d'analyse de données et de diffusion des résultats à ceux qui ont besoin d'en être informés », qui comprend « l'ensemble des procédures de surveillance organisée depuis la collecte du sang et de ses composantes jusqu'au suivi des receveurs, le tout en vue de recueillir et d'évaluer les informations sur les effets inattendus et indésirables graves résultant de l'utilisation thérapeutique des produits sanguins et en vue de prévenir l'apparition de ces effets chez les receveurs ».

L'intervention de la Direction de santé publique dans la prévention de la transmission d'une maladie à déclaration obligatoire potentiellement transmissible par le don ou la réception de sang, organes ou tissus, s'inscrit à l'intérieur de l'enquête épidémiologique réalisée systématiquement lors de la déclaration d'un cas d'une de ces maladies à déclaration obligatoire. Les objectifs spécifiques de l'intervention en santé publique sont :

- prévenir l'apparition de cas secondaires en agissant rapidement au niveau des banques de sang, de cellules souches ou de tissus par la mise en quarantaine de produits soupçonnés d'être contaminés;
- retirer et détruire les produits sanguins, cellules souches ou tissus provenant de donneurs ayant une infection documentée;

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2005, une procédure régionale soit établie pour faciliter le signalement des risques identifiés à Héma-Québec.
2. Que d'ici 2007, pour les maladies à déclaration obligatoire (MADO) visées, le risque de transmissibilité par les produits sanguins, organes et tissus soient documentés pour 100 % des MADO visées.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Mise en œuvre de l'enquête épidémiologique. Participation au Comité de médecine transfusionnelle.

CLSC : Collaboration à l'enquête épidémiologique.

CH : Collaboration à l'enquête épidémiologique. Participation au Comité de médecine transfusionnelle.

- assurer un approvisionnement suffisant et sécuritaire par la remise en inventaire des produits sanguins, cellules souches ou tissus quand la preuve a été faite que le ou les donneurs n'étaient pas contaminés;
- assurer un suivi médical approprié aux personnes ayant reçu des produits sanguins, des cellules souches, des tissus ou des organes provenant d'une personne infectée.

Depuis le 18 avril 2002, l'infection par le VIH est incluse dans la liste des maladies soumises à une déclaration obligatoire selon la Loi sur la santé publique. Depuis 1987, seul le syndrome d'immunodéficience acquise, soit la phase avancée de l'infection par le VIH, était soumis à cette obligation au Québec, et ce, de façon anonyme. L'enquête, suite à une déclaration d'infection à VIH, est faite par un intervenant de santé publique unique, localisé au Laboratoire de santé publique du Québec.

De 1997 à 2001, il n'y a eu aucun cas de brucellose, d'encéphalite à virus transmissible par arthropodes, de fièvres hémorragiques virales et de rage humaine au Saguenay–Lac-Saint-Jean.

La présence de micro-organismes dans le sang exige des mesures afin d'empêcher la contamination des produits sanguins et la transmission aux receveurs de ces produits. Les cas déclarés de certaines maladies potentiellement transmissibles par le sang devront être investigués afin d'éliminer ce risque d'acquisition de l'infection. Dans la région 02, on estime à environ de 80 à 100 cas par année le nombre de maladies à déclaration obligatoire (MADO) potentiellement transmissibles par le sang.

Structures de concertation et de coordination

· Comité de médecine transfusionnelle

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 5.4.04**

Activité : Vaccination contre l'hépatite A dans les groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec* .

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

La vaccination est une mesure de prévention qui a largement fait la preuve de son efficacité pour réduire les coûts de santé et prévenir certaines maladies infectieuses.

L'hépatite A est une infection du foie évitable par la vaccination depuis 1994. Elle est devenue rare au Québec suite à l'amélioration des conditions d'hygiène, notamment la qualité de l'eau potable, mais elle demeure fréquente dans la plupart des pays en voie de développement. La transmission du virus se fait par voie fécale-orale.

Au Québec, cette maladie est donc souvent acquise lors d'un voyage à l'étranger, mais en 1996 et en 1997, devant la recrudescence de cette infection dans la communauté gaie, d'importantes campagnes de vaccination préventives ont été réalisées auprès des jeunes hommes homosexuels. Parallèlement à ces campagnes, la vaccination postexposition, avec ou sans l'usage des traditionnelles immunoglobulines, est devenue la voie d'intervention privilégiée dans des contextes d'éclosion, notamment auprès des jeunes de la rue de différentes régions du Québec. Soulignons finalement que le vaccin contre l'hépatite A, administré seul ou combiné à celui de l'hépatite B, est offert gratuitement au Québec depuis 1999 aux personnes appartenant à certains groupes à risque (porteurs d'une hépatite chronique, hommes homosexuels, utilisateurs de drogues). La vaccination contre l'hépatite A est également indiquée pour tout voyageur se rendant en zone endémique, mais les frais ne sont pas assumés dans le cadre du *Programme de santé publique*.

Dans la région, en 1997, 2 éclosions importantes survenues dans des groupes vulnérables soit, les jeunes de la rue et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) ont été responsables d'une incidence annuelle de 11,0 / 100 000 pour 32 cas d'hépatite A déclarés. Entre 1998 et 2001, l'incidence annuelle est passée de 5,2 à 1,4.

Suite à ces éclosions, la promotion de la vaccination pour les clientèles vulnérables a été fortement publicisée auprès des intervenants du réseau et des organismes communautaires pour rejoindre les personnes à risque.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, l'intervention appropriée de santé publique soit réalisée auprès des contacts de 100 % des cas d'hépatite A déclarés.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Promotion de la vaccination des clientèles à risque. Mise en oeuvre de l'intervention de santé publique suite à la déclaration d'un ou des cas.

CLSC : Collaboration à l'intervention de santé publique. Vaccination des clientèles vulnérables.

Centre régional en alcoolisme et autres toxicomanies (CRAT) : Promotion de la vaccination.

Le Miens : Promotion de la vaccination.

Organismes de travail de rue : Promotion de la vaccination.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 5.4.05**

Activité : Vaccination contre l'hépatite B des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec*.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

La vaccination est une mesure de prévention qui a largement fait la preuve de son efficacité pour réduire les coûts de santé et prévenir certaines maladies infectieuses.

L'hépatite B est une infection virale du foie, évitable par l'immunisation, qui se transmet lors de relations sexuelles non protégées, avec une personne infectée, par le sang ou le matériel d'injection contaminé et lors de l'accouchement. Au moment de l'acquisition du virus, la personne peut développer une hépatite aiguë, mais souvent l'infection passera inaperçue. Près de 10 % des adultes, mais jusqu'à 90 % des nouveau-nés infectés resteront porteurs chroniques du virus et seront à risque de développer éventuellement une maladie hépatique chronique, comme la cirrhose ou un cancer du foie.

Le Canada ainsi que la plupart des pays industrialisés sont considérés comme des pays de faible endémicité pour l'hépatite B avec environ 1 personne sur 200 (0,5 %) qui est porteuse chronique du virus, alors que dans les pays de haute endémicité, comme le sont la plupart des pays en voie de développement, la prévalence du portage chronique peut atteindre 1 personne sur 10.

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, l'incidence annuelle des cas d'hépatite B est de 1,0 / 100 000.

On se rappellera que la vaccination universelle contre l'hépatite B est recommandée au Québec et qu'elle est réalisée auprès des enfants de la 4^{e} année du primaire depuis l'automne 1994. À chaque année, le taux de couverture de ce programme se maintient à plus de 95 %.

Parallèment à la vaccination en milieu scolaire, l'accès à la vaccination gratuite depuis 1994 pour les personnes de tous âges appartenant à des groupes à risque élevé, a été élargi de façon appréciable; cette vaccination pouvant être combinée avec le vaccin contre l'hépatite A, selon la nature des facteurs de risque présentés.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, 100 % des contacts de cas déclarés d'hépatite B aient fait l'objet d'une intervention appropriée de santé publique.
2. Que d'ici 2007, le nombre de doses de vaccin contre l'hépatite B distribuées pour la vaccination gratuite des groupes vulnérables reconnus dans le *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ) soient documentés pour la région et par territoire de CLSC et Centres de santé autochtones.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Expert-conseil pour les programmes de vaccination. Gestion régionale des produits immunisants. Formation des vaccinateurs en collaboration avec les établissements. Évaluation des couvertures vaccinales régionales et locales (CLSC). Coordination de l'implantation des nouveaux programmes. Diffusion des mises à jour du *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ). Validation, déclaration et suivi des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) suite à l'immunisation.

CLSC et Centres de santé autochtones : Vaccination de la clientèle visée par les programmes gratuits. Gestion adéquate de la base de données SIC + du module Vaccination pour le calcul de la couverture vaccinale. Déclaration des MCI suite à l'immunisation.

Dépôts sous-régionaux des produits immunisants (pharmacies du Complexe hospitalier de la Sagamie (CHS) et de l'Hôtel-Dieu de Roberval) : Gestion et distribution des produits immunisants.

Le Miens : Promotion de la vaccination auprès des clientèles vulnérables et référence vers le CLSC.

Organismes de travail de rue : Promotion de la vaccination auprès des clientèles vulnérables et référence vers le CLSC.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 5.4.06**

Activité : Vaccination contre les infections à pneumocoque des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec*.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider - Voie d'action incontournable

État de la situation

La vaccination est une mesure de prévention qui a largement fait la preuve de son efficacité pour réduire les coûts de santé et prévenir certaines maladies infectieuses.

Les infections à pneumocoque sont très fréquentes et peuvent causer des complications sérieuses. Environ 5 000 personnes sont hospitalisées chaque année au Québec pour une infection invasive à pneumocoque. L'incidence de ces infections invasives, documentées en laboratoire, se situe en moyenne à 16 cas par 100 000 personnes au Québec au cours des années 1997 à 2001. La présentation la plus fréquente en 2001 demeure la pneumonie bactériémique (environ 50 %) suivi de la bactériémie isolée (environ 30 %) et de la méningite (environ 6 %) alors que 92 % des sérotypes détectés sont inclus dans le vaccin polysaccharidique 23-valent disponible au Canada. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, la létalité est de 7,5 % causée principalement par une pneumonie. Alors que le pneumocoque était particulièrement sensible à la pénicilline, un phénomène de résistance est documenté à l'échelle mondiale depuis la fin des années 1980 et se situe à 15 % en 2001 au Québec.

Dans la région Saguenay–Lac-Saint-Jean, pour la période 2000 à 2002, le nombre moyen d'infections invasives à pneumocoque déclaré chez les personnes âgées de 20 ans et plus est de 20 cas par année. Parmi ceux-ci se retrouvent des personnes atteintes de maladies chroniques pour qui la maladie aurait pu être évitée par la vaccination.

Un programme de vaccination gratuite contre le pneumocoque au Québec, au moyen du vaccin polysaccharidique 23-valent, est en vigueur depuis avril 1999, pour les personnes âgées de 2 ans ou plus, présentant une condition médicale augmentant le risque de faire une infection grave (ex. : condition cardiaque ou pulmonaire chronique). Ce programme vise également l'ensemble des personnes âgées de 65 ans ou plus.

Depuis l'implantation de ce programme en 1999, la couverture vaccinale cumulative pour les personnes de 2 ans à 64 ans atteintes de maladies chroniques en milieu ouvert est de 16,9 %. La couverture vaccinale cumulative pour les personnes âgées de 65 ans et plus est estimée (à l'automne 2003) à 56,2 % en milieu ouvert et à plus de 97 % en milieu fermé.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, au moins 30 % des personnes âgées de 2 ans à 64 ans atteintes d'une maladie chronique soient vaccinées contre le pneumocoque.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Expert-conseil pour les programmes de vaccination. Gestion régionale des produits immunisants. Formation des vaccinateurs en collaboration avec les établissements. Évaluation des couvertures vaccinales régionales et locales (CLSC). Coordination de l'implantation des nouveaux programmes. Diffusion des mises à jour *du Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ). Validation et suivi des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) suite à l'immunisation.

CLSC et Centres de santé autochtones : Vaccination de la clientèle visée par les programmes gratuits. Gestion adéquate de la base de données SIC + du module Vaccination pour le calcul de la couverture vaccinale. Déclaration des MCI suite à l'immunisation.

Dépôts sous-régionaux des produits immunisants (pharmacies du Complexe hospitalier de la Sagamie (CHS) et de l'Hôtel-Dieu de Roberval) : Gestion et distribution des produits immunisants.

Médecins : CLSC – Cabinets médicaux – Groupes de médecine de famille (GMF) – Médecins spécialistes : Référence vers les CLSC pour la vaccination des clientèles visées par la vaccination gratuite.

Réseau de services intégrés pour les maladies chroniques : Promotion de la vaccination auprès de la clientèle ciblée par le programme et référence vers le CLSC.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 5.4.07**

Activité : Vaccination contre l'influenza des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec.*

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

La vaccination est une mesure de prévention qui a largement fait la preuve de son efficacité pour réduire les coûts de santé et prévenir certaines maladies infectieuses.

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, en moyenne par année, 500 personnes de 65 ans et plus sont hospitalisées avec un diagnostic principal de pneumonie dont 20 personnes pour l'influenza. Une moyenne de 60 décès par année des personnes de 65 ans et plus sont attribués à la pneumonie ou à la grippe.

La meilleure mesure de prévention de l'influenza demeure la vaccination. Ainsi, annuellement, une campagne de vaccination anti-influenza est tenue dès le mois de novembre, visant les personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec*. Essentiellement, il s'agit des personnes âgées de 60 ans et plus, de même que celles de tous âges souffrant de maladies chroniques, pulmonaires et cardiaques. Le *Programme de santé publique* vise à ce que 60 % des personnes ciblées en milieu ouvert et 80 % en milieu fermé soient vaccinées.

Au Saguenay–-Lac-Saint-Jean, une excellente performance est enregistrée au niveau de la couverture vaccinale. Grâce à une campagne de promotion très intensive, le nombre de personnes vaccinées annuellement est en croissance constante dans la région.

Depuis la saison 1999-2000, afin d'améliorer l'accessibilité à la vaccination anti-influenza, le MSSS et la Direction de santé publique accordent aux établissements de santé, une subvention annuelle visant à augmenter le nombre d'heures de clinique de vaccination. L'arrivée de ces subventions coïncide avec l'élargissement des clientèles visées par le programme en 2000-2001, dans le cadre de la préparation pour la prochaine pandémie d'influenza.

Enfin, rappelons que les personnes âgées répondent moins bien à la vaccination, et c'est pourquoi les experts de la santé publique recommandent aussi la vaccination des travailleurs en établissement de santé, qui présentent, une meilleure réponse immunitaire. Depuis quelques années, les établissements de santé sont invités à encourager tous leurs travailleurs à se prévaloir de la vaccination anti-influenza à chaque

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, 60 % des travailleurs des établissements de santé soient vaccinés contre l'influenza.
2. Que d'ici 2007, 60 % des personnes de 6 mois à 59 ans atteintes d'une maladie chronique soient vaccinées contre l'influenza.
3. Que d'ici 2007, 80 % des personnes vulnérables en milieu fermé soient vaccinées contre l'influenza.
4. Que d'ici 2007, 60 % des personnes âgées de 60 ans et plus en milieu ouvert soient vaccinées contre l'influenza.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Expert-conseil pour les programmes de vaccination. Gestion régionale des produits immunisants. Formation des vaccinateurs en collaboration avec les établissements. Évaluation des couvertures vaccinales régionales et locales (CLSC). Coordination de l'implantation des nouveaux programmes. Diffusion des mises à jour *du Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ). Validation et suivi des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) suite à l'immunisation.

CLSC et Centres de santé autochtones : Vaccination de la clientèle visée par les programmes gratuits. Gestion adéquate de la base de données SIC + du module vaccination pour le calcul de la couverture vaccinale. Déclaration des MCI suite à l'immunisation.

CH et CHSLD : Vaccination des travailleurs et des personnes hospitalisées visées par la vaccination. Promotion de la vaccination auprès des travailleurs. Gestion des éclosions d'influenza.

Cliniques médicales et Groupes de médecine de famille (GMF) : Collaboration à la campagne annuelle.

Dépôts sous-régionaux des produits immunisants (pharmacies du Complexe hospitalier de la Sagamie (CHS) et de l'Hôtel-Dieu de Roberval) : Gestion et distribution des produits immunisants.

automne. La couverture vaccinale de cette clientèle, dans les établissements de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean est passée de 39,5 % en 1999-2000 à 52 % en 2002-2003.

Une offre provinciale de service de santé publique, ciblant une première série d'interventions préventives dont l'immunisation contre l'influenza chez les groupes vulnérables reconnus, a été faite aux Groupes de médecine de famille (GMF) et mise en annexe du *Guide provincial d'implantation des GMF* en juin 2003. Une traduction régionale de cette offre de service pourrait être présentée aux GMF et à l'ensemble des médecins de la région éventuellement.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES

N° : 5.4.08

Activité : Vaccination pour les personnes potentiellement exposées au virus de la rage humaine; application du protocole d'intervention contre la rage; diffusion des connaissances sur les mesures préventives contre la rage.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

La vaccination est une mesure de prévention qui a largement fait la preuve de son efficacité pour réduire les coûts de santé et prévenir certaines maladies infectieuses.

Historiquement, la rage humaine et même la rage animale étaient absentes du territoire du Saguenay–Lac-Saint-Jean. La région a connu une épizootie de rage animale entre le mois d'août 1996 et le mois d'avril 1998. Au cours de cette période, 35 animaux ont été diagnostiqués comme étant porteurs de la rage. Comme aucun autre cas de rage animale n'a été signalé depuis mars 1998, la région n'est plus considérée endémique de rage depuis avril 2003, soit 5 ans après le dernier cas signalé. À noter cependant la découverte d'une chauve-souris rabique pendant l'été 2003, à l'extrêmité-sud du territoire.

Les cas suspects de transmission de rage, animaux sauvages qui ont mordu ou animaux domestiques qui ne peuvent être observés, doivent être signalés à la Direction de santé publique qui procède à une évaluation de risque et recommande, lorsque justifié, une prophylaxie postexposition (PPoE). En 2001, 126 déclarations de morsure ont été analysées, entraînant une PPoE pour 21 personnes. En 2001, plus de la moitié des PPoE administrées l'ont été à la suite d'un contact jugé significatif avec une chauve-souris.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, la surveillance des personnes potentiellement exposées au virus de la rage soit maintenue, en collaboration avec Info-santé, l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) et les urgences des CH.
2. Que d'ici 2007, l'intervention appropriée de santé publique soit réalisée auprès de 100 % des cas déclarés de morsure d'animal sauvage observable ou non observable.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Évaluation du risque lors du signalement. Application du protocole d'intervention en collaboration avec les partenaires. Soutien aux établissements du réseau. Formation des intervenants. Production d'un rapport annuel.

CLSC et Centres de santé autochtones : Application de la PPoE.

ACIA : Collaboration à l'intervention.

Info-Santé : Signalement des morsures à risque de transmisson de rage animale.

Service d'urgence des centres hospitaliers : Signalement des morsures animales.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 5.4.09**

Activité : Mise en place d'un système d'information vaccinale afin que les personnes puissent être inscrites dans le registre de vaccination prévu au chapitre VII de la Loi sur la santé publique.

Niveau actuel d'implantation : À mettre en place - Voie d'action incontournable

État de la situation

Les caractéristiques du système d'information vaccinale (SIV) et ses modalités d'application ne sont pas encore définies. Cependant, tous les CLSC du Saguenay–Lac-Saint-Jean ont implanté le module de vaccination SIC+. L'usage de ce système est inégal d'un territoire de CLSC à l'autre.

L'implantation du SIV est sous la responsabilité du MSSS.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses
- Table régionale des pilotes du SIC des CLSC

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique et les CLSC s'inscrivent dans l'implantation d'un SIV développé par le MSSS.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à l'implantation d'un SIV dans la région selon les directives ministérielles.

CLSC : Mise en place et utilisation du SIV lorsque disponible. Formation des utilisateurs.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 5.4.10**

Activité : Gestion des produits immunisants, particulièrement au moyen d'un système informatisé, pour s'assurer de la qualité de ces produits.

Niveau actuel d'implantation : À mettre en place - Voie d'action incontournable

État de la situation

Les produits immunisants perdent de leur pouvoir protecteur lorsqu'ils sont soumis à des températures trop basses ou trop élevées. L'efficacité du programme d'immunisation est donc intimement liée à l'implantation des normes de gestion des produits immunisants par tous les vaccinateurs. Depuis 1999, des efforts significatifs ont été investis afin de surveiller la température de conservation des produits immunisants et diminuer la proportion des produits non utilisés et non utilisables chez tous les vaccinateurs du Québec.

Ainsi, au Saguenay–Lac-Saint-Jean depuis 1999, la Direction de santé publique a mis en place différents outils afin de supporter les dépositaires sous-régionaux et locaux dans l'adoption des normes provinciales de gestion des produits immunisants :

1) monitorage lors des transports de plus d'une heure;
2) installation de thermomètres dans les frigos pour assurer la qualité des produits;
3) distribution de documents explicatifs sur les normes et procédures de gestion des produits immunisants;
4) évaluation et suivi lors d'un bris d'une chaîne de froid;
5) supervision des établissements de la région;
6) expert-conseil aux vaccinateurs pour tout problème ou question concernant la gestion des produits immunisants.

La prochaine étape consiste à développer et implanter un système de gestion informatisé. Certaines actions préliminaires à l'implantation (collecte d'information) ont été réalisées.

Pour la période 2001-2002, 23 bris de chaîne thermique sont survenus dans les établissements vaccinateurs engendrant des pertes de plus de 27 000 $. Cependant, le taux global des pertes de vaccins est de 1,27 % et les retours aux distributeurs comptent pour 1,6 %. Ces résultats sont excellents, sous le seuil maximal de 2 % fixé par le MSSS.

L'implantation du système informatisé reste à déterminer selon l'avancement des travaux du MSSS. Dans la Région - 02, la consolidation des normes implantées demeure toujours prioritaire.

Structures de concertation et de coordination

· Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique maintienne la perte des produits immunisants à moins de 2 %.
2. Que d'ici 2007, le MSSS rende disponible un système informatisé pour la gestion des produits immunisants.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien aux établissements vaccinateurs. Formation des vaccinateurs. Diffusion des outils et procédures. Supervision des établissements selon les besoins.

CLSC et Centres de santé autochtones : Application des règles de gestion.

Dépôts sous-régionaux de produits immunisants : Approvisionnement et distribution des produits selon les règles de gestion.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 5.4.11**

Activité : Élaboration d'un plan d'intervention régional en cas de pandémie d'influenza.

Niveau actuel d'implantation : À mettre en place - Voie d'action incontournable

État de la situation

Trois ou 4 fois par siècle, le virus de l'influenza de type A subit une mutation génétique majeure et une nouvelle souche du virus apparaît alors soudainement. Parce que cette souche est totalement différente, l'immunité que les gens ont développée contre l'influenza s'avère alors inefficace. Chaque personne est susceptible d'être infectée par la nouvelle souche, et les individus plus vulnérables présentent un risque élevé de développer les complications graves que peut causer l'infection, telle que la pneumonie. En pareil cas, le virus se propage rapidement et cause une épidémie mondiale que l'on appelle pandémie. Au cours du 20e siècle, 3 pandémies sont survenues, la première en 1918-1919, la deuxième en 1957-1958 et la dernière en 1968-1969. On ne peut prédire à quel moment se produira une pandémie, mais la plupart des experts s'entendent sur le fait que la prochaine pandémie risque de frapper au cours des 5 à 10 prochaines années.

Selon les connaissances acquises lors des 2 plus récentes pandémies d'influenza, il est estimé que le virus d'une pandémie d'influenza pourrait atteindre le Canada dans les 3 prochains mois suivant sa détection dans n'importe quel pays, et que sa virulence toucherait un sommet dans les 5 à 7 mois suivants au sein de la population canadienne. Selon les différents scénarios envisagés, une telle pandémie pourrait causer entre 9 000 et 51 000 décès au Canada si un vaccin n'était pas disponible, et entraîner également une grave pénurie de lits dans les hôpitaux.

Il n'existe aucun moyen de prévenir l'apparition d'une nouvelle souche de virus causée par une mutation génétique majeure. Il existe cependant quelques moyens pour amoindrir les répercussions d'une pandémie, plus précisément pour diminuer le nombre de décès et les impacts sur le réseau de la santé. En collaboration avec Santé Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux, le MSSS oeuvre actuellement à l'élaboration d'un plan de mesures d'urgence qui fournira les éléments de base à chaque palier de gouvernement et à chaque instance décisionnelle, afin que tous puissent agir de façon collective et ainsi coordonner les mesures à mettre sur pied dans le cas d'une pandémie d'influenza.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. Que d'ici 2007, le *Plan d'intervention provincial* en cas de pandémie d'influenza soit adapté à la réalité régionale.
2. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique ait développé des stratégies pour promouvoir la vaccination auprès des clientèles cibles, notamment les travailleurs assurant des services essentiels.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Préparation du plan d'intervention régional en collaboration avec les partenaires.

Autres directions de l'Agence : Collaboration selon leurs expertises et fonctions.

CH, CLSC et Centres de santé autochtones : Collaboration selon leurs expertises et fonctions

Comité stratégique régional des mesures d'urgences en santé : Participation à la concertation.

Organisation régionale de la sécurité civile (ORSC) : Participation au volet intersectoriel et à la mise en oeuvre.

Le développement rapide d'un vaccin approprié, la production d'un nombre suffisant de doses et l'immunisation des populations sont les éléments-clés d'une stratégie permettant de minimiser les conséquences d'une éventuelle pandémie. L'élargissement progressif des clientèles visées par la vaccination annuelle contribue aussi à améliorer la réponse à une éventuelle pandémie, en développant la capacité de production de vaccins au Canada.

Lorsque ce plan de mesures d'urgence sera élaboré, le réseau de la santé sera sollicité afin de l'actualiser au niveau provincial, régional et local.

Structures de concertation et de coordination

· Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 5.4.12**

Activité : Élaboration d'un plan d'intervention en cas d'émergence de la variole.

Niveau actuel d'implantation : À mettre en place - Voie d'action incontournable

État de la situation

La variole est éradiquée depuis 1980. Cependant, la menace de bioterrorisme amène le Québec à considérer ce risque parmi ses priorités. Un plan d'intervention national contre la variole est en préparation et la région devra développer le sien en collaboration avec ses partenaires.

Structures de concertation et de coordination

· Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. Que d'ici 2007, le plan d'intervention régional contre la variole soit élaboré en fonction du plan d'intervention provincial.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Préparation du plan d'intervention régional en collaboration avec les partenaires.

Autres directions de l'Agence : Collaboration selon leurs expertises et fonctions.

CH, CLSC et Centres de santé autochtones : Collaboration selon leurs expertises et fonctions.

Comité stratégique régional sur les mesures d'urgence en santé : Participation à la concertation.

Organisation régionale de la sécurité civile (ORSC) : Participation au volet intersectoriel et à la mise en oeuvre.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 5.4.13**

Activité : Prévention auprès des adolescents et des adultes appartenant à des groupes vulnérables en ce qui concerne le VIH/sida, le VHC et les ITS.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Sida

Au 30 juin 2002, un total de 5 943 cas de sida ont été déclarés au Québec depuis le début de l'épidémie. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, 57 cas de sida ont été déclarés. Les personnes le plus touchées par le sida sont les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes originaires de pays où l'infection est endémique et les utilisateurs de drogues par injection. Chez les utilisateurs de drogues par injection, les principaux facteurs de risque liés à la prévalence du VIH sont l'injection avec des seringues utilisées par d'autres, la durée de consommation par injection et le fait de s'injecter principalement de la cocaïne. En vue de contrer l'épidémie de VIH qui résulterait du partage du matériel d'injection, le Québec a mis en place, dès 1989, un *Programme d'échange de seringues* (P.E.S.) pour les toxicomanes qui font usage de drogues par injection. Le programme est implanté dans la région depuis 1992.

Hépatite C

Autour de 40 000 personnes au Québec sont infectées par l'hépatite C, une infection virale principalement transmissible par le sang et qui peut mener au développement progressif d'une cirrhose ou d'un cancer du foie. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, de 1997 à 2001, un total de 189 personnes séropositives pour le VHC ont été déclarées. La majorité des nouveaux cas surviennent chez les consommateurs de drogues par injection. Après 6 à 12 mois d'initiation à l'injection, plus de 60 % des utilisateurs de drogues par injection sont séropositifs pour le VHC, et 90 % le sont après 5 ans d'usage de drogues injectables.

Panier de services VIH/sida, VHC et ITS

En 2002, les orientations présentées dans le document québécois intitulé *Les services de dépistage anonyme - Vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales* ont été discutés avec les intervenants engagés dans la lutte contre le VIH/sida, et plus spécifiquement ceux impliqués dans le dépistage du VIH. Le virage qui est préconisé dans ce document concerne, entre autres, l'organisation et le fonctionnement des services intégrés de dépistage du VIH, des infections transmissibles sexuellement (ITS) et des hépatites virales.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, les activités pour uniformiser les activités préventives (y compris en milieu carcéral) et rendre accessible les services auprès des clientèles vulnérables soient consolidées au niveau régional afin de réduire l'incidence annuelle des cas de VIH et des hépatites B et C.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Mise en oeuvre de l'implantation des services identifiés pour satisfaire aux objectifs de la stratégie. Soutien aux intervenants et aux établissements. Formation des intervenants.

CLSC et Centres de santé autochtones : Mise en place des services minimaux requis. Collaboration et concertation avec les organismes communautaires.

Centre de détention de Roberval et de Chicoutimi : Collaboration et concertation avec les CLSC et la Direction de santé publique pour rendre les services accessibles.

CRJDA et milieu scolaire : Collaboration et contribution pour rendre les services accessibles dans les services d'éducation aux adultes.

Organisme communautaire régional de lutte contre le VIH/sida (Le Miens) : Collaboration et concertation avec les CLSC.

Organismes de travail de rue : Collaboration et concertation avec les CLSC.

Disponibilité des trousses de prophylaxie postexposition (VIH) dans les établissements de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean

En 1999, le MSSS a produit un guide intitulé *Recommandations visant la prise en charge des travailleurs exposés au sang et aux autres liquides biologiques*. Ces recommandations s'appliquent aussi dans certaines circonstances apparentées, telle celle où un individu se piquerait avec une seringue trouvée dans un parc. Elles visent l'évaluation de l'exposition accidentelle face aux virus de l'hépatite B, de l'hépatite C et du VIH.

Les clientèles vulnérables aux ITS, aux hépatites et l'infection au VIH sont : les jeunes, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), les utilisateurs de drogues injectables, les travailleuses et travailleurs du sexe. Dans la région, différents programmes d'intervention contre les ITS, les hépatites et le VIH se sont implantés au cours des dernières années auprès de l'une ou l'autre des clientèles précédemment citées. Le portrait réalisé en 2002, par le groupe de travail régional sur l'implantation de la *Stratégie québécoise de lutte contre les ITS, les hépatites et le VIH*, a permis de connaître les services disponibles par secteur de CLSC et de Centres de santé autochtones et, de définir les normes pour chacun des services, afin de proposer une plate-forme des services minimaux en ressources infirmières, requis par secteur de CLSC et de Centres de santé autochtones, pour chacun des services identifiés :

1) interventions auprès des jeunes en milieu scolaire;
2) interventions auprès de jeunes fréquentant l'éducation des adultes;
3) interventions auprès des jeunes de la rue et autres clientèles vulnérables;
4) services de dépistage des ITS, des hépatites et du VIH et interventions préventives auprès des personnes infectées et de leurs partenaires sexuels (IPPIPS);
5) milieu carcéral.

Ce travail a permis d'identifier les ressources infirmières nécessaires à l'implantation des services et sera utilisé par les CLSC et Centres de santé autochtones pour la préparation des plans d'action locaux de santé publique.

Des participants au Comité provincial DSP-GMF travaillent présentement en sous-comité à l'élaboration d'une offre de service ciblant une première série d'interventions préventives pour lesquelles des guides de pratique clinique et des moyens d'implantation éprouvés pourraient être proposés aux Groupes de médecine de famille (GMF). De ces pratiques cliniques préventives visées dans cette première offre, et

retenues sur la base de critères spécifiques, le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) a été retenu.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses
- Groupe de travail sur l'implantation régionale de la stratégie de lutte contre les ITS

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 5.4.14**

Activité : Intervention visant la récupération de seringues usagées (hépatite B, VHC, VIH) chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI). (Activité en lien avec le réseau. *Programme d'échange de seringues* (P.E.S.)).

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Le *Programme d'échange de seringues* (P.E.S.) (distribution et récupération) pour les utilisateurs de drogues injectables (UDI) a été mis en place en 1992 dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. La promotion de ce programme est réalisée par la Direction de santé publique qui assure la formation et la supervision des intervenants oeuvrant auprès de la clientèle visée. Chaque année, le programme fait aussi l'objet d'un rapport produit par le régional et le provincial.

Au niveau régional, le nombre de sites d'échange passera, en 2004, de 56 à 23. Cette restructuration ne devrait aucunement limiter l'accès au matériel d'injection. En ce qui a trait à la récupération de seringues, un récent rapport, tend à démontrer que ce service est connu et utilisé par les UDI. Ceux-ci, quand ils n'utilisent pas le service de récupération, disposeraient des seringues usagées de manière sécuritaire selon les recommandations des intervenants.

Ceci dit, il est difficile de calculer le taux précis pour la récupération des seringues. D'une part, les intervenants de plusieurs sites d'échange ne recueillent pas cette donnée. D'autre part, la loi n'incite pas les utilisateurs à la récupération, car la possession de seringues usagées contenant des substances illégales peut être sanctionnée.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses
- Rencontre *ad hoc* avec les organismes de travail de rue

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, les sites du réseau *Programme d'échange de seringues* (P.E.S) disposent des seringues usagées de manière sécuritaire.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Coordination et gestion du P.E.S. Production du rapport annuel sur la distribution et la récupération du matériel contaminé.

Établissements du réseau de la santé participant au programme d'échange de seringues (P.E.S.) : Distribution des trousses et récupération du matériel.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 5.4.15**

Activité : Organisation des services intégrés de dépistage du VIH/sida, du VHC et des ITS (SID).

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Dépistage anonyme du VIH vers des services intégrés de dépistage du VIH, des ITS et des hépatites virales.

Depuis 1995, le dépistage anonyme du VIH au Saguenay–Lac-Saint-Jean est disponible dans chaque CLSC et Centres de santé autochtones de la région. Environ 600 personnes par année utilisent ce réseau.

En juin 2001, le Directeur national de santé publique, au ministère de la Santé et des Services sociaux, transmettait aux intervenants et intervenantes engagés dans la lutte contre le VIH/sida, et plus spécifiquement à ceux et celles qui s'occupent du dépisage du VIH, le document d'orientation intitulé : *Les services de dépistage anonyme: Vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales – Orientations*. Le virage qui est préconisé dans ce document concerne, entre autres, l'organisation et le fonctionnement des services intégrés de dépistage du VIH, des infections transmissibles sexuellement (ITS) et des hépatites virales.

L'organisation et le fonctionnement des SID sont définis à partir de principes de base, d'une population à desservir, d'une configuration de services et d'un panier de services.

Les principes de base qui soutiennent l'organisation et le fonctionnement de ces SID sont les suivants :

- toute personne qui veut se faire dépister doit pouvoir trouver les services appropriés;
- les tests de dépistage pour le VIH, les ITS et les hépatites virales A, B et C ne doivent être effectués qu'à la suite d'un consentement spécifique et éclairé;
- le respect de la confidentialité du dossier médical doit être assuré.

Bien que toutes les personnes qui désirent un test de dépistage pour le VIH, les ITS et les hépatites virales puissent faire appel aux SID, ces services doivent cependant cibler les personnes vulnérables et à risque tels les utilisateurs de drogues par injection (UDI), les femmes et jeunes en difficulté, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et les travailleuses et travailleurs du sexe.

Afin de mieux desservir la population ciblée et de

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, un système de collecte de données soit implanté et fonctionne pour permettre l'évaluation quantitative régionale des services intégrés de dépistage (SID).
2. Que d'ici 2007, des services intégrés de dépistage (SID) soient implantés dans chacun des territoires de CLSC et de Centres de santé autochtones.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à la mise en oeuvre des SID dans les CLSC. Formation des intervenants. Promotion des SID auprès des cliniciens.

CLSC et Centres de santé autochtones – intervenants des services intégrés de dépistage (SID) des ITS : Mise en œuvre des SID. Collaboration à l'évaluation quantitative régionale.

Cliniciens : Référence vers les SID au besoin.

rendre accessible leur offre de service, la Direction de santé publique et les établissements doivent repenser l'organisation fonctionnelle des SID.

Cette nouvelle configuration de services nécessite un aménagement des plages horaires pour les intervenants et intervenantes et des ajustements dans les méthodes de travail tout en assurant la même qualité de services.

Le panier des services offerts aux usagers des SID, a été présenté aux établissements et devrait inspirer la réorganisation et l'implantation progressive des SID dans chacun des territoires de CLSC et des Centres de santé autochtones. Actuellement, l'accessibilité à ces services est très variable entre les secteurs de CLSC.

Structures de concertation et de coordination

- Groupe de travail sur l'implantation régionale de la stratégie de lutte contre les ITS, les hépatites virales et le VIH

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 5.4.16**

Activité : Gratuité des médicaments pour traiter les ITS.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Pour l'année 2000 dans la région, il y a eu 348 cas d'ITS déclarés (chlamydia génitale et gonorrhée). Cependant, il y a eu 780 personnes (cas-index) qui ont bénéficié du programme de gratuité des médicaments. Le ratio (cas-index traité sur cas déclaré) établi est de 2,24. Dans la province de Québec en 1999, ce ratio était de 2,31, donc comparable.

Structures de concertation et de coordination

· Groupe de travail sur l'implantation régionale de la stratégie de lutte contre les ITS, les hépatites virales et le VIH

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. Que d'ici 2007, le programme de gratuité soit connu de 100 % des médecins prescripteurs et des pharmaciens.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Promotion du programme auprès des cliniciens et des services intégrés de dépistage (SID). Diffusion des résultats de l'évaluation du programme.

CLSC et Centres de santé autochtones – intervenants des services intégrés de dépistage (SID) des ITS : Utilisation du programme de gratuité.

Cliniciens : Utilisation du programme de gratuité.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 5.4.17**

Activité : Intervention préventive auprès des partenaires d'une personne qui a contracté une ITS et, sur demande du médecin traitant, auprès d'une personne qui a contracté le VIH.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À mettre en place

État de la situation

Actuellement, seules les enquêtes pour les cas déclarés de gonorrhée et de syphilis sont réalisées par la DSP en collaboration avec le CLSC. Afin de répondre aux objectifs du MSSS, des enquêtes devraient être réalisées pour les cas de chlamydia qui ont ces caractéristiques :

- adolescents âgés entre 12 et 15 ans;
- adolescents âgés entre 15 et 19 ans;
- adultes âgés de 19 à 24 ans.

On estime à environ 200 le nombre d'enquêtes à réaliser annuellement pour ces cas de chlamydiose.

Certaines autres caractérisques de la clientèle suggèrent une intervention auprès de la personne infectée et des partenaires :

- les personnes ayant un diagnostic de gonorrhée et de syphilis;
- les personnes avec une ITS à répétition;
- les personnes ayant une interruption volontaire de grossesse;
- les femmes enceintes infectées et les hommes infectés ayant des partenaires enceintes;
- les personnes ayant de multiples partenaires.

L'intervention de prévention auprès des partenaires d'une personne infectée est actuellement sous la responsabilité du médecin traitant. Selon les besoins, la Direction de santé publique peut soutenir le médecin dans son intervention. En 2004, la diffusion *du Protocole d'intervention provincial* et un *Programme de formation des intervenants des CLSC* devraient favoriser l'implantation de services d'nterventions préventives auprès des personnes infectées et de leurs partenaires sexuels (IPPIPS) dans les territoires de CLSC et Centres de santé autochtones.

Structures de concertation et de coordination

· Groupe de travail sur l'implantation régionale de la stratégie de lutte contre les ITS, les hépatites virales et le VIH

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, une intervention de prévention auprès des partenaires soit effectuée auprès de 100 % des cas déclarés de gonorrhée et de syphilis infectieuses et de 80 % des cas de chlamydia visés par une intervention préventive auprès des partenaires (IPP).
2. Que d'ici 2007, chaque territoire de CLSC et Centres de santé autochtones puissent répondre aux demandes ponctuelles d'un médecin traitant en regard d'une intervention préventive auprès d'une personne infectée par le VIH.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à la mise en oeuvre de l'intervention auprès d'une personne qui a contracté une ITS. Formation des intervenants. Promotion du service auprès des cliniciens.

CLSC et Centres de santé autochtones – intervenants des services intégrés de dépistage (SID) des ITS : Application de l'intervention préventive.

Cliniciens : Référence pour l'intervention préventive.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 5.4.18**

Activité : Prophylaxie postexposition aux liquides biologiques (VIH, VHC, VHB).

Niveau actuel d'implantation : À consolider - Voie d'action incontournable

État de la situation

Depuis 1999, la Direction de santé publique a donné des formations auprès des médecins et des intervenants visés des CH et des CLSC. Des outils ont été distribués afin de leur permettre d'élaborer des protocoles locaux. En 2003, il n'y a pas d'uniformité dans l'implantation de protocoles locaux et l'application des mesures adéquates pour les personnes exposées à des liquides biologiques possiblement infectés.

Structures de concertation et de coordination

- Groupe de travail sur l'implantation régionale de la stratégie de lutte contre les ITS, les hépatites virales et le VIH

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, les CH et CLSC de la région aient mis en place un protocole, postexposition aux liquides biologiques, opérationnel pour les personnes visées.
2. Que d'ici 2007, 100 % des urgences des CH puissent offrir la trousse de départ des antirétroviraux pour la prophylaxie postexposition au VIH.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à l'élaboration des protocoles locaux. Formation des intervenants.

CH et CLSC : Élaboration et implantation de protocoles locaux.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 5.4.19**

Activité : Promotion des comportements préventifs par la chimioprophylaxie et la transmission de conseils aux voyageurs.

Promotion de la vaccination contre les maladies contractées à l'étranger (thyphoïde, hépatite A et hépatite B, par exemple) auprès des voyageurs.

Pratique clinique préventive

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Les maladies acquises à l'étranger : une préoccupation de santé publique.

La problématique grandissante de la santé des voyageurs tient de la rapidité des moyens de transport, de la mondialisation commerciale et de l'engouement pour les destinations plus aventurières. Les voyageurs choisissent de plus en plus des régions et des contextes de séjour à risque élevé. Au cours des dernières années, la recrudescence des agents pathogènes pouvant être contractés à l'étranger s'avère une menace réelle et potentielle pour la santé publique. À cela, on n'a qu'à penser aux maladies suivantes : fièvre jaune, choléra, dengue, fièvre Ebola et autres fièvres hémorragiques, maladie de Lyme, paludisme, syndrome pulmonaire dû aux hantavirus, l'infection à VIH, hépatite, tuberculose dont la recrudescence est consécutive à de nombreux déséquilibres écologiques et sociodémographiques à l'échelle planétaire. Il est à noter que seulement 10 à 15 % des voyageurs se dirigeant vers les pays en voie de développement dans un contexte de travail consultent au préalable une clinique spécialisée en santé des voyageurs.

L'État a la responsabilité de l'accès et de la disponibilité des soins médicaux de qualité à l'ensemble des citoyens du Québec.

Dans la région, 4 CLSC offrent le service de santé-voyage, et plus de 2 000 personnes les consultent chaque année. La mise à jour des connaissances des intervenants, est assurée par la Direction de santé publique en collaboration avec les microbiologistes-infectiologues du Complexe hospitalier de la Sagamie.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses
- Groupe des répondants en Santé-voyage CLSC-DSP

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, les services santé-voyage offerts dans les 4 CLSC de la région soient maintenus et que des solutions durables soient appliquées pour assurer l'accessibilité au service au Saguenay.
2. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique maintienne l'accessibilité à une expertise de 2e ligne pour les services santé-voyage des CLSC.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Gestion régionale du dossier. Soutien aux intervenants. Promotion des services dans la population.

CLSC qui offrent le service de Santé-voyage : Maintien des services sur leur territoire.

Microbiologistes-infectiologues : Soutien à la formation des intervenants.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 5.4.20**

Activité : Transmission, aux médecins de première ligne, de l'information concernant l'exposition au virus de la rage et promotion auprès d'eux des mesures préventives.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Historiquement, la rage humaine et même la rage animale étaient absentes du territoire du Saguenay–Lac-Saint-Jean. La région a connu une épizootie de rage animale entre le mois d'août 1996 et le mois de mars 1998. Au cours de cette période, 35 animaux ont été diagnostiqués comme étant porteur de la rage. Comme aucun autre cas de rage animale n'a été signalé depuis mars 1998, la région n'est plus considérée endémique de rage depuis avril 2003 soit 5 ans après le dernier cas signalé. À noter cependant la découverte d'une chauve-souris rabique pendant l'été 2003, à l'extrêmité-sud du territoire.

Les cas suspects de transmission de rage, animaux sauvages qui ont mordu ou animaux domestiques qui ne peuvent être observés, doivent être signalés à la Direction de santé publique qui procède à une évaluation de risque et recommande, lorsque justifié, une prophylaxie postexposition (PPoE). En 2001, 126 déclarations de morsure ont été analysées, entraînant une PPoE pour 21 personnes. En 2001, plus de la moitié des PPoE administrées l'ont été à la suite d'un contact jugé significatif avec une chauve-souris.

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. Que d'ici 2007, tous les médecins généralistes (1re ligne) aient reçu l'information adéquate au regard de la rage humaine et animale au Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Préparation d'un bulletin d'information (INFO-MADO) sur la rage et diffusion régionale.

Cliniciens : Signalement des morsures à risque de rage animale.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 5.4.21**

Activité : Connaissance de l'épidémiologie régionale concernant les infections nosocomiales, diffusion des recommandations et des guides de prévention concernant ces infections et définition des moyens pour faciliter l'application de ces recommandations.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Les infections nosocomiales, c'est-à-dire acquises en milieu hospitalier, et de façon plus générale les infections associées à la prestation des services de santé, occasionnent une morbidité importante et une létalité modérée à sévère selon la condition clinique des patients, et présentent un potentiel élevé de contagiosité. Au Québec, on estime qu'environ 60 000 infections nosocomiales de toute nature (incluant l'influenza) surviennent annuellement, ce qui représente un taux d'environ 6 infections nosocomiales pour 100 admissions à l'hôpital. Ainsi, on peut estimer qu'environ 2 000 personnes au Saguenay–Lac-Saint-Jean ont subi une infection nosocomiale au cours de l'année 2000 à 2001.

La prévention des infections nosocomiales a connu un surcroît d'attention et d'importance devant la menace de nouvelles infections causées par des bactéries résistantes aux antibiotiques. La mobilisation suscitée contre 2 microbes, à savoir le *Staphylococcus aureus* résistant à la *méthicilline* (SARM) et l'entérocoque résistant à la *vancomycine* (ERV), a redonné de la vigueur aux campagnes de prévention des infections en milieu hospitalier et au travail de surveillance assuré par les comités de prévention des infections. En effet, les souches résistantes s'implantent en milieu hospitalier sournoisement sous l'influence de la pression de l'antibiothérapie et de la transmission croisée interhumaine à partir des patients porteurs.

Depuis l'automne 2001, la région est considérée comme étant endémique pour le SARM et les Centres hopitaliers ont mis en place un protocole pour dépister les personnes à risque lors de l'admission.

Par l'entremise de l'éducation continue, du dépistage des malades porteurs des micro-organismes infectieux, de l'hygiène des mains et de l'isolement des malades, la progression de ce type d'infection peut être ralentie. Au cours des dernières années, des protocoles d'intervention ont été développés et diffusés dans les établissements de santé du Québec, afin de donner des lignes directrices à tous les professionnels de la santé qui donnent des soins aux bénéficiaires, tant en établissement qu'à domicile.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. Que d'ici 2007, 100 % des guides de prévention des infections nosocomiales soient diffusés et appliqués dans les CH de la région afin d'harmoniser les pratiques.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien aux établissements. Diffusion des guides en prévention.

CH : Application des guides de prévention. Surveillance des SARM et ERV.

Microbiologistes-infectiologues : Collaboration à la surveillance et à l'intervention.

Dans les CH de la région, les activités mises en place pour connaître l'épidémiologie des infections nosocomiales varient selon les ressources et le niveau de priorité que l'établissement accorde à ce problème. **Structures de concertation et de coordination** · Comité régional de prévention des infections	

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 5.4.22**

Activité : Prise en charge et suivi des cas-index et des contacts étroits des personnes ayant une tuberculose contagieuse.

Offre du test de dépistage tuberculinique aux personnes séropositives au VIH et traitement des personnes infectées.

Évaluation initiale, traitement et suivi des immigrants nouvellement admis, tel que recommandé dans le *Protocole provincial d'intervention.*

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

Épidémiologie de la tuberculose-maladie (TBM) au Québec et au Saguenay–Lac-Saint-Jean.

La résurgence de cette maladie dans le monde est liée à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et à la présence de souches résistantes aux antibiotiques. Au Québec, la TBM demeure la seule maladie à traitement obligatoire (MATO). Pour être efficace, la thérapie doit être suivie pendant 6 mois mais dans certains cas, elle peut durer 9 mois ou plus. L'application de mesures rigoureuses de contrôle et de traitement fait en sorte que l'incidence au Québec demeure relativement faible et atteint son plus bas niveau en 2001, avec 3,5 cas par 100 000.

L'incidence de la TBM au Saguenay–Lac-Saint-Jean, de 1997 à 2001, varie de 3,5 (10 cas) à 1,7 (5 cas) par 100 000 personnes, pour un total de 29 cas déclarés chez des résidants de notre territoire. Les formes contagieuses (ex. : pulmonaire) constituent 90 % des présentations de tuberculose active au Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Par ailleurs, aucun cas de tuberculose associé à l'infection au VIH n'a été déclaré au Saguenay–Lac-Saint-Jean, de 1997 à 2001.

Finalement, la surveillance des souches de *Mycobacterium tuberculosis* ne montre pas de résistance notable aux antituberculeux parmi les cas diagnostiqués au Saguenay–Lac-Saint-Jean, mais on sait que ce phénomène est en croissance dans plusieurs régions du monde.

Priorités vis-à-vis la tuberculose

La priorité du *Programme québécois de contrôle de la tuberculose* demeure le suivi de chaque cas de TBM jusqu'à la fin du traitement et l'identification, l'évaluation et le suivi des personnes en contact étroit avec eux. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, la coordination de ces activités est assurée par la Direction de santé publique avec la collaboration des CLSC.

Une autre priorité, dans les activités de prévention et de contrôle de la tuberculose, de ce programme, concerne les personnes immigrantes qui n'ont pas de

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, 100 % des cas déclarés soient l'objet d'une enquête épidémiologique et d'un suivi pour la durée du traitement.
2. D'ici 2007, 100 % des contacts étroits de cas de tuberculose active soient contactés pour connaître le traitement préventif prescrit et son observance.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Mise en oeuvre de l'enquête épidémiologique. Soutien aux intervenants des CH et CLSC.

CLSC et Centres de santé autochtones – intervenants aux enquêtes : Collaboration aux enquêtes et suivi des cas et de leurs contacts.

CH – préventionnistes en infections : Collaboration aux enquêtes.

Cliniciens : Déclaration des cas.

TBM, mais une « tuberculose inactive » en raison de leurs antécédents médicaux ou d'une radiographie pulmonaire anormale. Ces personnes sont référées par les services d'immigration aux directions de santé publique de leur région afin de faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi au moment de leur arrivée. Même si la tuberculose inactive n'est pas une maladie à déclaration obligatoire au Québec, ces personnes ont signé à leur arrivée un engagement de surveillance médicale de la tuberculose. Des mécanismes sont en place pour rejoindre ces personnes, obtenir leurs dossiers médicaux auprès des ambassades et services d'évaluation outre-mer et leur faciliter l'accès aux services d'évaluation et de suivi (pneumologie et maladies infectieuses).

L'immigration est un phénomène qui devrait prendre de l'ampleur au Saguenay–Lac-Saint-Jean au cours des prochaines années, et par conséquent, le suivi médical de ces personnes au regard de l'infection tuberculeuse aussi.

La prévention de la tuberculose chez les personnes séropositives au VIH est très importante, tant pour des raisons de santé individuelle que de santé publique. Le dépistage de la co-infection est considéré comme une norme de pratique et doit être prévu dans le bilan de santé des personnes séropositives au VIH. Par ailleurs, après avoir exclu une TBM chez les personnes séropositives au VIH qui ont un PPD positif, on doit envisager avec elles une chimioprophylaxie ainsi que le suivi approprié.

Structures de concertation et de coordination

- Comité de coordination DSP-CLSC sur les maladies infectieuses

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 5.4.23**

Activité : Diffusion aux populations ciblées des recommandations établies à partir de l'investigation des éclosions de zoonoses autres que la rage humaine et adaptées aux différents modes de transmission de ces maladies.

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

Les zoonoses sont des maladies pouvant être transmises à l'être humain par les animaux. Elles représentent un groupe hétérogène de maladies infectieuses causées par une grande diversité de micro-organismes. Elles provoquent une morbidité de modérée à sévère, et peuvent avoir des impacts économiques non négligeables, nécessitant une intervention rapide et une collaboration multidisciplinaire interministérielle.

En juin 1997, les directions régionales de santé publique et le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ) ont signé le *Protocole de collaboration et de communication de renseignements sur la prévention, la surveillance et le contrôle des zoonoses*. En vertu de ce protocole, la Direction de santé publique a le mandat de tenir une enquête épidémiologique auprès des personnes atteintes ou susceptibles d'être atteintes, lors de la déclaration d'une infection pouvant être d'origine animale, et mener les interventions de santé publique appropriées en collaboration avec le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ).

Certaines zoonoses sont déjà ciblées par d'autres objectifs du *Programme national de santé publique*, notamment la rage et les infections entériques (*salmonellose et campylobactériose*).

Dans la région Saguenay–Lac-Saint-Jean, une autre zoonose la tularémie, est déclarée depuis 1998 : 3 cas en 1998, 2 en 1999, 6 en 2000 et 1 en 2001. La tularémie présente un cycle de 6 à 8 ans. La DSP doit donc être vigilante, enquêter les cas déclarés et contribuer à la diffusion d'information auprès de publics cibles afin de réduire les risques d'acquistion de cette infection.

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, 100 % des cas de zoonoses déclarés fassent l'objet d'une intervention de santé publique appropriée.
2. Que d'ici 2007, les outils promotionnels disponibles soient diffusés auprès des publics cibles visés.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Mise en oeuvre de l'intervention de santé publique. Production du rapport annuel.

CLSC et Centres de santé autochtones – intervenants aux enquêtes : Collaboration à l'enquête.

Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) : Collaboration à l'enquête.

Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ) : Collaboration à l'enquête.

Domaine : MALADIES INFECTIEUSES **N° : 5.4.24**

Activité : Application des recommandations québécoises relatives à la prévention et à la surveillance de l'encéphalite du Nil occidental, lesquelles recommandations sont adaptées aux modes de transmission de cette maladie.

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

Le virus du Nil occidental (VNO) a fait son apparition en Ouganda, en 1937. Il s'est manifesté en Amérique du Nord, pour la première fois, en 1999, à New York. Il a continué à s'y étendre depuis lors. En 2002, le virus du Nil a été détecté dans 44 états américains et 5 provinces canadiennes. Il a entraîné 274 décès parmi les 4 200 personnes infectées aux États-Unis. Au Canada, 315 cas humains ont été confirmés incluant 17 décès. Les provinces où le virus du Nil a été détecté sont le Québec, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse, la Saskatchewan et le Manitoba.

Au Québec, le virus a fait son apparition à l'été 2002. À la fin de la saison 2002, l'infection avait été identifiée chez 139 oiseaux et 50 groupes de moustiques. Pour ce qui est des cas humains, 19 personnes ont été infectées au Québec en 2002 et 2 personnes en sont décédées. En 2002, aucun groupe de moustiques positif pour le VNO ni aucun cas humain n'avait encore été rapporté pour la région Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Rappelons ici que le virus du Nil se transmet à l'homme par la piqûre d'un moustique, du genre Culex, qui s'est contaminé en se nourissant du sang d'un oiseau infecté. À ce jour, le virus du Nil a été isolé chez une quarantaine d'espèces de moustiques à travers le monde. Au Québec, 17 espèces sont potentiellement porteuses. Les espèces d'oiseaux les plus susceptibles d'être atteints par le virus du Nil occidental sont la corneille, le grand corbeau et le geai bleu. Ces espèces sont visées dans le Plan de surveillance.

Par ailleurs, de nouveaux modes de transmission ont été documentés en 2002 : le sang, le lait maternel, les tissus et organes, la transmission intra-utérine, ce qui soulève de nouvelles préoccupations en terme de gestion et de contrôle du VNO.

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. Qu'un plan de communication soit développé pour les professionnels et la population visée dès la survenue d'un premier cas humain dans la région.
2. Que d'ici 2007, 100 % des cas suspects d'encéphalite au virus du Nil occidental (VNO) (1re sérologie positive) fassent l'objet d'une enquête épidémiologique.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Gestion concertée du dossier entre les services maladies infectieuses, santé au travail et santé environnementale de la Direction de santé publique.

Département de microbiologie-infectiologie du Complexe hospitalier de la Sagamie : Collaboration à l'identification et validation des cas.

Ministère de l'Environnement : Collaboration au dossier pour l'aspect environnemental.

Domaine : SANTÉ ENVIRONNEMENTALE **N° : 5.5.01**

Activité : Promotion des moyens efficaces d'améliorer la qualité de l'air extérieur (utilisation du transport en commun, programmes d'inspection obligatoire des véhicules usagés, par exemple).

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

De nombreuses études épidémiologiques démontrent qu'une augmentation de la pollution atmosphérique (notamment par ozone, oxydes d'azote et de soufre, monoxyde de carbone et particules respirables) entraîne une augmentation du risque de mortalité prématurée, une augmentation significative de la mortalité moyenne quotidienne chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, ainsi qu'une morbidité accrue chez les enfants et les personnes vivant à proximité des zones polluées.

Le développement de l'industrie de l'aluminium, celle des pâtes et papiers, la production et la transformation du bois, le développement de l'industrie de traitement des matières dangereuses et résiduelles, les pollutions éoliennes d'origine agricole et industrielle sont autant de facteurs qui altèrent la qualité de l'air. Qui plus est, la physiographie de la région et la concentration des industries font en sorte d'exposer une plus grande partie des zones résidentielles aux polluants d'origine industrielle. Le lourd passé industriel, la circulation automobile, certaines activités agricoles et de petites industries, sont autant de facteurs qui altèrent la qualité de l'air même si d'importantes modifications des procédés de la grande industrie ont été implantées ces dernières années. Depuis 1987, la Direction de santé publique s'implique pour que les grandes entreprises locales réduisent la pollution atmosphérique par les particules, les fluorures, certains composés organovolatiles, ainsi que des pollutions localisées associées à des activités de transport.

La pratique de l'utilisation du chauffage au bois est passablement répandue dans la région, des données de Statistique Canada permettent d'évaluer que 7 000 à 8 000 ménages utilisent ce moyen de chauffage, sans qu'on connaisse très bien les conséquences de cette pratique sur la qualité de l'air. La situation pourrait être aggravée dans certains secteurs par la concentration des utilisateurs ou par des phénomènes liés à la géographie ou les conditions météorologiques locales particulières.

Plusieurs régions du Québec sont maintenant dotées de services d'information au public de la qualité de l'air ambiant en temps réel, qui permettent d'informer la population lors d'épisode de smog. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean en particulier, il faudrait documenter la situation et examiner la pertinence de se doter d'un service semblable.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique en collaboration avec ses partenaires, s'implique dans le suivi de la qualité de l'air extérieur et contribue à mieux documenter la pratique de l'utilisation du chauffage au bois et que la population soit renseignée sur les conditions optimales de l'utilisation de ce moyen de chauffage.
2. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique vérifie la faisabilité de l'implantation dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean du programme *Info-Smog*.
3. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique s'implique avec ses partenaires dans la promotion du covoiturage au Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Dans le cas de l'examen de projets industriels et agricoles et des projets soumis au processus du Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPE) :

- étude de la recevabilité des projets;
- émission de recommandations pour la prévention et la protection de la santé;
- évaluation du risque pour la santé humaine de ces projets;
- participation aux audiences publiques.

Dans le cas du chauffage au bois :

Production d'une recherche descriptive de la pratique du chauffage au bois dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Les endroits où cette pratique est particulièrement problématique seront identifiés et des interventions ciblées seront aussi prévues. Il s'agit de renseigner la population sur les conditions de l'utilisation optimale de ce moyen de chauffage.

CLSC : Collaboration avec les équipes de santé au travail des CLSC dans l'élaboration de plan de suivi de certains projets industriels et agricoles (secteur Santé au travail). Information pertinente et diffusion auprès de la population (Info-Santé).

Entreprises industrielles et agricoles : Production des données nécessaires à l'évaluation et au suivi de leurs activités. Application des modifications à leur procédé jugées nécessaires.

Structures de concertation et de coordination

- Comité régional de lutte contre le cancer
- Comité ZIP (Zone d'intervention prioritaire)
- Structures *ad hoc* selon la problématique

Environnement Canada : Caractérisation de l'air extérieur. Évaluation de la faisabilité et collaboration à une implantation éventuelle du programme *Info-Smog* au Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Ministère de l'Environnement : Suivi en continu de la qualité de l'air ambiant pour trois stations régionales, collaboration à la caractérisation des conséquences de l'utilisation du chauffage au bois.

Identification des localités particulièrement problématiques. Suivi environnemental des projets industriels et agricoles. Intervention dans les situations problématiques.

Municipalités : Examen de la conformité des projets industriels et de leur acceptabilité sociale. Promotion du suivi des activités industrielles et agricoles qui sont sur leur territoire afin de minimiser leurs impacts sur la qualité de l'air. Adaptation du plan d'urbanisme favorisant la qualité de l'air. Promotion des conditions optimales de l'utilisation du chauffage au bois auprès de leur population. Promotion du transport en commun.

Organismes environnementaux : Concertation entre les différents intervenants et acteurs pouvant influencer la qualité de l'air extérieur. Sensibilisation de la population en général.

Domaine : SANTÉ ENVIRONNEMENTALE **N° : 5.5.02**

Activité : Promotion des moyens efficaces de réduire l'exposition au pollen de l'herbe à poux par : des activités de sensibilisation à l'intention de la population concernant l'identification de l'herbe à poux et les mesures de contrôle à appliquer dans l'environnement immédiat.

Niveau actuel d'implantation : À mettre en place

État de la situation

La rhinite allergique affecte aussi la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Il est important de réaliser que l'herbe à poux, responsable de 50 % à 90 % de tous les cas de rhinite allergique dans le sud du Québec, n'a pas cette importance dans la région, laquelle est plutôt exposée au pollen de son environnement forestier (en particulier les conifères et les bétulacées).

Jusqu'à maintenant, par sa nordicité, la région a été relativement protégée de la prolifération de l'herbe à poux. À part quelques mentions anecdotiques, la présence de l'*Ambrosia* n'a pas été constatée systématiquement et elle est considérée comme rare. En raison des changements climatiques et des nombreux corridors de transport, cette situation a peut-être changé. Il apparaît nécessaire de mieux documenter la présence et l'abondance de l'herbe à poux sur notre territoire et de juger de la pertinence d'éventuelles campagnes d'information auprès de la population.

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique réalise un état de situation sur la présence, la distribution et l'abondance de l'*Ambrosia* au Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Production d'un état de situation.

Agriculture Canada : Partenaire-conseil.

Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) : Partenaire-conseil.

Ministère de l'Environnement : Partenaire-conseil.

Municipalités : Collaboration à l'état de situation.

Organismes environnementaux : Partenaire-conseil et sensibilisation de la population.

Domaine : SANTÉ ENVIRONNEMENTALE **N° : 5.5.03**

Activité : Promotion d'une intervention concertée visant la réduction de l'exposition aux aéroallergènes environnementaux auprès des établissements d'enseignement primaire et secondaire, des regroupements de services de garde et des ministères concernés par la question.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

La Direction de santé publique est intervenue dans plusieurs établissements publics présentant des problèmes réels ou appréhendés de la qualité de l'air intérieur. Ces interventions avaient pour but de réduire l'exposition des occupants à divers allergènes et autres polluants.

À ces occasions, la DSP a favorisé une approche multidisciplinaire et concertée au sein du réseau de la santé. La DSP a organisé au printemps 2003 un colloque sur la promotion de la qualité de l'air intérieur réunissant divers intervenants des CLSC, de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), des municipalités et des entreprises intéressées.

Structures de concertation et de coordination

· Equipe régionale de santé au travail

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique ainsi que les CLSC aient participé à la promotion de cette formation aux inspecteurs municipaux en bâtiment.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Promotion et soutien à la formation.

Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) : Formation dans le réseau de la santé. Soutien à la formation des inspecteurs en bâtiment.

Corporation des officiers municipaux en bâtiment et environnement du Québec (C.O.M.B.E.Q.) : Promotion auprès des inspecteurs en bâtiment.

Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) : Formation des inspecteurs en bâtiment.

Domaine : SANTÉ ENVIRONNEMENTALE **N° : 5.5.04**

Activité : Participation à l'organisation des services publics, sectoriels et intersectoriels, sur la qualité de l'air intérieur dans chacune des régions du Québec.

Niveau actuel d'implantation : À mettre en place

État de la situation

La mauvaise qualité de l'air ainsi que les problèmes de salubrité dans les résidences et les bâtiments publics sont à l'origine d'une augmentation de la prévalence et de la gravité de problèmes de santé tels que l'asthme, les manifestations allergiques et le syndrome des édifices hermétiques. Les principaux contaminants qu'on y retrouvent sont les contaminants biologiques (moisissures), la fumée de tabac et autres produits de combustion, de même que certains composés organiques volatiles.

La survenue du déluge en 1996 a forcé le développement d'une meilleure concertation des différents intervenants impliqués (municipalités, SCHL, CLSC, DSP, Sécurité civile, etc.). Par ailleurs, l'Institut national de santé publique a produit récemment un rapport sur les effets à la santé liés aux moisissures. Il n'en reste pas moins que les interventions dans ce domaine sont complexes et que les ressources sont limitées, et ce, particulièrement pour les résidences privées.

Plus de 500 demandes ou plaintes seraient acheminées annuellement aux entreprises privées de nettoyage, à la Commission de la santé et de la sécurité du travail, aux équipes de santé au travail des CLSC, à l'équipe de santé environnementale de la Direction de santé publique et aux inspecteurs municipaux. Il est possible de répondre aux demandes provenant des secteurs publics, institutionnels et industriels. Le secteur privé (résidences familiales qui représentent le plus grand nombre de demandes) est cependant passablement démuni.

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique ait élaboré un cadre de référence régional.
2. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique ait contribué à la promotion du *Guide d'intervention intersectorielle aux municipalités*, en offrant aux différents intervenants et organismes publics concernés une formation sur les risques à la santé d'une mauvaise qualité de l'air intérieur et sur leurs rôles, pouvoirs et devoirs respectifs.
3. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique ait contribué à la production d'un protocole de gestion et d'orientation des demandes vers les ressources appropriées.

RÉGIONALE ET LOCALE

4. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique de concert avec les CLSC ait clarifié le rôle et les responsabilités des intervenants de la santé au travail et de la santé publique (service de santé environnementale) dans la conduite d'enquêtes ou d'interventions dans les différents milieux.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Élaboration du cadre de référence régional. Promotion du *Guide d'intervention intersectorielle aux municipalités*. Collaboration à la formation des inspecteurs municipaux et autres intervenants. Élaboration avec les partenaires du protocole de gestion. Orientation des demandes vers la ressource appropriée. Clarification du rôle et des responsabilités des intervenants de la santé au travail et de la santé environnementale dans les problématiques de l'air intérieur survenant en milieu mixte (population - travailleurs).

CLSC : Collaboration à l'élaboration du cadre de référence et du protocole d'orientation vers les ressources appropriées. Intervention auprès des travailleurs et collaboration dans les situations impliquant la population en général. Information et orientation de la population par Info-Santé.

	Corporation des officiers municipaux en bâtiment et environnement du Québec (C.O.M.B.E.Q.) : Promotion auprès des inspecteurs municipaux. **Médecins :** Évaluation et prise en charge des problèmes de santé individuels liés à la problématique de la qualité de l'air intérieur. **Municipalités :** Intervention des inspecteurs municipaux dans les situations touchant la qualité de l'air intérieur. **Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) :** Élaboration de normes de construction et de guides destinés aux constructeurs et à la population.

Domaine : SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

N° : 5.5.05

Activité : Conduite d'enquêtes épidémiologiques et organisation des activités appropriées lorsque sont signalés des problèmes de santé liés à la qualité de l'air intérieur ou à la salubrité dans les écoles, les centres de la petite enfance (CPE) ainsi que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

La Direction de santé publique est intervenue à plusieurs reprises dans des lieux publics au cours des dernières années, soit dans 3 centres sportifs, 1 centre administratif scolaire et 2 écoles primaires pour des problèmes associés au monoxyde de carbone et à la mauvaise qualité appréhendée de l'air intérieur. Nous sommes également intervenus dans 1 école primaire suite à une contamination fongique.

Dans ces cas, nous avons recueilli les informations nécessaires et organiser les activités appropriées pour résoudre ces situations. En partenariat avec la Commission de la sécurité et de la santé du travail, les équipes de santé au travail des CLSC locaux, les responsables des commissions scolaires et les municipalités, nous avons privilégié les approches multidisciplinaires et multipartites pour favoriser des lieux sains de travail, d'étude et de loisir. Nous avons également mené des rencontres de parents et de comités de parents lorsque la situation le requérait.

Ce type de situation peut survenir en tout temps et la DSP continuera ses interventions dans les lieux publics, incluant des enquêtes épidémiologiques.

Structures de concertation et de coordination

- Comité régional de lutte contre le cancer
- Équipe de santé au travail des CLSC et de la Direction de santé publique

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique exécute les enquêtes épidémiologiques et supervise les activités appropriées, lorsque sont signalés des problèmes de santé liés à la qualité de l'air intérieur ou la salubrité dans les écoles, les centres de la petite enfance et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) : Soutien technique et analytique. Participation aux rencontres avec les travailleurs. Participation au suivi des recommandations.

Direction de santé publique (DSP) et équipe de santé environnementale : Réception et évaluation des plaintes et demandes. Visite des lieux en concertation avec le CLSC. Mobilisation des partenaires. Enquêtes épidémiologiques lorsque requises. Diffusion des informations nécessaires. Émission d'avis et recommandations.

Équipe de santé au travail des CLSC : Participation aux inspections. Collaboration aux enquêtes. Prélèvements d'échantillons et mesures jugées nécessaires. Participation aux rencontres d'information. Participation au suivi des recommandations.

Responsables des établissements : Signalement des situations pouvant détériorer la qualité de l'air intérieur et la salubrité. Soutien aux enquêtes et aux rencontres avec le personnel et les utilisateurs de l'établissement. Mise en place des mesures de correction jugées nécessaires et du suivi.

Domaine : SANTÉ ENVIRONNEMENTALE **N° : 5.5.06**

Activité : Participation au suivi de l'enlèvement ou de la réparation du flocage d'amiante dans les bâtiments scolaires déjà identifiés et soutien à l'évaluation de la présence d'amiante dans tous les établissements de soins de santé.

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

Suite à la campagne provinciale de dépistage et d'identification menée dans les écoles primaires et secondaires, de toutes les régions du Québec, l'existence de fibres d'amiante dans les flocages des plafonds a été confirmée dans plusieurs écoles du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Quatre commissions scolaires de la région ont signalé la présence de fibres d'amiante dans certains de leurs établissements. Les travaux d'inspection ont permis d'identifier 351 locaux avec flocage d'amiante nécessitant une intervention de réfection prioritaire. Des travaux de coffrage ou d'enlèvement de ces revêtements ont été planifiés pour limiter l'exposition des travailleurs de l'entretien, des étudiants et du personnel enseignant, à ces matériaux.

Ce type de flocage existe aussi dans d'autres établissements d'enseignements et dans certains établissements du réseau de la santé et des services sociaux. La situation sera documentée plus précisément dans le cadre d'une campagne provinciale.

Structures de concertation et de coordination

· Comité régional de lutte contre le cancer

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique, de concert avec les CLSC, ait effectué le suivi de toutes les situations de réfections prioritaires identifiées (travaux de coffrage ou d'enlèvement).

RÉGIONALE

2. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique ait participé au programme provincial visant les établissements d'enseignement post-secondaire et autres.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Suivi des opérations d'identification et d'inspection. Émission des recommandations.

CLSC : Inspection des établissements et identification des locaux affectés.

Commissions scolaires et autres établissements publics : Identification des situations problématiques et correction en conformité avec les recommandations.

Institut de recherche en santé et sécurité au travail (IRSST) : Analyse des échantillons.

Domaine : SANTÉ ENVIRONNEMENTALE **N° : 5.5.07**

Activité : Définition d'une stratégie relative à l'exposition au radon domiciliaire.

Niveau actuel d'implantation : À mettre en place

État de la situation

Des mesures de l'exposition au radon avaient été effectuées en 1983 et 1984 dans le sous-sol de plusieurs résidences d'un quartier d'une municipalité de la région. Les niveaux d'exposition rencontrés avaient été jugés sécuritaires selon les critères de l'époque. Cependant à la lumière d'une révision des critères, cela pourrait entraîner des recommandations nouvelles.

Structures de concertation et de coordination

· Comité régional de lutte contre le cancer

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique ait réévalué les risques à la santé à la lumière des nouveaux critères d'exposition au radon, formuler les recommandations nécessaires aux personnes exposées à partir des données existantes.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Commission de l'Énergie atomique du Canada : Collaboration à rendre disponibles les mesures déjà effectuées.

Ministère de l'Environnement : Collaboration à rendre disponibles les mesures déjà effectuées.

Municipalités : Collaboration aux interventions possibles.

Domaine : SANTÉ ENVIRONNEMENTALE **N° : 5.5.08**

Activité : Information aux parents concernant les moyens efficaces de protéger leurs enfants de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets.

Niveau actuel d'implantation : À maintenir

État de la situation

L'Institut national du cancer du Canada a estimé que l'ensemble des cancers de la peau pouvait représenter jusqu'à 36 % de tous les nouveaux cas de cancer. Ils seraient les cancers les plus prévalents dans la population. Plus de 90 % de ces cancers seraient attribuables à une exposition prolongée aux rayons solaires, d'origine naturelle ou artificielle. Les enfants sont particulièrement vulnérables puisqu'entre 50 % et 80 % de la dose d'exposition à vie est accumulée au cours des 18 premières années et que les coups de soleil attrapés en bas âge et à l'âge adulte, sont les principaux facteurs de risque associés au cancer de la peau.

Il faut noter par ailleurs, que les tumeurs malignes de la peau autres que les mélanomes sont probablement largement sous-estimées puisqu'elles ne donnent pas lieu à une hospitalisation et qu'elles entraînent rarement un décès.

Structures de concertation et de coordination

· Comité régional de lutte contre le cancer

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique de concert avec les CLSC, ait effectué la distribution du dépliant sur les dangers de l'exposition aux ultraviolets *Danger* : *le bronzage pourrait avoir votre peau* produit par le MSSS et l'Association des dermatologistes du Québec et tous les autres documents qui seront produits dans les prochaines années portant sur ce sujet.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Commande de dépliants en nombre suffisant. Mise à jour des listes d'envoi pour que la clientèle cible soit rejointe.

CLSC : Distribution des dépliants à sa clientèle. Information sur les moyens efficaces de protéger les enfants des rayons ultraviolets (Info-Santé).

Centres de la petite enfance et garderies (CPE) : Application des recommandations et distribution des dépliants aux parents.

Commissions scolaires : Distribution des dépliants aux étudiants et aux parents.

Domaine : SANTÉ ENVIRONNEMENTALE **N° : 5.5.09**

Activité : Conduite d'enquêtes épidémiologiques et organisation des activités appropriées lorsque sont signalées des éclosions ou des intoxications reliées à l'eau et conduite d'enquêtes épidémiologiques dans tous les cas de dépassement des normes relatives aux *E. coli* fécaux dans les réseaux de distribution de l 'eau.

Niveau actuel d'implantation : À maintenir - Voie d'action incontournable

État de la situation

L'adoption en juin 2001 du *nouveau Règlement sur la qualité de l'eau* potable a eu des conséquences importantes sur le service de santé environnementale. Avant l'adoption, 40 signalements hors-normes étaient acheminés à la Direction de santé publique en moyenne chaque année; depuis 2002, plus de 500 rapports parviennent annuellement à la Direction de santé publique. La plupart des signalements concernaient des anomalies de la qualité bactériologique de l'eau potable, mais aussi des caractéristiques physicochimiques. L'implantation du nouveau règlement prendra au moins 5 ans avant d'être complétée et le nombre de signalements pourrait bien augmenter à 800 et plus par année avec l'ajout de la surveillance dans les réseaux privés (plus de 200 inventoriés).

De nombreux problèmes d'ordre financier sont à prévoir, surtout pour les petites municipalités, 16 d'entre elles sont actuellement en recherche d'eau souterraine, 1 seule municipalité procèdera à l'expérimentation à l'échelle réelle d'une technologie de traitement à la membrane; et une autre, un système complet de traitement de l'eau. Certaines municipalités n'ont pas encore identifié de solutions. Un total de 6 réseaux municipaux sont actuellement sous avis de bouillir l'eau de façon permanente ou préventive.

Les demandes d'expertise sont de plus en plus nombreuses pour aider les exploitants à comprendre et à trouver des solutions pour le retour à la conformité de leurs réseaux, d'autant plus que certaines municipalités doivent recourir de façon périodique à de l'eau de surface pour répondre aux besoins de leurs usagers. L'implantation de la certification des opérateurs de réseau sera amorcée d'abord pour les opérateurs de réseaux municipaux pendant l'année 2003-2004.

Plusieurs municipalités pourraient nécessiter des demandes particulières, qu'il suffise de mentionner la problématique des THM, de l'utilisation de l'hexazinone dans les bleuetières, des nitrates dans les zones de culture (tout particulièrement la culture de pommes de terre), etc.

Les ressources en santé environnementale sont toujours insuffisantes pour répondre à l'augmentation des demandes de soutien et des signalements hors-normes prévus.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. Que d'ici 2007, toutes les éclosions et intoxications reliées à l'eau potable continuent de faire l'objet d'une enquête épidémiologique.
2. Que d'ici 2007, tous les dépassements de normes relatives aux *E. coli* continuent d'être analysés par la Direction de santé publique et qu'une intervention appropriée soit réalisée.
3. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique consolide son accès au système d'information Discoverer du ministère de l'Environnement qui tient lieu du registre de la qualité de l'eau potable et des dépassements de normes bactériologiques et physicochimiques.
4. Que d'ici 2006, la Direction de santé publique collabore avec Emploi-Québec et le ministère des Affaires municipales, Sport et Loisir, lors de la formation des opérateurs de système d'eau potable.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Évaluation et enquêtes pour toutes les situations de dépassements de normes relatives aux *E. coli* et aux déclarations d'éclosions de gastro-entérites potentiellement reliées à l'eau potable qui lui sont signalées. Contribution à la formation des opérateurs de système d'eau potable. Émission d'avis pour toutes situations particulières de contamination qui lui sont déclarées. Surveillance des réseaux problématiques.

Emploi-Québec : Certification des opérateurs des systèmes d'eau potable.

Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ) : Application des normes de qualité dans les établissements de la production jusqu'à la consommation des aliments.

Ministère de l'Environnement : Application du règlement sur la qualité de l'eau potable.

Ministère des Affaires municipales, Sport et Loisir (MAMSL) : Coordination avec les MRC et les municipalités. Coordination à la formation des opérateurs des systèmes d'eau potable. Participation financière aux infrastructures.

Structures de concertation et de coordination

- Comité agro-environnement de Saint-Ambroise
- Table de concertation eau potable MENVIQ-MAPAQ-DSP

Municipalités : Déclaration de non-conformité (source de la contamination, mesures prises, etc.). Déclaration du retour à la conformité. Collaboration aux enquêtes épidémiologiques et à la diffusion de l'information à la population.

Réseau Environnement, chapitre régional : Diffusion des connaissances sur les techniques de l'eau.

Domaine : SANTÉ ENVIRONNEMENTALE **N° : 5.5.10**

Activité : Sensibilisation de la population à l'utilisation d'un détecteur de monoxyde de carbone (CO) dans la maison.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Entre 1990 et 2000, le Centre de toxicologie du Québec a enregistré chaque année environ 80 intoxications graves au monoxyde de carbone (CO) traitées en chambre hyperbare et 13 décès reliés à de telles intoxications. Environ 1 200 appels sont reçus annuellement au Centre antipoison du Québec.

La Direction de santé publique reçoit les déclarations de cas d'intoxication au CO. La DSP investigue 100 % des cas déclarés et sensibilise ces personnes aux moyens de prévention et de détection du monoxyde de carbone.

La DSP favorise également la circulation de l'information générale sur l'intoxication au CO par la distribution de dépliants et par des articles dans les médias.

Structures de concertation et de coordination

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique de concert avec les CLSC, s'assure de la diffusion des dépliants produits par le MSSS et continue de participer aux campagnes de communication qui seront organisées.

RÉGIONALE

2. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique sensibilise les professionnels de la santé à l'importance de déclarer les intoxications à déclaration obligatoire.
3. Que d'ici 2007, toutes les déclarations d'intoxication au monoxyde de carbone, feront l'objet d'une enquête.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Participation aux campagnes de communication organisées par le MSSS. Distribution des dépliants d'information. Enquête épidémiologique pour chaque déclaration d'intoxication au monoxyde de carbone qui lui est adressée.

CLSC : Mise à niveau de l'information à Info-Santé.

Cliniques médicales et services d'urgence : Déclaration à la DSP de tous cas d'intoxications au CO.

Locateurs d'équipements motorisés pouvant causer des intoxications au monoxyde de carbone (CO) : Information aux personnes qui louent les équipements émetteurs de CO pour qu'elles connaissent le danger d'intoxication et les précautions à prendre.

Municipalités : Promotion de l'installation des détecteurs de CO dans les résidences privées. Participation du service des incendies aux mesures de CO demandées par la Direction de santé publique dans les résidences privées.

Domaine : SANTÉ ENVIRONNEMENTALE **N° : 5.5.11**

Activité : Promotion du processus de déclaration des cas d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine environnementale, notamment pour ce qui est du monoxyde de carbone (CO) et des pesticides et conduite d'enquêtes épidémiologiques lorsque de tels cas sont déclarés.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

La Direction de santé publique a enquêté tous les cas d'intoxication rapportés ou signalés au système maladies à déclaration obligatoire (MADO*)*.

Les cas signalés étaient des cas d'intoxication au plomb et des cas d'intoxication au monoxyde de carbone. Parmi les cas signalés, 90 % ont été associés à des milieux de travail et des activités de loisir.

Structures de concertation et de coordination

. Comité qualité de l'environnement intérieur – équipe de santé au travail

. Équipe régionale de santé au travail

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. Que d'ici 2006, la Direction de santé publique entreprenne de nouvelles campagnes de sensibilisation aurprès des intervenants de première ligne du réseau de la santé, de sorte que 100 % des médecins de première ligne et des infirmières cliniciennes auront été sensibilisés à déclarer les cas d'intoxication.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Sensibilisation du réseau de la santé.

CLSC : Promouvoir la déclaration des cas d'intoxication. Intervention des équipes de santé au travail lors d'intoxications menaçant la santé des travailleurs.

Médecins de famille et intervenants de première ligne : Déclaration des cas d'intoxication.

Domaine : SANTÉ ENVIRONNEMENTALE **N° : 5.5.12**

Activité : Participation aux différentes étapes de la procédure d'évaluation et d'examen relative aux projets ayant des conséquences sur l'environnement ainsi qu'à l'application de la politique relative à la protection des sols et à la réhabilitation des terrains contaminés.

Niveau actuel d'implantation : À maintenir

État de la situation

La Direction de santé publique a participé à plusieurs audiences publiques du Bureau d'audiences publiques sur l'environnement dans les 10 dernières années et entend continuer ses participations.

La DSP a examiné la recevabilité des études d'impact et a évalué tous les grands projets industriels et autres qui ont été réalisés dans la région. Nos évaluations ont principalement touché l'implantation de 3 alumineries, l'aménagement d'un lieu d'enfouissement sanitaire, les projets hydroélectriques et d'harnachement de rivières, les projets routiers, les projets de cogénération d'énergie, les projets de l'industrie porcine et un projet de traitement de la brasque des alumineries. La Direction de santé publique a aussi siégé à la Commission Munger sur le traitement des sols contaminés aux organochlorés.

La DSP participe au suivi environnemental des opérations de traitement de sols contaminés et de récupération d'équipements électriques contaminés aux Biphényl-polychlorés (BPC).

Structures de concertation et de coordination

· Comité régional de lutte contre le cancer

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique continue d'examiner les projets soumis à l'évaluation des impacts sur l'environnement et à participer à toutes les audiences publiques qui se tiennent sur le territoire du Saguenay–Lac-Saint-Jean ou qui concernent le Saguenay–Lac-Saint-Jean.
2. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique continue à participer au suivi environnemental de certains projets réalisés et d'informer la population concernée sur l'état de la situation.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Étude de la recevabilité des projets. Émission de recommandations pour la prévention et la protection de la santé. Évaluation du risque pour la santé humaine de ces projets. Participation aux audiences publiques.

Agence canadienne d'évaluation environnementale : Administration de la Loi canadienne sur l'évaluation environnementale.

Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPE) : Administration des audiences publiques. Consultation de la Direction de santé publique sur les aspects santé.

Ministère de l'Environnement : Application de la procédure d'évaluation et d'examen relative aux projets ayant un impact sur l'environnement. Application de la politique relative à la protection des sols et à la réhabilitation des terrains contaminés.

Domaine : SANTÉ ENVIRONNEMENTALE **N° : 5.5.13**

Activité : Participation au processus de révision des schémas d'aménagement proposés par les municipalités régionales de comté (MRC) et les communautés urbaines.

Niveau actuel d'implantation : À maintenir

État de la situation

La Direction de santé publique a déjà commenté ces dernières années 2 projets de schémas d'aménagement soit celui de la MRC Lac-Saint-Jean-Est et celui de la MRC Maria-Chapdelaine et continuera à être disponible pour cette activité. L'objet privilégié est la réduction de l'exposition des populations aux contaminants pouvant altérer la santé des populations.

Structures de concertation et de coordination

· Comité régional de lutte contre le cancer

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique continue à émettre les commentaires nécessaires pour la protection et la promotion de la santé de la population lors de l'élaboration et de la révision des schémas d'aménagement des MRC.
2. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique continue à commenter au besoin les règlements de contrôle intérimaires.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Réception du ministère des Affaires municipales, Sport et Loisir des projets de schémas d'aménagement des MRC. Émission de commentaires jugés nécessaires pour la protection et la promotion de la santé de la population.

Domaine : SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

N° : 5.5.14

Activité : Élaboration d'un plan d'urgence relatif à la santé environnementale, incluant des actions relatives aux risques nucléaires, biologiques et chimiques en cas de bioterrorisme.

Niveau actuel d'implantation : À consolider - Voie d'action incontournable

État de la situation

La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean dispose, depuis plusieurs années, d'un plan de mesures d'urgence général permettant de faire face aux diverses problématiques touchant les maladies infectieuses et la santé environnementale.

Les événements tragiques du 11 septembre 2001 aux États-Unis et la crise politique mondiale qui a culminé avec la guerre en Iran en 2003 et 2004, ont sensibilisé les autorités gouvernementales à la nécessité d'une meilleure préparation pour faire face aux risques nucléaires, biologiques et chimiques liés aux actions terroristes.

L'adoption en décembre 2001 d'une nouvelle Loi sur la santé publique et d'une Loi sur la sécurité civile, de même que la restructuration qui est en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux, obligent la révision du *Plan régional des mesures d'urgence* maintenant appelé le *Plan d'organisation régionale de sécurité civile – Mission santé* (PORSC-MS). C'est à la faveur de ces travaux que pourra être élaboré un plan d'urgence plus spécifique à la santé environnementale, incluant des actions relatives aux risques nucléaires, biologiques et chimiques en cas de bioterrorisme.

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, la porte d'entrée pour la réponse aux urgences infectieuses, environnementales et aux risques nucléaires, biologiques et chimiques est assurée 24 heures sur 24 par le service de garde en santé publique. Il est principalement destiné à répondre aux personnes et organismes de première ligne que sont : les municipalités et leurs services, le ministère de l'Éducation (MEQ), le ministère de l'Environnement, le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ), les services d'urgence, les médecins et les salles d'urgences d'hôpitaux, les CLSC et les cliniques privées, etc.

L'Institut national de santé publique offre de plus un service de garde de seconde ligne en appui aux ressources régionales principalement dans le domaine de la santé environnementale et des risques nucléaires, biologiques et chimiques liés à des actes terroristes.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique continue à maintenir son service de garde en santé publique, accessible 24 heures sur 24 aux personnes et organismes de première ligne susceptibles de déclarer des événements ou sinistres.
2. Que d'ici 2007, tous les signalements qui parviennent à la Direction de santé publique soient documentés et analysés par le service de garde en santé publique, de telle sorte que les interventions de prévention et de protection nécessaires soient réalisées et que les ressources nécessaires soient mobilisées. Le Plan d'urgence de la Direction de santé publique pourrait ainsi être mis à contribution.
3. Que d'ici 2005, une entente formelle avec l'INSPQ soit réalisée pour assurer une réponse complète et adéquate à toutes les situations impliquant des risques dans le domaine de la santé environnementale et des risques nucléaires, biologiques et chimiques.
4. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique ajuste son *Plan d'urgence* selon la planification de la Direction générale de la santé publique du Québec concernant les réponses aux situations relatives à la santé environnementale, ainsi qu'aux risques nucléaires, biologiques et chimiques reliés aux actes de terrorisme.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Mise en disponibilité d'un intervenant de garde accessible 24 heures sur 24 aux intervenants de première ligne. Analyse de tous les signalements de situations présentant des risques reliés à la santé environnementale, aux risques nucléaires, biologiques et chimiques. Prise de mesures nécessaires de prévention et de protection de la santé. Mobilisation des ressources justifiées par l'ampleur et la nature du sinistre.

Direction générale de santé publique (DGSP) : Élaboration d'un plan québécois d'urgence relatif à la santé environnementale.

Par ailleurs, la Direction générale de la protection de la santé publique au MSSS doit, dans les prochaines années, procéder à l'élaboration d'un plan québécois d'urgence relatif à la santé environnementale, incluant des actions relatives aux risques nucléaires, biologiques et chimiques en cas de terrorisme auxquelles la Direction de santé publique du Saguenay–Lac-Saint-Jean aura à s'arrimer.

Structures de concertation et de coordination

- Comité stratégique régional de sécurité civile, volet santé
- Organisation régionale de sécurité civile (ORSC)

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : Expertise en santé environnementale et pour les risques nucléaires, biologiques et chimiques reliés aux actes de terrorisme. Maintien d'un service de garde de seconde ligne.

Domaine : SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

N° : 5.5.15

Activité : Collaboration aux démarches régionales relatives à la gestion des risques d'accidents industriels majeurs, conformément à la Loi sur la sécurité civile, et à la préparation des schémas de sécurité civile.

Niveau actuel d'implantation : À consolider - Voie d'action incontournable

État de la situation

La Direction de santé publique participe déjà aux activités du Comité stratégique régional de sécurité civile - Mission santé, animé par le coordonnateur régional des mesures d'urgence de l'Agence régionale de santé qui représente aussi l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean au sein de l'Organisation régionale de sécurité civile (ORSC). Présidée par le directeur régional de la Sécurité civile, l'ORSC est composée des représentants régionaux des différents ministères et organismes du Québec. Conformément à la Loi sur la sécurité des barrages et la Loi sur la sécurité civile, les personnes dont les activités ou les biens sont générateurs de risques de sinistres majeurs sont tenues de les déclarer à la municipalité locale en précisant la nature de l'activité à l'origine du risque, son emplacement et les conséquences prévisibles d'un sinistre majeur, notamment le territoire qui pourrait être affecté. Ce sont ces déclarations qui serviront de base à l'élaboration des schémas de sécurité civile. L'ORSC reçoit automatiquement copie de ces déclarations.

La DSP se propose d'analyser les déclarations de risque de sinistres majeurs effectuées aux municipalités et aux MRC du Saguenay–Lac-Saint-Jean et de collaborer avec le coordonnateur régional des mesures d'urgence au sein de l'ORSC, pour commenter les plans d'urgence déposés par les générateurs de risques et les schémas de sécurité civile, planifiés par les autorités régionales ou locales. Les résultats de ces analyses seront incorporés dans la planification de la réponse de la DSP en cas de sinistre.

Les municipalités demeurent la pierre angulaire de la planification et de la réponse en cas de sinistre. Elles sont habituellement les premières averties et les premières à répondre.

Structures de concertation et de coordination

- Comité stratégique régional de sécurité civile, volet santé

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. Que d'ici 2007, la Direction de santé publique analyse et commente systématiquement les déclarations des risques de sinistres majeurs déposées à l'ORSC et commente les schémas de sécurité civile déposés par les municipalités ou MRC.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Participation aux activités du Comité régional stratégique de sécurité civile – Mission santé, coordonnée par l'Agence de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Réception et analyse des déclarations de risques de sinistres majeurs déposées à l'ORSC et les schémas de sécurité civile des municipalités ou MRC.

Autres directions de l'Agence : Mission santé du MSSS au niveau régional, dans le cadre de la planification en cas d'urgence de la sécurité civile. Coordination des activités du Comité stratégique de sécurité civile - Mission santé. Participation aux activités de l'ORSC, coordonnant ainsi la mission santé avec les missions des autres ministères et organismes responsables du soutien de la réponse municipale aux situations d'urgence. Coordination des mesures d'urgence du réseau régional de la santé et des services sociaux et du système pré-hospitalier d'urgence.

Comité régional stratégique de sécurité civile – Mission santé : Animé par la coordonnatrice régionale des mesures d'urgence de l'Agence de santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, il réunit des représentants des établissements et organismes du réseau de la santé et des services sociaux avec pour objectif principal de s'assurer que tous les volets de la mission santé du réseau sont bien assurés et que les établissements et organismes du réseau soient coordonnés.

Gestionnaires de risques : Déclaration aux municipalités des risques de sinistres majeurs, précisant la nature de l'activité à l'origine du risque, son emplacement et les conséquences prévisibles d'un sinistre majeur, notamment le territoire qui pourrait être affecté.

	Ministère de la sécurité publique (sécurité civile) : Assistance aux municipalités qui sont le maître d'œuvre de la planification et de la réponse aux sinistres sur leur territoire. Maître d'œuvre lorsque l'événement dépasse la capacité de réponse d'une municipalité ou lorsqu'il touche plusieurs municipalités. **Municipalités :** Autorité (le Maire) en matière de réponse aux situations d'urgence survenant sur un territoire municipal. Réception des déclarations de risque de sinistres majeurs. Planification des schémas de sécurité civile en réponse à ces risques. **Organisation régionale de la sécurité civile (ORSC) :** Réception, en parallèle des municipalités ou des MRC, des déclarations de risque de sinistres majeurs et des générateurs de risque. Analyse des schémas de sécurité civile des municipalités ou MRC.

Domaine : DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

N° : 5.7.01

Activité : Participation du réseau de la santé publique aux activités concertées visant la réduction des inégalités dans le milieu régional.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

À l'automne 1997 se tenait dans notre région un forum régional sur le développement social ayant pour thème *La pauvreté, une réalité bien de chez nous*.

Cet événement, chapeauté par le Conseil régional de concertation et de développement (CRCD-02) et organisé par une vingtaine de personnes, a fait naître successivement un comité de suivi et une commission permanente en développement social. Ces 2 groupes ont travaillé de pair pour élaborer des priorités d'action et des objectifs sous-jacents. Ces derniers ont été présentés au conseil d'administration du CRCD pour être acceptés au printemps 2001. Le Regroupement régional en développement social (RRDS-02) guidé par les travaux du comité de suivi du forum et de la commission permanente ont présenté au CRCD, en avril 2003, un projet d'entente spécifique. Cette démarche n'a pas progressé en date d'aujourd'hui.

Il faut aussi souligner que le comité de suivi du forum régional a fait appel aux groupes communautaires de la région pour illustrer l'importance de la participation citoyenne et ses retombés dans la collectivité dans le cadre d'une semaine sur le développement social sous le thème *Solidaires contre la pauvreté*.

Par ailleurs, la Direction de santé publique a diffusé le *Plan directeur régional en promotion prévention 2000-2003*, en décembre 1999. Ce plan comportait des priorités d'action visant l'intensification des actions dans la lutte aux inégalités et il endossait la nécessité d'agir en intersectorialité. Les tables de concertation intersectorielle en promotion-prévention dans les territoires de CLSC ont soutenu l'émergence de projets issus de la communauté dans le cadre du Plan directeur. Ce plan est reconduit pour la période 2004-2005 et les mêmes énergies y sont consenties.

Au plan local, la mobilisation des acteurs s'est fait sentir dans tous les territoires de CLSC. Des tables de lutte à la pauvreté ont été mises en place dans plusieurs territoires. Elles favorisent les discussions et se coordonnent autour des déterminants sociaux de la santé englobant les conditions de vie (logement, revenu, emploi, événements stressants, etc.) et la qualité des millieux de vie (école, famille). Certaines tables, en collaboration avec les CLSC, ont aussi soutenu des revendications bien appuyées visant l'amélioration du transport en commun au Saguenay.

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. Que d'ici 2006, soit explorée la possibilité de créer une entente spécifique avec différents partenaires concernés par la réduction des inégalités, en collaboration avec le Regroupement régional de développement social (RRDS-02).

RÉGIONALE ET LOCALE

2. Que d'ici 2007, soit maintenue et favorisée la participation du réseau aux actions et projets en cours contribuant à la réduction des inégalités dans le milieu.

LOCALE

3. Que d'ici 2006, soit maintenue la participation du réseau aux tables de concertation locales luttant contre la pauvreté.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Responsable de la démarche visant la création d'une entente spécifique. Participation et soutien aux actions et projets en cours.

CLSC : Animation et soutien des tables locales luttant contre la pauvreté. Participation et soutien aux actions et projets en cours. Participation à l'élaboration d'une entente spécifique.

Représentants des mouvements régionaux et des organismes communautaires préoccupés par la réduction des inégalités : Participation et soutien aux actions et projets en cours. Participation à l'élaboration d'une entente spécifique.

Municipalité régionale de comté (MRC) : Participation à l'élaboration d'une entente spécifique.

De plus, les CLSC ont soutenu et, parfois même, initié des activités de défense des droits : la présentation de mémoires, l'organisation de soirées d'information sur les lois, etc.

Plusieurs CLSC ont appuyé le travail réalisé par des comités et des mouvements régionaux préoccupés par la réduction des inégalités sociales : le Comité régional pour un Québec sans pauvreté, Solidarité populaire Saguenay–Lac-Saint-Jean, le Mouvement action-chômage Saguenay–Lac-Saint-Jean, la Coalition des sans-chemises et le Regroupement régional en développement social. Ces CLSC ont soutenu, entre autres, les activités de ces mouvements visant le développement d'une meilleure compréhension de la situation des personnes et des collectivités en situation de défavorisation. Ils ont aussi offert à l'occasion un soutien organisationnel et appuyé les activités de défenses des droits.

Structures de concertation et de coordination

- Comité régional pour un Québec sans pauvreté
- Mouvement action-chômage SLSJ
- Solidarité populaire SLSJ

Domaine : DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS **N° : 5.7.02**

Activité : Contribution, avec les partenaires intersectoriels, aux activités concertées visant le renforcement de la vitalité des milieux.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Le renforcement de la vitalité des milieux passe, entre autres choses, par l'élaboration et la promotion de politiques publiques saines, qu'elles soient municipales, régionales ou nationales. Elles demeurent un moyen essentiel pour améliorer les conditions de vie, pour favoriser la participation des personnes et favoriser leur *empowerment*.

La santé publique, par son rôle de *lobbying*, contribue à influencer l'harmonisation de ces politiques. Ainsi dans la région, le réseau de la santé publique a collaboré, il y a quelques années, à intéresser les municipalités de Girarville, Dolbeau, La Doré et Jonquière au concept de *Villes et villages en santé* (VVS). Malheureusement, faute d'implication du réseau de la santé publique, le mouvement a décliné et il perdure uniquement à Girardville, sous l'appellation Comité mieux-être. Par ailleurs, plusieurs regroupements de citoyens existent et contribuent à la vitalité du milieu. La Direction de santé publique participe aussi aux travaux de CREPAS visant à contrer le décrochage scolaire.

Le directeur de santé publique, de par son obligation d'informer la population sur son état de santé, collabore à accroître le niveau de compréhension de la population au regard de son état de santé. Des portraits de santé et des recherches sont menés en collaboration avec d'autres organisations (ECOBES, UQAC) afin de mieux connaître l'état de santé de la population et les résultats sont ensuite diffusés.

Suite aux inventaires réalisés par les 6 CLSC de la région, il appert que les définitions et les pratiques concernant le développement des communautés sont très variées selon les territoires.

Les activités touchant le renforcement de la vitalité des milieux sont centrées davantage sur les clientèles suivantes : les jeunes, les familles, les aînés et les victimes de violence. On touche aussi la problématique de la santé mentale, celle de l'hébergement, du transport et du développement des communautés rurales.

Les activités d'animation du milieu se font principalement par les tables de concertation centrées sur les clientèles et les problématiques mentionnées plus haut.

Par ailleurs les activités posées afin d'améliorer la compréhension du milieu sont diversifiées. Les CLSC ont participé à des enquêtes et des analyses de

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. D'ici 2006, un comité régional aura développé des stratégies susceptibles d'influencer l'implantation de politiques publiques favorisant la santé des communautés.
2. Que d'ici 2007, soient diffusées des informations liant le développement des communautés à l'amélioration de la santé et du bien-être, sous une forme facilement compréhensible pour la population.

RÉGIONALE ET LOCALE

3. Que d'ici 2007, soit maintenue et favorisée la participation aux actions et projets issus du milieu supportant l'*empowerment* collectif et contribuant au renforcement de la vitalité des milieux.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Responsable de la mise en place du comité régional de réflexion. Responsable de la diffusion des informations. Soutien aux actions et projets en cours. Collaboration aux actions concertées entreprises par les partenaires et visant le renforcement de la vitalité du milieu.

CLSC : Collaboration à la mise en place du comité régional et participation aux travaux. Soutien aux actions et projet en cours.

Autres partenaires du milieu : Participation aux travaux du comité régional.

Centre québécois de développement durable (CQDD) : Participation au travaux du comité régional.

Conférence régionale des élus (CRE) : Participation au travaux du comité régional.

Conseil régional de prévention de l'abandon scolaire (CREPAS) : Participation au travaux du comité régional.

Regroupement régional de développement social (RRDS-02) : Participation au travaux du comité régional.

Représentants des organismes communautaires – Table régionale des organismes communautaires (T.R.O.C.-02) – Corporation de développement communautaire du ROC (CDC) : Participation au travaux du comité régional.

besoin. Ils ont aussi organisé des colloques, des forums et des formations. Les CLSC ont aussi contribué au développement d'outils d'information destinés à la population.

Les activités, concernant la consolidation des organisations chargées de mettre en valeur le potentiel des collectivités (*capacity building*), sont très nombreuses. Le soutien est apporté autant au niveau organisationnel, qu'au niveau de la résolution de conflits; il peut aussi s'agir de soutien à des projets, au développement de l'implication citoyenne ou de la concertation, à titre d'exemple.

Les activités de défense des droits des personnes en situation de défavorisation et des collectivités sont plus rares; des représentations publiques ont eu lieu concernant les droits des jeunes, des femmes et des enfants, des personnes atteintes de maladies mentales ou dans certains dossiers à caractère économique.

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Collectifs Idées (UQAC) : Participation aux travaux du comité régional.

Ministère de l'Emploi, Solidarité sociale et Famille (MESSF) : Participation aux travaux du comité régional.

Domaine : DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS **N° : 5.7.03**

Activité : Promotion du développement des communautés (*empowerment* individuel et collectif) auprès des intervenants du réseau et de leurs partenaires.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

Hormis les intervenants issus des sciences sociales, peu d'intervenants du réseau de la santé sont familiers avec le concept de développement des communautés de par leur formation. La région ne fait pas exception; le concept est connu d'une fraction des intervenants seulement.

En ce qui regarde la formation, une session sur la concertation intersectorielle a été offerte dans certains territoires de CLSC, il y a quelques années, une formation sur le développement social a aussi été organisée par le Collectif Idées durant cette période. Notons aussi les efforts déployés par le Collectif Idées qui ont contribué à la naissance de Tables de lutte à la pauvreté sur les territoires de Jonquière et de Chicoutimi, et qui sont maintenant animées par le milieu lui-même.

Actuellement, une formation sur l'*empowerment* individuel est dispensée auprès des intervenants (voir fiche sécurité alimentaire no : 5.2.04). Par ailleurs, l'intégration de toutes ces formations n'a pas été faite en lien avec le développement des communautés, comme concept et comme stratégie.

Plusieurs actions sont cependant posées dans une perspective de développement des communautés. Au niveau régional, divers projets, émergés du milieu et financés par les Fonds regroupés en promotion-prévention, touchent des déterminants sociaux. Ces projets appuient l'action d'organismes communautaires travaillant au développement de leur communauté. L'accompagnement fait par les tables de concertation en promotion-prévention et par la Direction de santé publique contribuent aussi à la consolidation des organismes du milieu.

Les programmes *Naître égaux - Grandir en santé* (NEGS), le *Programme de soutien aux Jeunes Parents* (PSJP) et le programme *École en santé* incluent le développement des communautés comme stratégie d'intervention; la mise en application devra être soutenue davantage puisque le concept, tel que nous l'avons mentionné plus haut, demande à être mieux approfondi par les intervenants.

La DSP considère aussi le développement des communautés comme un domaine afin de souligner son importance et son utilité pour agir sur les déterminants sociaux de la santé; il s'agit maintenant d'en planifier la démarche au niveau régional.

Structures de concertation et de coordination

Aucune

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE ET LOCALE

1. Que d'ici 2007, soit soutenue l'utilisation de la stratégie de développement des communautés dans les programmes tels, *Naître égaux – Grandir en santé* (NEGS), *Programme de soutien aux jeunes parents* (PSJP), *École en santé, etc.*
2. Que d'ici 2006, soit mis en place un comité de réflexion sur le développement des communautés afin de guider et de planifier la démarche au niveau de la région selon les deux axes retenus.
3. Que d'ici 2007, soit développé et initié un plan de formation à l'intention des intervenants au regard du développpement des communautés.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Soutien à la stratégie de développement des communautés dans les programmes actuellement en vigueur. Responsable de la mise en place du comité de réflexion et de la planification de la démarche, incluant la formation.

CLSC : Soutien à la stratégie de développement des communautés dans les programmes actuellement en vigueur. Collaboration à la mise en place du comité de réflexion et de planification de la démarche, incluant la formation.

Autres partenaires du milieu : Collaboration à la mise en place du comité de réflexion et de planification de la démarche, incluant la formation.

Collectifs Idées (UQAC) : Collaboration à la mise en place du comité de réflexion et de planification de la démarche, incluant la formation.

Organismes communautaires : Participation aux comités intersectoriels des programmes *NEGS*, *PSJP* et *École en santé*.

Regroupement régional de dévelopement social (RRDS-02) : Collaboration à la mise en place du comité de réflexion et de planification de la démarche, incluant la formation.

Représentants des organismes communautaires (TROC, CDC) : Collaboration à la mise en place du comité de réflexion et de planification de la démarche, incluant la formation.

Ministère de l'Emploi, Solidarité sociale et Famille (MESSF) : Collaboration à la mise en place du comité de réflexion et de planification de la démarche, incluant la formation.

Ministère de l'Éducation (MEQ) : Collaboration à la mise en place du comité de réflexion et de planification de la démarche, incluant la formation.

Domaine : DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

N° : 5.7.04

Activité : Consolidation des actions relatives à la concertation locale et régionale en sécurité alimentaire visant l'accessibilité et la disponibilité des aliments sains et nutritifs.

Niveau actuel d'implantation : À consolider

État de la situation

La concertation locale et régionale est amorcée depuis la création du Comité de réflexion et d'action en sécurité alimentaire en septembre 2001. Ce comité vise la mise en place d'une stratégie comportant 4 volets principaux afin de favoriser l'atteinte de la sécurité alimentaire dans la région : 1) l'évaluation des besoins; 2) la mise en réseau des acteurs et l'amélioration de leur dynamique; 3) le développement de projets intégrateurs et durables; et 4) la sensibilisation de la communauté locale ou régionale.

Bien que la réalisation de cette stratégie dépende de la collaboration de plusieurs secteurs de notre société, le comité a posé les jalons suivants depuis le début de son existence : l'élaboration d'un projet de recherche portant sur l'analyse des interventions en sécurité alimentaire dans la région du SLSJ, la tenue d'un colloque *Agir ensemble vers une région sans faim* et d'une session de formation sur l'*empowerment* individuel, le financement de projets favorisant la concertation locale en matière de sécurité alimentaire et le développement social et des communautés, l'élaboration d'un bottin des ressources du milieu. Le travail est commencé mais la route est longue.

Structures de concertation et de coordination

- Comité conseil à la recherche. Analyse des interventions en sécurité alimentaire dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean : les acteurs au cœur du processus
- Comité d'action et de réflexion en sécurité alimentaire et ses sous-comités

Résultats attendus et responsabilité de mise en œuvre

RÉGIONALE

1. D'ici 2006, la population et les acteurs concernés par la sécurité alimentaire au Saguenay–Lac-Saint-Jean auront été informés de l'ampleur du phénomène de la faim et de son impact sur la santé de la population, notamment suite aux résultats de la recherche en cours.

RÉGIONALE ET LOCALE

2. D'ici 2007, le soutien à l'émergence de projets concertés et durables visant la sécurité alimentaire sera maintenu.
3. D'ici 2006, la formation des intervenants du réseau au regard de l'*empowerment* individuel sera poursuivie.

LOCALE

4. D'ici 2007, les acteurs locaux concernés par la faim et la sécurité alimentaire auront développé un mode de concertation propre à leur territoire, en lien avec la lutte à la pauvreté et dans une perspective de développement des communautés.

Rôles et contributions attendus des acteurs

Direction de santé publique (DSP) : Mise en œuvre d'actions régionales (formation, conception d'outils d'intervention, information à la population, etc.) et soutien aux initiatives locales en sécurité alimentaire. Soutien au Comité de réflexion et d'action en sécurité alimentaire. Gestion des fonds en sécurité alimentaire.

CLSC : Mise en œuvre d'activités locales de concertation portant sur la sécurité alimentaire. Promotion d'actions intersectorielles.

Centre local d'emploi (CLE) : Participation au volet de l'action intersectorielle.

Centre local de développement (CLD) : Participation au volet de l'action intersectorielle.

Conseil régional de concertation et développement du Saguenay–Lac-Saint-Jean (CRCD-02) : Collaboration à la mise en œuvre et participation aux actions intersectorielles.

Écoles : Collaboration à la mise en œuvre et participation aux actions intersectorielles.

	Municipalités : Participation au volet de l'action intersectorielle. **Organismes communautaires impliqués dans la lutte à la pauvreté et à l'insécurité alimentaire :** Collaboration à la mise en œuvre et participation aux actions intersectorielles. **Regroupement régional en développement social :** Collaboration à la mise en œuvre et participation aux actions intersectorielles. **Ministère de l'Emploi, Solidarité sociale et Famille (MESSF) :** Collaboration à la mise en œuvre et participation aux actions intersectorielles.