

Agence de la santé
et des services sociaux
du Saguenay–
Lac-Saint-Jean

Québec 



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

M i s e à j o u r 2 0 0 9 - 2 0 1 2

Adopté par le conseil d'administration
de l'Agence le 10 juin 2010.

Ce document a été réalisé par la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, sous la direction de Donald Aubin. Notez que les travaux ont été amorcés précédemment par Isabelle Goupil-Sormany et Réal Lajoie.

Coordination

Ann Bergeron
Gail Cox
Chantal-Anne Moreau

Soutien à la coordination

Audrey Bolduc
André Marchand
Julien Pisson

Révision linguistique

Annie Girard
Jacynthe Lalancette
Jean-François Saint-Gelais
Monique Vallée

Mise en pages

Audrey Bolduc

Rédaction

Steve Ajmo	Marcel Gauthier
Emmanuelle Arth	Dorine Girard
Caroline Benoit	Michel Lachapelle
Luc Boissonneault	René Lapierre
Mario Brisson	Léon Larouche
Marie-Claude Clouston	René Larouche
Robert Colpron	Isabelle Leclerc
Régis Couture	Maxime Lévesque
Jocelyne Daigneault	André Marchand
Dominique Desrosiers	Sylvain Ouellet
Suzanne Dufour	Gilles Pedneault
Jacinthe Dumont	Michel Savard
Martine Fortin	David Simard
Linda Gagnon	Jean-Claude Tremblay
Aline Gauthier	Marc-Antoine Tremblay

Nous tenons à remercier toutes les personnes de l'Agence qui ont contribué à la mise à jour du plan d'action régional.

© Crédit pour les photographies figurant sur la page couverture de ce document : Martin Perron, Julien Pisson et David Simard. Utilisation libre de droits.

**Édition produite par
L'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean**

Ce document a été édité en quantité limitée. Également disponible en version électronique, il peut être consulté à la section Documentation du site Internet de l'Agence : www.santesaglac.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2010
Bibliothèque nationale du Canada, 2010
ISBN 978-2-921247-95-5 (version imprimée)
ISBN 978-2-921247-96-2 (version PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2010

Mot de la présidente-directrice générale

L'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean a pour mission le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Elle soutient donc une offre de service de base qui repose sur des interventions reconnues efficaces, lesquelles sont très bien définies dans le Programme national de santé publique. Les activités recommandées à l'échelle nationale sont ainsi traduites dans la présente mise à jour 2009-2012 du Plan d'action régional de santé publique.

Le Plan d'action régional de santé publique se veut un outil d'aide à la décision et de mobilisation des partenaires autour d'orientations communes, d'une part en assurant la surveillance de l'état de santé de la population et, d'autre part, en orientant les activités en matière de promotion, de prévention et de protection au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

La mise à jour du Plan d'action régional de santé publique s'inscrit dans l'esprit de la Loi sur la santé publique. Elle précise les objectifs à atteindre avec la collaboration des acteurs des différents milieux au bénéfice de la population de la région.

Ainsi, ce document de planification constituera pour les prochaines années l'outil régional privilégié pour favoriser la convergence des actions de tous les partenaires et mettre en œuvre des stratégies qui seront bénéfiques pour toute la population.

Martine Couture

Mot du directeur de santé publique

Avec la mise à jour 2009-2012 du Plan d'action régional de santé publique, nous amorçons le deuxième cycle de l'application du *Programme national de santé publique 2003-2012*.

En effet, en considérant l'actualisation en 2008 du Programme national de santé publique, les activités de notre région ont été revues en fonction de l'évolution des connaissances, de l'épidémiologie, de l'environnement et pour mieux intégrer les pratiques reconnues efficaces.

En conséquence, l'offre de service nationale, qui doit être commune à l'ensemble du Québec, a fait l'objet d'une relecture à la lumière de notre réalité régionale pour lui conférer un aspect concret et adapté, enrichi de l'expérience acquise depuis l'implantation des activités du *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007*. Il faut souligner que les nombreux travaux réalisés n'auraient pu l'être sans le grand dévouement et l'implication des gestionnaires, des professionnels et des partenaires de tous les territoires.

Le présent document vise également à outiller les acteurs de la région impliqués dans l'organisation des activités de santé publique, particulièrement les centres de santé et de services sociaux qui effectueront la mise à jour de leur plan d'action local.

Les défis à relever seront nombreux au cours des prochaines années pour maintenir et améliorer l'état de santé de la population du Saguenay-Lac-Saint-Jean. L'offre de service cherchera ainsi à apporter une réponse aux besoins toujours plus grands de la population en matière de promotion, de prévention et de protection. De plus, l'attention régionale portée au développement des communautés prend ici tout son sens dans la mesure où les actions collectives sont un levier pour renforcer les comportements individuels favorables à la santé.

En terminant, l'action sur les déterminants de la santé ne sera possible qu'à travers la mobilisation concertée des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux avec la participation de tous les partenaires des différents milieux concernés.

Donald Aubin

Table des matières

Liste des principaux sigles et acronymes	7
Introduction.....	9
La surveillance de l'état de santé de la population	11
Portrait de santé régional	15
Liste des activités en fonction des clientèles visées.....	37
Liste des activités comportant des pratiques cliniques préventives	47
Liste des objectifs santé.....	49
Guide de lecture des fiches.....	53
Domaine 1 Développement, adaptation et intégration sociale.....	57
Les activités en périnatalité et pour la petite enfance	57
Les activités à l'intention des jeunes	79
Les activités à l'intention des adultes et des personnes âgées	101
Les activités à l'intention de toute la population	107
Domaine 2 Habitudes de vie et maladies chroniques	119
Les activités visant à modifier les facteurs environnementaux	119
Les activités visant à agir sur les facteurs individuels	145
Domaine 3 Traumatismes non intentionnels	177
La promotion de la sécurité dans les milieux de vie.....	177
Les activités de prévention des traumatismes routiers	181
Les activités de prévention des chutes et des blessures à domicile.....	187
Les activités de prévention des traumatismes récréatifs ou sportifs.....	203
Domaine 4 Développement des communautés	213
Domaine 5 Maladies infectieuses	221
Les activités portant sur les maladies à déclaration obligatoire, les manifestations cliniques inhabituelles liées à la vaccination et les signalements.....	221
Les activités portant sur les maladies évitables par l'immunisation	237
Les activités portant sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang	255
Les activités portant sur les infections nosocomiales.....	283

Domaine 6 Santé environnementale	289
Les activités portant sur la qualité de l'air extérieur et intérieur	289
Les activités liées aux menaces d'origine environnementale	303
Les activités liées aux cancers pouvant être attribuables à l'environnement	323
Les activités visant à améliorer la qualité de la vie et à promouvoir des environnements sains et sécuritaires	329
Domaine 7 Santé en milieu de travail.....	335
Les activités en lien avec l'entente MSSS-CSST à déployer d'ici 2012.....	335
Domaine 8 Projet régional innovant.....	357
Projet-pilote d'offre de tests de porteur pour quatre maladies héréditaires récessives au Saguenay–Lac-Saint-Jean	357
Plan de mobilisation des ressources	361

Liste des principaux sigles et acronymes

C. difficile	Clostridium difficile
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CLSC	Centre local de services communautaires
CPS	Centre de prévention du suicide
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DSP	Direction de santé publique
GMF	Groupe de médecine de famille
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITS	Infections transmissibles sexuellement
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MCV	Maladie cardiovasculaire
MDDEP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
MÉLS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
mg/L	Milligramme par litre
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAP	Test de Papanicolaou
PCP	Pratique clinique préventive

PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PNSP	Programme national de santé publique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
RLS	Réseau local de services
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SCHL	Société canadienne d'hypothèques et de logement
SÉPAQ	Société des établissements de plein air du Québec
SIDA ou sida	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIRSAU	Système intégré de récupération des seringues et des aiguilles usagées
SISAT	Système d'information sur la santé au travail
THM	Trihalométhanes
µg/L	Microgramme par litre
UQAC	Université du Québec à Chicoutimi
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

Introduction

L'élaboration du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) est l'un des résultats de l'adoption de la Loi sur la santé publique de 2001. Celui-ci vise à encadrer l'exercice des activités de santé publique au Québec pour chacune des quatre fonctions essentielles : la surveillance continue de l'état de santé de la population, 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. Une mise à jour de ce document a été publiée en 2008 afin de tenir compte des avancées enregistrées depuis la publication initiale et pour redéfinir l'offre de service en fonction des progrès observés depuis le début de l'implantation du programme.

Du *Programme national de santé publique 2003-2012* ont découlé des plans d'action régionaux et locaux de santé publique. De la même manière, sa mise à jour 2008 mène à l'actualisation de ces plans d'action. Le plan d'action régional de santé publique est le document de planification régionale pour chacune des dix-huit régions du Québec et les plans d'action locaux de santé publique sont la transposition opérationnelle des activités dans chacun des 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la province.

Cinq stratégies d'intervention sont privilégiées dans la mise à jour 2008 du PNSP, soit :

- renforcer le potentiel des personnes;
- soutenir le développement des communautés;
- participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être;
- soutenir les groupes vulnérables;
- encourager le recours aux pratiques cliniques préventives.

C'est sous cette lumière qu'il faudra envisager la santé publique pour les prochaines années.

Dans la mise à jour du PNSP, l'accent est mis sur les résultats de santé et de bien-être de la population d'un territoire que l'on veut atteindre par l'utilisation de services et d'activités jugés efficaces.

Le portrait de santé actualisé de la région est intégré dans les pages suivantes, car les situations qu'il décrit sont essentielles pour l'orientation des activités de santé publique. Les activités reprises de la mise à jour du PNSP ont été déclinées en résultats attendus, véritables cibles opérationnelles à atteindre, pour lesquels les responsabilités de mise en œuvre, les échéanciers et les partenariats nécessaires sont indiqués. Ces activités concernent en général aussi bien le niveau régional que local, selon les caractéristiques propres à chaque objectif. Il faudra de plus prêter attention aux indicateurs définis pour chaque résultat attendu. Ils permettront de juger en fin de période l'atteinte des objectifs fixés.

Il est important de bien comprendre que les résultats attendus et les indicateurs n'éclairent pas complètement l'éventail des travaux effectués dans les différents dossiers, mais permettent un regard global sur l'ensemble de l'action. Il faudrait plutôt voir ces éléments comme des sentinelles qui indiqueront de manière objective la progression de l'implantation des activités.

On notera que ce document comprend une activité régionale innovante, liée au contexte particulier du Saguenay–Lac-Saint-Jean, qui a donné lieu au développement d'une offre de service en matière de génétique communautaire. Ce projet est le fruit d'un partenariat entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean (ci-après appelée Agence). Il permettra à terme d'offrir à la population la possibilité de connaître son statut de porteur pour quatre maladies récessives afin que les couples puissent faire des choix éclairés en matière de planification familiale.

De plus, le Plan d'action régional de santé publique du Saguenay–Lac-Saint-Jean comprend une particularité par rapport au PNSP : le développement des communautés est traité comme un domaine d'activité à part entière pour illustrer le travail accompli sur le terrain par les différents partenaires intersectoriels concernés.

Le Plan d'action régional de santé publique présente également l'algorithme du Plan de mobilisation des ressources des établissements de la santé et des services sociaux. Tiré du *Plan d'organisation local en sécurité civile – mission santé*, il peut être consulté en ligne dans sa dernière version éditée.

Pour conclure, on notera finalement que le présent document est l'adaptation régionalisée des services de base de santé publique qui doivent être offerts à l'ensemble de la population du Québec. Il n'est pas un catalogue exhaustif des activités de santé publique sur le territoire; les acteurs impliqués sont nombreux, dans et hors le réseau de la santé et des services sociaux, et la richesse de cette collaboration donne lieu à diverses réalisations qu'il est impossible de reprendre ici.

La surveillance de l'état de santé de la population

■ Une fonction essentielle à la prise de décision en santé publique

Définition

La surveillance est un « processus continu d'appréciation de l'état de santé d'une population et de ses déterminants par la collecte, l'analyse et l'interprétation des données sur la santé et ses déterminants à l'échelle d'une population ». (Thacker et autres, 1986, cité dans le *Plan commun de surveillance 2004-2007* : 6)

La Loi sur la santé publique reconnaît la surveillance comme une fonction essentielle de la santé publique, au même titre que celles de la promotion de la santé et de bien-être, de la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes et de la protection de la santé. La surveillance vise principalement à :

- dresser un portrait global de l'état de santé de la population et observer les tendances et les variations temporelles et spatiales;
- identifier les problèmes prioritaires;
- détecter les problèmes en émergence;
- élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population.

L'exercice de la fonction s'articule autour de trois champs d'activité principaux qui sont :

- l'alimentation et l'accès aux données requises pour établir l'état de santé de la population;
- la production d'informations sociosanitaires générales et spécifiques;
- la diffusion de l'information adaptée aux besoins des divers publics cibles et au moment opportun.

Les finalités de la surveillance : informer, influencer et soutenir la prise de décision

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. Leurs finalités sont décrites comme suit dans le PNSP :

- 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 en faveur de leur santé et de leur bien-être;
- soutenir et influencer la prise de décision et le processus de planification sociosanitaire tant par la détermination des problèmes prioritaires que par la connaissance des problèmes émergents 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 se réalise 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.

■ Les perspectives 2009-2012

Élaboration d'un plan régional de surveillance de l'état de santé et de bien-être et de ses déterminants

En lien avec les obligations légales inhérentes à la Loi sur la santé publique, un plan commun de surveillance a été élaboré pour l'ensemble des dix-huit directions régionales de santé publique du Québec. Ce plan spécifie les finalités de la surveillance, ses objets, les renseignements et les sources d'information requis ainsi que le plan d'analyse nécessaire pour exercer la fonction de surveillance. Comme le plan ne tient pas compte des particularités régionales, il est prévu que des plans régionaux soient élaborés pour combler cette lacune. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, les enquêtes de santé chez les adultes et les jeunes du secondaire sont des sources d'information uniques pour plusieurs indicateurs sociosanitaires qui sont spécifiques à la région. Le plan régional de surveillance visera en premier lieu à documenter ces indicateurs et justifier leur pertinence à des fins de surveillance.

Outre l'obligation légale, deux éléments justifient un plan régional de surveillance :

- 1) l'importance des enquêtes régionales de santé réalisées auprès des adultes et des jeunes du secondaire et le fait que celles-ci incluent des éléments spécifiques à la région;
- 2) les particularités régionales du Plan d'action régional de santé publique que constituent le volet génétique communautaire et le développement des communautés (considéré comme domaine d'intervention). Des indicateurs spécifiques à la région sont en lien avec ces deux éléments propres à la région.

Alimentation en données répondant aux besoins spécifiques du milieu local et régional

Outre les bases de données statutaires du MSSS (naissances vivantes, décès, etc.), les principales données nécessaires à la surveillance efficace de phénomènes ciblés sont issues d'enquêtes de santé nationales ou provinciales. Cependant, les données disponibles à travers ces dernières :

- rendent la comparaison entre les différentes années d'enquête difficile en raison de diverses méthodologies employées;
- ne couvrent qu'une partie des thématiques de santé publique;
- et permettent difficilement une analyse par territoire de réseau local de services (RLS) en raison de l'effet de plan de sondage qui réduit la précision des données et limite leur disponibilité à l'échelle locale.

Pour remédier à cette situation et répondre aux besoins d'information sur des phénomènes propres à la région, depuis 1984, diverses enquêtes régionales documentent plusieurs thématiques prioritaires à l'échelle régionale et locale. Les plus vastes furent réalisées récemment en 2000 et 2007. Cette série chronologique unique rend possible l'analyse de thématiques spécifiques tant au niveau local que régional, et ce, à travers les années.

Ces enquêtes répétées sur une base quinquennale constituent un instrument de connaissance privilégié et permettent de documenter l'état de santé et ses déterminants non seulement à l'échelle régionale, mais aussi à l'échelle des territoires de RLS où se pratiquent la plupart des interventions.

Production et diffusion d'information concernant l'état de santé et de bien-être et de ses déterminants à l'échelle locale et régionale

Surveillance générale de la santé

Une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants doit s'effectuer pour « en connaître l'évolution et pouvoir offrir à la population des services appropriés ». La surveillance doit, entre autres, permettre de dresser un portrait global, d'observer les tendances et les variations dans le temps et l'espace, de détecter des problèmes en émergence, d'en identifier d'autres comme prioritaires,

d'élaborer des scénarios prospectifs. Comme outils de surveillance globale, à titre d'exemple, on peut mentionner les deux éditions du *Tableau synoptique des indicateurs sociosanitaires par territoire : Le Québec, le Saguenay–Lac-Saint-Jean et ses territoires sociosanitaires* (2003 et 2005). Une mise à jour de ce tableau synoptique de même qu'un atlas de santé électronique s'ajouteront sous peu à la liste des produits disponibles.

Surveillance des problématiques de santé et de bien-être

Cancer

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, le dernier document publié sur le cancer remonte à 2000 et traitait plus spécifiquement du cancer du poumon. Plus récemment, l'édition mise à jour en 2005 du tableau synoptique des indicateurs sociosanitaires présentait quelques données sur les principaux sièges et la mortalité par cancer. Dans le contexte du Programme québécois de lutte contre le cancer qui fait de cette problématique une priorité, documenter l'état de situation dans la région est devenu un incontournable. Dans les prochaines années, des informations sur le cancer, entre autres en lien avec le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), seront éventuellement produites.

Santé mentale

La santé mentale et les facteurs psychosociaux constituent un domaine peu documenté dans la région. Jusqu'à maintenant, aucune monographie n'a été produite sur ce thème. Cependant, deux enquêtes réalisées récemment contiennent des données intéressantes sur ce plan : l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007* réalisée auprès des adultes (détresse psychologique et facteurs associés, facteurs psychosociaux au travail) et l'*Enquête interrégionale auprès des jeunes du secondaire 2008* ciblant les jeunes du secondaire (estime de soi, détresse, soutien affectif parental et facteurs associés). De plus, l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* réalisée en 2008 permettra d'obtenir d'autres données associées à la santé mentale. En utilisant ces trois sources et d'autres sources connexes (*Enquête psychosociale 2000* : données sur le suicide), il sera possible de tracer un portrait de la situation régionale en ce qui a trait à la santé mentale et aux facteurs psychosociaux ainsi qu'aux facteurs qui leur sont associés. Une telle monographie viendra combler une lacune importante en fournissant aux intervenants de ce domaine un portrait récent de la situation régionale identifiant des facteurs de risque associés aux problèmes de santé mentale.

Développement des communautés

Le *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008* (MSSS, 2008 : 10) introduit le développement des communautés comme une stratégie à privilégier au sein du réseau de la santé et des services sociaux afin de soutenir et de mobiliser les communautés locales. En effet, dans la mesure où la promotion de la santé consiste à rendre les gens capables d'exercer un contrôle accru sur leur santé et son amélioration, ils doivent alors posséder les habiletés leur permettant de bâtir des réseaux de soutien social efficaces, de participer à l'action communautaire, d'influencer les politiques publiques et d'accéder au processus politique (Hancock cité dans Institut national de santé publique du Québec 2002). Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, afin de souligner son importance et son utilité sur les déterminants sociaux de la santé, le développement des communautés est considéré comme un septième domaine d'intervention.

C'est dans ce contexte qu'il a été décidé de produire et de diffuser de l'information afin de documenter comment soutenir l'intervention des acteurs œuvrant au développement des communautés par la connaissance des processus de mobilisation des communautés, des gens qui les composent, des rapports qu'ils développent et entretiennent, du sentiment d'appartenance et des conséquences que cela entraîne sur le milieu de vie, la qualité de vie et la santé.

■ La contribution de la surveillance au plan d'action régional de santé publique

Dans le cadre du plan d'action régional de santé publique, la surveillance appuie de manière concrète le choix des activités du PNSP à privilégier. En effet, la contribution de la surveillance permet de préciser 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 et ses déterminants. 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. Enfin, la surveillance permet, à plus long terme, de mesurer le degré d'atteinte des objectifs sociosanitaires visés par les activités de santé publique.

C'est dans ce contexte que le bilan présenté à la section suivante a été pensé et réalisé.

■ Bibliographie

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN. *Plan d'action régional de santé publique du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2004-2007*, Chicoutimi, 2004, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.santesaglac.gouv.qc.ca/web/document/PAR_2004-2007.pdf

DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2005). *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007*, Québec, Gouvernement du Québec, 599 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés – Revue de littérature*, 2002, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/104_SanteCommunautesRevueLitterature.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, 2003, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-216-01.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, 2008, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>

QUÉBEC. *Loi sur la santé publique : L.R.Q. c. S-2.2*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2001.

THACKER, S. B., et autres (1986). *A Method to Evaluate Systems of Epidemiologic Surveillance*; cité dans *Comprehensive Plan for Epidemiologic Surveillance : Centers for Disease Control*, Centers for Disease Control, Atlanta, p. 3 A.

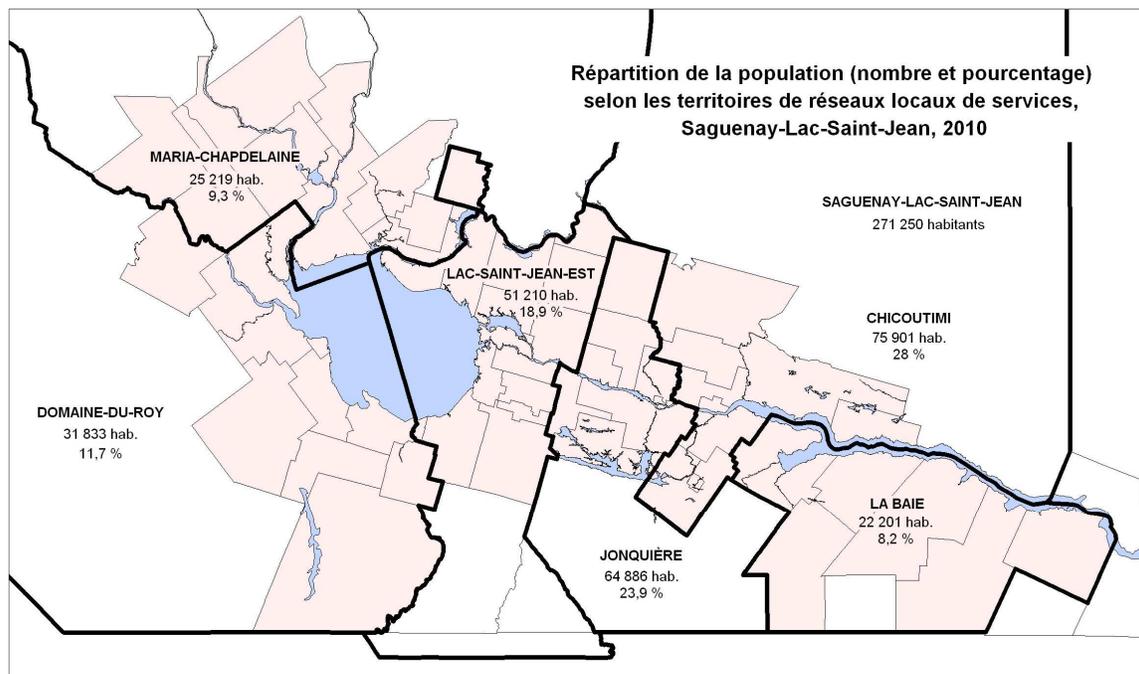
Portrait de santé régional

Description du territoire

La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean est formée de deux plans d'eau déterminants, le lac Saint-Jean et la rivière Saguenay, autour desquels se concentre la population. La région s'étend sur une superficie totale de plus de 104 000 kilomètres carrés dont seulement 11 % est municipalisée.

En 2009, on y compte 49 municipalités et onze territoires regroupés au sein de quatre municipalités régionales de comté (MRC) et d'une ville hors MRC (Saguenay). Plus des trois quarts de la population (76 %) se concentrent dans l'une des cinq villes de plus de 10 000 habitants. Le reste se disperse dans 44 municipalités rurales dont la taille varie entre 168 et 4 943 personnes. En 2006, on dénombre 3 885 Indiens inscrits dans la région alors que 1 752 personnes habitent sur le territoire de la réserve de Mashteuiatsh.

Sur le plan de la santé, la région est divisée en six territoires de RLS. 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 la ville de Saguenay et portent le nom des anciennes municipalités urbaines, soit Jonquière, Chicoutimi et La Baie (carte ci-dessous).



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire, de 1981 à 2031*, édition 2010.

■ Perspectives démographiques

En 2010, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) estime la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean à 271 250 individus. Parmi ceux-ci, 18 % sont âgés de moins de 18 ans, 65 % ont entre 18 et 64 ans tandis que les personnes de 65 ans et plus représentent 17 % de la population.

La région est en décroissance depuis le milieu des années 1990 et, selon les projections de l'ISQ, cette tendance devrait se poursuivre au cours des prochaines années. On prévoit que la population régionale sera de 254 994 personnes en 2031, soit une baisse d'un peu moins de 6 % par rapport à 2010.

Cette baisse n'affectera pas tous les groupes d'âges. L'ISQ prévoit en effet une augmentation importante du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus au cours des vingt prochaines années. De 46 076 en 2010, leur nombre passera à 90 126 en 2031 et celles-ci représenteront alors près de 33 % de la population. À l'autre bout de la pyramide des âges, les moins de 18 ans verront leurs effectifs réduits de 49 403 à 40 942 individus au cours de la même période et ils représenteront 16 % de la population régionale en 2031.

Il faut cependant ajouter quelques éléments positifs à ces perspectives démographiques. Mentionnons d'abord qu'avec 2 810 naissances vivantes en 2008, la région enregistre une quatrième hausse consécutive, une augmentation de près de 17 % par rapport à 2004 où l'on en dénombrait 2 394. Par ailleurs, le bilan migratoire régional, bien que toujours négatif, s'améliore depuis maintenant quelques années. Alors que la région présentait un solde migratoire négatif de 2 973 individus en 2001-2002, la période 2008-2009 se solde avec une perte de seulement 659 individus.

Génétique communautaire

L'effet fondateur décrit la perte de variabilité génique causée par la création d'une nouvelle population à partir d'un nombre relativement restreint d'individus issus d'une population donnée (Mayr 1954). Sous l'effet du hasard, seule une partie du *pool* génique présent dans la population mère se retrouvera dans la population fille ce qui en modifie les fréquences alléliques. Alors que certains allèles¹ rares pourront devenir plus communs, d'autres allèles peuvent complètement disparaître.

La population du Saguenay–Lac-Saint-Jean présente des caractéristiques sur le plan génétique qui seraient le résultat d'un effet fondateur (Bouchard, De Braekeleer 1991). En effet, la fréquence de certaines maladies héréditaires (ex. : neuropathie sensitivomotrice héréditaire, ataxie spastique de Charlevoix-Saguenay, tyrosinémie de type I, fibrose kystique et acidose lactique congénitale) est plus élevée dans la région alors que d'autres maladies (ex. : phénylcétonurie, syndrome du X fragile) y sont rares voire complètement absentes. En complément, il est important de noter que la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean présente un des taux de consanguinité rapprochée les plus faibles du Québec (Vézina et al. 2004). Les unions consanguines ne seraient donc pas la cause de la prévalence plus élevée de certaines maladies héréditaires dans la région, renforçant ainsi la thèse de l'effet fondateur.

L'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007* permet d'estimer le pourcentage de la population en âge de procréer qui serait soumis à cet effet fondateur. Cette estimation est basée sur le nombre de répondants âgés de 18 à 49 ans ayant déclaré avoir au moins un des grands-parents originaire du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de Charlevoix ou de la Haute-Côte-Nord. Selon cet indicateur, la grande majorité (85 %, soit environ 100 800 personnes) des adultes du Saguenay–Lac-Saint-Jean en âge de se reproduire apparaissent soumis à l'effet fondateur.

Dans le même ordre d'idées, en utilisant la répartition des patronymes les plus fréquents, il est possible d'avancer que la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean présente un degré d'homogénéité génétique plus élevé que celui de la province. En effet, le cumul des dix noms de famille les plus fréquents englobe 29 % de la population au Saguenay–Lac-Saint-Jean contre seulement 3 % pour l'ensemble du Québec.

1. Allèle : différentes variantes d'un même gène.

■ Conditions socioculturelles

Langue et origine

Au recensement du Canada de 2006, le français représente la langue parlée le plus souvent à la maison par la quasi-totalité de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean (99 %), une proportion beaucoup plus élevée que celle de l'ensemble de la province (81 %). En contrepartie, seulement 0,4 % des résidents de la région (1 020 personnes) s'expriment le plus souvent en anglais à leur domicile, une proportion vingt fois moins élevée qu'au Québec (10 %).

La région se caractérise également par une très faible proportion d'immigrants (0,9 % de la population régionale, 2 535 individus), soit environ douze fois moins qu'au Québec (12 %).

En ce qui a trait à l'origine ethnique, soulignons que la région compte 3 835 Indiens inscrits en vertu de la Loi sur les Indiens², ce qui représente 1,4 % de la population totale de la région.

Modalités de vie

Pour ce qui est de la structure des familles où vit au moins un enfant mineur, le Saguenay–Lac-Saint-Jean se démarque également du Québec. Ainsi, on y dénombre une proportion moins élevée de familles de type « couple marié » (42 % dans la région et 45 % au Québec) et de familles monoparentales (6 395 familles soit 20 % dans la région contre 24 % au Québec). Par contre, les familles dirigées par un couple vivant en union libre sont plus fréquentes dans la région (37 % contre 32 %).

Par ailleurs, 14 % de la population de 15 ans et plus de la région (32 135 personnes) vit seule, une proportion moins élevée qu'au Québec (16 %). Le fait de vivre seul est cependant beaucoup plus fréquent chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Parmi celles-ci, 91 % vivent en ménages privés, c'est-à-dire qu'elles ne vivent pas en institution. Un peu moins du tiers (30 %) des aînés vivant en ménages privés vivent seuls, ce qui représente 11 240 personnes. Cette proportion est nettement plus élevée chez les femmes (39 %) que chez les hommes (19 %), différence attribuable en grande partie à l'espérance de vie plus élevée des femmes.

■ Conditions socioéconomiques

Niveau de scolarité

En ce qui concerne la scolarisation, le recensement canadien de 2006 indique que, dans la région comme au Québec, 17 % des adultes de 25 à 64 ans sont faiblement scolarisés, ne détenant aucun diplôme, certificat ou grade. La sous-scolarisation est de même ampleur chez les deux sexes, mais augmente fortement avec l'âge. La région s'avère cependant désavantagée en ce qui a trait à la proportion de diplômés universitaires : celle-ci est moins élevée dans la région (13 %) qu'au Québec (21 %).

Emploi et revenu

En 2006, la majorité des emplois (72 %) au Saguenay–Lac-Saint-Jean se retrouvent dans le secteur tertiaire (transport, commerce, hôtellerie, services et soins). La part occupée par ce secteur est cependant moindre qu'au Québec (77 %). Le secteur secondaire (services publics, construction, fabrication) occupe également une part importante de l'économie régionale avec 22 % des emplois, une proportion comparable à celle du Québec (21 %). Enfin, 6 % de la main-d'œuvre occupe un emploi relié au secteur primaire (agriculture et exploitation forestière) comparativement à 3 % au Québec, une différence qui peut être attribuée au plus grand nombre de travailleurs forestiers dans la région.

2. La Loi sur les Indiens est la législation en matière autochtone au Canada établissant le statut légal d'Indien.

Selon les données du recensement canadien de 2006, la région enregistrait, pour la semaine ayant précédé le jour du recensement, un taux de chômage de 11,6 %, plus élevé que le taux québécois de 7 %. Cela correspondait à près de 8 175 hommes et 5 045 femmes pour un total de 13 220 individus actifs sur le marché du travail, mais sans emploi. À l'inverse, la région affichait au cours de la même période un taux d'emploi de 58,3 %, taux qui était plus élevé chez les hommes (65,1 %) que chez les femmes (51,8 %).

Les écarts mentionnés précédemment en ce qui a trait au chômage, à l'emploi et à la scolarité ont un impact sur le revenu. En 2007, selon l'ISQ, le revenu personnel disponible par habitant est de 29 667 \$ dans la région, comparativement à 32 537 \$ au Québec. Quant au rapport de dépendance économique, soit les paiements de transferts gouvernementaux par tranche de 100 \$ du revenu d'emploi total, il est de 26 \$ dans la région et de 21 \$ au Québec. Cela traduit une dépendance économique envers les transferts gouvernementaux plus accentuée dans la région.

Les groupes vulnérables en ce qui a trait à la situation économique

L'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007* révèle que 12 % des adultes de 18 ans et plus de la région, soit 25 885 individus, considèrent leur situation économique moins bonne que celle des gens de même âge. Selon la même enquête, près de 14 % de la population adulte vit de l'insécurité alimentaire en raison d'un manque d'argent. Il y a insécurité alimentaire quand on manque de nourriture, quand on a peur d'en manquer ou quand on doit faire des choix alimentaires moins nutritifs en raison d'un manque d'argent. Dans les faits, environ 30 250 adultes sont concernés par de telles difficultés, mais on ne connaît pas précisément la gravité des difficultés vécues. La même définition, utilisée lors de l'*Enquête interrégionale auprès des jeunes du secondaire 2008*, permet d'estimer à 12 % la proportion d'adolescents en situation d'insécurité alimentaire, ce qui correspond assez bien à la proportion observée chez les adultes.

Les données présentées dans le paragraphe précédent proviennent des perceptions des répondants adultes et jeunes à deux enquêtes de santé menées récemment dans la région. À ces perceptions s'ajoutent des données plus factuelles concernant le faible revenu. Ainsi, en 2006, près de 10 % de la population régionale, soit 26 870 personnes, étaient en situation de faible revenu, selon la mesure de faible revenu (après impôts et transferts) de l'ISQ. Cette proportion est inférieure à celle observée au Québec (12 %). Le faible revenu touche davantage certains groupes de population. Ainsi, dans la région, 27 % des personnes vivant dans une famille monoparentale et 25 % des personnes hors familles sont en situation de faible revenu.

Les données des programmes d'assistance sociale du Québec constituent une autre source d'information sur la défavorisation économique. En 2009, 7,7 % des adultes de 18 à 64 ans de la région sont prestataires de ces programmes, ce qui représente 13 750 individus. Les données indiquent de plus que 5,5 % des enfants de moins de 18 ans vivent dans une famille dont le revenu provient des programmes d'assistance sociale.

Enfin, selon les données du recensement de 2006, les deux tiers des logements privés du territoire sont occupés par des propriétaires alors que le tiers est occupé par des locataires. Parmi l'ensemble des logements privés occupés, 7 % nécessitent des réparations majeures.

■ Environnement physique

Sources d'approvisionnement en eau potable

En décembre 2008, 98 % de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean est desservie par un réseau municipal de distribution d'eau potable. Pour ce faire, 41 réseaux, desservant 29 % de la population, s'approvisionnent en eau souterraine alors que 24 réseaux, desservant 68 % de la population, s'approvisionnent en eau de surface (lac, rivière ou ruisseau). Onze de ces 24 réseaux ne sont pas dotés de système de filtration conforme; ils desservent 7 % de la population, comparativement à 13 % en 2004.

Ces onze réseaux municipaux non dotés d'un système de filtration d'eau de surface, mais chlorant l'eau distribuée, sont en résolution de problème d'ici 2012 pour réduire davantage le risque infectieux. Enfin, on estime qu'environ 4 000 puits privés ou autres petites installations domestiques desservent un peu plus de 2 % de la population (6 200 personnes). En outre, plus d'une centaine de réseaux d'eau potable du secteur récréotouristique (campings, pourvoiries, relais motoneige/véhicules tout-terrain et réseau de la Société des établissements de plein air du Québec [SÉPAQ]) desservent leurs clientèles saisonnières.

Par ailleurs, sur un autre plan, les données de l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007* indiquent qu'en 2007, l'eau du réseau municipal constitue la principale source d'eau potable pour près des deux tiers (62 %) des résidents de la région. L'eau embouteillée occupe le second rang, un adulte sur quatre (26 %) y ayant recours comme source d'eau potable. Enfin, 8 % de la population s'approvisionne à même l'eau d'un puits familial et 4 % d'une autre source non précisée. On note des différences significatives entre les territoires. Ainsi, le réseau municipal constitue une source plus fréquente d'eau potable dans les territoires de RLS du Domaine-du-Roy et de La Baie (69 % chacun). De même, l'eau embouteillée est plus populaire dans ceux de Chicoutimi et du Lac-Saint-Jean-Est. Enfin, le puits familial est une solution plus fréquente dans le territoire de RLS de Maria-Chapdelaine.

Risques infectieux et eau potable

Les laboratoires accrédités transmettent systématiquement à l'Agence tout rapport d'analyse bactériologique signalant la présence de coliformes totaux et de coliformes fécaux, soit environ 450 à 600 rapports examinés annuellement. Depuis l'adoption du règlement en 2001, aucune épidémie ni intoxication d'origine hydrique n'a été observée dans la région.

Trihalométhanes et eau potable

Les réseaux les plus susceptibles d'excéder largement une moyenne annuelle en trihalométhanes (THM) totaux de 80 microgrammes par litre ($\mu\text{g/L}$) sont ceux fournissant une eau de surface chlorée sans filtration préalable en usine. En contrepartie, les réseaux dotés d'une usine de traitement conventionnel, s'approvisionnant dans les grandes rivières tributaires du lac Saint-Jean et du Saguenay, possèderaient théoriquement la capacité de réduire la concentration des sous-produits de la chloration sous la norme prescrite, sans compromettre la désinfection. L'exposition annuelle des populations alimentées par ces réseaux avoisine la norme de 80 $\mu\text{g/L}$ en THM totaux, avec une valeur estivale atteignant une moyenne de 58 à 101 $\mu\text{g/L}$. Les trois réseaux utilisant la nanofiltration d'eau de surface ne posent pas de problème de THM, avec des teneurs inférieures à 20 $\mu\text{g/L}$. Enfin, certains réseaux approvisionnés en eau souterraine et chlorant régulièrement l'eau distribuée peuvent présenter des teneurs particulièrement élevées en THM bromés, de l'ordre de quatre à vingt fois plus que ceux approvisionnés en eau de surface (moyenne annuelle de 5 à 30 $\mu\text{g/L}$), un phénomène méconnu à surveiller.

Plomb et eau potable

Depuis 2001, au Québec, la teneur maximale acceptable en plomb dans l'eau potable est de 10 $\mu\text{g/L}$. Le niveau d'exposition de la population régionale est de 1,7 $\mu\text{g/L}$. Une tendance à la baisse des teneurs en plomb de 1990 à 2005 a été observée dans les sept réseaux municipaux dotés d'une usine de filtration et desservant les grandes villes au Saguenay–Lac-Saint-Jean. Cette tendance est expliquée par une réduction de la pollution de l'environnement par le plomb, notamment par l'élimination des additifs au plomb dans l'essence et par le retrait progressif de la peinture au plomb.

Fluorures et eau potable

Parmi les différentes sources d'exposition aux fluorures, la consommation d'eau potable peut représenter une voie d'exposition non négligeable. En 2004, la concentration optimale en fluor pour prévenir la carie dentaire a été abaissée à 0,7 milligramme par litre (mg/L). La norme inscrite au Règlement sur la qualité de l'eau potable, spécifiant la valeur maximale permise, est de 1,5 mg/L.

La situation des fluorures dans les réseaux municipaux de la région varie selon la source d'approvisionnement (eau de surface ou souterraine) et selon son traitement conventionnel ou non en usine (eau filtrée ou non). En 2005, 95,4 % des personnes desservies recevaient une eau potable contenant en moyenne 0,2 mg/L ou moins de fluorures; 3,7 % des personnes recevaient une eau contenant entre 0,2 et 0,4 mg/L; et 0,9 % une moyenne supérieure à 0,7 sans dépasser un maximum de 1,2 mg/L.

Les teneurs naturelles en fluorures dans les eaux souterraines se situent généralement entre 0,2 et 2,0 mg/L. Des valeurs plus élevées (2,3 à 3,7 mg/L) peuvent être mesurées lorsque l'eau est moyennement à fortement minéralisée. Afin de respecter la norme de 1,5 mg/L au Règlement sur la qualité de l'eau potable, la plupart des municipalités actuellement approvisionnées en eau souterraine exploitent des sources peu minéralisées, avec une teneur moyenne en fluorures inférieure à 0,4 mg/L.

Hexazinone et eau potable

L'hexazinone est un herbicide utilisé systématiquement en bleuétière depuis le milieu des années 1980 pour le contrôle des mauvaises herbes. Ce pesticide est reconnu pour être hautement soluble dans l'eau et hautement persistant dans le sol et les nappes d'eau souterraines. La texture sableuse ou loameuse des sols des bleuétières de la région les rend particulièrement sujettes à un lessivage de l'hexazinone vers la nappe d'eau souterraine. En raison de la forte vulnérabilité du milieu aquifère et des cours d'eau dans les zones de bleuétières, conformément aux observations rapportées par le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP) en 2003 et 2008, les probabilités sont très fortes que l'usage d'hexazinone entraîne une contamination des grandes rivières, des petits cours d'eau, des lacs et des puits d'eau potable situés à proximité des bleuétières ou en aval du bassin versant. Toutefois, les concentrations observées dans des aquifères contaminés dépassent rarement 30 µg/L. Selon l'évaluation des risques sanitaires réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en 2004, la valeur guide de 400 µg/L dans l'eau potable apparaît adéquate dans une approche toxicologique.

En 2002, le MDDEP constatait que 60 % des prises d'eau municipale qui s'alimentent en eau souterraine et 32 % des puits individuels échantillonnés en marge des bleuétières de la région étaient contaminés par l'hexazinone. Le niveau d'exposition des populations desservies par ces réseaux, environ 3 000 personnes, variait de 0,08 à 6,7 µg/L. Les incertitudes quant aux effets sur la santé de faibles concentrations d'hexazinone dans l'eau potable doivent cependant inciter les producteurs de bleuets à adopter une attitude préventive pour voir disparaître ce pesticide dans l'eau de consommation et dans les aquifères de la région afin de contrer une exposition inutile et évitable aux populations.

Chauffage au bois

Le tiers des adultes du Saguenay–Lac-Saint-Jean (33 %) utilisent le bois pour chauffer leur domicile. De façon plus précise, 19 % l'utilisent comme chauffage d'appoint, 12 % comme chauffage principal et un peu plus de 2 % comme chauffage d'urgence. Le recours au bois comme principal moyen de chauffage est plus fréquent dans quatre territoires de RLS possédant un caractère plutôt mi-urbain mi-rural : Maria-Chapdelaine (22 %), Domaine-du-Roy (19 %), Lac-Saint-Jean-Est (17 %) et La Baie (13 %).

Qualité de l'air intérieur

Le tabagisme diminue beaucoup depuis une vingtaine d'années. En conséquence, une majorité d'adultes (72 %) ne sont pas exposés à la fumée secondaire au domicile, personne ne fumant à la maison sur une base quotidienne, qu'il soit membre du ménage ou visiteur régulier. Par contre, plus du quart des adultes (28 %) vivent dans un domicile où au moins une personne fume chaque jour ou presque.

Par ailleurs, un adulte sur vingt (5 %) a été aux prises avec des problèmes d'infiltrations d'eau ou de dégâts d'eau associés aux égouts au cours des cinq dernières années. Les infiltrations d'eau fréquentes et régulières dans une habitation peuvent favoriser des niveaux d'humidité excessive et occasionner des foyers de croissance fongique importants pouvant causer ou aggraver des troubles respiratoires chez les occupants.

Une proportion à peu près similaire d'adultes (4 %) ont connu des problèmes de qualité de l'air à l'intérieur du domicile au cours des cinq dernières années. Ces problèmes peuvent inclure, entre autres, l'exposition à la fumée du chauffage au bois ou aux composés organiques volatils émis par certains produits d'entretien et certains matériaux de construction.

L'exposition aux poils d'animaux (chat, chien) et aux plumes d'oiseau domestique peut engendrer une réaction asthmatique chez les personnes susceptibles. Or, le fait de partager son domicile avec un animal domestique est assez commun : 43 % des adultes de la région vivent effectivement avec un chat, un chien ou un oiseau domestique. Cette proportion est à peu près la même chez les personnes souffrant d'asthme (47 %).

■ Environnement social et adaptation sociale

Soutien social et soutien affectif parental

L'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2005 comprend, entre autres, une liste de huit questions où l'on demande aux répondants à quelle fréquence ils bénéficient de certains types de soutien dans diverses circonstances. Les données indiquent que 13 % de la population régionale âgée de 12 ans et plus ne bénéficie que d'un faible soutien social. En d'autres termes, ces individus n'ont jamais, rarement, ou seulement parfois accès à divers types de soutien en cas de besoin.

Par ailleurs, le soutien affectif des parents constitue un atout essentiel pour le développement des enfants et des adolescents. Ce type de soutien réfère à l'encouragement, la gratification et la démonstration affective physique permettant à l'enfant de se sentir aimé et apprécié par ses parents. Les données de l'enquête de 2008 auprès des jeunes du secondaire indiquent que 72 % des jeunes de la région bénéficient d'un soutien parental satisfaisant³. La situation s'améliore sur ce plan puisque cette proportion est significativement plus élevée que celle observée en 2002 (62 %) et en 1997 (55 %). En contrepartie, 9 % des jeunes ne bénéficient que d'un soutien considéré faible de la part des deux parents.

Développement des communautés

La mesure dans laquelle les personnes s'investissent dans leur communauté et cultivent un sentiment d'appartenance peut influencer positivement leur santé physique et mentale à long terme.

La participation à la vie publique et sociale au sein de sa communauté favorise de fait l'intégration sociale et permet de lutter contre l'isolement et l'exclusion. En 2007, le quart des adultes de la région sont membres actifs ou bénévoles d'une association ou d'un organisme. Cette participation se concrétise davantage dans les domaines des sports et loisirs, de la santé et des services sociaux ainsi que dans des organismes de bienfaisance. Une plus faible proportion d'adultes est impliquée dans des organismes à vocation culturelle, religieuse ou politique.

Aussi, la région compte plusieurs démarches en développement des communautés auprès desquelles les citoyens peuvent s'engager socialement. À titre d'exemple, on dénombre huit municipalités et une MRC membres du Réseau québécois de villes et villages en santé (RQVVS).

3. On considère que le soutien affectif parental est satisfaisant lorsque le soutien affectif perçu par le jeune pour au moins un des deux parents est élevé, ou encore, lorsque ce soutien est qualifié de moyen pour les deux parents.

Tous ces éléments contribuent au sentiment d'appartenance à sa communauté. En 2007, l'enquête régionale de santé révèle que la moitié des adultes ont un fort sentiment d'appartenance à leur communauté locale. L'attachement à la région se révèle cependant plus fort : 83 % de la population démontre un fort sentiment d'appartenance à celle-ci. Dans un même ordre d'idées, 85 % de la population régionale déclare un fort sentiment d'appartenance au Québec.

La participation électorale est une mesure de cohésion sociale fréquemment utilisée. En 2009, le taux de participation aux élections municipales dépassait à peine 50 % dans la région. En 2007, lors des élections provinciales, ce taux était de 75 % pour l'ensemble de la région (contre 71 % pour le Québec). En 2008, le taux de participation régionale aux élections fédérales était de 62 %, une proportion comparable au taux québécois.

Le sentiment d'appartenance à la communauté est influencé, entre autres, par le degré de violence auquel une personne est exposée dans son milieu ou qu'elle considère comme menaçant ainsi que par le sentiment de sécurité qui en résulte ou non. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, entre 2002 et 2007, le taux de crimes contre la propriété, investigués par les services de police, est passé de 3 336 à 2 887 pour 100 000 personnes. En comparaison, en 2007, le taux québécois était de 3 476 pour 100 000.

Abus et négligence

En 2008-2009, la Direction de la protection de la jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean a retenu 1 747 signalements, ce qui représente un peu moins de la moitié (42 %) des signalements reçus. Les signalements retenus exigent une évaluation plus poussée afin de vérifier si le développement de l'enfant est compromis. Si tel est le cas, il y a alors prise en charge par la Direction de la protection de la jeunesse. Le nombre de signalements retenus est en hausse de 9 % par rapport à l'année précédente (1 605). Ceci correspond à l'augmentation constante des signalements retenus observée depuis 2002-2003 alors qu'on en dénombrait 1 213.

En 2008-2009, près des deux tiers (65 %) des signalements retenus ayant fait l'objet d'une évaluation concernent des cas de négligence. Les troubles de comportement (20 %), les abus physiques (11 %), les abus sexuels (4 %) et les cas d'abandon (1 %) complètent le tableau. Des mesures de protection ont été prises pour 1 263 jeunes. La majorité de ces mesures (61 %) concernent des cas de négligence, de risques sérieux de négligence ou encore des mauvais traitements psychologiques. Ces situations surviennent surtout chez des enfants de 12 ans et moins. Dans 20 % des cas, les mesures de protection sont relatives à des troubles de comportement, qui touchent majoritairement des jeunes de 13 à 17 ans. Enfin, 19 % des mesures sont consécutives à des cas d'abandon ou encore d'abus physique ou sexuels.

Maternité chez les adolescentes

Au cours de la période de 2002 à 2006, dans la région, il y a eu en moyenne annuellement 73 naissances vivantes chez des mères de moins de 20 ans. Le taux de naissances vivantes issues de mères adolescentes (14 à 17 ans) est de 6 pour 1 000. Ce taux est de 24 pour 1 000 chez les mères âgées de 18 et 19 ans. Ces données ne comprennent pas les interruptions volontaires de grossesses, les avortements spontanés et les mortinaissances⁴. Elles ne donnent donc pas un portrait représentatif des grossesses vécues à l'adolescence. Les données les plus récentes disponibles à ce sujet indiquent que pendant la période 1999-2003, le taux de grossesse chez les jeunes filles de 14-17 ans de la région était de 14 pour 1 000, ce qui correspondait à 110 grossesses par année. Par ailleurs, dans la région, en 2008, 14 % des adolescentes de 14 ans et plus sexuellement actives ont eu recours à la contraception orale d'urgence (COU) au cours de l'année.

4. Une mortinaissance (ou mortalité fœtale) est définie comme un produit de conception lorsque ce décès est survenu avant l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de la gestation.

Criminalité

En 2007, selon les données du ministère de la Sécurité publique du Québec, les jeunes de 12 à 17 ans sont surreprésentés parmi les auteurs d'infractions au Code criminel. Alors qu'ils constituent un peu moins de 8 % de la population régionale de 12 ans et plus, ils représentent 17 % des auteurs présumés d'infractions au Code criminel. En d'autres termes, 6 % des jeunes âgés de 12 à 17 ans, soit 1 167 jeunes, ont commis une infraction au Code criminel, une proportion plus élevée que celle observée chez les adultes de 18 ans et plus (2 %). Cette surreprésentation des jeunes est constatée davantage pour les infractions relatives aux drogues et stupéfiants ainsi qu'aux infractions contre la propriété, en particulier les méfaits, vols de véhicules, introductions par effraction et vols de 5 000 \$ ou moins. Tous ces constats ne sont pas particuliers à la région et correspondent à peu de chose près à la situation québécoise.

Agressions sexuelles

Entre 2000 et 2006, les données du ministère de la Sécurité publique du Québec révèlent une augmentation du nombre de victimes et du taux d'infractions sexuelles tant au Saguenay–Lac-Saint-Jean qu'au Québec. L'augmentation enregistrée s'explique en grande partie par une plus grande tendance à la déclaration des infractions sexuelles aux corps policiers. Or, en 2007, le nombre et le taux baissent dans les deux cas. Dans la région, le nombre total de victimes est de 199 chez les femmes et de 59 chez les hommes, pour des taux respectifs de 146 pour 100 000 et de 43 pour 100 000.

Un peu plus de la moitié (57 %) des victimes d'infractions sexuelles sont de jeunes filles de moins de 18 ans et 20 % sont des femmes de 18 ans et plus. Quant aux garçons de moins de 18 ans et aux hommes de 18 ans et plus, ils représentent respectivement 19 % et 4 % des victimes. Fait à souligner, le taux de victimes d'infractions sexuelles chez les jeunes de moins de 18 ans est significativement plus élevé dans la région qu'au Québec. C'est le cas tant chez les filles (taux de 576 pour 100 000, comparativement à 362 au Québec) que chez les garçons (taux de 186 comparativement à 101 au Québec). Enfin, les données québécoises indiquent que plus de huit victimes sur dix connaissaient l'auteur présumé et que les auteurs présumés sont presque exclusivement de sexe masculin (97 %) et principalement des adultes (75 %).

Violence conjugale

Par ailleurs, le Saguenay–Lac-Saint-Jean est une des régions où le taux d'infractions commises contre la personne dans un contexte conjugal est le plus bas. En 2007, selon le ministère de la Sécurité publique du Québec, 406 femmes âgées de 12 ans et plus ont été victimes de violence dans un contexte conjugal, pour un taux de victimisation de 336 par 100 000 (taux de 419 au Québec). Les taux les plus élevés sont observés chez les femmes âgées de 18 à 39 ans. Chez les hommes de 12 ans et plus, le nombre de victimes est de 68 pour un taux de 56 pour 100 000 (taux de 89 au Québec). Les infractions les plus souvent commises dans un contexte conjugal sont les voies de fait (54 % des infractions), suivies du harcèlement criminel (22 %) et des menaces (19 %). Les enlèvements ou séquestrations (11 cas en 2007), les agressions sexuelles (9 cas) et les meurtres ou tentatives de meurtre (2 cas) sont plus rares.

■ **Habitudes de vie, facteurs de risque et comportements préventifs**

Chez les nouveau-nés

La durée de la grossesse est l'un des facteurs déterminants de la santé des nouveau-nés. On considère comme prématurés les bébés qui sont nés avant 37 semaines complètes de gestation. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, la proportion de naissances prématurées s'élève à 7,5 % des naissances vivantes pour la période 2002-2006. Cela représente à chaque année 186 naissances prématurées.

Dans un même ordre d'idées, le fait de naître avec un faible poids ou avec un retard de croissance intra-utérine (RCIU) peut entraîner des conséquences à long terme sur la santé des nouveau-nés. Au Canada, on estime qu'il y a insuffisance pondérale lorsqu'un bébé pèse moins de 2 500 grammes à la naissance. Au cours de la période 2002-2006, 5,3 % des bébés sont nés avec une insuffisance pondérale, une proportion significativement moins élevée que celle observée au Québec (5,7 %).

Parallèlement, les naissances vivantes considérées comme ayant un RCIU sont celles qui présentent un poids insuffisant pour la durée de gestation. Dans la région, au cours de la période 2002-2006, 7,7 % des enfants sont nés avec un tel retard. Cette proportion est relativement similaire à celle observée au Québec (8,1 %).

En ce qui a trait à la scolarisation, 10 % des femmes ayant donné naissance à un enfant dans la région de 2001 à 2005 avaient moins de onze ans de scolarité. La plus grande proportion de sous-scolarisation apparaît chez les mères de moins de 20 ans (40 %). En comparaison, 9 % des mères de 20 à 34 ans et 4 % de celles âgées de 35 ans et plus comptaient moins de onze années de scolarité.

Selon l'*Enquête sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006*, 73 % des nouveau-nés du Saguenay–Lac-Saint-Jean qui ont vu le jour entre les mois de mai et d'octobre 2005 ont été allaités pendant le séjour au centre hospitalier ou dans une maison de naissance. Par la suite, les taux d'allaitement standardisés totaux diminuent avec l'âge de l'enfant. Ainsi, 42 % des bébés recevaient encore du lait maternel à l'âge de 4 mois alors que c'était le cas pour 30 % des enfants de 6 mois. Ces taux chutent également chez les enfants allaités de manière exclusive, c'est-à-dire ne recevant que du lait maternel sans aucun autre liquide ou solide. En effet, alors que 45 % des bébés sont allaités de manière exclusive pendant leur séjour à l'hôpital ou dans une maison de naissance, 17 % le sont encore à 4 mois et seulement 2 % d'entre eux ne reçoivent que du lait maternel à l'âge de 6 mois. Il est à noter que ces taux sont moins élevés que ceux obtenus pour le reste du Québec, à l'exception des taux d'allaitement standardisés exclusifs à 4 mois et 6 mois où l'on n'observe aucune différence significative entre la région et la province.

Par ailleurs, cette enquête renseigne également sur les habitudes de vie des femmes du Saguenay–Lac-Saint-Jean pendant leur grossesse. On apprend ainsi que pour 27 % des enfants nés dans la région entre mai et octobre 2005, la mère déclare avoir consommé du tabac pendant la grossesse. Il s'agit d'une proportion supérieure à celle qui prévaut pour le Québec (18 %). Au sujet de l'alcool, on estime à 38 % la proportion d'enfants où la mère affirme en avoir consommé pendant la grossesse. Cette enquête révèle enfin qu'au Saguenay–Lac-Saint-Jean, les mères de 45 % des nouveau-nés prennent de l'acide folique pendant les trois mois précédant la grossesse et cette proportion grimpe à 82 % au cours des trois premiers mois de la grossesse.

Chez les adolescents

Chez les jeunes étudiants du secondaire de la région, le tabagisme diminue fortement. La proportion de fumeurs (réguliers et occasionnels) est passée progressivement de 30 % en 1997 à 14 % en 2008. Par contre, 20 % des jeunes fument maintenant le cigarillo, qui est devenu plus populaire récemment; cependant, ils sont plus nombreux à le faire de façon occasionnelle (17 %) que régulière (3 %).

L'*Enquête interrégionale auprès des jeunes du secondaire 2008* révèle de plus que près du quart des jeunes du secondaire de la région ont consommé de l'alcool au moins une fois par semaine au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête; par contre, 26 % des jeunes du secondaire n'ont jamais consommé d'alcool. La proportion de jeunes n'ayant pas fait usage de cannabis, d'hallucinogènes et d'amphétamines durant une période de douze mois était respectivement de 69 %, 91 % et 90 %. Le cannabis est la drogue la plus populaire : 9 % des jeunes en consomment au moins une fois par semaine.

L'enquête permet aussi, grâce à l'indice DEP-ADO⁵, d'estimer la proportion de jeunes ayant des problèmes évidents de consommation d'alcool et de drogue qui exigent une intervention spécialisée. Dans la région, c'est le cas de 5,3 % des jeunes. De plus, 6,8 % des jeunes ont des problèmes émergents de consommation. En comparaison, ces proportions sont respectivement de 6,0 % et 5,9 % pour l'ensemble du Québec.

La popularité croissante des boissons dites « énergisantes », comprenant une forte concentration de sucre et de caféine, constitue un phénomène à surveiller. C'est pourquoi une question fut introduite dans l'enquête auprès des jeunes du secondaire afin d'estimer la proportion qui en consomme. Environ 12 % des jeunes du secondaire révèlent consommer souvent des boissons énergisantes, soit plus d'une fois par semaine. Un peu plus du tiers (37 %) n'en ont jamais pris alors que la moitié en consomme occasionnellement (moins d'une fois par semaine).

En lien avec ce phénomène, mais aussi avec le fait qu'une bonne proportion de jeunes travaillent, l'enquête indique aussi que près de 40 % des jeunes du secondaire de la région affirment éprouver de la somnolence ou faire des siestes pendant la journée.

Enfin, un peu plus du tiers des jeunes du secondaire (37 %) consacrent plus de dix heures par semaine aux activités sportives, 55 % y consacrent moins de dix heures et 9 % ne pratiquent aucune activité sportive.

Dans un autre ordre d'idées, un peu plus du tiers (37 %) des adolescents de 14 ans et plus ont déjà eu une relation sexuelle complète. Parmi ces jeunes sexuellement actifs, un peu plus de la moitié (58 %) utilisent régulièrement le condom lors de leurs relations sexuelles, une proportion comparable à celle observée en 2002.

Chez les adultes

L'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007* permet de documenter la prévalence de plusieurs facteurs de risque de maladies chroniques ainsi que la fréquence de ces maladies au sein de la population adulte régionale.

Au cours des dernières décennies, le tabagisme diminue considérablement au Saguenay–Lac-Saint-Jean. La proportion de fumeurs dans la population adulte passe de 48 % (1980), à 30 % (2000) et à 24 % (2007). La baisse du tabagisme entre 2000 et 2007, de même ampleur chez les hommes et les femmes, est observée chez tous les groupes d'âges. Elle se traduit concrètement par une diminution d'environ 13 000 fumeurs dans la région. Il est prévisible que cette tendance continue. En 2007, la prévalence du tabagisme diminue avec l'âge, passant progressivement de 33 % chez les 18-34 ans à environ 10 % chez les 65 ans et plus.

Par ailleurs, depuis 2000, la proportion d'adultes consommant généralement quatorze verres d'alcool ou plus durant une semaine semble stable au Saguenay–Lac-Saint-Jean. En 2000 et 2007, elle se situe à 3 % de la population adulte, soit près de 7 000 personnes. En 2007, la fréquence de ce comportement est environ douze fois plus élevée chez les hommes (5,9 %) que chez les femmes (0,4 %).

Dans un autre ordre d'idées, un adulte sur sept (14 %) considère que ses habitudes alimentaires sont moyennes ou mauvaises. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à porter un tel jugement (17 % contre 11 %). Par ailleurs, la moitié (51 %) de la population adulte consomme moins de cinq portions de fruits et légumes par jour. Et là aussi, on observe un écart entre les deux sexes, une consommation insuffisante étant nettement plus fréquente chez les hommes (64 %) que chez les femmes (39 %), et ce, peu importe l'âge. Ce comportement tend aussi à être plus fréquent à mesure que les niveaux de revenu et de scolarité diminuent.

5. L'indice DEP-ADO est conçu pour évaluer les pratiques de consommation d'alcool et de drogues chez les adolescents. Construit à partir d'une série de questions, cet indice permet de détecter les jeunes ayant une consommation dite problématique.

Près du tiers de la population adulte (31 %), soit environ 68 150 personnes, sont considérées sédentaires parce que pratiquant des activités physiques de loisir moins d'une fois par semaine. Le pourcentage de personnes sédentaires ne varie pas sensiblement selon le sexe et se situe au même niveau qu'en 2000.

Entre 2000 et 2007, la proportion des personnes de 18 ans et plus touchée par un excès de poids connaît une progression importante. La proportion de personnes obèses passe de 10 à 14 %. La hausse s'observe autant chez les femmes (de 9 à 13 %) que chez les hommes (de 11 à 15 %) et touche tous les groupes d'âges. Par contre, la prévalence de l'embonpoint n'augmente que légèrement (de 35 à 36 %). Les hommes sont beaucoup plus touchés que les femmes par l'embonpoint avec des proportions respectives de 46 % et 27 %. Fait à signaler, 35 % des adultes ont pris des moyens concrets pour perdre du poids au cours de l'année et cette proportion est similaire chez les deux sexes.

Le cumul de bonnes habitudes de vie constitue un avantage indéniable pour la santé des individus. Dans la région, seulement 10 % des adultes ont des habitudes de vie qui correspondent aux recommandations du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION : ils sont des non-fumeurs, consomment au moins cinq fruits et légumes par jour et s'activent physiquement quatre fois par semaine ou plus. La conformité aux recommandations du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION est plus accessible chez les gens plus fortunés ou ayant un niveau de scolarité plus élevé. On constate en effet un net gradient selon divers indicateurs de statut socioéconomique.

■ Services de santé

Services préventifs

Concernant la vaccination antigrippale chez les personnes non institutionnalisées, les données indiquent que 65 % des individus de 60 ans et plus de la région ont été vaccinés en 2008-2009. Cette proportion dépasse l'objectif du ministère de la Santé et des Services sociaux, qui est de 60 % pour ce groupe d'âges.

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein cible les femmes âgées de 50 à 69 ans et les invite à passer une mammographie tous les deux ans. Ce programme devrait, par le biais du dépistage précoce, contribuer à une diminution de la mortalité par cancer du sein chez les femmes de ce groupe d'âges. Au cours de la période du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2008, le taux de participation au programme, soit la proportion de femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont passé une mammographie de dépistage, est de 65 % dans la région. C'est plus élevé que le taux québécois (54 %).

En ce qui a trait au dépistage du cancer du col de l'utérus, il est recommandé par des groupes d'experts canadiens et québécois que les femmes de 18 à 69 ans sexuellement actives subissent un test de Papanicolaou (PAP) tous les trois ans. Les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2005 indiquent qu'il y a nettement moins de femmes de la région qui ont passé un test de PAP au cours d'une période de moins de trois ans que dans le reste de la province (47 % versus 71 %). Enfin, les données québécoises indiquent que les femmes moins scolarisées et celles disposant de revenus moins élevés sont proportionnellement moins nombreuses à passer un test de PAP.

Services de première ligne

Selon l'*Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007*, 16 % des adultes ne disposent pas d'un médecin de famille, ce qui représente 35 927 individus. Parmi eux, 40 % invoquent l'incapacité d'en avoir trouvé un. Autrement dit, 14 282 personnes, soit 6,4 des adultes, n'ont pas accès à un médecin de famille bien qu'ils en sentent le besoin. Toutefois, l'incapacité de trouver un médecin de famille n'est pas la principale raison évoquée dans la région. En effet, 51 % des adultes n'en ayant pas n'en ressentent pas le besoin, et 9 % mentionnent d'autres motifs.

Par ailleurs, dans la région, 14 % des personnes de 15 ans et plus prodiguent, sans rémunération, des soins à des personnes âgées de 65 ans et plus. Ce sont plus souvent des femmes (16 %) que des hommes (12 %).

■ État de santé global

En 2007, 11 % de la population adulte du Saguenay–Lac-Saint-Jean, soit environ 24 650 personnes, considèrent leur état de santé comme médiocre et sont donc plus susceptibles de consulter pour des services de santé. Cette proportion est similaire chez les hommes et les femmes. Elle représente une baisse significative par rapport à la proportion observée en 2000 (14 %).

Par ailleurs, 12 % de la population régionale, soit 32 435 personnes, ont une incapacité. L'incapacité fait référence à des états physiques ou mentaux et à des problèmes de santé qui ont duré ou qui sont susceptibles de durer six mois ou plus. Une personne a une incapacité si elle a de la difficulté à entendre, à voir, à communiquer, à monter un escalier, à se pencher, à apprendre ou à faire d'autres activités semblables (Statistique Canada, 2002).

Au cours des vingt dernières années, l'espérance de vie à la naissance s'est accrue de trois ans et demi chez les femmes et de près de sept ans chez les hommes. Pour la période 2002-2006, elle se situe à 81,6 ans chez les femmes et 76,5 ans chez les hommes. Cela représente, pour chacun des deux sexes, un écart négatif d'un peu moins d'un an par rapport au Québec où l'espérance de vie à la naissance est de 82,5 ans chez les femmes et de 77,3 ans chez les hommes.

L'écart entre la région et le Québec est moins élevé en ce qui a trait à l'espérance de vie à 65 ans. Celle-ci est de 20,3 années chez les femmes de la région (20,9 au Québec) et de 17 ans chez les hommes (17,3 ans au Québec).

En plus de représenter un indicateur de santé chez les nouveau-nés, le taux de mortalité infantile est un indicateur de la santé globale d'une population. Il reflète également les conditions sociales et économiques de la société dont notamment l'accès à des services de santé de qualité. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, pour la période de 2002 à 2006, le taux de mortalité infantile s'élève à 4,7 décès pour 1 000 naissances vivantes, un taux équivalent à celui du Québec. Les trois quarts des décès qui surviennent avant l'âge d'un an sont attribuables principalement à certaines affections périnatales (28 %), aux anomalies congénitales (26 %) de même qu'à la courte gestation ou au faible poids (21 %).

■ État de santé physique

Maladies chroniques

L'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007* permet de documenter la prévalence de plusieurs maladies chroniques au sein de la population adulte régionale.

L'hypertension artérielle affecte un adulte sur cinq, soit environ 45 000 individus. La prévalence de l'hypertension est significativement plus élevée dans la région en 2007 (20 %) qu'elle ne l'est dans le reste du Québec (16 %, en 2005). Ce constat est cohérent avec quelques résultats observés antérieurement dans d'autres enquêtes. La prévalence de l'hypertension est significativement plus élevée chez les femmes (23 %) que chez les hommes (18 %), phénomène que l'on constate aussi à partir des données québécoises. L'hypertension est plus fréquente à mesure que l'on avance en âge, atteignant un sommet chez les personnes de 65-74 ans (46 %) et 75 ans et plus (53 %).

Les problèmes d'arthrite, d'arthrose et de rhumatisme affectent près d'un adulte sur cinq (19 %), ce qui représente environ 42 450 individus. La prévalence est près de deux fois plus élevée chez les femmes (25 %) que chez les hommes (14 %), ce qui correspond à ce que l'on observe au Canada et au Québec.

La maladie cardiaque touche pour sa part 5,5 % des adultes de 18 ans et plus, soit environ 12 200 individus. Ce taux de prévalence est à peu de choses près similaire à ce que l'on observe au Québec en 2005. La prévalence de la maladie est plus élevée chez les hommes (6,3 %) que chez les femmes (4,8 %) et l'écart persiste, peu importe l'âge. Ce constat concorde avec les données québécoises qui indiquent que le risque de développer une maladie cardiovasculaire (MCV) est plus élevé au sein de la population masculine et que les taux de mortalité par MCV y sont presque deux fois plus élevés que chez les femmes. Par ailleurs, 1,4 % des adultes de 18 ans et plus de la région sont aux prises avec des troubles consécutifs à un accident vasculaire cérébral.

En ce qui a trait aux maladies respiratoires, les données de l'enquête indiquent que l'asthme affecte 9 % des adultes de 18 ans et plus, soit environ 19 600 individus. La prévalence de l'asthme est plus élevée chez les groupes d'âges plus jeunes où elle varie entre 11 % et 12 % et se stabilise par la suite entre 7 % et 9 % chez les personnes de 35 ans et plus. L'asthme est plus fréquent chez les femmes (10 %) que chez les hommes (8 %). L'écart est particulièrement accentué entre 25 et 64 ans. Par contre, chez les personnes de 18-24 ans et celles âgées de 65 ans et plus, la situation s'inverse, l'asthme touchant plus d'hommes que de femmes.

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) affecte 4,2 % des adultes de 18 ans et plus, soit environ 9 265 individus. La prévalence de la maladie est plus élevée chez les femmes (5,1 %) que chez les hommes (3,3 %). Ce constat demeure valide pour tous les groupes d'âges à l'exception des 65 ans et plus. Ceci est cohérent avec les changements observés au cours des vingt dernières années environ en ce qui a trait à la prévalence du tabagisme chez chacun des deux sexes.

Dans la région, la majorité des adultes de 18 ans et plus (70 %) ne sont atteints d'aucune des maladies chroniques présentées dans les paragraphes précédents. Près du quart des adultes (23 %), soit un peu plus de 50 000 individus, n'ont qu'une de ces maladies; dans la plupart des cas (14 %), il s'agit des problèmes d'arthrite, d'arthrose ou de rhumatisme. Enfin, 5,5 % des adultes sont affectés par deux maladies chroniques et 1,4 % sont atteints de trois maladies chroniques ou plus.

On observe une relation entre plusieurs des maladies chroniques mentionnées précédemment et la scolarité et le revenu. Les problèmes d'arthrite, d'arthrose ou de rhumatisme, la maladie cardiovasculaire, l'asthme, la MPOC ainsi que le cumul de maladies chroniques sont plus fréquents au sein des populations défavorisées économiquement ou sous-scolarisées.

La hausse de l'obésité mentionnée précédemment a un effet sur la prévalence du diabète. Celle-ci augmente, comme le démontrent les données issues du système de surveillance du diabète élaboré par l'INSPQ. Ces données indiquent que la prévalence, ajustée selon l'âge, pour la population régionale de 20 ans et plus, passe de 4,4 % en 1999-2000 à 6,4 % en 2006-2007. Pour cette dernière année financière, l'INSPQ estime qu'un peu plus de 15 300 adultes de 20 ans et plus sont diabétiques dans la région, ce qui représente une augmentation de 6 340 cas par rapport à 1999-2000. La hausse est observée chez les deux sexes et tous les groupes d'âges, mais de façon plus marquée chez les personnes de 45 ans et plus. En 2006-2007, le diabète demeure un peu plus fréquent chez les hommes (6,9 %) que chez les femmes (6,0 %).

Causes d'hospitalisation

Pour la période de 2006 à 2009, en excluant les hospitalisations liées aux troubles mentaux, à la grossesse et à l'accouchement, les maladies de l'appareil circulatoire viennent au premier rang des causes d'hospitalisation pour des soins physiques de courte durée dans la région, avec 14 % du total. Elles sont suivies des maladies de l'appareil respiratoire (13 %), de l'appareil digestif (12 %), des tumeurs malignes (8 %) et des traumatismes non intentionnels (7 %). Les hospitalisations pour maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'appareil respiratoire et traumatismes non intentionnels sont plus fréquentes chez les hommes que les femmes. Les hospitalisations pour tumeurs malignes et pour maladies de l'appareil digestif s'avèrent comparables chez les deux sexes.

Cancers

En ce qui a trait aux cancers, la région se caractérise par des taux d'incidence et de mortalité significativement plus élevés qu'au Québec pour plusieurs cancers. Cette situation persiste depuis au moins une vingtaine d'années. Pour la période la plus récente étudiée (2002-2006), on recense chaque année 1 564 nouveaux cas de cancer dans la région. Les taux ajustés d'incidence sont significativement plus élevés qu'au Québec pour l'ensemble des tumeurs malignes (taux de 527 pour 100 000 contre 495 au Québec), pour le cancer du poumon (95 pour 100 000 contre 82 au Québec), le cancer colorectal (74 pour 100 000 contre 63 au Québec), le cancer du sein chez la femme (150 pour 100 000 contre 123 au Québec) et le cancer de l'estomac (12 pour 100 000 contre 10 au Québec).

Chez les hommes, les cancers les plus fréquents sont le cancer du poumon (22 % du total, 178 nouveaux cas/an), de la prostate (18 % du total, 148 cas/an) et du côlon-rectum (15 % du total, 125 cas/an). Chez les femmes, le cancer du sein est le plus fréquent (31 % du total, 236 nouveaux cas/an), suivi du cancer du poumon (14 % du total, 105 cas/an) et du cancer colorectal (13 % du total, 95 cas/an).

Principales causes de décès

Dans l'ensemble de la population régionale, les tumeurs malignes demeurent la première cause de mortalité, étant à l'origine de 35 % des décès. Les maladies cardiovasculaires occupent le second rang avec 25 % des décès. Plus de la moitié (60 %) des décès sont donc attribuables à une de ces deux grandes causes. Les autres causes les plus fréquentes sont les maladies respiratoires (8,7 % des décès), les accidents et les traumatismes (7,9 %) et les maladies du système nerveux et des organes des sens (7,1 %).

Pour plusieurs causes de décès, les taux de mortalité régionaux sont supérieurs au taux québécois : c'est le cas des tumeurs malignes (taux de 248 pour 100 000 contre 222 au Québec), des maladies de l'appareil respiratoire (64 pour 100 000 contre 58 au Québec), des accidents et traumatismes (59 pour 100 000 contre 45 au Québec), et des maladies du système nerveux et des organes des sens (52 pour 100 000 contre 39 au Québec). Les maladies cardiovasculaires constituent une des seules exceptions, le taux régional étant équivalent au taux québécois.

Mortalité prématurée

Les années potentielles de vie perdues (APVP) appartiennent au concept de mortalité prématurée. Cet indicateur est calculé par rapport à un âge seuil déterminé (75 ans), au-dessous duquel on considère qu'une personne est décédée prématurément. Pour une population donnée, les APVP représentent la somme des années de vie que toutes les personnes décédées avant 75 ans n'ont pas vécues et ont en quelque sorte « perdues ». Cette mesure du fardeau de la mortalité prématurée, attribuée à certaines causes spécifiques, permet d'estimer l'écart entre le niveau de mortalité prématurée de la population du Saguenay-Lac-Saint-Jean et celle du Québec qui sert de norme de référence.

Dans la région, les principales causes de décès qui contribuent à la mortalité prématurée sont les tumeurs malignes (35 % des APVP), les maladies de l'appareil circulatoire (15 %) et les traumatismes non intentionnels (14 %). Ces trois causes sont à l'origine de près des deux tiers des décès qui surviennent avant 75 ans.

Pour la période la plus récente étudiée (2002 à 2006), la région s'avère désavantagée par rapport au Québec. Pour l'ensemble des causes de décès, le nombre d'APVP au Saguenay-Lac-Saint-Jean s'élève à 2 986 années par tranche de 10 000 habitants contre 2 593 dans la population québécoise. Pour la période 2002 à 2006, cet excédent représente 51 329 années de vie perdues de plus que ce que l'on aurait enregistré si la mortalité prématurée avait été de même niveau qu'au Québec.

Pour certaines causes de décès, les tests statistiques révèlent également une mortalité prématurée significativement plus forte dans la région. Ainsi, pour les tumeurs malignes, les résidents du Saguenay–Lac-Saint-Jean ont perdu 1 033 années de vie potentielles par tranche de 10 000 personnes contre 904 pour le Québec. La différence apparaît encore plus accentuée pour les décès attribuables aux traumatismes non intentionnels (accidents de la route, noyades, chutes, etc.). Le taux régional est de 414 pour 10 000 comparativement à 286 au Québec.

■ État de santé mentale

Chez les adolescents

L'*Enquête interrégionale auprès des jeunes du secondaire* réalisée en 2008 permet de documenter certains aspects du vécu psychoaffectif des adolescents. Ainsi, on observe toujours un écart entre filles et garçons en ce qui a trait à l'estime de soi : dans la région, selon l'échelle d'estime de soi⁶ utilisée dans l'enquête, 18 % des filles, comparativement à 9 % des garçons, sont classées comme ayant une faible estime de soi. Ces proportions sont à peu de chose près les mêmes que celles observées lors de la précédente enquête réalisée en 2002.

Un écart similaire existe toujours en ce qui a trait à la détresse psychologique : deux fois plus de filles (24 %) que de garçons (12 %) sont considérées comme ayant un niveau élevé de détresse psychologique. Ces proportions sont identiques à celles observées en 2002 et on peut en déduire que la situation est stable sur ce plan.

Chez les adultes

En 2007, la proportion des adultes du Saguenay–Lac-Saint-Jean qui dépassent le seuil symptomatologique de détresse psychologique s'élève à 7 % de la population (environ 15 400 personnes), une prévalence plus marquée chez la femme (9 %) que chez l'homme (5 %). Ce phénomène montre une baisse importante depuis 2000 alors que plus de 10 % de la population dépassait ce seuil de détresse élevée. La diminution se manifeste beaucoup plus chez les femmes que chez les hommes (respectivement 14 % et 7 % en 2000).

En 2004-2005, le taux normalisé d'hospitalisations pour trouble mental s'élevait à 81 pour 10 000 habitants au Saguenay–Lac-Saint-Jean, un chiffre nettement plus élevé que celui du Québec (50 pour 10 000). Cet écart se maintient à peu près aux mêmes valeurs depuis plus de vingt ans.

Pour la période 2002-2006, le taux annuel moyen de mortalité par suicide, ajusté pour l'âge, est de 19,8 pour 100 000 au Saguenay–Lac-Saint-Jean, un taux significativement plus élevé que le taux québécois (16,5 pour 100 000). Cela représente chaque année 55 décès dans la région. Les suicides sont près de cinq fois plus fréquents chez l'homme que chez la femme. Le taux ajusté chez les hommes de la région (33 pour 100 000) est significativement plus élevé que le taux québécois (26 pour 100 000) alors que chez les femmes, aucun écart n'est observé entre la région et le Québec.

■ Maladies infectieuses

En 2007, un total de 682 cas de maladies à déclaration obligatoire (MADO) ont été déclarés au Saguenay–Lac-Saint-Jean. Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) représentent 65 % de toutes les déclarations; suivent les maladies entériques (24 %), les maladies évitables par la vaccination (9 %) et les autres MADO (3 %).

6. L'échelle de Rosenberg, construite à partir d'une série de dix questions, a été utilisée pour mesurer l'estime de soi des adolescents. Cette échelle a été largement utilisée et démontre de bonnes qualités psychométriques.

L'infection à *Chlamydia trachomatis* est la MADO la plus fréquente : 412 cas sont déclarés en 2007 avec un taux d'incidence de 151 pour 100 000 personnes, comparativement à un taux de 175 pour 100 000 personnes pour le Québec. De 2003 à 2007, 410 cas par année sont déclarés en moyenne à la Direction de santé publique de l'Agence. Pour les groupes d'âges 15-19 ans et 20-24 ans, on observe un plus grand nombre de femmes atteintes de l'infection à *Chlamydia trachomatis* dans la région. Le même phénomène s'observe pour la province, possiblement relié à un plus grand dépistage chez la femme.

Plusieurs maladies infectieuses peuvent être prévenues par l'inoculation d'un vaccin. Les maladies évitables par la vaccination de base sont la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, l'infection invasive à méningocoque de sérogroupe C, les infections à *Haemophilus Influenzae* de type B, la rougeole, la rubéole, les oreillons, les infections invasives à pneumocoque, la varicelle et l'influenza. En 2002, la couverture vaccinale pour les enfants de 2 ans était de 93,5 %. Au troisième secondaire, un rappel contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos est offert et la couverture vaccinale pour ce groupe atteint 83,8 % en 2007-2008.

Dans la région, il n'y a eu aucune déclaration de diphtérie, rougeole, rubéole, oreillons, poliomyélite ou tétanos pendant l'année 2007. Il en est ainsi depuis de nombreuses années, et ce, malgré des éclosions de rougeole, rubéole et oreillons dans certaines régions du Québec.

De plus, la vaccination contre l'hépatite B est offerte à tous les élèves de quatrième année du primaire, la couverture vaccinale pour ce groupe est de 96,4 % en 2007-2008 pour la région (88 % pour le Québec).

Par ailleurs, la campagne annuelle de vaccination contre l'influenza s'adresse à des groupes de personnes vulnérables. Depuis 2000-2001, trois nouveaux groupes sont visés par le programme gratuit : les personnes âgées de 60 à 64 ans, tous les travailleurs en établissements de soins et les personnes vivant sous le même toit que des malades chroniques. Au cours des dernières années, il y a à chaque saison antigrippale une augmentation substantielle du nombre de personnes vaccinées; celui-ci passe ainsi de 52 475 en 2001-2002 à 78 823 en 2006-2007. Par contre, pour la saison 2007-2008, le bilan d'immunisation démontre une diminution des personnes vaccinées de l'ordre de 2 418.

■ Santé au travail

Facteurs psychosociaux au travail

L'organisation du travail peut, dans certains cas, avoir des impacts négatifs sur la santé des individus. Ainsi, lorsque la latitude ou l'autonomie décisionnelle au travail⁷ est faible et que la demande psychologique⁸ est élevée, les risques de dépression, de détresse psychologique et d'épuisement professionnel sont accrus. En 2007, dans la région, environ un individu sur sept (15 %) travaille dans un contexte où l'autonomie décisionnelle est faible et la demande psychologique est élevée. Cette situation s'avère plus fréquente chez les femmes (18 %) que chez les hommes (13 %). Et de fait, les données de l'*Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007* indiquent que la prévalence de la détresse psychologique est significativement plus élevée chez les travailleurs et les travailleuses confrontés à une situation de faible autonomie décisionnelle et de demande psychologique élevée (12 %) que chez les autres groupes de travailleurs où elle varie de 4 à 8 %. De plus, le score moyen à l'échelle de détresse psychologique est significativement plus élevé chez le premier groupe de travailleurs.

Maladies respiratoires professionnelles

L'exposition à l'amiante peut entraîner l'apparition de l'amiantose, le cancer du poumon et le mésothéliome. Ces trois maladies sont évolutives et irréversibles. Toutes les sortes d'amiante étant reconnues cancérigènes, des mesures de prévention appropriées lors des travaux en présence

7. L'autonomie décisionnelle fait référence à la capacité d'utiliser ses qualifications et d'en développer de nouvelles ainsi que la possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent.

8. La demande psychologique au travail réfère à la quantité de travail, aux exigences mentales et aux contraintes de temps.

d'amiante doivent être appliquées. Les milieux de travail les plus concernés sont les mines, ceux de la transformation utilisant du chrysotile ainsi que le secteur du bâtiment et des travaux publics. Pour ce secteur, les travailleurs le plus à risque sont ceux ayant œuvré à des travaux de rénovation, de démolition et d'entretien, dans des bâtiments datant d'avant 1980. De 2003 à 2006, parmi les 390 décès attribuables à une maladie professionnelle au Québec, 83 % sont liés à l'amiante. Le fichier des MADO de la région Saguenay–Lac-Saint-Jean dénombre un cancer du poumon lié à l'amiante et neuf cas de mésothéliome en 2006.

L'asthme professionnel constitue la maladie pulmonaire la plus fréquente après l'amiantose. Le fichier des MADO identifie 25 cas d'asthme professionnel dans la région entre 2003 et 2007, dont 20 au cours des seules années 2006-2007. Il faut sans doute relier une bonne partie de cette augmentation à l'effet d'un dépistage systématique. L'expérience acquise avec le programme d'interventions intégrées pour les isocyanates démontre que la reconnaissance précoce de la maladie peut être bénéfique pour les travailleurs, ces derniers présentant des atteintes pulmonaires moins importantes que les travailleurs sans programme de surveillance médicale. Les isocyanates constituent le groupe de sensibilisants le plus important en termes de réclamations à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Toutefois, d'autres contaminants d'importance (poussières de farine, poussières de bois, protéines de crustacés, etc.) pourraient nécessiter une intervention.

La silice est un contaminant présent dans les activités de forage qui ont cours dans le secteur des mines. Ces travailleurs sont suivis depuis plusieurs années dans le cadre du Règlement sur les examens de santé pulmonaire des travailleurs des mines. Le problème de santé que l'on cherche à dépister est la silicose; cinq de ces cas ont été reconnus par la CSST dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean entre 2003-2007.

Les atteintes broncho-pulmonaires regroupent diverses affections touchant les bronches et les poumons, affections dont l'origine peut être reliée au milieu de travail. Le nombre de travailleurs atteints dans cette catégorie est de deux en 2006 et cinq en 2007.

Intoxications chimiques

Le plomb constitue la substance la plus souvent citée comme cause d'intoxication chimique chez les travailleurs, sans doute parce que c'est la plus souvent déclarée dans le cadre des MADO. D'autres produits peuvent être à l'origine d'intoxications professionnelles, tels le cobalt, le chrome, le styrène, le monoxyde de carbone, etc. En 2006-2007, on recense dans la région dix-neuf cas d'intoxication reliés au travail, la grande majorité provenant d'exposition au plomb.

Bruit excessif

La surdité est un des risques liés à l'exposition au bruit excessif. Cette maladie professionnelle est l'une des plus fréquentes à la CSST, représentant 38 % des réclamations indemnisées en 2005. Le bruit concerne divers secteurs d'activités industrielles. Dans la région, 2 880 travailleurs de 125 entreprises sont susceptibles d'être exposés à des niveaux supérieurs à 100 décibels audibles. Rappelons qu'au-delà de ces niveaux, la protection personnelle n'est pas suffisante et les travailleurs s'exposent à des atteintes permanentes.

Troubles musculo-squelettiques

Au Québec, les troubles musculo-squelettiques (TMS) figurent parmi les principales causes d'incapacité physique. Il s'agit là d'un problème de plus en plus fréquent qui compte pour la moitié des maladies professionnelles. À la CSST, les TMS découlant d'une maladie professionnelle représentent environ 30 % des réclamations acceptées. Les tendinites à l'épaule (33 %), les tendinites au poignet (11 %) et les épicondylites ou épitrochléites (14 %) représentent plus de la moitié de ces lésions professionnelles.

■ Sources et références

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN. *Rapport annuel 2007, maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse*, Chicoutimi, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2009, 63 p.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, 122 p.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Rapport sur la santé périnatale au Canada – édition 2008*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, 336 p.

BERGERON, Ann, et autres. *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007 – Rapport sommaire*, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, août 2007, 104 p.

BOUCHARD, Gérard, et Marc DE BRAEKELEER. *Histoire d'un génome, population et génétique dans l'est du Québec*, Presses de l'Université du Québec, 1991, 607p.

CAZALE, Linda, Claire FOURNIER et Gaëtane DUBÉ. « Consommation d'alcool et de drogue », dans : DUBÉ, Gaëtane, et autres (2009). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 4, 2009, p. 91-147.

CENTRE JEUNESSE DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN. *Rapport annuel de gestion 2008-2009*, 32 pages.

CRESPO, Stéphane. *Annuaire de statistiques sur l'inégalité de revenu et le faible revenu – édition 2008*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2008, 187 p.

DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE, INNOVATION ET EXPORTATION. *Portrait régional Saguenay–Lac-Saint-Jean*, mise à jour du 5 décembre 2008, <http://www.mdeie.gouv.qc.ca/index.php?id=2540> (consulté le 30 mars 2009).

DIRECTEUR GÉNÉRAL DES ÉLECTIONS DU QUÉBEC. *Rapport des résultats officiels du scrutin, 2007*, http://www2.electionsquebec.qc.ca/fr/documents/resultats_officiels_2007/index.asp (consulté le 9 juin 2009).

DUCHESNE, L. *Les noms de famille au Québec : aspects statistiques et distribution spatiale*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2006, 41 p.

ÉLECTIONS CANADA. *Résultats officiels du scrutin, Quarantième élection générale, 2008*, <http://www.elections.ca/scripts/OVR2008/defaultf.html> (consulté le 9 juin 2009).

ÉLECTIONS CANADA. *Résultats officiels du scrutin de la 40^e élection générale – Résultats par bureau de scrutin – Données brutes, tableau 4 : Participation électorale, élections générales de 2008, 2006, 2004 et 2000*, http://www.elections.ca/scripts/resval/ovr_40ge.asp?prov=&lang=f (consulté le 9 juin 2009).

GAUDREAU, M., et autres. *Être jeune aujourd'hui : habitudes de vie et aspirations des jeunes des régions de la Capitale-Nationale, du Saguenay–Lac-Saint-Jean et des Laurentides. Série Enquête interrégionale 2008*, Jonquières, ÉCOBES, 2009, 108 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Indicateurs du revenu par habitant, régions administratives et ensemble du Québec, 2003-2007*, Québec, Direction des statistiques économiques et du développement durable, 2008,
http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/econm_finnc/conjn_econm/revenu_personnel/rp07_ra-hab.htm (consulté le 13 mai 2009).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Description des données de prévalence du diabète – mai 2009*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2009, 6 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC EN COLLABORATION AVEC LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC ET L'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 659 p.

LAPIERRE, R. *Les maladies chroniques et leurs déterminants – Volume I : Les comportements à risque et les facteurs de protection*, Collection *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007*, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2008, 45 p.

LAPIERRE, R. *Les maladies chroniques et leurs déterminants – Volume II : Les conditions physiologiques à risque*, Collection *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007*, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2008, 60 p.

LAPIERRE, R. *Les maladies chroniques et leurs déterminants – Volume III : Les maladies chroniques*, Collection *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007*, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2008, 56 p.

MAYR, E. *Change of genetic environment and evolution*. In *Evolution as a Process* (Huxley, J. et al., eds), 1954, pp. 157-180, Allen and Unwin.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Dépenses et dépenses per capita selon la région sociosanitaire au Québec de 1996-1997 à 2007-2008*, 2009,
http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?id=137,99,0,0,1,0 (consulté en mai 2009).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Fichier des décès*.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Fichier des naissances vivantes*.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Fichier des tumeurs*.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Fichier MED-ECHO*.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 220 p.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Portrait de la criminalité dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean en 2002*, 2003,
<http://www.msp.gouv.qc.ca/prevention/prevention.asp?txtSection=statistiques&txtCategorie=criminalite&txtSousCategorie=2002> (consulté le 9 juin 2009).

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Portrait de la criminalité dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean en 2007*, 2009, <http://www.msp.gouv.qc.ca/prevention/prevention.asp?txtSection=statistiques&txtCategorie=criminalite&txtSousCategorie=2007> (consulté le 9 juin 2009).

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Statistiques 2007 sur les agressions sexuelles au Québec*, Québec, ministère de la Sécurité publique, 2008, 62 p.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Statistiques 2007 sur la criminalité au Québec*, Québec, ministère de la Sécurité publique, 2008, 110 p.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Statistiques 2007 sur la criminalité commise dans un contexte conjugal au Québec*, Québec, ministère de la Sécurité publique, 2008, 62 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE, Direction générale adjointe de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, Direction de la statistique et du soutien aux expérimentations, données sur les prestataires des programmes d'assistance sociale, Fichier transmis à la Direction de santé publique du MSSS, novembre 2009.

MINISTÈRE DES AFFAIRES MUNICIPALES ET DES RÉGIONS. *Communiqué c4275: élections municipales au Québec – Portrait provincial*, 2005, <http://communiqués.gouv.qc.ca/gouvqc/communiqués/GPQF/Novembre2005/11/c4275.html> (consulté le 9 juin 2009).

NEILL, Ghyslaine, et autres. *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2006, 85 p.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ. *Nos membres*. <http://www.rqvvs.qc.ca/> (consulté le 9 juin 2009).

STATISTIQUE CANADA. *Dictionnaire du recensement de 2001*, Ottawa, catalogue 92-378, 2002, 487 p.

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 3.1*, 2005.

STATISTIQUE CANADA. *Recensement canadien 2006*.

VÉZINA, Hélène, et autres. « Mesures de l'apparement biologique au Saguenay–Lac-Saint-Jean (Québec, Canada) à partir de reconstitutions généalogiques », *Annales de démographie historique* 2/2004 (n° 108), p. 67-83.

Liste des activités en fonction des clientèles visées

Activités	0-5 ans et leurs parents	6-17 ans et leurs parents	18-64 ans	65 ans et plus	Toute la population
Domaine 1 Développement, adaptation et intégration sociale					
Les activités en périnatalité et pour la petite enfance					
1.1 Diffusion d'information prénatale et postnatale (par exemple, le guide <i>Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans</i>) auprès de tous les futurs et nouveaux parents.	•				
1.2 Soutien à l'implantation du tronc commun provincial d'information prénatale à l'intention des intervenants chargés de transmettre cette information aux futurs parents.	•				
1.3 Recommandation de la prise d'une dose d'acide folique par les femmes en âge de procréer.	•				
1.4 Recherche de cas et counselling sur la consommation d'alcool et le tabagisme auprès des femmes enceintes.	•				
1.5 Implantation de l'Initiative des amis des bébés dans les établissements de santé offrant des services pré-, per- et postnatals.	•				
1.6 Counselling en matière d'allaitement maternel.	•				
1.7 Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, incluant les composantes suivantes : accompagnement des familles et soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être.	•				
1.8 Recommandation aux familles défavorisées de bénéficier de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, et orientation des enfants défavorisés vers les centres de la petite enfance pour des interventions éducatives précoces.	•				
1.9 Intervention concernant le soutien éducatif précoce pour les enfants d'âge préscolaire venant de milieux défavorisés.	•				
Les activités à l'intention des jeunes					
1.10 Intervention visant le développement des habiletés sociales des enfants et la prévention des troubles du comportement dans les classes de maternelle et de première année des milieux scolaires défavorisés (par exemple, le programme Fluppy) comportant : un volet axé sur l'enfant, un volet axé sur les parents, un volet axé sur la classe.		•			
1.11 Planification et mise en œuvre des interventions de promotion de la santé et du bien-être ainsi que des interventions de prévention en milieu scolaire selon l'approche École en santé, en partenariat avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport de même que son réseau.		•			
1.12 Organisation de campagnes de communication sociétales portant sur la prévention des agressions sexuelles faites à l'égard des enfants.		•			

Activités	0-5 ans et leurs parents	6-17 ans et leurs parents	18-64 ans	65 ans et plus	Toute la population
1.13 Sensibilisation des décideurs privés et publics visés aux effets négatifs, sur les enfants et les adolescents, de l'exposition à des modèles inappropriés dans les médias (violence, sexualisation précoce, surconsommation d'alcool, de drogues et de jeux de hasard et d'argent, etc.) ainsi que sensibilisation de ces décideurs privés et publics à l'importance de la réduction de cette exposition.		•			
1.14 Sensibilisation des décideurs privés et publics visés à l'importance de l'application des lois et règlements visant la restriction de l'accessibilité à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent pour les jeunes de moins de 18 ans.		•			
1.15 Instauration d'une collaboration entre les intervenants des réseaux concernés et les organisateurs de manifestations festives d'envergure afin de prévenir ou de réduire les conséquences de la consommation d'alcool et de drogue (bal des finissants, fête techno, festival, etc.).		•			
1.16 Counselling sur l'activité sexuelle et les méthodes de contraception auprès des adolescents actifs sexuellement.		•			
1.17 Soutien à l'organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle, services adaptés aux adolescents et aux jeunes adultes – du type des cliniques jeunesse – favorisant la planification des naissances et combinés à des interventions d'éducation à la sexualité.		•	•		
Les activités à l'intention des adultes et des personnes âgées					
1.18 Recherche de cas de violence conjugale chez les adultes.		•	•	•	
1.19 Intervention visant la diminution de la consommation de médicaments anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques auprès des personnes âgées de 50 ans et plus (par exemple, l'intervention Les médicaments : Oui... Non... Mais! En santé après 50 ans).			•	•	
Les activités à l'intention de toute la population					
1.20 Soutien à l'implantation des interventions visant la consommation contrôlée chez les buveurs, par exemple Alcochoix+.			•	•	
1.21 Soutien à l'élaboration et à l'application de politiques publiques ainsi que de mesures législatives et réglementaires visant la limitation des effets négatifs sur la santé des éléments suivants : l'accessibilité économique et physique à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent, les caractéristiques de certains jeux de hasard et d'argent.			•	•	
1.22 Soutien à l'élaboration et à l'application de mesures législatives et réglementaires visant la réduction de l'accessibilité aux armes à feu.					•
1.23 Intervention visant la prévention du suicide et incluant : l'organisation d'activités de sensibilisation aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardés à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès; l'établissement des réseaux de sentinelles; des activités favorisant le traitement approprié du suicide dans les médias.					•

Activités	0-5 ans et leurs parents	6-17 ans et leurs parents	18-64 ans	65 ans et plus	Toute la population
Domaine 2 Habitudes de vie et maladies chroniques					
Les activités visant à modifier les facteurs environnementaux					
Les activités en lien avec la promotion, le développement et l'application de politiques, de lois et de règlements favorisant l'adoption de saines habitudes de vie					
2.1 Développement et mise en œuvre d'une politique québécoise en alimentation et nutrition.					•
2.2 Soutien au développement et à la mise en œuvre de politiques-cadres en alimentation et en activité physique pour les milieux du travail, de l'éducation et des loisirs de même que pour les municipalités et les établissements de santé et de services sociaux.					•
2.3 Inspection quant au respect des mesures contenues dans la Loi sur le tabac, soit celles qui restreignent l'usage du tabac dans la plupart des lieux publics, celles ayant trait à la vente des produits du tabac ainsi que celles portant sur l'emballage, la promotion, la publicité et l'étalage des produits du tabac.					•
2.4 Promotion auprès des municipalités de la fluoration de l'eau potable.					•
Les activités de promotion et de prévention concernant les saines habitudes de vie dans les milieux de vie et les communautés					
2.5 Soutien au développement ou à la consolidation d'initiatives concertées qui agissent sur les déterminants de la sécurité alimentaire, par exemple l'accès économique et physique à une quantité suffisante d'aliments sains.					•
2.6 Dans le cadre de l'approche École en santé, activités de promotion et de prévention axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie (le non-usage du tabac, une saine alimentation, l'activité physique et l'hygiène dentaire) visant à la fois les individus et les environnements.		•			
2.7 Sensibilisation et soutien des milieux de travail à la promotion et l'acquisition de saines habitudes de vie auprès de leurs employés.			•		
2.8 Sensibilisation et soutien des municipalités à la création d'environnements propices à la saine alimentation, au non-tabagisme et à l'activité physique – accès à des lieux pour pratiquer des activités physiques, aménagement urbain favorisant les déplacements actifs, réglementation, etc.					•
2.9 Soutien des communautés et de divers milieux à la création de groupes et de réseaux (par exemple, concertation d'organismes, jeunes leaders, groupes de marcheurs ou de cyclistes, groupes d'activités physiques pour les aînés) pour favoriser l'accès à des activités physiques.					•
2.10 Soutien à l'implantation d'un programme visant une saine gestion du poids par une prise de décision éclairée sur le choix de maigrir, et ce, dans le cadre d'une démarche de groupe pour adultes (programme comme celui Choisir de maigrir?).			•	•	

Activités	0-5 ans et leurs parents	6-17 ans et leurs parents	18-64 ans	65 ans et plus	Toute la population
Les activités visant à agir sur les facteurs individuels					
2.11 Counselling en faveur d'une saine alimentation.					•
2.12 Services de counselling et de soutien concernant l'arrêt tabagique par le service J'Arrête : ligne téléphonique, site Internet et centres d'abandon du tabagisme.			•	•	
2.13 Counselling concernant l'abandon du tabagisme.			•	•	
2.14 Organisation d'activités dans le cadre de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie dont le non-usage du tabac.					•
2.15 Recommandation d'une pratique régulière d'activité physique.					•
2.16 Soutien, consolidation ou mise en œuvre des activités inscrites dans le <i>Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012</i> (document complémentaire du PNSP 2003-2012).					•
2.17 Counselling concernant la consommation d'aliments cariogènes chez les personnes à risque élevé de carie dentaire.	•	•			
2.18 Suivi préventif individualisé en milieu scolaire afin que les enfants de la maternelle à la 2 ^e année du primaire qui répondent aux critères concernant le risque de carie dentaire puissent bénéficier de deux applications topiques de fluorure par année et participer à des activités d'éducation à la santé buccodentaire.	•	•			
2.19 Application d'agents de scellement dentaire en milieu scolaire auprès des enfants de 5 à 15 ans présentant un risque de carie dentaire.		•			
2.20 Counselling sur l'utilisation optimale de fluorure dans la prévention de la carie dentaire.					•
Le dépistage de certaines maladies chroniques					
2.21 Programme québécois de dépistage du cancer du sein pour les femmes âgées de 50 à 69 ans.			•	•	
2.22 Invitation au dépistage du cancer du col utérin (par le test de Papanicolaou) pour les femmes âgées de 25 à 64 ans qui n'ont pas participé au dépistage dans les trois dernières années.			•		
2.23 Dépistage des maladies chroniques suivantes chez les adultes et les personnes âgées, et prise en charge des personnes atteintes : dépistage du cancer du sein : recommandation, par les médecins, d'offrir aux femmes âgées de 50 à 69 ans de participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein; dépistage du cancer du col (par le test de Papanicolaou); dépistage de l'hypertension artérielle; dépistage de l'ostéoporose.			•	•	
Domaine 3 Traumatismes non intentionnels					
La promotion de la sécurité dans les milieux de vie					
3.1 Promotion, auprès des partenaires des différents milieux de vie tels que les écoles, les municipalités, etc., de l'application d'une démarche systématique en lien avec la sécurité dans les milieux de vie allant de l'établissement d'un diagnostic de sécurité jusqu'à la mise en œuvre d'un plan d'action et de son évaluation.					•

Activités	0-5 ans et leurs parents	6-17 ans et leurs parents	18-64 ans	65 ans et plus	Toute la population
Les activités de prévention des traumatismes routiers					
3.2 Promotion de l'application d'un continuum d'activités favorisant l'utilisation adéquate du dispositif de retenue pour enfants dans les voitures.	•	•			
3.3 Promotion de l'application des mesures efficaces pour améliorer la sécurité routière auprès des partenaires visés, notamment : en contribuant à la détermination des endroits dangereux; en favorisant les mesures d'apaisement de la circulation sur le réseau routier; en favorisant le contrôle de la vitesse et la réduction de la conduite avec facultés affaiblies, incluant les véhicules hors route; en favorisant le port de l'équipement de protection : ceinture de sécurité, casque pour les cyclistes et pour les conducteurs et les passagers d'une motocyclette ou d'un véhicule hors route; en favorisant le transport actif sécuritaire (par exemple, sécurité des réseaux cyclable et piétonnier); en favorisant la non-utilisation du cellulaire au volant et autres télématiques affectant la conduite.					•
Les activités de prévention des chutes et des blessures à domicile					
Les activités à l'intention des enfants et des adolescents					
3.4 Intégration des 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, dans les actions préventives s'adressant aux bébés, aux jeunes enfants et à leurs parents, notamment les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité.	•	•			
Les activités à l'intention des personnes âgées					
3.5 Implantation des mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque de chute – volet non personnalisé (par exemple, le <i>programme intégré d'équilibre dynamique</i>).				•	
3.6 Soutien à l'implantation des mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées en perte d'autonomie qui ont déjà fait une chute – volet personnalisé.				•	
3.7 Évaluation multidisciplinaire des facteurs de risque de chute chez les personnes âgées à risque vivant à domicile.				•	
Les activités à l'intention de toute la population					
3.8 Promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle des environnements domiciliaires auprès des partenaires visés, afin de prévenir, notamment, les brûlures, les intoxications dues aux produits toxiques ou médicamenteux ainsi que les risques associés à la présence d'une piscine résidentielle.					•
Les activités de prévention des traumatismes récréatifs ou sportifs					
Les activités à l'intention des enfants et des adolescents					
3.9 Promotion de l'application de la norme de sécurité existante concernant l'aménagement des aires et des équipements de jeux auprès des municipalités et des écoles.	•	•			

Activités	0-5 ans et leurs parents	6-17 ans et leurs parents	18-64 ans	65 ans et plus	Toute la population
Les activités à l'intention de toute la population					
3.10 Promotion de la sécurité sur les plans d'eau par le port du vêtement de flottaison individuel, notamment auprès des municipalités, des propriétaires de camps de vacances et de terrains de camping.					•
3.11 Promotion, auprès des partenaires publics et privés visés (ministères, centres de ski, coroner, etc.), du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle portant sur la pratique des sports de glisse au Québec.					•
Domaine 4 Développement des communautés					
4.1 Participation du réseau de la santé et des services sociaux aux activités intersectorielles visant la réduction des inégalités dans le milieu régional.					•
4.2 Participation du réseau de la santé et des services sociaux aux activités intersectorielles visant le renforcement de la vitalité des milieux.					•
4.3 Promotion du développement des communautés (<i>empowerment</i> individuel et collectif) auprès des intervenants du réseau et de leurs partenaires.					•
Domaine 5 Maladies infectieuses					
Les activités portant sur les maladies à déclaration obligatoire, les manifestations cliniques inhabituelles liées à la vaccination et les signalements					
5.1 Vigie sanitaire des menaces biologiques réelles ou appréhendées, incluant les maladies en émergence et les éclosions.					•
5.2 Application des lignes directrices pour assurer l'investigation des cas primaires, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions.					•
5.3 Diffusion aux populations ciblées des recommandations liées aux différents modes de transmission.					•
5.4 Implantation d'un système d'information pancanadien.					•
5.5 Mise à jour du volet santé publique du plan de pandémie d'influenza.					•
5.6 Soutien aux activités cliniques en santé des voyageurs par : la diffusion des actualités épidémiologiques; des recommandations visant la prévention des maladies infectieuses acquises à l'étranger; la promotion des comportements préventifs et de la vaccination.					•
5.7 Maintien du programme de surveillance des manifestations cliniques inhabituelles postvaccinales.					•
Les activités portant sur les maladies évitables par l'immunisation					
5.8 Vaccination de base : diphtérie, poliomyélite, rougeole, rubéole, infections à <i>Haemophilus influenzae</i> de type B, oreillons, coqueluche, tétanos, varicelle, pneumocoque et méningocoque du groupe C, influenza	•				
5.9 Vaccination en milieu scolaire : hépatite B en 4 ^e année du primaire; infections au virus du papillome humain (VPH) en 4 ^e année du primaire et en 3 ^e année du secondaire; mise à jour du carnet de vaccination en 3 ^e année du secondaire.		•			

Activités	0-5 ans et leurs parents	6-17 ans et leurs parents	18-64 ans	65 ans et plus	Toute la population
5.10 Vaccination des personnes appartenant à des groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec : hépatites A et B, pneumocoque, influenza.					•
5.11 Mise en place d'un plan de promotion de la vaccination.					•
5.12 Développement des stratégies visant à assurer le respect du calendrier vaccinal.	•				
5.13 Implantation d'un système d'information vaccinale et d'un programme de gestion des produits immunisants visant l'assurance qualité des programmes de vaccination.					•
5.14 Dépistage de la rubéole chez les femmes enceintes.	•				
Les activités portant sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang					
Les activités destinées à la population des 12-24 ans					
5.15 Activités d'information et de prévention des ITSS en milieu scolaire et dans les autres milieux de vie, par exemple programmes de promotion et d'accessibilité aux condoms.		•			
5.16 Soutien à une organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle, services adaptés aux adolescents et aux jeunes adultes – du type des cliniques jeunesse –, favorisant la prévention des ITSS, intégrant les pratiques cliniques préventives et combinés à des interventions d'éducation à la sexualité.		•	•		
Les activités destinées aux populations vulnérables socialement					
5.17 Activités de prévention des ITSS dans les milieux de vie et les organismes communautaires ainsi qu'activités de prévention à l'intérieur des services de santé et des services sociaux, notamment : l'accès aux condoms; la prévention du passage à l'injection; l'éducation sur la réduction des risques liés aux relations sexuelles et à l'injection de drogues.		•	•		
5.18 Accès au matériel d'injection stérile et récupération des seringues usagées.					•
5.19 Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE), promouvant les pratiques cliniques préventives en matière d'ITSS dans les CSSS et au sein des milieux de vie.					•
Les activités destinées à l'ensemble de la population					
5.20 Promotion du programme de gratuité des médicaments pour le traitement de certaines infections transmissibles sexuellement (ITS).					•
5.21 Maintien du système intégré de récupération des seringues et aiguilles usagées.					•
5.22 Dépistage du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et des autres ITSS auprès des femmes enceintes.	•				
5.23 Mise en place d'un réseau intégré régional de suivi et de traitement pour les personnes atteintes par le virus de l'hépatite C.					•
5.24 Dépistage des ITSS et interventions préventives (counselling, vaccination et traitement) auprès des personnes à risque, des personnes atteintes de leurs partenaires.					•

Activités	0-5 ans et leurs parents	6-17 ans et leurs parents	18-64 ans	65 ans et plus	Toute la population
Les activités portant sur les infections nosocomiales					
5.25 Suivi de l'incidence des infections nosocomiales dans les établissements de santé et de services sociaux faisant l'objet d'une surveillance provinciale.					•
5.26 Soutien des établissements de santé et de services sociaux lors de situations problématiques, de menaces à la santé ou d'éclotions, par : la diffusion des lignes directrices, guides de pratique et autres; l'expertise en épidémiologie; l'investigation des éclotions.					•
Domaine 6 Santé environnementale					
Les activités portant sur la qualité de l'air extérieur et intérieur					
6.1 Conduite d'enquêtes (épidémiologiques ou autres) et organisation d'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 services de garde, les bâtiments d'habitation ainsi que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.					•
6.2 Activités d'information et de sensibilisation auprès de la population sur : les mesures de protection lors des avertissements de smog; l'identification de l'herbe à poux et les mesures de contrôle à appliquer dans l'environnement immédiat; les moyens de réduire l'exposition aux aéroallergènes ou aux irritants dans l'environnement intérieur.					•
6.3 Activités d'information et de sensibilisation auprès des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des autres secteurs sur : les moyens de réduire l'exposition aux aéroallergènes ou aux irritants dans l'environnement intérieur (intervenants municipaux, intervenants du milieu scolaire, des services de garde, des CSSS et des ministères touchés); les mesures de contrôle de l'herbe à poux (intervenants municipaux et propriétaires de terrains); les moyens efficaces d'assainissement de la qualité de l'air extérieur (par exemple, plan de gestion, réglementation, programme).					•
6.4 Soutien des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des autres secteurs pour : l'organisation des services publics, sectoriels et intersectoriels sur la qualité de l'air intérieur et l'insalubrité; le développement et l'adoption d'une norme sur la ventilation des bâtiments d'habitation (organismes appartenant aux secteurs de l'habitation et du bâtiment); le contrôle de l'herbe à poux.					•
Les activités liées aux menaces d'origine environnementale					
6.5 Conduite d'enquêtes (épidémiologiques ou autres) et organisation d'activités appropriées lorsque sont signalés : des éclotions ou des intoxications potentiellement liées à l'eau potable ou aux eaux de baignade; des dépassements de normes ou des problématiques pouvant présenter des risques à la santé relativement à la qualité de l'eau potable ou des eaux de baignade; des signalements et des déclarations d'éclotion ou d'intoxication (maladie à déclaration obligatoire, intoxication à déclaration obligatoire), comme le prévoit la Loi sur la santé publique.					•

Activités	0-5 ans et leurs parents	6-17 ans et leurs parents	18-64 ans	65 ans et plus	Toute la population
6.6 Sensibilisation et concertation des partenaires afin que toutes les directions de santé publique aient accès en temps opportun aux signalements et déclarations concernant des éclosions, des intoxications ou des dépassements de normes relatives à la qualité de l'eau, lesquelles déclarations sont nécessaires à une intervention précoce pour protéger la santé de la population.					•
6.7 Promotion du processus de déclaration des cas d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine environnementale auprès des médecins et laboratoires.					•
6.8 Promotion, auprès de la population et des responsables de résidences de personnes âgées, de services de garde et d'écoles, de l'utilisation d'un avertisseur de monoxyde de carbone (CO).					•
6.9 Participation aux activités encadrées conjointement avec d'autres secteurs d'intervention, notamment : la gestion de l'eau potable et des eaux récréatives; la gestion des risques d'accidents industriels majeurs, notamment celle liée à la Loi sur la sécurité civile et à la préparation des schémas de sécurité civile; l'utilisation adéquate des pesticides; l'évaluation des risques pour la santé et l'organisation d'activités appropriées lors de situations d'urgence d'origine environnementale, incluant la collaboration aux missions du Plan national de sécurité civile et des plans régionaux de sécurité civile.					•
6.10 Mise à jour de plans d'urgence s'appliquant aux menaces liées aux agents chimiques, biologiques et physiques (par exemple, menaces radiologiques et nucléaires, événements climatiques extrêmes).					•
6.11 Activités d'information et de sensibilisation auprès de la population sur les mesures efficaces pour : contrer les problèmes de santé liés à des risques environnementaux émergents (cyanobactéries, bruit communautaire, pollution agricole, contamination alimentaire, nouvelles technologies, etc.); contrer les effets des événements climatiques extrêmes (par exemple, chaleur accablante).					•
Les activités liées aux cancers pouvant être attribuables à l'environnement					
6.12 Activités d'information et de sensibilisation : auprès de la population et des intervenants afin de réduire les risques liés à l'exposition au radon domiciliaire, en collaboration avec les partenaires (notamment, Société d'habitation du Québec, Société canadienne d'hypothèques et de logement, autres ministères visés); auprès de la population afin de protéger les enfants de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets, et ce, de concert avec les partenaires.					•
Les activités visant à améliorer la qualité de la vie et à promouvoir des environnements sains et sécuritaires					
6.13 Participation aux activités encadrées légalement par d'autres secteurs d'intervention concernant, notamment : l'évaluation et l'examen des projets ayant des conséquences sur l'environnement; l'application de la politique relative à la protection des sols et à la réhabilitation des terrains contaminés; la consultation publique concernant les projets d'élevage porcin conformément à la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme; la révision des schémas d'aménagement proposés par les MRC et les communautés urbaines.					•

Activités	0-5 ans et leurs parents	6-17 ans et leurs parents	18-64 ans	65 ans et plus	Toute la population
6.14 Soutien aux communautés (par exemple, conférences; régionales des élus, MRC, comités environnementaux, Réseau québécois de Villes et Villages en santé) dans des approches de développement durable, notamment en ce qui concerne l'aménagement urbain et le transport durable.					•
Domaine 7 Santé en milieu de travail					
Les activités en lien avec l'entente MSSS-CSST à déployer d'ici 2012					
7.1 Dépistage de l'amiantose en milieu de travail ciblé.			•		
7.2 Promotion, auprès des employeurs touchés, du contrôle à la source des contaminants au regard du monoxyde de carbone, de l'hydrogène sulfuré, des gaz irritants et des métaux lourds tels que le plomb, les solvants organiques, les substances cancérigènes en milieu de travail.			•		
7.3 Surveillance biologique des travailleurs exposés au plomb.			•		
7.4 Soutien et recommandations aux entreprises dans leur prise en charge pour le contrôle ou la réduction à la source des agresseurs.			•		
7.5 Vaccination au regard de l'hépatite A, de l'hépatite B et du tétanos pour les secteurs visés.			•		
7.6 Sensibilisation des milieux de travail sur les moyens de prévention des maladies infectieuses professionnelles.			•		
7.7 Identification, évaluation et documentation des postes de travail pour la travailleuse qui est enceinte ou qui allaite et recommandations aux médecins traitants.			•		
7.8 Activités de lutte contre le bruit en milieu de travail, selon le <i>Plan d'action de lutte contre le bruit</i> , la surdité professionnelle et leurs conséquences sur la santé et la sécurité. Ces activités serviront d'assise aux activités dans ce domaine, ces dernières étant notamment : interventions et recommandations auprès des employeurs visés, afin qu'ils réduisent le bruit à la source; activités de promotion de la santé auditive auprès des travailleurs et des employeurs.			•		
7.9 Identification des risques liés aux troubles musculo-squelettiques et activités de formation et d'information dans les milieux de travail dans le cadre des PSSE.			•		
7.10 Investigation des MADO d'origine chimique et physique reliées au travail, incluant les cas de maladies pulmonaires professionnelles (MPP).			•		
Domaine 8 Projet régional innovant : projet-pilote d'offre de tests de porteur pour quatre maladies héréditaires récessives au Saguenay-Lac-Saint-Jean					
8.1 Mise en œuvre du projet-pilote d'offre de tests de porteur pour quatre maladies héréditaires récessives au Saguenay-Lac-Saint-Jean en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.			•		

Liste des activités comportant des pratiques cliniques préventives

Domaine 1 Développement, adaptation et intégration sociale	
Les activités en périnatalité et pour la petite enfance	
1.3	Recommandation de la prise d'une dose d'acide folique par les femmes en âge de procréer.
1.4	Recherche de cas et counselling sur la consommation d'alcool et le tabagisme auprès des femmes enceintes.
1.6	Counselling en matière d'allaitement maternel.
1.8	Recommandation aux familles défavorisées de bénéficier de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, et orientation des enfants défavorisés vers les centres de la petite enfance pour des interventions éducatives précoces.
Les activités à l'intention des jeunes	
1.16	Counselling sur l'activité sexuelle et les méthodes de contraception auprès des adolescents actifs sexuellement.
Les activités à l'intention des adultes et des personnes âgées	
1.18	Recherche de cas de violence conjugale chez les adultes.
Domaine 2 Habitudes de vie et maladies chroniques	
Les activités visant à agir sur les facteurs individuels	
2.11	Counselling en faveur d'une saine alimentation.
2.13	Counselling concernant l'abandon du tabagisme.
2.15	Recommandation d'une pratique régulière d'activité physique.
2.17	Counselling concernant la consommation d'aliments cariogènes chez les personnes à risque élevé de carie dentaire.
2.19	Application d'agents de scellement dentaire en milieu scolaire auprès des enfants de 5 à 15 ans présentant un risque de carie dentaire.
2.20	Counselling sur l'utilisation optimale de fluorure dans la prévention de la carie dentaire.
Le dépistage de certaines maladies chroniques	
2.23	Dépistage des maladies chroniques suivantes chez les adultes et les personnes âgées, et prise en charge des personnes atteintes : dépistage du cancer du sein : recommandation, par les médecins, d'offrir aux femmes âgées de 50 à 69 ans de participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein; dépistage du cancer du col (par le test de Papanicolaou); dépistage de l'hypertension artérielle; dépistage de l'ostéoporose.
Domaine 3 Traumatismes non intentionnels	
Les activités de prévention des chutes et des blessures à domicile	
Les activités à l'intention des personnes âgées	
3.7	Évaluation multidisciplinaire des facteurs de risque de chute chez les personnes âgées à risque vivant à domicile.
Domaine 5 Maladies infectieuses	
Les activités portant sur les maladies évitables par l'immunisation	
5.14	Dépistage de la rubéole chez les femmes enceintes.
Les activités portant sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang	
Les activités destinées à l'ensemble de la population	
5.22	Dépistage du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et des autres ITSS auprès des femmes enceintes.
5.24	Dépistage des ITSS et interventions préventives (counselling, vaccination et traitement) auprès des personnes à risque, des personnes atteintes de leurs partenaires.

Liste des objectifs santé

Développement, adaptation et intégration sociale	
A1.1	Réduire le taux de grossesse à moins de 18 pour 1 000 chez les adolescentes de 14-17 ans et à moins de 65 pour 1 000 chez les jeunes femmes de 18-19 ans.
A1.2	Réduire la proportion d'enfants qui naissent : de façon prématurée (moins de 37 semaines entières de gestation) à moins de 7,8 %; avec un retard de croissance intra-utérine à moins de 8 %; avec une anomalie du tube neural à moins de 5,1 pour 10 000; avec le syndrome de l'alcoolisation fœtale.
A1.3	Augmenter le taux et la durée de l'allaitement maternel ainsi que de l'allaitement maternel exclusif.
A1.4	Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents âgés de 0 à 17 ans qui subissent des abus physiques et psychologiques, des agressions sexuelles et de la négligence.
A1.5	Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents qui présentent des troubles de conduite, incluant la violence envers les autres et la délinquance.
A1.6	Réduire la proportion d'adolescents et d'adultes qui présentent des problèmes de consommation de drogues et d'alcool ainsi que des problèmes de jeux de hasard et d'argent.
A1.7	Réduire le taux de suicide : à moins de 22 pour 100 000 chez les hommes; à moins de 6 pour 100 000 chez les femmes. Réduire les tentatives de suicide : à moins de 3 pour 1 000 chez les hommes; à moins de 5 pour 1 000 chez les femmes.
A1.8	Augmenter la proportion de la population se percevant en bonne santé mentale.
A1.9	Réduire le taux de femmes victimes de violence conjugale et d'agression sexuelle.
A1.10	Réduire la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont reçu une prescription de médicaments anxiolytiques, sédatifs ou hypnotiques.
A1.11	Augmenter la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus ayant un niveau élevé de soutien social.
Habitudes de vie et maladies chroniques	
B1.1	Augmenter la proportion des personnes qui rencontrent les recommandations du <i>Guide alimentaire canadien</i> concernant la consommation des quatre groupes d'aliments.
B1.2	Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes quotidiennement.
B1.3	Réduire l'apport quotidien moyen de sodium sous 3 350 mg pour atteindre l'apport maximal tolérable selon l'âge.
B1.4	Réduire à moins de 4,5 % la proportion de personnes de 12 ans et plus vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire.
B1.5	Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.
B1.6	Réduire la proportion de fumeurs chez les jeunes du secondaire à 13 % et la proportion de fumeurs de 15 ans et plus à 16 %.
B1.7	Augmenter la proportion de la population ayant de saines habitudes de vie favorables à la santé buccodentaire.
B2.1	Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires.
B2.2	Réduire le taux de mortalité : de 25 % par cancer du sein chez les femmes dépistées de 50 à 69 ans; de 10 % par cancer du col utérin chez les femmes âgées de 25 à 64 ans; par cancer du poumon.
B2.3	Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme.
B2.4	Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique.

B2.5	Limitier l'augmentation de la prévalence du diabète chez la population âgée de 20 ans et plus à 30 %.
B2.6	Réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % le taux de prévalence de l'embonpoint.
B2.7	Réduire la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans ou plus.
B2.8	Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.
B2.9	Réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivite et maladies parodontales destructives) chez les personnes âgées de 18 ans ou plus.
Traumatismes non intentionnels	
C1.1	Réduire de 30 % la morbidité et la mortalité chez les usagers du réseau routier.
C1.2	Réduire la morbidité et la mortalité chez les conducteurs de véhicules hors route.
C1.3	Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.
C1.4	Réduire de 15 % la morbidité et de 40 % la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs.
Maladies infectieuses	
D1.1	Réduire l'incidence des maladies entériques, particulièrement les <i>Escherichia coli</i> 0157 producteurs de vérotoxine et les infections à <i>Salmonella enteritidis</i> .
D1.2	Réduire le taux d'incidence annuel de la tuberculose active à 3,5 pour 100 000 personnes et, plus précisément : réduire à 8 pour 100 000 personnes dans la région de Montréal; réduire à 2 pour 100 000 personnes dans les autres régions du Québec.
D1.3	Réduire le nombre annuel de cas sporadiques de zoonoses.
D1.4	Réduire la progression de la résistante aux antimicrobiens en ce qui concerne : les infections à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline; les infections nosocomiales; les infections à pneumocoque; la tuberculose.
D1.5	Maintenir l'incidence moyenne annuelle des maladies infectieuses contractées à l'étranger.
D1.6	Maintenir le nombre moyen de cas d'infection invasive à <i>Haemophilus influenzae</i> de type B sous le seuil de 5 par année chez les enfants de moins de 5 ans.
D1.7	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.
D1.8	Réduire de 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans.
D1.9	Réduire à zéro l'incidence de l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale.
D1.10	Maintenir à 2 ou moins le nombre de cas indigènes d'hépatite B chez les enfants âgés de moins d'un an.
D1.11	Maintenir le taux annuel d'hospitalisation pour influenza et pneumonie des personnes âgées de 65 ans et plus sous le taux moyen de la période 1997-2002.
D1.12	Maintenir à zéro l'incidence annuelle de la diphtérie et de la poliomyélite en ce qui concerne les cas indigènes.
D1.13	Maintenir à moins d'un cas par cinq ans l'incidence du tétanos.
D1.14	Maintenir à moins d'un cas par dix ans l'incidence de la rage.
D1.15	Maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole et la rubéole sous le seuil d'élimination.
D1.16	Maintenir l'incidence annuelle des oreillons à moins de 5 % de l'incidence pré vaccinale.
D1.17	Réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002.
D1.18	Réduire à 2,5 pour 100 000 personnes l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A.
D1.19	Réduire à 1 pour 100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.
D1.20	Réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination.
D1.21	Réduire de 95 % le taux d'hospitalisation annuel pour varicelle.

D1.22	Maintenir à moins de 2 le nombre annuel d'enfants nés au Québec et infectés par le VIH dans le cadre d'une transmission mère-enfant.
D1.23	Réduire le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH à moins de 550 par année et, plus précisément : le nombre de nouveaux diagnostics chez les HARSAH à moins de 250 cas par année; le nombre de nouveaux diagnostics chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année.
D1.24	Réduire l'incidence d'infection par le VIH à moins de 1,1 par 100 personnes par année chez les HARSAH et à moins de 2,7 par 100 personnes par année chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année.
D1.25	Réduire les taux d'incidence d'infections gonococciques à moins de 12 pour 100 000 personnes et, plus précisément : à zéro les cas d'infections gonococciques chez les enfants de moins d'un an; à moins de 35 par 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 45 pour 100 000 chez les hommes âgés de 20 à 39 ans.
D1.26	Réduire les taux d'incidence d'infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> à moins de 120 par 100 000 personnes et, plus précisément : à moins de 1 000 pour 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 7 par 100 000 chez les enfants âgés de moins d'un an (infections oculaires, pulmonaires et génitales).
D1.27	Maintenir à zéro le nombre de cas de syphilis congénitale chez les enfants âgés de moins de 2 ans.
D1.28	Réduire à moins de 200 par année le nombre de cas de syphilis infectieuse, particulièrement chez les HARSAH.
D1.29	Réduire l'incidence du VHC à moins de 23 par 100 personnes par année chez les personnes faisant usage de drogues par injection.
D1.30	Maintenir à moins de 20 cas par année le nombre de lymphogranulomatose vénérienne chez les HARSAH.
D1.31	Réduire l'incidence des infections nosocomiales dans les établissements de santé et de services sociaux.
Santé environnementale	
E1.1	Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies cardiaques associées à des facteurs de risque environnementaux.
E1.2	Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies respiratoires associées à des facteurs de risque environnementaux.
E1.3	Réduire les taux d'incidence et de mortalité liés aux cancers de la peau, au cancer des voies respiratoires et à d'autres cancers associés à des facteurs de risque environnementaux.
E1.4	Réduire la mortalité et la morbidité associées aux maladies d'origine hydrique, aux intoxications d'origine biologique ou chimique.
E1.5	Prévenir les problèmes de santé reliés à des risques environnementaux émergents, dont les événements climatiques extrêmes.
Santé en milieu de travail	
F1.1	Diminuer l'incidence des maladies pulmonaires professionnelles.
F1.2	Diminuer l'incidence de l'asthme professionnel ainsi que la sévérité des manifestations de cette maladie.
F1.3	Diminuer l'incidence des intoxications professionnelles.
F1.4	Réduire la prévalence des atteintes du système nerveux par le plomb et les solvants organiques.
F1.5	Diminuer l'incidence de maladies infectieuses professionnelles (hépatites A et B, tétanos et autres).
F1.6	Diminuer l'incidence des cancers associés au milieu de travail.
F1.7	Diminuer l'incidence des issues défavorables 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 à naître.
F1.8	Diminuer l'incidence de la surdité professionnelle, les conséquences de cette maladie et les autres problèmes de santé associés à une exposition au bruit.
F1.9	Diminuer l'incidence des troubles musculo-squelettiques liés au milieu de travail.

Développement des communautés

G1.1 Réduire les inégalités.

G1.2 Renforcer la vitalité des milieux.

Guide de lecture des fiches

Ce guide reprend la structure des fiches d'activité et des résultats attendus pour préciser leur contenu et ainsi éclaircir la lecture de chaque section.

■ Partie 1 : Description de l'activité

N° de l'activité

La numérotation a été établie de manière arbitraire en fonction des domaines d'intervention et en suivant l'ordre de présentation des activités de la mise à jour du PNSP pour celles qui y appartiennent.

Responsable de la rédaction

Cette section désigne les professionnels qui étaient responsables de la rédaction des fiches.

Activité

Le libellé des activités est repris de la mise à jour du PNSP pour la plupart, mais provient parfois d'autres documents gouvernementaux de programmation du réseau de la santé et des services sociaux ou de préoccupations d'ordre régional.

Pratique clinique préventive

Les pratiques cliniques préventives (PCP) identifiées dans le document sont directement reprises de la mise à jour 2008 du PNSP. Il en existe cependant bien d'autres comme les PCP du *Guide canadien de médecine clinique préventive* ou encore celles du *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*. Ces documents connexes sont parfois cités dans les fiches parce qu'ils font référence en la matière.

État de situation

Les activités du PNSP sont génériques et formulées de manière à être applicables dans toutes les régions de la province. Elles ne tiennent pas compte de l'historique propre à chaque territoire qui est pourtant essentiel au choix des résultats attendus.

Il est donc pertinent de rappeler le contexte de chaque activité pour commencer les fiches et ainsi faire le lien avec les orientations régionales décrites dans les résultats attendus.

L'état de situation comprend généralement quatre informations :

1. Des données épidémiologiques générales pour rapprocher l'activité des conséquences que l'absence d'intervention pourrait engendrer
2. Les pratiques reconnues efficaces ou prometteuses qui orientent le choix des interventions retenues pour les prochaines années et des informations complémentaires reliées à ces activités
3. Le niveau d'implantation (chiffres régionaux récents dans la mesure du possible) de l'offre de service actuelle au Saguenay–Lac-Saint-Jean
4. Les perspectives pour les trois années à venir afin d'atteindre les objectifs en 2012 et les principes qui vont guider les actions de santé publique

Offre de service du palier régional

Dans cette section sont décrits les rôles de l'Agence, notamment en matière d'accompagnement, d'expertise et de soutien auprès des CSSS, pour la mise en œuvre des actions décrites dans les résultats attendus.

Niveau actuel d'implantation

Il indique le niveau d'implantation de l'activité en lien avec l'état de situation décrit pour l'ensemble de la région. Il y a trois niveaux d'implantation pour évaluer les différentes situations :

- À maintenir : activité existante à poursuivre
- À consolider : activité existante à compléter, à modifier ou à restructurer
- À mettre en place : activité nouvelle à implanter

Clientèle visée

Cette section permet de déterminer à quel groupe de population s'adresse ultimement l'activité. Les cases ne sont pas mutuellement exclusives et une activité peut concerner plusieurs clientèles (exemple : les jeunes enfants et les adolescents).

Les cinq types de clientèles sont :

- les 0-5 ans et leurs parents;
- les 6-17 ans et leurs parents;
- les 18-64 ans;
- les 65 ans et plus;
- toute la population.

Si l'activité s'adresse à des professionnels (ex. : activité de formation), la clientèle retenue est celle qui bénéficiera des interventions (ex. : 0-5 ans et leurs parents s'il s'agit d'une formation sur les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance).

Programmes-services concernés

Il existe neuf programmes-services dans l'architecture du réseau de la santé et des services sociaux.

Le programme Santé publique et le programme Services généraux – activités cliniques et d'aide répondent à des besoins qui touchent l'ensemble de la population. On peut donc les définir comme transversaux, car ils ne sont pas exclusifs par rapport aux autres programmes.

Il faut noter que dans les fiches activité, le programme-services Santé publique ne fait pas partie des cases à cocher utilisées pour déterminer les programmes-services concernés par les différentes activités. Dans la mesure où ce document est un outil de planification et d'organisation de santé publique pour la région, il va de soi que ce programme-services est concerné par défaut. Les autres programmes-services sont liés, quant à eux, à des problématiques particulières.

Ainsi, les neuf programmes-services sont les suivants :

Programmes transversaux

- Santé publique
- Services généraux – activités cliniques et d'aide

Programmes spécifiques

- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

Ce sont les objectifs propres à chaque domaine et repris du PNSP. Ils sont quantifiés pour la plupart et décrivent la situation souhaitée pour la province à l'horizon 2012. Lorsqu'ils ne sont pas quantifiés, il s'agit de la direction vers laquelle on veut orienter l'état de santé de la population en ciblant des groupes particuliers ou à risque.

Considérations particulières

Cette section permet de nuancer les champs précédents ou d'ajouter des compléments d'information. À titre d'exemple : les défis particuliers ou sensibles, les attentes et les réalités du terrain, ou encore les préalables à l'implantation.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

En lien avec les pratiques basées sur des données probantes et pour correspondre aux pratiques de saine gestion de l'Agence, sont indiqués dans ce champ les principales références qui dictent/orientent/définissent l'activité. Il peut s'agir de cadres de référence, de documents d'orientation ou encore de tout document qui peut soutenir les professionnels pour la réalisation des activités. Il faut bien distinguer ces références, à vocation opérationnelle, des références scientifiques ou d'une bibliographie plus générale. Ces références doivent permettre à un gestionnaire de connaître ce qui guide les plans d'action et fixe les cibles à atteindre ou les moyens préconisés pour le faire.

Partie 2 : liste des résultats attendus

No du résultat

La numérotation des résultats attendus a été établie de manière aléatoire et n'implique pas d'ordre de priorité.

Résultat attendu

Les résultats attendus représentent l'opérationnalisation régionale et/ou locale attendue face à l'activité énoncée dans le PNSP et traduite de manière adaptée à la région dans le Plan d'action régional de santé publique. Ils sont exprimés de manière chiffrée si possible avec une date cible pour leur réalisation. Celle-ci est généralement 2012, ce qui n'exclut pas que la date puisse être plus proche conformément aux différents programmes ministériels ou à la situation particulière de certains dossiers en cours dans la région.

Indicateur retenu

Il s'agit d'indicateurs opérationnels permettant de mesurer concrètement l'atteinte des objectifs : les actions mises en œuvre au niveau régional ont-elles permis d'atteindre les cibles que l'on s'était fixées (résultat attendu)?

Méthode de calcul proposée

Cet espace est réservé à la définition de la méthode de calcul utilisée pour obtenir le ou les indicateurs énoncés précédemment, de sorte que l'évaluation se fera à partir d'éléments connus. Les données à recueillir pour les calculs pourront donc être identifiées auparavant et les contacts établis avec les professionnels qui devront les fournir. Dans le cas où les listes ou données n'existent pas encore, les professionnels des services pourront également être avertis au cours de l'application du plan des informations qui leur seront demandées en fin de période.

Ces indicateurs sont « **MALIN** » :

- **M**esurables, puisque l'on calcule une proportion ou qu'on peut réellement statuer sur l'atteinte d'une cible
- **A**tteignables en tenant compte de conditions présentes au moment de la rédaction
- **L**imités dans le temps puisqu'une date cible est indiquée
- **I**ntéressants parce qu'ils apportent réellement des informations sur l'objectif évalué
- **N**égociables : compte tenu de circonstances particulières, on pourra justifier un taux de 75 % au lieu de 100 % seulement si un événement particulier perturbe l'application du plan

Période de couverture des données

La majorité des données utilisées sont mesurées en fonction des années financières. Pour certains domaines, notamment les maladies infectieuses, elles sont enregistrées selon les années civiles. Finalement, certaines activités ne se prêtent pas à ce type de mesure et la période de référence est alors précisée dans la case correspondante.

Niveau de mise en œuvre

Cette section précise si le résultat attendu dépend du palier régional et/ou local. Il est possible que les deux niveaux soient concernés.

Rôle des partenaires

Les partenaires dont la collaboration est sollicitée pour atteindre les résultats exprimés plus haut sont listés ici. Pour chacun, les rôles et les contributions attendues au regard de la mise en œuvre de l'activité et l'atteinte du résultat sont indiqués.

Sources d'information (pour l'indicateur)

On fait ici référence à la source des informations pour le calcul des indicateurs. Les indications concernent la provenance des données (banque de données, personnes-ressources dans les CSSS) utilisées pour la production de l'indicateur et en complément le type de document qui sera utile à l'évaluation (liste ou rapport, etc.) de manière à pouvoir compiler les données au fur et à mesure de l'implantation des activités et ainsi faciliter l'évaluation des résultats.

Domaine 1

Développement, adaptation et intégration sociale

Les activités en périnatalité
et pour la petite enfance



Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

1.1

Responsable de la rédaction

MARTINE FORTIN

Activité

Diffusion d'information prénatale et postnatale (par exemple, le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*) auprès de tous les futurs et nouveaux parents.

Pratique clinique préventive

État de situation

Le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans* est remis depuis de nombreuses années aux nouvelles mamans dans le lieu de naissance du bébé. En 2008, une mise à jour a été produite pour dorénavant inclure une partie prénatale. Les futurs parents trouvent ainsi des réponses à l'ensemble de leurs questions sur la grossesse et l'accouchement dans ce document. Il doit être maintenant distribué aux femmes enceintes au premier trimestre de grossesse. Il propose aux futurs parents des conseils et des informations pour les assister au cours de leurs nouvelles expériences (grossesse, accouchement, affirmation de chacun dans son rôle de père/mère) et favoriser la préparation de l'arrivée du bébé (conseils nutritionnels, informations sur la santé des bébés, les premiers soins, etc.).

Pour rejoindre la clientèle, un système de distribution a été organisé entre l'Agence et les CSSS afin de s'assurer que chaque future maman reçoive un exemplaire au moment opportun. L'organisation de la distribution dans les CSSS fera l'objet d'un suivi visant à la rendre efficace et efficiente.

Offre de service du palier régional

Coordination de la distribution du guide au premier trimestre de grossesse. Optimisation du système de distribution pour s'assurer que chaque femme enceinte reçoive un exemplaire unique au bon moment et au bon endroit. Transmission de l'information à l'INSPQ de manière régulière afin de préciser le nombre d'exemplaires à distribuer dans chaque territoire de RLS. Transmission de l'information à l'INSPQ pour toute modification apportée au système de distribution. Envoi aux CSSS des informations pertinentes communiquées par l'INSPQ.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux - activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

A1.2 Réduire la proportion d'enfants qui naissent : de façon prématurée (moins de 37 semaines entières de gestation) à moins de 7,8 %; avec un retard de croissance intra-utérine à moins de 8 %; avec une anomalie du tube neural à moins de 5,1 pour 10 000; avec le syndrome de l'alcoolisation fœtale.

A1.3 Augmenter le taux et la durée de l'allaitement maternel ainsi que de l'allaitement maternel exclusif.

Considérations particulières

Pour la sous-région du Saguenay, le guide est remis à la clinique de périnatalité du CSSS de Chicoutimi.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* [document de référence], 2009, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/MieuxVivre/PDF.asp

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

1.1.1

Résultat attendu

D'ici 2012, les quatre CSSS ciblés remettront le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* aux femmes enceintes au premier trimestre de leur grossesse.

Indicateur retenu

Proportion des CSSS ciblés qui ont distribué le guide aux femmes enceintes au premier trimestre de leur grossesse. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de CSSS qui ont distribué le guide aux femmes enceintes au premier trimestre de leur grossesse/nombre de CSSS ciblés (4) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : distribution du guide à toutes les femmes enceintes au premier trimestre de leur grossesse.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants en périnatalité des CSSS

Répondant de la distribution du guide du Service promotion-prévention : liste des CSSS qui distribuent le guide

N° du résultat

1.1.2

Résultat attendu

D'ici 2012, les quatre CSSS fourniront annuellement l'information demandée en vue d'améliorer le système de distribution.

Indicateur retenu

Proportion annuelle des CSSS qui ont fourni l'information nécessaire à l'amélioration du système. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de CSSS qui ont fourni l'information/nombre de CSSS ciblés (4) x 100 en %, pour chaque année

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration à l'amélioration du système de distribution du guide par un échange continu d'informations avec le répondant régional et la mise en place des améliorations convenues lorsqu'il y a lieu.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant de la distribution du guide du Service promotion-prévention : liste des CSSS qui fournissent annuellement l'information demandée

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

1.2

Responsable de la rédaction

MARTINE FORTIN

Activité

Soutien à l'implantation du tronc commun provincial d'information prénatale à l'intention des intervenants chargés de transmettre cette information aux futurs parents.

Pratique clinique préventive

État de situation

Plusieurs questionnements accompagnent l'expérience de la grossesse et de l'accouchement. Les femmes enceintes et les futurs pères se posent également de nombreuses questions sur les soins à donner aux nouveau-nés. Toutes ces interrogations les amènent à demander de l'information aux différents professionnels de santé qu'ils sont amenés à rencontrer. L'information est donnée dans le cadre des services généraux offerts par les CSSS et est transmise individuellement ou en groupe, selon la vulnérabilité des personnes visées. Le champ de la périnatalité est cependant vaste et les sources d'information multiples, ce qui laisse une large place à l'interprétation des discours et des affirmations.

Les services offerts dans la région varient d'un territoire à l'autre, cette situation étant également observée dans les autres régions du Québec. Pour remédier à ce problème, le MSSS a inclus dans sa *Politique de périnatalité 2008-2018* des mesures visant l'organisation des services afin d'harmoniser les pratiques et les outils dans les rencontres prénatales. L'enjeu de cette activité est majeur puisqu'il y a eu 2 810 naissances dans la région en 2008.

Offre de service du palier régional

Soutien des CSSS dans l'implantation des mesures préconisées par le MSSS :

- élaboration d'un programme de formation pour les intervenants en périnatalité;
- diffusion des outils recommandés par le MSSS;
- suivi des mises à jour et des nouvelles directives provinciales et transmission de ces informations aux CSSS.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux - activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

A1.2 Réduire la proportion d'enfants qui naissent : de façon prématurée (moins de 37 semaines entières de gestation) à moins de 7,8 %; avec un retard de croissance intra-utérine à moins de 8 %; avec une anomalie du tube neural à moins de 5,1 pour 10 000; avec le syndrome de l'alcoolisation fœtale.

A1.3 Augmenter le taux et la durée de l'allaitement maternel et de l'allaitement maternel exclusif.

A1.6 Réduire la proportion d'adolescents et d'adultes qui présentent des problèmes de consommation de drogues et d'alcool ainsi que des problèmes de jeux de hasard et d'argent.

A1.8 Augmenter la proportion de la population se percevant en bonne santé mentale.

A1.9 Réduire le taux de femmes victimes de violence conjugale et d'agression sexuelle.

B1.1 Augmenter la proportion des personnes qui rencontrent les recommandations du *Guide alimentaire canadien* concernant la consommation des quatre groupes d'aliments.

B1.2 Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes quotidiennement.

B1.3 Réduire l'apport quotidien moyen de sodium sous 3 350 milligrammes pour atteindre l'apport maximal tolérable selon l'âge.

B1.6 Réduire la proportion de fumeurs chez les jeunes du secondaire à 13 % et la proportion de fumeurs de 15 ans et plus à 16 %.

Considérations particulières

Les résultats des travaux ministériels, qui sont à venir, permettront l'uniformisation à l'échelle du Québec de l'information prénatale destinée aux futurs parents.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-918-01.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

1.2.1

Résultat attendu

D'ici 2012, tous les CSSS utiliseront le tronc commun provincial d'information prénatale.

Indicateur retenu

Proportion des CSSS utilisant le tronc commun. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de CSSS utilisant le tronc commun/nombre de CSSS (6) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : actualisation de l'offre de service aux futurs parents afin de tenir compte du tronc commun provincial.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants en périnatalité des CSSS

Répondant de la politique de périnatalité du Service promotion-prévention : liste des CSSS utilisant le tronc commun provincial

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

1.3

Responsable de la rédaction

ALINE GAUTHIER

Activité

Recommandation de la prise d'une dose d'acide folique par les femmes en âge de procréer.

Pratique clinique préventive

État de situation

Au Québec, quatre naissances sur 1 000 présentent une malformation du tube neural, par exemple le *spina-bifida*. Pour prévenir efficacement les malformations, il est recommandé de prendre un supplément d'acide folique au moins deux à trois 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 qui désirent procréer prennent un supplément quotidien d'acide folique (0,4 milligramme). Actuellement, il n'y a pas d'activités structurées régionalement pour la promotion de la prise d'acide folique pour toutes les femmes qui désirent procréer. Or, de façon générale, lors du suivi médical et du suivi réalisé dans le cadre des différents programmes de périnatalité en CSSS, 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. Il semble que la promotion de la prise d'acide folique dans les programmes concernés ainsi que sa prescription par les médecins soient des pratiques établies dans la région.

Selon l'*Enquête sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006*, les mères de 45 % des nouveaux nés de la région prennent de l'acide folique pendant les trois mois précédant la grossesse. Cette proportion augmente à 82 % au cours des trois premiers mois de la grossesse. Aucune différence significative n'est observée entre les mères des nouveaux nés de la région et celles du Québec en ce qui concerne la prise d'acide folique.

Offre de service du palier régional

Promotion auprès des médecins de la prise d'acide folique par les femmes qui désirent procréer.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux - activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

A1.2 Réduire la proportion d'enfants qui naissent : de façon prématurée (moins de 37 semaines entières de gestation) à moins de 7,8 %; avec un retard de croissance intra-utérine à moins de 8 %; avec une anomalie du tube neural à moins de 5,1 pour 10 000; avec le syndrome de l'alcoolisation foetale.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

GRUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, 1994, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/index-fra.php

Toutes les informations sur la l'acide folique et la prévention des anomalies du tube neural sur le site de l'Agence de la santé publique du Canada : www.phac-aspc.gc.ca/fa-af/fa-af08-fra.php

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

1.3.1

Résultat attendu

D'ici 2012, au moins une activité régionale de promotion de la prise d'acide folique par les femmes en âge de procréer sera réalisée.

Indicateur retenu

Nombre d'activités régionales de promotion. (Cible \geq 1)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS, groupe de médecine de famille (GMF) et cliniques médicales : participation des professionnels concernés à l'activité régionale de promotion de la prise d'acide folique.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier nutrition du Service promotion-prévention : liste des activités de promotion

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

1.4

Responsable de la rédaction

ANDRÉ MARCHAND

Activité

Recherche de cas et counselling sur la consommation d'alcool et le tabagisme auprès des femmes enceintes.

Pratique clinique préventive

État de situation

L'*État de situation sur le syndrome d'alcoolisation fœtale au Québec*, document édité par l'INSPQ, a confirmé le besoin de fournir aux professionnels en périnatalité et pour la petite enfance de la formation et des guides de pratique sur le syndrome d'alcoolisation fœtale et la consommation d'alcool. La *Politique de périnatalité 2008-2018* souligne l'importance de l'information sur la consommation d'alcool durant la grossesse. Le *Guide canadien de médecine clinique préventive* reconnaît en outre le counselling sur le syndrome d'alcoolisation fœtale comme une intervention pour laquelle on dispose de preuves acceptables en faveur de leur inclusion dans l'examen médical périodique (recommandation B). Le Collège des médecins du Québec, l'INSPQ et Educ'alcool s'entendent pour donner à la population un message commun, c'est-à-dire que le fait d'éviter de consommer de l'alcool durant la grossesse demeure le choix le plus sûr. L'activité de recherche de cas et de counselling sur la consommation d'alcool auprès des femmes enceintes est une pratique clinique préventive à soutenir. Des outils d'information pour la population et des trousse de formation pour les intervenants sont d'ailleurs en impression présentement au Service de toxicomanie et des dépendances de la Direction générale des services sociaux du MSSS.

Il est reconnu que le tabagisme chez les femmes enceintes augmente les risques de morbidité et de mortalité périnatales et peut avoir des effets sur le développement du fœtus et le système reproducteur. En 2005, l'INSPQ a estimé que 27,6 % des Québécoises ayant été enceintes au cours des cinq dernières années avaient fumé pendant leur grossesse. Dans le *Guide canadien de médecine clinique préventive*, on mentionne qu'il y a suffisamment de preuves pour inclure un counselling en cessation tabagique dans l'examen médical périodique des fumeuses enceintes. Comme les infirmiers et les médecins travaillant en obstétrique dans un centre hospitalier ont fait l'objet de peu de formation sur l'intervention minimale (moins de 3 minutes) en cessation tabagique, une formation devra leur être offerte. Les infirmiers des centres d'abandon du tabagisme (CAT) peuvent offrir un counselling aux femmes enceintes qui désirent cesser de fumer, mais il y a peu de références des médecins faisant le suivi de grossesse. Les infirmiers en périnatalité des CSSS qui interviennent auprès des femmes enceintes à domicile bénéficient davantage d'une formation sur l'intervention brève (3 à 10 minutes) en cessation tabagique.

Offre de service du palier régional

Diffusion de la stratégie nationale auprès des intervenants des CSSS afin de promouvoir le counselling sur la consommation d'alcool durant la grossesse. Planification et coordination d'une formation offerte aux infirmiers des centres d'abandon du tabagisme afin qu'ils puissent former en intervention minimale des infirmiers et des médecins travaillant en obstétrique dans un centre hospitalier. Planification et coordination d'une formation pour l'intervention brève en cessation tabagique offerte aux infirmiers en périnatalité des CSSS qui interviennent à domicile.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux - activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

A1.2 Réduire la proportion d'enfants qui naissent : de façon prématurée (moins de 37 semaines entières de gestation) à moins de 7,8 %; avec un retard de croissance intra-utérine à moins de 8 %; avec une anomalie du tube neural à moins de 5,1 pour 10 000; avec le syndrome de l'alcoolisation foetale.

A1.5 Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents qui présentent des troubles de conduite, incluant la violence envers les autres et la délinquance.

A1.6 Réduire la proportion d'adolescents et d'adultes qui présentent des problèmes de consommation de drogues et d'alcool ainsi que des problèmes de jeux de hasard et d'argent.

B1.6 Réduire la proportion de fumeurs chez les jeunes du secondaire à 13 % et la proportion de fumeurs de 15 ans et plus à 16 %.

Considérations particulières

L'augmentation des références aux CAT de la part des médecins faisant le suivi de grossesse demeure un défi à relever. Des travaux ministériels pour le counselling sur la consommation d'alcool permettront l'actualisation de cette activité.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, 1994, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinique-clinique/index-fra.php

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *État de situation sur le syndrome d'alcoolisation foetale au Québec*, 2004, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.gc.ca/pdf/publications/291-SyndromeAlcoolisationFoetale.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-918-01.pdf>

Toutes les informations sur le tabagisme sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?accueil

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

1.4.1

Résultat attendu

D'ici 2012, au moins 80 % des intervenants en périnatalité et pour la petite enfance des CSSS et des organismes communautaires oeuvrant en périnatalité recevront la formation sur la consommation d'alcool durant la grossesse et son matériel promotionnel conformément aux travaux ministériels.

Indicateurs retenus

1. Proportion des intervenants en périnatalité et pour la petite enfance des CSSS ayant reçu la formation. (Cible ≥ 80 %)

2. Proportion des intervenants en périnatalité et pour la petite enfance des organismes communautaires ayant reçu la formation. (Cible ≥ 80 %)

Méthodes de calcul proposées

1. Nombre des intervenants en périnatalité et pour la petite enfance des CSSS oeuvrant en périnatalité ayant assisté à la formation/nombre total des intervenants en périnatalité et pour la petite enfance des CSSS x 100 en %

2. Nombre des intervenants en périnatalité et pour la petite enfance des organismes communautaires ayant assisté à la formation/nombre total des intervenants en périnatalité et pour la petite enfance des organismes communautaires x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : participation des intervenants en périnatalité et pour la petite enfance aux formations et utilisation du matériel promotionnel.

Organismes communautaires : participation des intervenants en périnatalité et pour la petite enfance aux formations et utilisation du matériel promotionnel.

Sources d'information (pour les indicateurs)

Répondants en périnatalité des CSSS et coordonnateurs des organismes communautaires : liste des intervenants en périnatalité

Répondant du dossier dépendance du Service promotion-prévention : liste des participants aux formations

N° du résultat

1.4.2

Résultat attendu

D'ici 2012, la documentation à propos du counselling sur la consommation d'alcool durant la grossesse, en conformité des travaux ministériels, sera acheminée à tous les médecins ciblés.

Indicateur retenu

Proportion de médecins ciblés à qui la documentation a été acheminée. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de médecins ciblés à qui la documentation a été acheminée/nombre total de médecins x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

GMF et cliniques médicales : prise de connaissance de la documentation et utilisation des outils promotionnels.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier dépendance du Service promotion-prévention : liste de distribution

N° du résultat

1.4.3

Résultat attendu

D'ici 2012, une formation sur l'intervention brève en cessation tabagique sera dispensée à 20 infirmiers de CSSS qui interviennent à domicile auprès de femmes enceintes.

Indicateur retenu

Nombre d'infirmiers qui ont participé à la formation. (Cible : 20)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : offre de formation sur l'intervention brève en cessation tabagique aux infirmiers de CSSS qui interviennent à domicile auprès des femmes enceintes. Participation à la formation des infirmiers de CSSS qui interviennent à domicile auprès de femmes enceintes.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier lutte contre le tabagisme du Service promotion-prévention : liste des professionnels formés pour chacun des CSSS

N° du résultat1.4.4

Résultat attendu

D'ici 2012, une formation sur l'intervention minimale en cessation tabagique sera dispensée à 60 infirmiers et médecins travaillant en obstétrique dans un CSSS.

Indicateur retenu

Nombre d'infirmiers et médecins travaillant en obstétrique ayant participé à la formation. (Cible : 60)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : participation des infirmiers des CAT de chaque CSSS à la formation de formateurs sur l'intervention minimale en cessation tabagique. Formation sur l'intervention minimale en cessation tabagique aux infirmiers et médecins travaillant en obstétrique au CSSS. Participation à la formation des infirmiers et médecins travaillant en obstétrique au CSSS.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants des centres d'abandon du tabagisme des CSSS : liste des professionnels formés pour chacun des CSSS

Répondant du dossier lutte contre le tabagisme du Service promotion-prévention : liste des formateurs formés

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

1.5

Responsable de la rédaction

CAROLINE BENOIT

Activité

Implantation de l'Initiative des amis des bébés dans les établissements de santé offrant des services pré-, per- et postnataux.

Pratique clinique préventive

État de situation

L'allaitement est aujourd'hui reconnu à l'échelle internationale comme étant le mode d'alimentation optimal pour l'enfant. Les bienfaits de l'allaitement sont nombreux tant pour la mère que pour l'enfant. On n'a qu'à penser, entre autres, au développement cognitif, à la réduction d'hospitalisation pour diarrhée et infections des voies respiratoires inférieures chez l'enfant et à la diminution chez la mère du risque de cancer du sein et des ovaires avec l'allaitement. Le défi actuel est de mettre en pratique les connaissances scientifiques. L'Initiative des amis des bébés (IAB) constitue la stratégie retenue par le MSSS pour la création d'un environnement favorable à l'allaitement dans les établissements de santé du Québec qui offrent des services de maternité. Cette démarche n'exerce pas de pression sur les mères pour qu'elles allaitent, mais s'appuie sur l'importance du choix éclairé.

Un établissement de santé peut être désigné « Ami des bébés » en répondant aux *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* (Organisation mondiale de la santé 1989) pour les CSSS (CH) et au *Plan en sept étapes pour la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement dans les services de santé communautaire* (Comité canadien pour l'allaitement, 2002) pour les CSSS (CLSC). Les établissements reconnus « Amis des bébés » doivent aussi respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, avoir un taux d'allaitement exclusif de 75 % à la sortie du lieu de naissance pour les CSSS (CH) (données disponibles pour le Saguenay–Lac-Saint-Jean en 2005 : 45 %) et un taux d'allaitement de 75 % au premier contact postnatal pour les CSSS (CLSC). Ils doivent finalement passer avec succès le processus d'évaluation et d'agrément. Au Québec, un rapport a été produit au niveau provincial pour évaluer l'état d'implantation d'IAB. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, la démarche est amorcée et les CSSS ont entrepris le processus d'implantation de l'IAB ce qui mènera éventuellement à la reconnaissance officielle des établissements.

Offre de service du palier régional

Coordination pour la mise en œuvre des lignes directrices en matière d'allaitement. Soutien aux diverses structures de concertation portant sur la promotion de l'allaitement. Coordination pour la standardisation des outils, la formation et l'évaluation. Soutien à la mise en œuvre de l'Initiative des amis des bébés dans les CSSS. Soutien au système de suivi des taux d'allaitement exclusif et mixte.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux - activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

A1.3 Augmenter le taux et la durée de l'allaitement maternel et de l'allaitement maternel exclusif.

Considérations particulières

Une formation de base est offerte depuis l'automne 2009 au personnel des CSSS afin de les outiller pour offrir aux mères et à leurs familles un soutien adéquat en allaitement, conforme à l'IAB.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF). *L'allaitement maternel : pour grandir en bonne santé* [document d'information], 1999, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.unicef.org/french/publications/files/pub_breastfeeding_fr.pdf

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2006/recueil_allaitement06.pdf

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* [document de référence], 2009, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/MieuxVivre/PDF.asp

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'allaitement maternel au Québec [lignes directrices]*, 2001, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-815-01.pdf>

Toutes les informations sur les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* sur le site de l'Unicef : www.unicef.org/french/nutrition/breastfeeding.html

Toutes les informations sur l'allaitement maternel sur le site du Comité canadien pour l'allaitement : <http://breastfeedingcanada.ca/>

Toutes les informations sur l'allaitement maternel sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/allaitement.php

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

1.5.1

Résultat attendu

D'ici 2012, au moins deux CSSS seront désignés « Ami des bébés ».

Indicateur retenu

Proportion de CSSS ayant été désignés « Ami des bébés ». (Cible ≥ 33 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de CSSS ayant été désignés « Ami des bébés »/nombre de CSSS (6) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration à la stratégie de mise en œuvre des lignes directrices en matière d'allaitement au Québec. Mise en œuvre des conditions et des étapes nécessaires pour implanter l'IAB. Collaboration et participation au système de suivi des taux d'allaitement exclusif et mixte dans la région.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants en périnatalité des CSSS

Répondant du dossier allaitement du Service promotion-prévention : liste des CSSS désignés « Ami des bébés »

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

1.6

Responsable de la rédaction

CAROLINE BENOIT

Activité

Counselling en matière d'allaitement maternel.

Pratique clinique préventive

État de situation

L'allaitement est aujourd'hui reconnu à l'échelle internationale comme étant le mode d'alimentation optimal pour l'enfant. Les bienfaits de l'allaitement sont nombreux tant pour la mère que pour l'enfant. On n'a qu'à penser, entre autres, au développement cognitif, à la réduction d'hospitalisation pour diarrhée et infections des voies respiratoires inférieures chez l'enfant et à la diminution chez la mère du risque de cancer du sein et des ovaires avec l'allaitement. En 2001, la publication par le MSSS du document *L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices* venait préciser les responsabilités de chaque partenaire 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 counselling en allaitement : les infirmiers des CSSS, les intervenants des groupes de support à l'allaitement, les médecins, les nutritionnistes et les pharmaciens communautaires. 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 paliers (national, régional et local); l'uniformisation du message et son fondement scientifique sont les éléments importants pour supporter adéquatement les mères qui ont choisi d'allaiter. Dans la région, la formation en allaitement maternel des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux a débuté à l'automne 2009 et cette formation comporte une section portant sur « la communication aidante en allaitement » ce qui facilitera le développement d'une approche adaptée pour la clientèle.

Offre de service du palier régional

Planification de la formation de base et de la formation continue des infirmiers en périnatalité désignés afin qu'ils puissent offrir la formation en allaitement maternel aux professionnels de leur CSSS. Production et diffusion de matériel et d'outils d'information pour le counselling en allaitement maternel.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux - activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

A1.3 Augmenter le taux et la durée de l'allaitement maternel ainsi que de l'allaitement maternel exclusif.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

GRUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, 1994, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinique-clinique/index-fra.php

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'allaitement maternel au Québec [lignes directrices]*, 2001, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-815-01.pdf>

Toutes les informations sur l'allaitement maternel sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/allaitement.php

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

1.6.1

Résultat attendu

D'ici 2012, au moins 100 professionnels de la santé et autres intervenants oeuvrant en périnatalité dans les CSSS suivront la formation nationale de base en allaitement maternel.

Indicateur retenu

Nombre de professionnels de la santé et autres intervenants ayant suivi la formation. (Cible \geq 100)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : participation des infirmiers désignés comme formateurs à la formation nationale en allaitement maternel. Collaboration à l'organisation de la formation aux professionnels de la santé et autres intervenants du CSSS. Participation des professionnels de la santé et autres intervenants à la formation donnée par le formateur local.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants en périnatalité des CSSS : liste des professionnels formés

Répondant du dossier allaitement du Service promotion-prévention

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

1.7

Responsable de la rédaction

MARTINE FORTIN

Activité

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, incluant les composantes suivantes : accompagnement des familles et soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être.

Pratique clinique préventive

État de situation

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) ont pour objectif à long terme de diminuer la transmission intergénérationnelle des problèmes de santé et des difficultés sociales (dont l'abus et la négligence envers les enfants). Ils visent à maximiser le potentiel de santé et de bien-être des mères, des pères, des bébés à naître et des enfants de 0 à 5 ans étant dans une situation de vulnérabilité ainsi qu'à inclure la naissance et le développement des enfants dans un projet de vie porteur de réussite pour les parents, tout en renforçant le pouvoir d'agir des familles et des communautés dans toutes les sphères de la vie : personnelle, familiale, sociale, culturelle, économique et politique.

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, en 2007-2008, 93,3 % des mères admissibles ont été rejointes dans le cadre des SIPPE pour la composante accompagnement des familles. Ces services sont destinés aux femmes enceintes et aux mères vivant dans un contexte de vulnérabilité. Les familles admissibles aux SIPPE peuvent bénéficier des services offerts quel que soit la localité ou le territoire de RLS. Le MSSS, dans son plan stratégique 2005-2010, a fixé comme cible provinciale de rejoindre 90 % des femmes enceintes ou des mères de moins de vingt ans et 75 % des femmes enceintes ou des mères de plus de vingt ans, sous-scolarisées et sous le seuil de faible revenu.

En ce qui concerne la deuxième composante, soit la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être, on devra au cours des prochaines années voir à améliorer les structures de concertation des tables d'action intersectorielles en intégrant une représentation plus élargie des partenaires.

Offre de service du palier régional

Soutien à l'optimisation des SIPPE tant dans la structure de l'accompagnement des familles que dans la création d'environnements favorables pour l'amélioration du fonctionnement des tables locales d'action intersectorielle.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux - activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

A1.1 Réduire le taux de grossesse à moins de 18 pour 1 000 chez les adolescentes de 14-17 ans et à moins de 65 pour 1 000 chez les jeunes femmes de 18-19 ans.

A1.2 Réduire la proportion d'enfants qui naissent : de façon prématurée (moins de 37 semaines entières de gestation) à moins de 7,8 %; avec un retard de croissance intra-utérine à moins de 8 %; avec une anomalie du tube neural à moins de 5,1 pour 10 000; avec le syndrome de l'alcoolisation fœtale.

A1.3 Augmenter le taux et la durée de l'allaitement maternel ainsi que de l'allaitement maternel exclusif.

A1.4 Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents âgés de 0 à 17 ans qui subissent des abus physiques et psychologiques, des agressions sexuelles et de la négligence.

A1.5 Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents qui présentent des troubles de conduite, incluant la violence envers les autres et la délinquance.

A1.8 Augmenter la proportion de la population se percevant en bonne santé mentale.

G1 Réduire les inégalités

Considérations particulières

Le MSSS a mis en place cinq chantiers pour optimiser la mise en œuvre des SIPPE. Le but de ces travaux est de proposer des solutions appropriées en vue d'assurer la cohérence, la complémentarité et la continuité des services en périnatalité et pour la petite enfance, et ce, avec le souci d'offrir les bons services, aux bonnes clientèles, au bon moment et de la bonne façon. Des recommandations suivront à la fin des travaux prévue pour 2010.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Fichier des naissances vivantes, de 1981-2006.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité [cadre de référence]*, 2004, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-836-02W.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-918-01.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

1.7.1

Résultat attendu

D'ici 2010, la provenance des partenaires participant aux six tables d'action intersectorielle SIPPE sera élargie à d'autres secteurs d'activité.

Indicateur retenu

Proportion de tables d'action intersectorielle dont les partenaires participants proviennent de plus d'un secteur d'activité. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de tables d'action intersectorielle dont les partenaires participants proviennent de plus d'un secteur d'activité/nombre de tables d'action intersectorielle (6) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : responsabilité de l'animation des tables d'action intersectorielle par des organisateurs communautaires.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants des SIPPE des CSSS : liste des membres et organisation des tables d'action intersectorielle SIPPE de chaque territoire

Répondant du dossier SIPPE du Service promotion-prévention

N° du résultat

1.7.2

Résultat attendu

D'ici 2012, la proportion de femmes enceintes ou de mères admissibles aux SIPPE rejointes sera maintenue au-dessus de la cible ministérielle de 80 % annuellement.

Indicateur retenu

Proportion de femmes enceintes ou de mères admissibles aux SIPPE rejointes. (Cible > 80 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de femmes enceintes ou de mères admissibles aux SIPPE rejointes/nombre de femmes enceintes ou de mères admissibles x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : mise en œuvre des SIPPE.

Sources d'information (pour l'indicateur)

I-CLSC et le fichier des naissances vivantes du MSSS, validé et fermé

Répondant du dossier SIPPE du Service promotion-prévention

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

1.8

Responsable de la rédaction

MARTINE FORTIN

Activité

Recommandation aux familles défavorisées de bénéficier de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, et orientation des enfants défavorisés vers les centres de la petite enfance pour des interventions éducatives précoces.

Pratique clinique préventive

État de situation

Les SIPPE ont été mis en place en 2003-2004 dans tous les CSSS (CLSC) de la région. Les SIPPE ont pour objectif à long terme de diminuer la transmission intergénérationnelle des problèmes de santé et des difficultés sociales (dont l'abus et la négligence envers les enfants). Ils visent à maximiser le potentiel de santé et de bien-être des mères, des pères, des bébés à naître et des enfants de 0 à 5 ans étant dans une situation de vulnérabilité ainsi qu'à inclure la naissance et le développement des enfants dans un projet de vie porteur de réussite pour les parents, tout en renforçant le pouvoir d'agir des familles et des communautés dans toutes les sphères de la vie : personnelle, familiale, sociale, culturelle, économique et politique.

Ils sont aujourd'hui bien implantés dans tous les territoires et offrent les services requis aux familles ayant de jeunes enfants et vivant dans un contexte de vulnérabilité. Par exemple, en 2007-2008, 93,3 % des familles pouvant bénéficier des SIPPE dans la région ont été rejointes par les intervenants des CSSS. Un protocole entre les CSSS et les centres de la petite enfance (CPE) a été élaboré pour faciliter l'accès des enfants au milieu de garde de leur territoire de résidence. Une sensibilisation des médecins devra être faite afin que ceux-ci puissent recommander aux familles défavorisées de bénéficier des SIPPE. L'enjeu de cette pratique clinique préventive est d'augmenter les connaissances des familles en contexte de vulnérabilité quant aux ressources qui leur sont proposées par le réseau de la santé et des services sociaux et les services de garde éducatifs. Pour les prochaines années, il sera important que les cliniciens oeuvrant en périnatalité développent des compétences pour identifier les familles visées par ces mesures et qu'ils connaissent les ressources disponibles afin de pouvoir référer la clientèle de manière adéquate et au moment opportun.

Offre de service du palier régional

Soutien dans les milieux cliniques pour l'implantation de cette PCP.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux - activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

A1.1 Réduire le taux de grossesse à moins de 18 pour 1 000 chez les adolescentes de 14-17 ans et à moins de 65 pour 1 000 chez les jeunes femmes de 18-19 ans.

A1.2 Réduire la proportion d'enfants qui naissent : de façon prématurée (moins de 37 semaines entières de gestation) à moins de 7,8 %; avec un retard de croissance intra-utérine à moins de 8 %; avec une anomalie du tube neural à moins de 5,1 pour 10 000; avec le syndrome de l'alcoolisation fœtale.

A1.3 Augmenter le taux et la durée de l'allaitement maternel ainsi que de l'allaitement maternel exclusif.

A1.4 Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents âgés de 0 à 17 ans qui subissent des abus physiques et psychologiques, des agressions sexuelles et de la négligence.

A1.5 Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents qui présentent des troubles de conduite, incluant la violence envers les autres et la délinquance.

A1.8 Augmenter la proportion de la population se percevant en bonne santé mentale.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

GRUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, 1994, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinique-clinique/index-fra.php

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité [cadre de référence]*, 2004, réf. du 1^{er} octobre 2009,

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-836-02W.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009,

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-918-01.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

1.8.1

Résultat attendu

D'ici 2012, au moins une activité de promotion de la référence aux SIPPE sera réalisée à l'intention des intervenants agissant auprès des familles défavorisées.

Indicateur retenu

Nombre d'activités régionales de promotion réalisées. (Cible ≥ 1)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : participation ou collaboration à l'activité de promotion.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier SIPPE du Service promotion-prévention : liste des activités de promotion

N° du résultat

1.8.2

Résultat attendu

D'ici 2012, au moins une activité de promotion sur l'importance d'orienter les enfants défavorisés vers les CPE sera réalisée à l'intention des intervenants œuvrant auprès de cette clientèle.

Indicateur retenu

Nombre d'activités régionales de promotion réalisées. (Cible ≥ 1)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : participation ou collaboration à l'activité de promotion.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier SIPPE du Service promotion-prévention : liste des activités de promotion

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

1.9

Responsable de la rédaction

JACINTHE DUMONT

Activité

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

Pratique clinique préventive

État de situation

Les recherches réaffirment le besoin d'orienter des ressources vers l'enfance en vue d'améliorer l'état de santé de la population, particulièrement dans les milieux défavorisés. Les professionnels interviennent le plus tôt possible dans la vie des enfants afin de les stimuler et de prévenir les retards de développement grâce à l'exposition à des programmes reconnus efficaces. Diverses activités de soutien éducatif sont déjà en place dans les organismes communautaires, les CSSS et les milieux de garde de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, parmi lesquelles sont animés le programme Brindami afin de développer les habiletés sociales, les Ateliers l'Éveil et les Ateliers de stimulation précoce des Centres jeunesse de Montréal pour le développement global, le programme Y'a personne de parfait (Y'APP), un programme de soutien aux compétences parentales, les programmes d'Activités de lecture interactive (ALI), un programme de promotion du langage et des activités du Programme d'aide à l'éveil à la lecture et à l'écriture. Au cours des prochaines années, les services de soutien éducatif seront maintenus dans la région.

Offre de service du palier régional

Animation, supervision, planification et participation en fonction des impératifs liés aux différents programmes.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux - activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

A1.4 Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents âgés de 0 à 17 ans qui subissent des abus physiques et psychologiques, des agressions sexuelles et de la négligence.

A1.5 Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents qui présentent des troubles de conduite, incluant la violence envers les autres et la délinquance.

G1.1 Réduire les inégalités.

G1.2 Renforcer la vitalité des milieux.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* [document de référence], 2009, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/MieuxVivre/PDF.asp

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* [cadre de référence], 2004, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-836-02W.pdf>

Toutes les informations sur le programme Brindami sur le site du Centre de psycho-éducation du Québec : www.centrepesed.qc.ca/

Toutes les informations sur le programme Y'APP sur le site de l'Agence de la santé publique du Canada : www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/family_famille/personne-fra.php

Toutes les informations sur les programmes d'Activités de lecture interactive (ALI) sur le site du Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales : www.clipp.ca/servlet/dispatcherservlet?selectedContentID=12044&lang=1&action=2

Toutes les informations sur le Programme d'aide à l'éveil à la lecture et à l'écriture sur le site du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport : www.meq.gouv.qc.ca/dfga/politique/eveil

Toutes les informations relatives à la santé des enfants sur le site de l'Agence de santé publique du Canada : www.phac-aspc.gc.ca/ch-se-fra.php

Toutes les informations sur le développement des jeunes enfants sur le site du Centre d'excellence pour le bien-être des enfants : www.excellence-jeunesenfants.ca/az.asp?lang=FR

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

1.9.1

Résultat attendu

D'ici 2012, l'offre de service en soutien éducatif sera maintenue et consolidée dans les organismes communautaires sur tous les territoires de RLS avec l'animation de programmes reconnus efficaces.

Indicateur retenu

Proportion de territoires de RLS offrant des services de soutien éducatif. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de territoires de RLS offrant des services de soutien éducatif/nombre de territoires de RLS (6) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : promotion et soutien des services de soutien éducatif offerts par les organismes communautaires. Référence des clientèles vulnérables vers les organismes communautaires.

Organismes communautaires : maintien de l'offre de service.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier en soutien éducatif du Service promotion-prévention : liste des services de soutien éducatif offerts dans les RLS

Domaine 1

Développement, adaptation et intégration sociale

Les activités à l'intention des jeunes



Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

1.10

Responsable de la rédaction

LUC BOISSONNEAULT

Activité

Intervention visant le développement des habiletés sociales des enfants et la prévention des troubles du comportement dans les classes de maternelle et de première année des milieux scolaires défavorisés (par exemple, le programme Fluppy) comportant : un volet axé sur l'enfant, un volet axé sur les parents, un volet axé sur la classe.

Pratique clinique préventive

État de situation

Le soutien au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants suppose d'intervenir sur deux volets : le développement de compétences personnelles et sociales ainsi que la création d'environnements et de services qui répondent à leurs besoins.

Le milieu scolaire s'avère un milieu propice aux interventions destinées aux jeunes. Le réseau de l'éducation a comme mission d'instruire, de socialiser et de qualifier. Dans ces principes se trouvent des objectifs de réussite éducative et de développement des jeunes. L'apparition de problèmes d'adaptation est susceptible de jouer un rôle négatif face à la réussite scolaire. Dans le cadre de l'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation (*Deux réseaux, un objectif*), les services éducatifs complémentaires ont comme cible le développement optimal de l'enfant en partenariat avec le réseau de la santé et des services sociaux. Par ailleurs, un de ces programmes vise spécifiquement la promotion et la prévention.

Plusieurs programmes visant le développement des compétences sociales des enfants (tels que Fluppy, Vers le pacifique) et la prévention des comportements violents sont actuellement implantés dans quelques écoles de la région. La plupart des programmes impliquent une collaboration de l'école et du CSSS, surtout au regard du volet axé sur les parents. Un inventaire des programmes implantés et une sensibilisation des milieux sur l'apport que de tels programmes peuvent amener devront être envisagés.

Offre de service du palier régional

Coordination de l'inventaire des programmes présents dans la région qui visent l'apprentissage des habiletés sociales, le contrôle de soi, la communication de ses émotions, la résolution de problèmes et la gestion de la colère. Sensibilisation des milieux sur l'apport que les programmes peuvent amener. Soutien à la mise en oeuvre des programmes (expertise, formation, promotion du programme, etc.).

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux - activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

A1.5 Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents qui présentent des troubles de conduite, incluant la violence envers les autres et la délinquance.

Considérations particulières

Le terme « écoles identifiées comme défavorisées » contenu dans cette fiche réfère uniquement aux écoles cotées de 8 à 10 selon les critères du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MÉLS), soit les écoles où se posent de réels problèmes de défavorisation.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Toutes les informations relatives à l'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation sur le site du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport : www.mels.gouv.qc.ca/lancement/ententeMEQ-MSSS/index.htm

Toutes les informations sur l'approche École en santé sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/ecole-en-sante.php

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

1.10.1

Résultat attendu

D'ici 2010, l'inventaire des programmes visant le développement des compétences sociales des enfants et la prévention des comportements violents sera réalisé auprès des écoles.

Indicateur retenu

Inventaire régional réalisé.

Méthode de calcul proposée

Oui ou non

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS et commissions scolaires : collaboration pour la réalisation de l'inventaire régional.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant de l'approche École en santé du Service promotion-prévention : inventaire des programmes

N° du résultat

1.10.2

Résultat attendu

D'ici 2012, la proportion d'écoles primaires identifiées comme défavorisées qui ont mis en œuvre un programme tel Fluppy, Vers le pacifique et autre de ce type qui inclut un volet axé sur les parents sera maintenue.

Indicateur retenu

Proportion d'écoles primaires identifiées comme défavorisées qui ont maintenu leur offre de service. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre d'écoles primaires qui ont maintenu leur offre de service/nombre d'écoles primaires identifiées comme défavorisées x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre : 1^{er} sept. au 24 juin

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : en collaboration avec le réseau scolaire, soutien au développement des programmes (Fluppy, Vers le pacifique, etc.). Maintien du volet axé sur les parents de ces différents programmes. Maintien de l'offre de service.

Commissions scolaires : soutien aux écoles dans l'application des programmes (Fluppy, Vers le pacifique, etc.) volet enseignant et volet jeune. Collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux pour la mise en œuvre.

Direction régionale du MÉLS : 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 et des services sociaux, plus spécifiquement pour le volet de l'intervention auprès des parents.

Organismes communautaires : collaboration aux activités et à la concertation.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant de l'approche École en santé du Service promotion-prévention : liste des écoles identifiées comme défavorisées qui ont maintenu leur offre de service

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

1.11

Responsable de la rédaction

LUC BOISSONNEAULT

Activité

Planification et mise en œuvre des interventions de promotion de la santé et du bien-être ainsi que des interventions de prévention en milieu scolaire selon l'approche École en santé, en partenariat avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport de même que son réseau.

Pratique clinique préventive

État de situation

École en santé est une initiative nationale incitant les réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux à travailler de façon concertée dans une démarche visant à réunir, dans le projet éducatif et le plan de réussite de l'école ainsi que dans les plans d'action des partenaires, une offre globale d'intervention de promotion et de prévention de la santé. Ces interventions sont destinées aux jeunes qui fréquentent les écoles des niveaux préscolaires, primaires et secondaires.

De plus en plus d'acteurs se mobilisent pour offrir aux jeunes la possibilité de grandir dans des milieux favorisant la santé globale. L'approche École en santé représente donc une occasion unique d'agir sur les facteurs individuels et environnementaux, favorables à la réussite éducative, à la santé et au bien-être des jeunes. C'est dans cet esprit que les réseaux de l'éducation et de la santé de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean ont développé conjointement des façons d'intervenir pour contribuer à la santé, au bien-être et à la réussite scolaire des jeunes.

C'est avec satisfaction que tous les acteurs de cette approche constatent tout le chemin parcouru dans la région depuis le début de son implantation. On remarque qu'autour de 38 % des écoles de la région sont à une étape ou à une autre de l'implantation de l'approche École en santé. De plus, des efforts devront être consentis afin d'augmenter le nombre des écoles adhérant à l'approche, mais aussi afin que les différentes initiatives visant les jeunes de 6 à 17 ans tendent de plus en plus vers les pratiques reconnues efficaces.

Offre de service du palier régional

Soutien des actions qui visent l'augmentation du nombre d'écoles publiques et privées qui mettent en œuvre l'approche École en santé. Soutien des CSSS qui se dotent d'un plan de mise en œuvre de l'approche École en santé. Maintien d'une offre régionale de formation continue destinée aux accompagnateurs de l'approche.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux - activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

A1.1 Réduire le taux de grossesse à moins de 18 pour 1 000 chez les adolescentes de 14-17 ans et à moins de 65 pour 1 000 chez les jeunes femmes de 18-19 ans.

A1.4 Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents âgés de 0 à 17 ans qui subissent des abus physiques et psychologiques, des agressions sexuelles et de la négligence.

A1.5 Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents qui présentent des troubles de conduite, incluant la violence envers les autres et la délinquance.

A1.6 Réduire la proportion d'adolescents et d'adultes qui présentent des problèmes de consommation de drogues et d'alcool ainsi que des problèmes de jeux de hasard et d'argent.

A1.7 Réduire le taux de suicide : à moins de 22 pour 100 000 chez les hommes; à moins de 6 pour 100 000 chez les femmes. Réduire les tentatives de suicide : à moins de 3 pour 1 000 chez les hommes; à moins de 5 pour 1 000 chez les femmes.

A1.8 Augmenter la proportion de la population se percevant en bonne santé mentale.

B1.1 Augmenter la proportion des personnes qui rencontrent les recommandations du *Guide alimentaire canadien* concernant la consommation des quatre groupes d'aliments.

B1.2 Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes quotidiennement.

B1.5 Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.

B1.6 Réduire la proportion de fumeurs chez les jeunes du secondaire à 13 % et la proportion de fumeurs de 15 ans et plus à 16 %.

B1.7 Augmenter la proportion de la population ayant de saines habitudes de vie favorables à la santé buccodentaire.

B2.6 Réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % le taux de prévalence de l'embonpoint.

B2.8 Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.

D1.19 Réduire à 1 pour 100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.

D1.25 Réduire les taux d'incidence d'infections gonococciques à moins de 12 pour 100 000 personnes et, plus précisément : à zéro les cas d'infections gonococciques chez les enfants de moins d'un an; à moins de 35 par 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 45 pour 100 000 chez les hommes âgés de 20 à 39 ans.

D1.26 Réduire les taux d'incidence d'infections à *Chlamydia trachomatis* à moins de 120 par 100 000 personnes et, plus précisément : à moins de 1 000 pour 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 7 par 100 000 chez les enfants âgés de moins d'un an (infections oculaires, pulmonaires et génitales).

Considérations particulières

Le directeur d'école et son équipe sont les acteurs qui ont le plus d'influence sur le déploiement de l'approche.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Toutes les informations relatives à l'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation sur le site du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport : www.mels.gouv.qc.ca/lancement/ententeMEQ-MSSS/index.htm

Toutes les informations sur l'approche École en santé sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/ecole-en-sante.php

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

1.11.1

Résultat attendu

D'ici 2012, 45 % des écoles seront engagées dans le déploiement de l'approche École en santé.

Indicateur retenu

Proportion d'écoles qui implantent l'approche École en santé. (Cible : 45 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre d'écoles qui implantent l'approche École en santé/nombre d'écoles dans la région x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre : 1^{er} sept. au 30 juin

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS et commissions scolaires : implantation de l'approche et accompagnement des milieux.

Direction régionale du MÉLS : soutien au déploiement de l'approche. Organisation des formations destinées aux acteurs des réseaux de la santé et de l'éducation.

Écoles : implantation de l'approche.

Organismes communautaires : collaboration au déploiement de l'approche.

Sources d'information (pour l'indicateur)

I-CLSC

Répondant de l'approche École en santé du Service promotion-prévention : liste des écoles qui ont implanté l'approche École en santé, liste des écoles primaires et secondaires

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

1.12

Responsable de la rédaction

JACINTHE DUMONT

Activité

Organisation de campagnes de communication sociétales portant sur la prévention des agressions sexuelles faites à l'égard des enfants.

Pratique clinique préventive

État de situation

Les impacts des agressions sexuelles subies durant l'enfance et l'adolescence sont ressentis tout au long de la vie et génèrent des difficultés dans le développement affectif, psychologique et social des individus. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, pour l'année 2007-2008, 177 signalements à la Direction de la protection de la jeunesse en agression sexuelle ont été retenus. Depuis déjà plus de dix ans, la Table régionale du Saguenay–Lac-Saint-Jean - Prévention des agressions sexuelles à l'égard des enfants a le mandat de la prévention des agressions sexuelles faites à l'égard des enfants d'abord dans les milieux scolaires. Elle organise des campagnes de communication sociétales portant sur la promotion des habiletés personnelles et sociales des enfants et des adolescents afin de les amener à se prémunir contre les agressions sexuelles. Les campagnes médiatiques sont un moyen éprouvé pour rejoindre rapidement une grande proportion de la population. À ce jour, deux messages télévisuels ont été produits et diffusés au Saguenay–Lac-Saint-Jean et sont appuyés par des affiches et des feuillets d'information. De plus, des signets sont distribués aux enfants lors des programmes scolaires en prévention des agressions sexuelles.

Offre de service du palier régional

Animation des rencontres de la Table régionale du Saguenay–Lac-Saint-Jean - Prévention des agressions sexuelles à l'égard des enfants et organisation des campagnes sociétales en collaboration avec les membres de la table. Coordination et diffusion du message télévisuel produit. Distribution du matériel de promotion selon les besoins des intervenants.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux - activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

A1.4 Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents âgés de 0 à 17 ans qui subissent des abus physiques et psychologiques, des agressions sexuelles et de la négligence.

A1.5 Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents qui présentent des troubles de conduite, incluant la violence envers les autres et la délinquance.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, et autres. *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, 2001, réf. du 1^{er} octobre 2009,

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-807-1.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle [plan d'action]*, 2001, réf. du 1^{er} octobre 2009,

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-807-5.pdf>

Toutes les informations sur la prévention des agressions sexuelles faites à l'égard des enfants sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux :
www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sociaux/jeunesdifficulte.php

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

1.12.1

Résultat attendu

D'ici 2012, une nouvelle campagne médiatique sur la prévention des agressions sexuelles faites à l'égard des enfants sera produite et diffusée.

Indicateur retenu

Nouvelle campagne médiatique diffusée.

Méthode de calcul proposée

Oui ou non

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS, Centre jeunesse, organismes communautaires, Sûreté municipale de Saguenay et Sûreté du Québec : participation à la table régionale. Participation à la campagne médiatique et diffusion du matériel promotionnel.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier des agressions sexuelles faites à l'égard des enfants du Service promotion-prévention : plan de communication

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

1.13

Responsable de la rédaction

LUC BOISSONNEAULT

Activité

Sensibilisation des décideurs privés et publics visés aux effets négatifs, sur les enfants et les adolescents, de l'exposition à des modèles inappropriés dans les médias (violence, sexualisation précoce, surconsommation d'alcool, de drogues et de jeux de hasard et d'argent, etc.) ainsi que sensibilisation de ces décideurs privés et publics à l'importance de la réduction de cette exposition.

Pratique clinique préventive

État de situation

Le développement des enfants est un processus complexe, l'apprentissage social est au centre de la vie d'un enfant de 6 à 12 ans. Certains facteurs peuvent influencer le développement de l'enfant et le mettre en situation de vulnérabilité. Stimulé par une socialisation croissante et le développement du jugement moral, l'enfant devient graduellement l'acteur principal de son développement. Les nombreuses expériences permettent de parfaire l'identité des garçons et des filles et jouent un rôle important dans ce processus de socialisation et dans les apprentissages qui en découleront. Le soutien au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants, des adolescents et des jeunes adultes suppose d'intervenir sur plusieurs volets : l'acquisition de compétences personnelles et sociales ainsi que la création d'environnements et de services qui répondent à leurs besoins. De plus, l'exposition à des modèles inappropriés dans les médias (violence, sexualisation précoce, surconsommation d'alcool, de drogues et de jeux de hasard et d'argent, etc.) a des effets négatifs sur les enfants et les adolescents en banalisant ces types de comportements. Dans les prochaines années, les initiatives nationales qui visent la sensibilisation des décideurs privés et publics visés aux effets négatifs sur les enfants et les adolescents, de l'exposition à des modèles inappropriés dans les médias seront appuyées au niveau régional.

Offre de service du palier régional

Adaptation des stratégies nationales de sensibilisation des décideurs concernés par les effets négatifs sur les enfants et les adolescents de l'exposition à des modèles inappropriés dans les médias.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux - activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

A1.4 Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents âgés de 0 à 17 ans qui subissent des abus physiques et psychologiques, des agressions sexuelles et de la négligence.

A1.5 Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents qui présentent des troubles de conduite, incluant la violence envers les autres et la délinquance.

A1.6 Réduire la proportion d'adolescents et d'adultes qui présentent des problèmes de consommation de drogues et d'alcool ainsi que des problèmes de jeux de hasard et d'argent.

A1.7 Réduire le taux de suicide : à moins de 22 pour 100 000 chez les hommes; à moins de 6 pour 100 000 chez les femmes. Réduire les tentatives de suicide : à moins de 3 pour 1 000 chez les hommes; à moins de 5 pour 1 000 chez les femmes.

A1.8 Augmenter la proportion de la population se percevant en bonne santé mentale.

A1.9 Réduire le taux de femmes victimes de violence conjugale et d'agression sexuelle.

Considérations particulières

Les résultats des travaux ministériels sur l'exposition à des modèles inappropriés dans les médias (violence, sexualisation précoce, surconsommation d'alcool, de drogue et de jeux de hasard et d'argent) ainsi qu'à l'importance de la réduction de cette exposition permettront l'actualisation de cette activité.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)**Partie 2 – Liste des résultats attendus****N° du résultat**

1.13.1

Résultat attendu

D'ici 2012, 100 % des initiatives nationales de sensibilisation en matière d'exposition à des modèles inappropriés dans les médias ainsi qu'à l'importance de la réduction de cette exposition seront appuyées par des actions régionales.

Indicateur retenu

Proportion des initiatives nationales pour lesquelles des actions régionales ont eu lieu. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre d'actions régionales/nombre d'initiatives nationales x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration aux actions régionales et aux initiatives nationales de sensibilisation.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier dépendance du Service promotion-prévention : liste des initiatives nationales, liste des actions régionales

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

1.14

Responsable de la rédaction

LUC BOISSONNEAULT

Activité

Sensibilisation des décideurs privés et publics visés à l'importance de l'application des lois et règlements visant la restriction de l'accessibilité à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent pour les jeunes de moins de 18 ans.

Pratique clinique préventive

État de situation

L'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire démontre qu'en 2006 on recensait au niveau de la province : 60 % de consommateurs d'alcool, 30 % de consommateurs de drogues (24 % pour le cannabis) et 36 % de participants à des jeux de hasard et d'argent.

L'indice de consommation problématique d'alcool et de drogues utilisé dans cette recherche indique que 6,8 % des élèves du secondaire ont un problème de consommation en émergence et 5,3 % ont un problème de consommation pour lequel une intervention spécialisée est souhaitable. Parmi ce groupe, tant chez les garçons que chez les filles, l'âge moyen de la première consommation est de 13,4 ans. On constate également que 3,8 % des élèves risquent de développer un problème de dépendance au jeu et que 2 % sont des joueurs pathologiques probables.

La prévalence de chacun de ces comportements a diminué depuis 2004. Cette baisse est en partie attribuable aux programmes de prévention auprès des jeunes ainsi qu'à toutes les actions complémentaires visant à retarder l'âge d'initiation et l'âge du début de la consommation régulière.

Les programmes déjà en place, notamment ceux qui s'inscrivent dans l'approche École en santé, et les activités de promotion et de prévention à l'école doivent être soutenus en anticipant les besoins des élèves en matière de santé par une action en amont des problèmes.

Offre de service du palier régional

Adaptation des stratégies nationales de sensibilisation des décideurs concernés par les effets négatifs sur les enfants et les adolescents de l'importance d'appliquer les lois et les règlements visant à restreindre l'accessibilité à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent pour les jeunes de moins de 18 ans.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux - activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

A1.5 Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents qui présentent des troubles de conduite, incluant la violence envers les autres et la délinquance.

A1.6 Réduire la proportion d'adolescents et d'adultes qui présentent des problèmes de consommation de drogues et d'alcool ainsi que des problèmes de jeux de hasard et d'argent.

Considérations particulières

Les résultats des travaux ministériels sur l'importance de l'application des lois et des règlements visant la restriction de l'accessibilité à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent pour les jeunes de moins de 18 ans permettront l'actualisation de cette activité.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire 2006, 2007*, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2007/Tabac_Alcool2006.pdf

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

1.14.1

Résultat attendu

D'ici 2012, 100 % des initiatives nationales qui visent la sensibilisation sur l'importance d'appliquer les lois et les règlements visant à restreindre l'accessibilité à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent pour les jeunes de moins de 18 ans seront appuyées par des actions régionales.

Indicateur retenu

Proportion des initiatives nationales pour lesquelles des actions régionales ont eu lieu. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre d'actions régionales/nombre d'initiatives nationales x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration aux actions régionales et aux initiatives nationales de sensibilisation.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier dépendance du Service promotion-prévention : liste des initiatives nationales, liste des actions régionales

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

1.15

Responsable de la rédaction

LUC BOISSONNEAULT

Activité

Instauration d'une collaboration entre les intervenants des réseaux concernés et les organisateurs de manifestations festives d'envergure afin de prévenir ou de réduire les conséquences de la consommation d'alcool et de drogue (bal des finissants, fête techno, festival, etc.).

Pratique clinique préventive

État de situation

Le comportement des parents et des adultes significatifs a une influence directe sur celui des jeunes, mais, à l'adolescence, l'influence des pairs se fait sentir de plus en plus. Dans ce contexte, il importe que les acteurs de tous les milieux où évoluent les jeunes se mobilisent et se concertent pour leur fournir les conditions et le support nécessaires à leur développement et à leur bien-être.

Plus largement, pour l'ensemble de la population, la qualité de l'environnement physique et social est un facteur déterminant de la santé et du bien-être. Un environnement favorable contribue à l'acquisition et au maintien de saines habitudes de vie. Les communautés jouent aussi un rôle de premier plan et peuvent faire la différence grâce à leur vitalité et à un éventail de services d'entraide et de loisirs qui contribuent à transformer et à assainir l'environnement physique et social, à contrer la violence et la criminalité, et à offrir de saines solutions de rechange à la consommation de substances psychotropes. Le réseau de la santé et des services sociaux, par son expertise, se doit de soutenir et de guider la mobilisation des communautés.

Des actions préventives dans les lieux de rassemblement festif peuvent grandement aider à réduire les risques de méfaits liés à l'usage inapproprié d'alcool ou de drogues illicites. Mieux encore, l'environnement peut fournir des ressources en vue d'éviter qu'un usage inapproprié n'entraîne des méfaits importants pour l'individu ou la société. L'Opération Nez rouge en est l'exemple le plus connu. Depuis 2007, à la suite d'une initiative régionale, une trousse d'information est remise à tous les élèves finissants du secondaire. Elle contient de l'information sur les principaux risques qui entourent les bals des finissants et est accompagnée par un guide d'animation. Cette activité permet une mobilisation des différents acteurs du milieu scolaire auprès des finissants. Bien qu'elle ne soit pas encore évaluée, elle semble avoir des effets positifs et se poursuivra donc dans les années à venir. D'autres activités pourront aussi être envisagées aux niveaux local et régional.

Offre de service du palier régional

Promotion et participation aux activités de sensibilisation et d'information visant la réduction de l'offre de psychotropes ou la vente des produits alcoolisés et des méfaits reliés à ceux-ci. Collaboration à l'activité Trousse... bal des finissants. Collaboration à la distribution des trousse.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

A1.5 Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents qui présentent des troubles de conduite, incluant la violence envers les autres et la délinquance.

A1.6 Réduire la proportion d'adolescents et d'adultes qui présentent des problèmes de consommation de drogues et d'alcool ainsi que des problèmes de jeux de hasard et d'argent.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, et autres. *Unis dans l'action : Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-804-01.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

1.15.1

Résultat attendu

D'ici 2012, l'activité régionale Trousse... bal des finissants sera maintenue annuellement afin de prévenir ou de réduire les conséquences de la consommation d'alcool et de drogue.

Indicateur retenu

Proportion annuelle des écoles secondaires pour lesquelles une activité Trousse... bal des finissants est organisée. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre des écoles secondaires qui organisent l'activité/nombre des écoles secondaires x 100 en %, pour chaque année

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre : 1^{er} sept. au 30 juin

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS, écoles et organismes communautaires: participation aux activités et à la concertation.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier dépendance du Service promotion-prévention : liste annuelle des écoles secondaires qui distribuent les trousse

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

1.16

Responsable de la rédaction

DOMINIQUE DESROSIERS

Activité

Counselling sur l'activité sexuelle et les méthodes de contraception auprès des adolescents actifs sexuellement.

Pratique clinique préventive

État de situation

L'infection à *Chlamydia trachomatis* est la plus répandue des ITSS et elle touche surtout les jeunes de 15-24 ans, plus particulièrement les adolescents de 15 à 19 ans. Les ITSS représentent 65 % des maladies à déclaration obligatoire. De plus, le tiers des personnes atteintes ignorent qu'elles sont porteuses.

Les résultats de l'*Enquête interrégionale auprès des jeunes du secondaire 2008* montrent qu'une proportion relativement importante des jeunes adoptent des comportements sains qui sont favorables à leur épanouissement, leur santé, leur réussite scolaire et leur insertion sociale. Toutefois, certains adolescents vivent des difficultés et ils ont besoin d'informations et d'un accompagnement concernant les pratiques sexuelles. Les structures de type clinique jeunesse des CSSS et les interventions des infirmiers scolaires offrent une vaste gamme de services de prévention et de counselling sur la sexualité.

Par ailleurs, un modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale a été développé en 2007 comme stratégie et permet à des infirmiers ayant la compétence requise d'initier la contraception hormonale chez des femmes en bonne santé. Des formations sont organisées dans la région, auprès des infirmiers concernés, jusqu'à ce que celles-ci puissent être disponibles en ligne. À ce jour, l'ordonnance collective est implantée dans quatre des six CSSS, dont un partiellement.

En outre, la contraception orale d'urgence peut être utilisée en cas d'absence de contraception ou d'utilisation inadéquate. Dans la région, celle-ci s'avère accessible et bien implantée. Les infirmiers des CSSS et les intervenants en milieu scolaire et en services courants font la promotion de la contraception orale d'urgence (COU).

Offre de service du palier régional

Soutien et formation des professionnels des CSSS pour l'adoption et le maintien de l'ordonnance collective. Diffusion de la documentation à propos du counselling sur l'activité sexuelle et les méthodes contraceptives.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

A1.1 Réduire le taux de grossesse à moins de 18 pour 1 000 chez les adolescentes de 14-17 ans et à moins de 65 pour 1 000 chez les jeunes femmes de 18-19 ans.

D1.25 Réduire les taux d'incidence d'infections gonococciques à moins de 12 pour 100 000 personnes et, plus précisément : à zéro les cas d'infections gonococciques chez les enfants de moins d'un an; à moins de 35 par 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 45 pour 100 000 chez les hommes âgés de 20 à 39 ans.

Considérations particulières

Les résultats des travaux ministériels pour le counselling sur l'activité sexuelle permettront l'actualisation de cette activité.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

ÉCOBES. *Être jeune aujourd'hui : habitudes de vie et aspirations des jeunes des régions de la Capitale-Nationale, du Saguenay–Lac-Saint-Jean et des Laurentides [série enquête interrégionale 2008]*, 2009, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.crecn.qc.ca/media/documentation/autres-documents/53_portrait-jeunes-ECOBES.pdf

GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, 1994, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinique-clinique/index-fra.php

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, et autres. *Formulaire d'évaluation de l'infirmière pour initier la contraception hormonale*, 2009, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/asp/docs/ContraceptionHormonale/ContraceptionFormulaireEvaluation.pdf

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, et autres. *Guide de rédaction d'une ordonnance collective de contraception hormonale*, 2009, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/asp/docs/ContraceptionHormonale/ContraceptionGuideRedaction.pdf

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, et autres. *Questions-réponses sur le modèle provincial d'ordonnance collective*, 2007, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/asp/docs/ContraceptionHormonale/ContraceptionQuestionsReponses.pdf

Toutes les informations relatives au modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale sur le site de l'Institut national de santé publique du Québec : www.inspq.qc.ca/contraception

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

1.16.1

Résultat attendu

D'ici 2012, la contraception orale d'urgence demeurera accessible dans tous les CSSS qui en feront la promotion auprès de la clientèle ciblée et des partenaires, notamment les pharmacies communautaires, et sera promue par tous les CSSS.

Indicateurs retenus

1. Proportion de CSSS dans lesquels la COU est accessible. (Cible : 100 %)
2. Proportion de CSSS ayant fait la promotion de la COU. (Cible : 100 %)

Méthodes de calcul proposées

1. Nombre de CSSS dans lesquels la COU est accessible/nombre de CSSS (6) x 100 en %
2. Nombre de CSSS ayant fait la promotion de la COU/nombre de CSSS (6) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : maintien du service à la clientèle cible. Organisation d'activités de promotion de la COU.

Sources d'information (pour les indicateurs)

Répondants des services de consultation en matière de santé sexuelle des CSSS : liste des activités de promotion organisées par chaque CSSS

Répondant du dossier santé sexuelle du Service promotion-prévention

N° du résultat

1.16.2

Résultat attendu

D'ici 2012, 100 % des initiatives nationales touchant la prévention et le counselling sur l'activité sexuelle et les méthodes de contraception auprès des adolescents actifs sexuellement seront appuyées par les actions régionales et promues auprès des partenaires (CSSS, GMF et cliniques médicales).

Indicateur retenu

Proportion d'initiatives nationales appuyées par les actions régionales. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre d'initiatives nationales appuyées par les actions régionales/nombre d'initiatives nationales x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS, GMF et cliniques médicales : implantation des actions recommandées aux niveaux national et régional.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier École en santé du Service promotion-prévention : liste des initiatives nationales et des actions régionales

Répondant du dossier santé sexuelle du Service promotion-prévention

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

1.17

Responsable de la rédaction

DOMINIQUE DESROSIERS

Activité

Soutien à l'organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle, services adaptés aux adolescents et aux jeunes adultes – du type des cliniques jeunesse – favorisant la planification des naissances et combinés à des interventions d'éducation à la sexualité.

Pratique clinique préventive

État de situation

La prévention des grossesses et des ITSS chez les jeunes est un objectif partagé par les réseaux national et régional de santé publique. Ce sont les jeunes femmes de 18 à 24 ans qui ont le plus recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). L'infection à *Chlamydia trachomatis*, ITSS la plus répandue, touche surtout les jeunes de 15-24 ans et plus particulièrement les adolescentes de 15-19 ans. De multiples soins ainsi que des frais en découlent : IVG, soins pré et postnatals et soutien social aux mères de moins de 20 ans, consultations et traitements médicaux liés aux ITSS, interventions pour grossesses ectopiques, tests d'investigation et traitements pour infertilité (conséquences d'ITSS non traitées), naissances prématurées ou de bébés de petits poids.

L'accès à des services de consultation clinique en matière de sexualité, de contraception et d'ITSS est une stratégie reconnue dans la prévention des grossesses non désirées et des ITSS. Les cliniques jeunesse, services préventifs dispensés par une équipe multidisciplinaire (médecin, infirmier et intervenant social) offerts en milieu scolaire ou près des milieux de vie des jeunes en sont un exemple. Dans la région, il existe des services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS dans l'ensemble des CSSS (incluant des services offerts en milieu scolaire). Les cliniques jeunesse telles que décrites ci-dessus sont peu implantées et plutôt hétérogènes d'un territoire à l'autre. Dans la région, deux projets sont en cours pour les six territoires de RLS :

- ouverture récente d'une clinique multidisciplinaire en santé sexuelle au CSSS de Lac-Saint-Jean-Est;
- projet de mise en place d'une clinique jeunesse de première ligne au CSSS de Chicoutimi.

L'utilisation adéquate d'une méthode de contraception est un comportement déterminant dans la prévention des grossesses. Sur le plan scientifique, il est démontré qu'un accès accru et rapide aux méthodes contraceptives réduit le risque de grossesses non planifiées. La contraception orale d'urgence (COU) peut être utilisée en cas d'absence de contraception ou d'utilisation inadéquate. Dans la région, celle-ci est accessible et le service bien implanté. Un modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale a donc été développé en 2007 comme autre stratégie et permet à des infirmiers ayant la compétence requise d'initier la contraception hormonale chez des femmes en bonne santé. À ce jour, l'ordonnance collective est implantée dans cinq des six CSSS, dont un partiellement.

Offre de service du palier régional

Soutien à la mise en œuvre des services à l'égard des cliniques jeunesse. Soutien à la mise en œuvre de l'adoption du modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale à l'intention des infirmiers et des pharmaciens.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

A1.1 Réduire le taux de grossesse à moins de 18 pour 1 000 chez les adolescentes de 14-17 ans et à moins de 65 pour 1 000 chez les jeunes femmes de 18-19 ans.

D1.25 Réduire les taux d'incidence d'infections gonococciques à moins de 12 pour 100 000 personnes et, plus précisément : à zéro les cas d'infections gonococciques chez les enfants de moins d'un an; à moins de 35 par 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 45 pour 100 000 chez les hommes âgés de 20 à 39 ans.

D1.26 Réduire les taux d'incidence d'infections à *Chlamydia trachomatis* à moins de 120 par 100 000 personnes et, plus précisément : à moins de 1 000 pour 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 7 par 100 000 chez les enfants âgés de moins d'un an (infections oculaires, pulmonaires et génitales).

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, et autres. *Formulaire d'évaluation de l'infirmière pour initier la contraception hormonale*, 2009, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/asp/docs/ContraceptionHormonale/ContraceptionFormulaireEvaluation.pdf

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, et autres. *Guide de rédaction d'une ordonnance collective de contraception hormonale*, 2009, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/asp/docs/ContraceptionHormonale/ContraceptionGuideRedaction.pdf

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, et autres. *Questions-réponses sur le modèle provincial d'ordonnance collective*, 2007, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/asp/docs/ContraceptionHormonale/ContraceptionQuestionsReponses.pdf

Toutes les informations relatives au modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale sur le site de l'Institut national de santé publique du Québec : www.inspq.qc.ca/contraception

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

1.17.1

Résultat attendu

D'ici 2012, une clinique de type clinique jeunesse sera développée par au moins un CSSS permettant d'offrir des services préventifs et curatifs, spécifiquement organisés pour les adolescents et les jeunes adultes notamment en matière de santé sexuelle.

Indicateur retenu

Proportion de CSSS ayant développé une clinique de type clinique jeunesse. (Cible $\geq 15\%$)

Méthode de calcul proposée

Nombre de CSSS ayant développé une clinique de type clinique jeunesse/nombre de CSSS (6) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : organisation des services en matière de santé sexuelle de type clinique jeunesse adaptés aux adolescents et aux jeunes adultes.

GMF et cliniques médicales : collaboration à la mise en place de services en matière de santé sexuelle incluant la prescription à l'avance de la contraception orale d'urgence.

Écoles : participation à la mise en place de services en matière de santé sexuelle dans le milieu scolaire et/ou orientation de leur clientèle vers les services du milieu.

Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean : participation à la mise en place de services en matière de santé sexuelle et/ou orientation vers les services du milieu.

Pharmaciens : collaboration à la mise en place de services en matière de santé sexuelle en rendant accessible la contraception orale d'urgence et en référant la clientèle aux services de leur territoire.

Organismes communautaires : collaboration à la mise en place de services préventifs en matière de santé sexuelle. Collaboration à la promotion des services disponibles sur le territoire et référence de la clientèle.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants des services de consultation en matière de santé sexuelle adaptés aux adolescents et aux jeunes adultes des CSSS

Répondant du dossier santé sexuelle du Service promotion-prévention : liste des cliniques de type clinique jeunesse

N° du résultat

1.17.2

Résultat attendu

D'ici 2012, le modèle provincial d'ordonnance collective en contraception hormonale sera accessible aux femmes en bonne santé dans tous les CSSS.

Indicateur retenu

Proportion de CSSS dans lesquels le modèle provincial d'ordonnance collective est accessible. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de CSSS ayant implanté le modèle d'ordonnance collective en contraception hormonale/nombre de CSSS (6) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : adoption et mise en œuvre du modèle provincial.

GMF et cliniques médicales : participation à la mise en œuvre du modèle provincial.

Écoles : participation à la mise en œuvre du modèle provincial.

Centre jeunesse : participation à la mise en œuvre du modèle provincial.

Pharmaciens : participation à la mise en œuvre du modèle provincial.

Organismes communautaires : collaboration à la promotion du modèle provincial et référence de la clientèle vers les services disponibles.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants des services de consultation en matière de santé sexuelle adaptés aux adolescents et aux jeunes adultes des CSSS

Répondant du dossier santé sexuelle du Service promotion-prévention : liste des CSSS ayant implanté une ordonnance collective en contraception hormonale

Domaine 1

Développement, adaptation et intégration sociale

Les activités à l'intention
des adultes et des personnes âgées



Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

1.18

Responsable de la rédaction

ROBERT COLPRON

Activité

Recherche de cas de violence conjugale chez les adultes.

Pratique clinique préventive

État de situation

Dans la population, dévoiler la violence conjugale ou les agressions sexuelles n'est pas une décision facile à prendre pour la plupart des victimes. C'est pour cette raison qu'il est important que les intervenants de terrain de différents secteurs soient formés à reconnaître les personnes qui subissent de telles situations afin de pouvoir leur proposer un soutien personnalisé. Un sous-comité de la table régionale de concertation en violence conjugale et agressions sexuelles, formé depuis mai 2008, travaille à la préparation d'un contenu de formation qui s'adressera à plusieurs programmes d'étude postsecondaire dans lesquels progressent de futurs techniciens et/ou professionnels appelés à intervenir auprès de la population (policiers, agents d'aide social, éducateurs spécialisés, infirmiers, auxiliaires familiales, préposés aux bénéficiaires, etc.). La particularité de ces travaux consiste à mettre à contribution les organismes qui travaillent auprès des victimes, ceux qui viennent en aide aux hommes violents et les CSSS de la région.

Offre de service du palier régional

Soutien et collaboration aux travaux d'élaboration des contenus de formation destinés aux intervenants.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

A1.9 Réduire le taux de femmes victimes de violence conjugale et d'agression sexuelle.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

GRUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, 1994, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/index-fra.php

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

1.18.1

Résultat attendu

D'ici 2011, trois programmes d'étude postsecondaire intégreront la formation conçue par la Table régionale de concertation en violence conjugale et agressions sexuelles.

Indicateur retenu

Nombre de programmes ayant dispensé le contenu proposé. (Cible : 3)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

Table régionale de concertation en violence conjugale et agressions sexuelles : promotion de la formation auprès des responsables de certains programmes de formation postsecondaire.

Organismes intervenant auprès des victimes et des agresseurs (centre de femmes, maison d'hébergement pour femmes, centre d'aide aux hommes violents et en difficulté, CSSS) : collaboration à l'élaboration du contenu de la formation.

Cégeps : intégration des contenus de formation dans leur programme.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier violence faite aux femmes du Service promotion-prévention : liste des programmes d'étude postsecondaire ayant intégré la formation

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

1.19

Responsable de la rédaction

LUC BOISSONNEAULT

Activité

Intervention visant la diminution de la consommation de médicaments anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques auprès des personnes âgées de 50 ans et plus (par exemple, l'intervention Les médicaments : Oui... Non... Mais! En santé après 50 ans).

Pratique clinique préventive

État de situation

Le vieillissement de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean se poursuit et le maintien de la santé constitue un atout important face à ce vieillissement. La grande majorité des personnes âgées sont autonomes, relativement en bonne santé, socialement actives et économiquement indépendantes. Malheureusement, la consommation de médicaments anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques par les personnes âgées de 50 ans et plus devient de plus en plus préoccupante. Il faut intervenir sur les comportements individuels tout en instaurant des environnements et des conditions de vie favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie.

Pour ce faire, il faut adopter de nouvelles stratégies afin de développer les aptitudes des personnes à autogérer leur santé comme la pratique de saines habitudes de vie, l'utilisation optimale des services de santé et l'usage approprié des médicaments. En ce sens, la région de la Montérégie, pour sa part, a déployé depuis 1996 sur son territoire une intervention d'éducation pour la santé destinée aux personnes autonomes Les médicaments : Oui... Non... Mais! En santé après 50 ans. Les personnes de 50 ans et plus ont un intérêt marqué pour leur santé et le maintien de leur autonomie. L'intervention de la Montérégie informe sur l'utilisation adéquate des services de santé et sur la forte prévalence des problèmes de santé chroniques chez les aînés. Les résultats favorables obtenus par l'intervention En santé après 50 ans démontrent la faisabilité de la stratégie de développement des aptitudes personnelles.

La région doit miser sur l'impact positif et immédiat de l'intervention sur le sentiment d'efficacité personnelle et les attitudes d'autogestion de la santé comme déterminant du comportement en développant un programme similaire reconnu efficace dans les prochaines années.

Offre de service du palier régional

Coordination de l'inventaire régional des initiatives locales visant la diminution de la consommation de médicaments anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques auprès des personnes âgées de 50 ans et plus. Collaboration aux initiatives nationales et accompagnement des CSSS dans les actions probantes à implanter pour répondre aux besoins de cette population.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

A1.10 Réduire la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont reçu une prescription de médicaments anxiolytiques, sédatifs ou hypnotiques.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Évaluation des effets du programme Les médicaments : Oui... Non... Mais! En santé après 50 ans [rapport synthèse]*, 2005, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.santemonteregie.qc.ca/depot/document/134/DSP_PUB_Faits_Saillants_decembre_2005.pdf;jsessionid=264B17D79041E5DF5D0ABF19D1B98A06

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

1.19.1

Résultat attendu

D'ici 2012, l'inventaire des actions initiées au niveau local sera réalisé et un accompagnement dans l'implantation des activités probantes sera effectué dans les CSSS.

Indicateurs retenus

1. Inventaire régional finalisé.
2. Proportion des CSSS ayant implanté des activités probantes. (Cible : 50 %)

Méthodes de calcul proposées

1. Oui ou non
2. Nombre de CSSS ayant implanté des activités probantes/nombre de CSSS (6) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration à la réalisation de l'inventaire. Mise en oeuvre des activités probantes. Soutien des partenaires locaux.

Sources d'information (pour les indicateurs)

Répondants de santé publique des CSSS

Répondant du dossier dépendance du Service promotion-prévention : inventaire régional, liste des CSSS ayant implanté des activités probantes

Domaine 1

Développement, adaptation et intégration sociale

Les activités à l'intention de toute la population



Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

1.20

Responsable de la rédaction

LUC BOISSONNEAULT

Activité

Soutien à l'implantation des interventions visant la consommation contrôlée chez les buveurs, par exemple Alcochoix+.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

On peut associer, avec raison, la consommation élevée d'alcool à un risque accru d'atteinte à la santé ou de problèmes psychosociaux (ex. : traumatisme non intentionnel, hypertension, cirrhose, cancer, acte de violence, suicide, dépression, dépendance).

Le réseau de la santé et des services sociaux a développé, depuis quelques années, un programme de prévention qui s'adresse aux personnes de plus de 18 ans préoccupées par leur consommation d'alcool et désirant la modifier. Ce programme appelé Alcochoix+ suggère des pistes de réflexion sur sa propre consommation d'alcool et sur ses conséquences dans la vie quotidienne. Cette information permet de faire des choix éclairés et d'établir des objectifs afin de réduire la consommation. De plus, des stratégies sont proposées pour aider à augmenter la confiance et faciliter l'atteinte des objectifs.

L'implantation du programme Alcochoix+ est rendue possible grâce à la collaboration des représentants des instances locales, régionales et nationales suivantes :

- l'équipe Recherche et intervention sur les substances psychoactives Québec;
- les gestionnaires et les intervenants des régions-pilotes de la Capitale-Nationale, Chaudière-Appalaches, Laval et Montréal;
- l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux;
- le ministère de la Santé et des Services sociaux;
- les agences de la santé et des services sociaux des dix-huit régions du Québec.

Une expérimentation a été réalisée au printemps 2004 dans quatre régions : Capitale-Nationale, Chaudière-Appalaches, Laval et Montréal. Les résultats obtenus démontrent un taux de satisfaction élevé chez les 55 participants :

- 95 % recommanderaient le programme à un ami;
- 5 % le conseilleraient peut-être;
- 89 % considèrent que le programme les a aidés à modifier leurs habitudes de consommation d'alcool.

Le programme est disponible présentement dans un seul CSSS, mais il devra être implanté dans tous les CSSS d'ici quelques années.

Offre de service du palier régional

Soutien à l'implantation du programme dans les CSSS.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

A1.6 Réduire la proportion d'adolescents et d'adultes qui présentent des problèmes de consommation de drogues et d'alcool ainsi que des problèmes de jeux de hasard et d'argent.

A1.7 Réduire le taux de suicide : à moins de 22 pour 100 000 chez les hommes; à moins de 6 pour 100 000 chez les femmes. Réduire les tentatives de suicide : à moins de 3 pour 1 000 chez les hommes; à moins de 5 pour 1 000 chez les femmes.

A1.8 Augmenter la proportion de la population se percevant en bonne santé mentale.

C1.1 Réduire de 30 % la morbidité et la mortalité chez les usagers du réseau routier.

C1.2 Réduire la morbidité et la mortalité chez les conducteurs de véhicules hors route.

C1.3 Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Alcochoix+ : Fiche synthèse à l'intention des professionnels*, s. d., réf. du 1^{er} octobre 2009,

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/alcochoix/07-804-07.pdf>

Toutes les informations relatives au programme Alcochoix+ sur le site consacré aux dépendances du ministère de la Santé et des Services sociaux :

http://dependances.gouv.qc.ca/index.php?alcochoix_accueil

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

1.20.1

Résultat attendu

D'ici 2012, 100 % des CSSS procéderont à l'implantation du programme Alcochoix+.

Indicateur retenu

Proportion de CSSS qui ont implanté le programme Alcochoix+. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de CSSS qui implantent le programme Alcochoix+/nombre de CSSS (6) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : implantation du programme. Contribution à la promotion Alcochoix+.

Sources d'information (pour l'indicateur)

I-CLSC

Répondant du dossier dépendance du Service promotion-prévention : liste des CSSS qui ont implanté le programme Alcochoix+

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

1.21

Responsable de la rédaction

LUC BOISSONNEAULT

Activité

Soutien à l'élaboration et à l'application de politiques publiques ainsi que de mesures législatives et réglementaires visant la limitation des effets négatifs sur la santé des éléments suivants : l'accessibilité économique et physique à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent, les caractéristiques de certains jeux de hasard et d'argent.

Pratique clinique préventive

État de situation

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies publiait en 2006 *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*. Cette étude porte sur les répercussions des décès et de la maladie ainsi que sur les coûts liés à l'abus de substances (cette problématique compte parmi les problèmes de santé et les problèmes sociaux les plus importants). Entre autres, on y précise les impacts économiques qui aident à cibler correctement où sont les problèmes et à déterminer les politiques particulières auxquelles il faudrait s'attarder, cela permet de définir les lacunes en matière d'information, les besoins en recherche et les améliorations qui seraient souhaitables.

L'étude mentionne que l'abus de substances affecte l'économie canadienne. Au niveau des coûts directs, ce sont les soins de santé qui sont les plus touchés. Ces coûts sont liés aux soins de courte durée, à l'hospitalisation psychiatrique, aux traitements spécialisés, aux soins ambulatoires. Il suffit de penser aux 47 007 décès liés aux substances en 2002 pour estimer l'ampleur de ces coûts. Il ne faut surtout pas oublier les pertes de productivité au travail ou à la maison dont les coûts indirects représentent 61 % des sommes perdues liées à cette problématique.

La consommation d'alcool est une problématique qui est en croissance. L'augmentation des décès et des maladies attribuables à l'alcool entre 1992 et 2002 pourrait être liée à des changements dans les habitudes, notamment la consommation plus fréquente de cinq verres ou plus en une seule occasion. La consommation de drogues illicites a augmenté de façon substantielle. Par exemple, le nombre de décès attribuables à la consommation de drogues a plus que doublé entre 1992 et 2002.

Au niveau des jeux de hasard et d'argent, la santé publique s'intéresse aux facteurs de risque liés à l'accessibilité et à la dangerosité des produits, entre autres en fonction des différents types de jeu. À cet égard, il est important de bien considérer les caractéristiques de l'offre de jeu. Dans la région, les appareils de loterie vidéo restent un type de jeu à haut risque malgré l'arrivée des paris sur Internet. Depuis la mise en place d'un programme expérimental sur le jeu pathologique par le MSSS (2000-2005), plusieurs actions ont été développées. La région a été très active dans ce domaine, elle s'est dotée d'un plan de communication sur le jeu pathologique visant à améliorer les connaissances de la population. De plus, un outil d'information à l'intention des parents sur la prévention du jeu pathologique chez les jeunes a également été produit. Finalement, de nombreux intervenants ont contribué à faire progresser la réflexion sur la cyberdépendance ainsi que sur les liens entre le suicide et le jeu pathologique lors de deux colloques régionaux tenus en 2006 et en 2007.

Une nouvelle action sera mise de l'avant afin de recenser, de manière exploratoire, le nombre d'appareils de loterie vidéo dans la région et de recouper cette information avec les secteurs où la population vit en contexte de vulnérabilité.

Offre de service du palier régional

Soutien à l'élaboration et à l'application de règlements, de législations et de politiques publiques visant à limiter les effets négatifs sur la santé associés aux caractéristiques de certains jeux de hasard et d'argent et à l'accessibilité économique et physique à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent. Coordination du plan de communication. Coordination, en collaboration avec le Centre de prévention du suicide 02 (CPS 02), de la réalisation de l'étude de recensement des appareils de loterie vidéo.

Niveau actuel d'implantation <input type="checkbox"/> À maintenir <input checked="" type="checkbox"/> À consolider <input type="checkbox"/> À mettre en place	Clientèle visée <input type="checkbox"/> 0-5 ans et leurs parents <input type="checkbox"/> 6-17 ans et leurs parents <input checked="" type="checkbox"/> 18-64 ans <input checked="" type="checkbox"/> 65 ans et plus <input type="checkbox"/> Toute la population
Programmes-services concernés <input checked="" type="checkbox"/> Services généraux – activités cliniques et d'aide <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement <input type="checkbox"/> Déficience physique <input type="checkbox"/> Perte d'autonomie liée au vieillissement <input type="checkbox"/> Santé physique <input checked="" type="checkbox"/> Dépendance <input checked="" type="checkbox"/> Santé mentale <input type="checkbox"/> Jeunes en difficulté	
Objectifs santé visés par l'activité A1.6 Réduire la proportion d'adolescents et d'adultes qui présentent des problèmes de consommation de drogues, d'alcool et des problèmes de jeux de hasard et d'argent. A1.7 Réduire le taux de suicide : à moins de 22 pour 100 000 chez les hommes; à moins de 6 pour 100 000 chez les femmes. Réduire les tentatives de suicide : à moins de 3 pour 1 000 chez les hommes; à moins de 5 pour 1 000 chez les femmes. A1.8 Augmenter la proportion de la population se percevant en bonne santé mentale.	
Considérations particulières Les résultats des travaux ministériels sur l'élaboration et à l'application de politiques publiques ainsi que de mesures législatives et réglementaires visant la limitation des effets négatifs sur la santé des éléments suivants : l'accessibilité économique et physique à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent, les caractéristiques de certains jeux de hasard et d'argent permettront l'actualisation de cette activité.	
Références (guide, programme, plan d'action, site Internet) CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES. <i>Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 [points saillants]</i> , 2006, réf. du 1 ^{er} oct. 2009, www.ccsa.ca/2006%20CCSA%20Documents/ccsa-011333-2006.pdf	
Partie 2 – Liste des résultats attendus	
N° du résultat 1.21.1	
Résultat attendu D'ici 2012, 100 % des initiatives nationales qui visent le soutien à l'élaboration et à l'application de réglementation, de législation et de politiques publiques visant à limiter les effets négatifs sur la santé associés aux caractéristiques de certains jeux de hasard et d'argent ainsi qu'à l'accessibilité économique et physique à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent seront appuyées par des actions régionales.	
Indicateur retenu Proportion des initiatives nationales appuyées par des actions régionales. (Cible : 100 %)	
Méthode de calcul proposée Nombre des actions régionales en appui aux initiatives nationales/nombre d'initiatives nationales x 100 en %	
Période de couverture des données <input type="checkbox"/> Année civile <input checked="" type="checkbox"/> Année financière <input type="checkbox"/> Autre :	
Niveau de mise en œuvre <input checked="" type="checkbox"/> Local <input checked="" type="checkbox"/> Régional	
Rôle des partenaires CSSS : collaboration aux initiatives nationales et aux actions régionales. Organismes communautaires : diffusion du matériel des campagnes régionales et nationales.	
Sources d'information (pour l'indicateur) Répondant du dossier dépendance du Service promotion-prévention : liste des actions régionales en appui aux initiatives nationales	

N° du résultat

1.21.2

Résultat attendu

D'ici 2012, le nombre d'appareils de loterie vidéo dans la région sera recensé et recoupé avec les secteurs où la population vit en contexte de vulnérabilité.

Indicateur retenu

Carte régionale présentant les résultats finalisée.

Méthode de calcul proposée

Oui ou non

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CPS 02 : coordination de la collecte des informations.

Maison d'hébergement Le Séjour et Toxi-Actions : participation à l'analyse.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier dépendance du Service promotion-prévention : carte régionale résultant de l'étude

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

1.22

Responsable de la rédaction

ROBERT COLPRON

Activité

Soutien à l'élaboration et à l'application de mesures législatives et réglementaires visant la réduction de l'accessibilité aux armes à feu.

Pratique clinique préventive

État de situation

Certaines études confirment qu'en réduisant l'accès aux armes à feu, plusieurs décès par suicide ou homicide pourraient être évités. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, la chasse sportive est populaire et il est facile de présumer qu'un grand nombre de foyers abritent une ou plusieurs armes à feu. La réduction de l'accès à ces armes s'avère un moyen efficace de prévention du suicide, d'homicides ou d'accidents. C'est d'ailleurs pourquoi il existe des normes législatives et réglementaires régissant l'acquisition, l'entreposage et l'enregistrement des armes à feu.

En 2000, un comité aviseur régional sur les risques associés aux armes à feu a été formé. Il était animé par le CPS 02 et y étaient représentés la Sûreté du Québec, la Sûreté municipale de Saguenay, le Bureau du coroner du Québec, l'Association de chasse et de pêche de Chicoutimi, la Société de la faune et des parcs du Québec (SFPQ), le Centre jeunesse, l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) et l'Agence. Ensemble et de façon intersectorielle, ce groupe a inventorié les stratégies et les moyens pouvant agir sur le risque que représente la présence des armes à feu dans les foyers. Le travail en intersectorialité orchestré par le CPS 02 a inspiré plusieurs autres régions. En 2004, la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean était le chef de file en matière de stratégie concertée impliquant des partenaires intersectoriels, des individus et la collectivité. La campagne *Les armes et vous : êtes-vous à l'abri du drame* initiée par le comité aviseur sur les risques associés aux armes à feu a fait l'objet d'une candidature auprès du MSSS pour l'obtention d'un prix d'excellence. Malheureusement, ce comité n'existe plus depuis juin 2004. Le CPS 02 n'a pu fournir les efforts nécessaires pour maintenir cette mobilisation intersectorielle faute de ressources humaines disponibles. Actuellement, on est à évaluer la possibilité d'une éventuelle reprise de l'action intersectorielle.

Offre de service du palier régional

Soutien et collaboration avec le CPS 02 dans son rôle de prévention et de concertation intersectorielle pouvant influencer l'accessibilité restreinte des armes à feu pour réduire le suicide et les tentatives de suicide.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

A1.7 Réduire le taux de suicide : à moins de 22 pour 100 000 chez les hommes; à moins de 6 pour 100 000 chez les femmes. Réduire les tentatives de suicide : à moins de 3 pour 1 000 chez les hommes; à moins de 5 pour 1 000 chez les femmes.

Considérations particulières

Les résultats des travaux ministériels sur l'élaboration et l'application de mesures législatives et réglementaires visant la réduction de l'accessibilité aux armes à feu permettront l'actualisation de cette activité.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

ASSOCIATION CANADIENNE DES MÉDECINS D'URGENCE. *Énoncé de position de l'ACMU sur le contrôle des armes à feu*, 2009, réf. du 1^{er} octobre 2009,

<http://caep.ca/template.asp?id=37C951DE051A45979A9BDD0C5715C9FE>

GAGNÉ, M.P. *L'effet des législations canadiennes entourant le contrôle des armes à feu sur les homicides et les suicides*, Mémoire (M. Sc.), Université de Montréal, 2008, 103 f.

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

1.22.1

Résultat attendu

D'ici 2011, le comité intersectoriel sera de nouveau opérationnel pour soutenir l'élaboration et l'application de mesures législatives et réglementaires visant à réduire l'accessibilité aux armes à feu.

Indicateur retenu

Nombre annuel de rencontres du comité régional intersectoriel. (Cible > 1)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration à l'action intersectorielle.

CPS 02 : mobilisation des partenaires intersectoriels. Animation du comité.

Sûreté du Québec, Sûreté municipale de Saguenay, associations de chasse et pêche, SFPQ et autres partenaires : participation au comité intersectoriel.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier santé mentale du Service promotion-prévention : liste des membres du comité intersectoriel et compte rendu des réunions

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

1.23

Responsable de la rédaction

ROBERT COLPRON

Activité

Intervention visant la prévention du suicide et incluant : l'organisation d'activités de sensibilisation aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardés à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès; l'établissement des réseaux de sentinelles; des activités favorisant le traitement approprié du suicide dans les médias.

Pratique clinique préventive

État de situation

Depuis le milieu des années 90, la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean connaît un taux de suicide qui diminue avec une certaine constance. Ce taux est passé de la période 1994-1996 à la période 2003-2005 de 37,4 à 31,5 par 100 000 hommes et de 9,3 à 6,6 pour le même nombre de femmes. Il n'en demeure pas moins que le taux de suicide chez les hommes est significativement plus élevé que le taux québécois correspondant (25,4).

Actuellement, aucune démarche systématique n'est effectuée afin de favoriser le traitement médiatique approprié du suicide. Toutefois, de façon ponctuelle et en fonction de l'actualité, le CPS 02 intervient pour assurer la qualité du traitement de l'information. En lien avec le programme Sentinelles, le CPS 02 a collaboré activement à cette démarche préventive. Aussi, on compte dans certains milieux de vie (école, travail, communauté, etc.) des gens formés selon l'approche développée par l'Association québécoise de prévention du suicide dans le cadre du programme ministériel. Le programme Sentinelles du MSSS a fait l'objet d'une mobilisation régionale en partenariat avec les CSSS. Les rôles et les responsabilités sont entérinés par les acteurs principaux. Le travail d'implantation est amorcé et, d'ici 2010, chaque territoire de RLS aura des sentinelles dans au moins un milieu de jeunes et un milieu d'adultes. Le rôle de sentinelles est de dépister et de référer les personnes manifestant des symptômes de détresse.

Le CPS 02 agit comme porteur d'actions relatives à la sensibilisation aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardés à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès. Le travail en intersectorialité orchestré par le CPS 02 a inspiré plusieurs autres régions. En 2004, le Saguenay–Lac-Saint-Jean était le chef de file en matière de stratégie concertée impliquant des partenaires intersectoriels, des individus et la collectivité. La campagne *Les armes et vous : êtes-vous à l'abri du drame* initiée par le comité aviseur sur les risques associés aux armes à feu a fait l'objet d'une candidature auprès du MSSS pour l'obtention d'un prix d'excellence. Par ailleurs, en 2007-2008, plusieurs activités d'information/sensibilisation ont été réalisées dans divers milieux rejoignant au moins 1 000 personnes dans la région. Durant cette période, le même organisme a distribué gratuitement 1 000 verrous pour entreposage sécuritaire des armes à feu dans huit lieux couvrant l'ensemble de la région.

L'Agence compte encore sur l'excellente collaboration du CPS 02 ainsi que sur son leadership régional pour poursuivre le travail d'animation, de formation et de sensibilisation du milieu en lien avec les risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardés à la maison.

Offre de service du palier régional

Collaboration à la mobilisation des acteurs clés des secteurs.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Services généraux – activités cliniques et d'aide | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement |
| <input type="checkbox"/> Déficience physique | <input checked="" type="checkbox"/> Santé physique |
| <input type="checkbox"/> Perte d'autonomie liée au vieillissement | <input checked="" type="checkbox"/> Santé mentale |
| <input type="checkbox"/> Dépendance | |
| <input type="checkbox"/> Jeunes en difficulté | |

Objectifs santé visés par l'activité

A1.7 Réduire le taux de suicide : à moins de 22 pour 100 000 chez les hommes; à moins de 6 pour 100 000 chez les femmes. Réduire les tentatives de suicide : à moins de 3 pour 1 000 chez les hommes; à moins de 5 pour 1 000 chez les femmes.

Considérations particulières

La région a choisi l'implication des CSSS dans la mise en œuvre du programme Sentinelles. L'orientation donnée au programme est celle de considérer les nouvelles sentinelles formées à partir de 2009 dans chacun des territoires de RLS. La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean compte un seul CPS contrairement aux autres régions du Québec qui peuvent en compter plusieurs. Leurs rôles et responsabilités peuvent alors varier dans le cadre du programme Sentinelles. Il est primordial que la personne agissant comme sentinelle puisse s'identifier à un réseau local de services et qu'elle s'en sente partenaire.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide [cadre de référence]*, 2006, réf. du 1^{er} oct. 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-247-02.pdf>

Toutes les informations utiles sur le document *Les armes et vous : êtes vous à l'abri du drame* sur le site du Centre de prévention du suicide 02 :

www.cps02.org/Outilsdepr%C3%A9vention/R%C3%A9duirelesrisquesassoci%C3%A9sauxarmes%C3%A0feu/tabid/5147/language/fr-CA/Default.aspx

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

1.23.1

Résultat attendu

D'ici 2012, le comité intersectoriel sur les risques associés aux armes à feu élaborera un plan d'action favorisant le traitement médiatique approprié du suicide et la sensibilisation aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardés à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès.

Indicateur retenu

Plan d'action élaboré par le comité intersectoriel.

Méthode de calcul proposée

Oui ou non

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration aux actions du plan d'action.

CPS 02 : mobilisation et animation du comité.

Sûreté du Québec, Sûreté municipale de Saguenay, associations de chasse et de pêche, Société de la faune et des parcs du Québec et autres partenaires intersectoriels : participation à la définition et à la mise en œuvre des actions.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier santé mentale du Service promotion-prévention : plan d'action

N° du résultat

1.23.2

Résultat attendu

D'ici 2010, tous les CSSS planteront un réseau de sentinelles dans au moins un milieu de vie jeune et au moins un milieu de vie adulte.

Indicateurs retenus

1. Proportion de CSSS ayant implanté un réseau de sentinelles dans au moins un milieu de vie jeune. (Cible : 100 %)
2. Proportion de CSSS ayant implanté un réseau de sentinelles dans au moins un milieu de vie adulte. (Cible : 100 %)

Méthodes de calcul proposées

1. Nombre de CSSS ayant implanté un réseau de sentinelles dans au moins un milieu de vie jeune/nombre de CSSS (6) x 100 en %
2. Nombre de CSSS ayant implanté un réseau de sentinelles dans au moins un milieu de vie adulte/nombre de CSSS (6) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : implantation d'un réseau de sentinelles dans au moins deux milieux de vie, un jeune et un adulte.
CPS 02 : soutien aux CSSS.

Sources d'information (pour les indicateurs)

Répondants du programme Sentinelles des CSSS

Répondant du dossier santé mentale du Service promotion-prévention : liste des CSSS ayant implanté un réseau de sentinelles dans au moins deux milieux de vie (jeune et adulte)

Domaine 2

Habitudes de vie et maladies chroniques

Les activités visant à modifier
les facteurs environnementaux

Les activités en lien avec la promotion, le développement
et l'application de politiques, de lois et de règlements
favorisant l'adoption de saines habitudes de vie



Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

2.1

Responsable de la rédaction

CAROLINE BENOIT

Activité

Développement et mise en œuvre d'une politique québécoise en alimentation et nutrition.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

Les habitudes de vie jouent un rôle très important sur la santé et plus particulièrement sur la prévalence des maladies chroniques comme les MCV, les MPOC, le cancer et le diabète. L'alimentation est l'une des composantes des habitudes de vie et son lien avec certaines maladies chroniques est bien démontré. Par exemple, une consommation élevée et variée en fruits et légumes peut réduire le risque de MCV. À l'inverse, une alimentation riche en matières grasses, plus précisément en gras saturés et trans augmente ce risque. À l'instar des autres habitudes de vie, l'adoption de bonnes habitudes alimentaires est facilitée par des actions qui portent sur les comportements individuels, mais aussi sur les conditions de vie et l'environnement dans lesquels évoluent les individus. C'est pour appuyer ces actions que le MSSS dirige actuellement des travaux pour l'élaboration de la politique québécoise en matière de nutrition afin d'inclure les enjeux liés à l'alimentation en tenant compte des recommandations de la plus récente version du *Guide alimentaire canadien* et pour établir une mesure structurante venant encadrer la production de denrées alimentaires du début de la chaîne bioalimentaire à la consommation. À l'heure actuelle, la politique-cadre *Pour un virage santé à l'école* volet nutrition vient préciser les actions à entreprendre concernant les établissements scolaires et la mise en œuvre de cette politique est menée par le MÉLS. Pour les CSSS, un cadre de référence est disponible afin d'amener les établissements de santé à proposer des environnements favorables à l'acquisition de saines habitudes alimentaires.

Offre de service du palier régional

Collaboration à l'élaboration de la politique québécoise en alimentation et nutrition.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

B1.1 Augmenter la proportion des personnes qui rencontrent les recommandations du *Guide alimentaire canadien* concernant la consommation des quatre groupes d'aliments.

B1.2 Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes quotidiennement.

B1.3 Réduire l'apport quotidien moyen de sodium sous 3 350 mg pour atteindre l'apport maximal tolérable selon l'âge.

B2.1 Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires.

B2.5 Limiter l'augmentation de la prévalence du diabète chez la population âgée de 20 ans et plus à 30 %.

B2.6 Réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % le taux de prévalence de l'embonpoint.

Considérations particulières

Les résultats des travaux ministériels sur l'élaboration de la politique québécoise en alimentation et nutrition permettront l'actualisation de cette activité.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. *Pour un virage santé à l'école : Politique cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif*, 2007, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.mels.gouv.qc.ca/sections/virageSante/pdf/virageSante.pdf

Toutes les informations sur le *Guide alimentaire canadien* sur le site de l'Agence de la santé publique du Canada : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php

Toutes les informations sur les saines habitudes de vie sur le site dédié du gouvernement du Québec : www.saineshabitudesdevie.gouv.qc.ca

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

2.1.1

Résultat attendu

D'ici 2012, l'Agence collaborera aux initiatives nationales relatives à l'élaboration d'une politique québécoise en alimentation et nutrition.

Indicateur retenu

Collaboration à l'élaboration de la politique québécoise en alimentation.

Méthode de calcul proposée

Oui ou non

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration aux initiatives nationales et aux actions régionales s'il y a lieu.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier nutrition du Service promotion-prévention : liste des initiatives nationales et des actions régionales

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

2.2

Responsable de la rédaction

CAROLINE BENOIT

Activité

Soutien au développement et à la mise en œuvre de politiques-cadres en alimentation et en activité physique pour les milieux du travail, de l'éducation et des loisirs de même que pour les municipalités et les établissements de santé et de services sociaux.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

La surcharge pondérale, et particulièrement l'obésité, est une cause importante de maladies cardiovasculaires, de diabète et de certains cancers. On peut associer un risque relatif pour diverses maladies chroniques à un niveau insuffisant d'activité physique. Dans le cadre du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION 2007-2009, le déploiement a été réalisé dans cinq des six CSSS auprès de leurs employés. Des kinésiologues ont été engagés pour y assurer l'implantation du programme. Dans les prochaines années, le programme sera implanté dans d'autres milieux de travail. Le programme prévoit l'implantation de politiques en alimentation et en activité physique pour le personnel. D'ici 2010, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux devront se doter d'une politique sur la saine alimentation et la mettre en œuvre d'ici 2012. Au niveau des écoles, le déploiement est sous la responsabilité du MÉLS en respect de la politique-cadre *Pour un virage santé à l'école*. La majorité des écoles (72 écoles primaires et 18 écoles secondaires) auraient éliminé les boissons gazeuses sucrées, celles avec substitut de sucre ainsi que les boissons avec sucre ajouté; d'autres auraient éliminé la friture des aliments.

Offre de service du palier régional

Accompagnement et soutien des établissements du réseau de la santé et des services sociaux dans l'adoption et l'implantation de leurs politiques en alimentation et en activité physique en milieu de travail. Supervision des kinésiologues qui vont collaborer à l'implantation de politiques en milieu de travail. Collaboration à l'implantation de la politique en milieu scolaire *Pour un virage santé à l'école*.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

B1.1 Augmenter la proportion des personnes qui rencontrent les recommandations du *Guide alimentaire canadien* concernant la consommation des quatre groupes d'aliments.

B1.2 Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes quotidiennement.

B1.3 Réduire l'apport quotidien moyen de sodium sous 3 350 mg pour atteindre l'apport maximal tolérable selon l'âge.

B1.5 Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.

B2.1 Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires.

B2.5 Limiter l'augmentation de la prévalence du diabète chez la population âgée de 20 ans et plus à 30 %.

B2.6 Réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % le taux de prévalence de l'embonpoint.

B2.7 Réduire la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans ou plus.

Considérations particulières

Le guide d'application du volet alimentaire de la politique-cadre en milieu scolaire a été publié en octobre 2008. Le guide d'implantation ainsi que les outils du volet activité physique sont en préparation. Pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, le cadre de référence est rendu disponible depuis juillet 2009.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Miser sur une saine alimentation : une question de qualité [cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées]*, 2009, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-289-02.pdf>

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. *Pour un virage santé à l'école : Politique cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif*, 2007, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.mels.gouv.qc.ca/sections/virageSante/pdf/virageSante.pdf

Toutes les informations sur les pratiques reconnues efficaces et les avis scientifiques sur :

- le site du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION : www.0-5-30.com
- le site de Kino-Québec : www.kino-quebec.qc.ca

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

2.2.1

Résultat attendu

D'ici 2010, les CSSS, le Foyer Saint-François, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) et le Centre jeunesse adopteront une politique sur la saine alimentation.

Indicateur retenu

Proportion d'établissements concernés ayant adopté une politique sur la saine alimentation. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre d'établissements ayant adopté une politique/nombre d'établissements (9) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS, Foyer Saint-François, CRDI, Centre jeunesse : élaboration ou modification de la politique sur la saine alimentation en respect du cadre de référence du MSSS et adoption par le conseil d'administration.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants de santé publique des CSSS : résolution du conseil d'administration de chaque établissement relative à l'adoption de la politique sur la saine alimentation

Répondant du dossier nutrition du Service promotion-prévention

N° du résultat

2.2.2

Résultat attendu

D'ici 2012, les CSSS, le Foyer Saint-François, le CRDI et le Centre jeunesse mettront en œuvre leur politique sur la saine alimentation.

Indicateur retenu

Proportion d'établissements concernés ayant mis en œuvre leur politique sur la saine alimentation. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre d'établissements ayant mis en œuvre leur politique/nombre d'établissements (9) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre	<input checked="" type="checkbox"/> Local	<input checked="" type="checkbox"/> Régional
Rôle des partenaires		
CSSS, Foyer Saint-François, CRDI, Centre jeunesse : mise en œuvre de la politique sur la saine alimentation de chaque établissement.		
Sources d'information (pour l'indicateur)		
Répondant du dossier nutrition du Service promotion-prévention : plan de mise en œuvre de la politique sur la saine alimentation de chaque établissement		
N° du résultat		
2.2.3		
Résultat attendu		
D'ici 2012, au moins cinq CSSS adopteront une politique en activité physique.		
Indicateur retenu		
Proportion des CSSS concernés ayant adopté une politique en activité physique. (Cible ≥ 83 %)		
Méthode de calcul proposée		
Nombre de CSSS ayant adopté une politique/nombre de CSSS (6) x 100 en %		
Période de couverture des données <input type="checkbox"/> Année civile <input checked="" type="checkbox"/> Année financière <input type="checkbox"/> Autre :		
Niveau de mise en œuvre	<input checked="" type="checkbox"/> Local	<input checked="" type="checkbox"/> Régional
Rôle des partenaires		
CSSS : élaboration de la politique en activité physique en lien avec le programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION et adoption par le conseil d'administration.		
Sources d'information (pour l'indicateur)		
Répondants de santé publique des CSSS : résolution du conseil d'administration de chaque établissement relative à l'adoption de la politique en activité physique		
Répondant du dossier 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION du Service promotion-prévention		
N° du résultat		
2.2.4		
Résultat attendu		
D'ici 2012, au moins cinq CSSS mettront en œuvre leur politique en activité physique.		
Indicateur retenu		
Proportion de CSSS concernés ayant mis en œuvre leur politique. (Cible ≥ 83 %)		
Méthode de calcul proposée		
Nombre de CSSS ayant mis en œuvre leur politique/nombre de CSSS (6) x 100 en %		
Période de couverture des données <input type="checkbox"/> Année civile <input checked="" type="checkbox"/> Année financière <input type="checkbox"/> Autre :		
Niveau de mise en œuvre	<input checked="" type="checkbox"/> Local	<input checked="" type="checkbox"/> Régional
Rôle des partenaires		
CSSS : mise en œuvre de leur politique en activité physique.		
Sources d'information (pour l'indicateur)		
Répondants de santé publique des CSSS : plans de mise en œuvre de la politique en activité physique		
Répondant du dossier 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION du Service promotion-prévention		

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

2.3

Responsable de la rédaction

ANDRÉ MARCHAND

Activité

Inspection quant au respect des mesures contenues dans la Loi sur le tabac, soit celles qui restreignent l'usage du tabac dans la plupart des lieux publics, celles ayant trait à la vente des produits du tabac ainsi que celles portant sur l'emballage, la promotion, la publicité et l'étalage des produits du tabac.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

La santé des personnes qui ne fument pas est affectée par la fumée du tabac dans l'environnement (FTE), particulièrement celle des enfants, des femmes enceintes et des personnes dont les voies respiratoires sont plus sensibles. Chaque année, l'exposition à la FTE fait environ 300 victimes québécoises. Les politiques d'interdiction de fumer dans les milieux de travail ont un impact favorable sur la consommation de tabac et sur la décision de cesser de fumer. La création d'un environnement totalement sans fumée réduit la prévalence et la moyenne de consommation quotidienne de cigarettes. L'inspection des mesures prévues dans la Loi sur le tabac est sous la responsabilité du MSSS. Les inspections sont coordonnées au niveau provincial et des inspecteurs interviennent à la suite des plaintes provenant de citoyens constatant des infractions commises par des fumeurs et/ou des gestionnaires d'établissements. Les résultats de ces inspections sont publiés par le MSSS et disponibles sur Internet. À l'occasion, l'Agence et les CSSS collaborent pour aider les milieux à améliorer l'application de la Loi sur le tabac.

Offre de service du palier régional

Collaboration à l'implantation de mesures favorisant l'application de la Loi sur le tabac.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

B1.6 Réduire la proportion de fumeurs chez les jeunes du secondaire à 13 % et la proportion de fumeurs de 15 ans et plus à 16 %.

B2.1 Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires.

B2.2 Réduire le taux de mortalité : de 25 % par cancer du sein chez les femmes dépistées de 50 à 69 ans; de 10 % par cancer du col utérin chez les femmes âgées de 25 à 64 ans; par cancer du poumon.

B2.3 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme.

B2.4 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique.

Considérations particulières

Cette activité est exclusivement sous la responsabilité du MSSS. L'Agence et les CSSS peuvent collaborer au besoin à la demande du MSSS pour la recherche de solutions et l'accompagnement des milieux qui doivent améliorer l'application de la loi.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Pour tout savoir sur la prévention des méfaits du tabac : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

2.3.1

Résultat attendu

D'ici 2012, tous les milieux de travail référés par le MSSS pour des difficultés à faire respecter la Loi sur le tabac recevront une aide.

Indicateur retenu

Proportion de milieux de travail référés ayant reçu une aide. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de milieux de travail ayant reçu une aide/nombre de milieux référés par le MSSS x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration à l'implantation de mesures favorisant l'application de la Loi sur le tabac.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier lutte contre le tabagisme du Service promotion-prévention : liste des références et des actions prises

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

2.4

Responsable de la rédaction

RENÉ LAROUCHE

Activité

Promotion auprès des municipalités de la fluoration de l'eau potable.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

La carie dentaire représente l'affection chronique la plus prévalente chez les enfants de 5 à 17 ans, soit cinq fois plus que l'asthme, tandis que les adultes québécois affichent le taux d'édentation le plus élevé au Canada. La fluoration de l'eau potable peut résulter en des baisses de l'ordre de 20 à 40 % du taux de carie; elle est la mesure la plus efficace, équitable et efficiente de prévention de la carie coronaire et radiculaire.

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. 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 ne participe au programme de fluoration de l'eau de consommation du MSSS.

À la suite de l'avis scientifique émis par l'INSPQ, le MSSS a réaffirmé sa position en faveur de la fluoration de l'eau potable dont certaines responsabilités sont de niveau régional. Étant donné que tous les CSSS de la région ont une ou des municipalités de 5 000 habitants et plus sur leur territoire, il y a aussi une responsabilité locale à soutenir cette activité. La Direction générale de la santé publique du MSSS a proposé d'initier des travaux proposant des mécanismes de travail et de concertation (ex. : unité générale d'intervention) afin d'assurer une meilleure mobilisation des ressources pour soutenir la promotion et le déploiement de la fluoration de l'eau potable au Québec. À la suite de l'analyse de la faisabilité de rendre la fluoration de l'eau potable obligatoire, il est envisageable de le faire par l'adoption d'un règlement dans la Loi sur la qualité de l'eau potable qui fixerait la concentration minimale en fluorure à 0,7 mg/L d'eau.

Offre de service du palier régional

Information et sensibilisation de la population et des élus municipaux. Soutien des municipalités dans leur décision et leurs démarches auprès du MSSS.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficiência physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficiência intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

B2.8 Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Fluoruration de l'eau : Analyse des bénéfices et des risques pour la santé [avis scientifique]*, 2007, réf. du 1^{er} octobre 2009,

www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=638

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012 [document complémentaire]*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009,

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-231-01.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

2.4.1

Résultat attendu

D'ici 2010, la fluoruration de l'eau potable sera promue auprès de toutes les municipalités avec un réseau d'aqueduc desservant une population de 5 000 habitants et plus.

Indicateur retenu

Proportion des municipalités avec un réseau d'aqueduc desservant une population de 5 000 habitants et plus rencontrées (cible : 100 %).

Méthode de calcul proposée

Nombre de municipalités rencontrées/nombre de municipalités avec un réseau d'aqueduc desservant une population de 5 000 habitants et plus x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : implication d'un représentant lors de l'information et la sensibilisation des élus municipaux et de la population locale.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Dentiste-conseil du Service promotion-prévention : liste des municipalités rencontrées

N° du résultat

2.4.2

Résultat attendu

D'ici 2012, 50 % de la population régionale bénéficiera de la fluoruration de l'eau potable conformément au règlement ministériel.

Indicateur retenu

Proportion de la population régionale ayant accès à de l'eau potable avec une concentration optimale. (Cible : 50 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre d'habitants de la région ayant accès à de l'eau potable avec une concentration optimale/nombre total d'habitants de la région x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

Municipalités : fluoruration de l'eau potable des réseaux municipaux.

Direction régionale du MDDEP : collaboration à la mise à jour d'un registre des concentrations de fluorure dans les réseaux d'eau potable.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Dentiste-conseil du Service promotion-prévention : liste des réseaux municipaux dont l'eau est fluorée, incluant le nombre de personnes concernées

Domaine 2

Habitudes de vie et maladies chroniques

Les activités visant à modifier
les facteurs environnementaux

Les activités de promotion et de prévention
concernant les saines habitudes de vie
dans les milieux de vie et les communautés



Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

2.5

Responsable de la rédaction

ROBERT COLPRON

Activité

Soutien au développement ou à la consolidation d'initiatives concertées qui agissent sur les déterminants de la sécurité alimentaire, par exemple l'accès économique et physique à une quantité suffisante d'aliments sains.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

La sécurité alimentaire des personnes s'inscrit dans un contexte plus large et dépend de décisions économiques, politiques et sociales de différents intervenants : agriculteurs, transformateurs alimentaires, grossistes, chaînes d'alimentation, gouvernements, municipalités, commissions scolaires et groupes communautaires. Ces intervenants considèrent également que la sécurité alimentaire dépend aussi d'autres facteurs déterminants comme le coût des logements, le revenu des personnes, leur endettement, leur capacité à se trouver un emploi, leur niveau d'instruction, leur parcours de vie, autant d'éléments qu'il faut prendre en compte pour s'attaquer au problème de la faim.

Selon l'enquête de santé menée par l'Agence en 2007, environ 14 % de la population adulte de la région vit de l'insécurité alimentaire en raison d'un manque d'argent. Avec ainsi près de 30 000 adultes touchés par de telles difficultés sans compter l'impact indéniable chez les enfants, la sensibilisation et la mobilisation de tous n'en deviennent que plus justifiées. Dans la majorité des territoires de la région, il existe un comité intersectoriel local de concertation. L'accessibilité aux aliments sains y est discutée et des actions concertées y sont planifiées.

En concomitance, l'Agence anime le milieu régional autour d'un comité de réflexion et d'action en sécurité alimentaire. Des projets d'action concertée en matière de sécurité alimentaire ont pris forme tels des études, des campagnes de communication des formations, des colloques, etc. La table régionale sur les saines habitudes de vie vise à consolider les collaborations nécessaires à l'actualisation régionale du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids, Investir pour l'avenir* dans lequel figure notamment une action sur la sécurité alimentaire. On vise la poursuite d'initiatives favorisant l'accès aux aliments sains, notamment pour les populations économiquement défavorisées. À l'échelle des communautés, les activités qui favorisent l'autonomie alimentaire et celles qui ont trait à l'éducation populaire et au développement d'habiletés culinaires y contribueront.

Offre de service du palier régional

Soutien aux actions qui stimulent la concertation locale et la mise en place de pratiques alternatives. Animation de la mobilisation régionale des acteurs du développement social pour faciliter l'accès économique et physique à des aliments sains.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
 À consolider
 À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents 6-17 ans et leurs parents
 18-64 ans 65 ans et plus Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
 Déficience physique
 Perte d'autonomie liée au vieillissement Santé physique
 Dépendance Santé mentale
 Jeunes en difficulté

Objectifs santé visés par l'activité

B1.4 Réduire à moins de 4,5 % la proportion de personnes de 12 ans et plus vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN. *Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007 [rapport sommaire]*, 2007, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.santesaglac.gouv.qc.ca/publication6.html

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Investir pour l'avenir : Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-289-01.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

2.5.1

Résultat attendu

D'ici 2012, six rencontres régionales des répondants locaux des tables locales en sécurité alimentaire et d'autres organismes préoccupés par cette problématique (Moisson Saguenay-Lac-Saint-Jean, les centres locaux d'emploi, etc.) auront lieu annuellement.

Indicateur retenu

Nombre annuel de rencontres régionales. (Cible : 6)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple, pour chaque année

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS et organismes communautaires : participation aux rencontres locales et délégation aux rencontres régionales.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier sécurité alimentaire du Service promotion-prévention : compte rendu des réunions

N° du résultat

2.5.2

Résultat attendu

D'ici 2012, deux formations régionales traitant des déterminants de la sécurité alimentaire seront dispensées aux acteurs concernés par la problématique.

Indicateur retenu

Nombre de formations dispensées. (Cible : 2)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS, organismes communautaires et autres partenaires : collaboration et participation à l'élaboration des contenus et à l'organisation des formations.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier sécurité alimentaire du Service promotion-prévention : plan de formation, liste des participants

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

2.6

Responsable de la rédaction

ANDRÉ MARCHAND

Activité

Dans le cadre de l'approche École en santé, activités de promotion et de prévention axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie (le non-usage du tabac, une saine alimentation, l'activité physique et l'hygiène dentaire) visant à la fois les individus et les environnements.

Pratique clinique préventive

État de situation

Le tabagisme, une alimentation inadéquate et la sédentarité représenteraient les trois premières causes véritables de tous les décès dus à une maladie chronique. L'INSPQ a évalué les différents programmes de prévention du tabagisme destinés aux jeunes. Pour que les programmes soient efficaces, ils doivent faire l'objet d'une approche globale et intégrée. Plusieurs programmes sont mis en œuvre afin de prévenir l'usage du tabac, il s'agit de La gang allumée pour une vie sans fumée et du spectacle théâtre rock In vivo. À ces programmes s'ajoutent la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac et le Défi J'arrête, j'y gagne! Les non-fumeurs sont aussi protégés de la fumée du tabac par la loi qui interdit de fumer dans la cour d'école.

Pour améliorer l'alimentation chez les jeunes, l'Association régionale du sport étudiant (ARSE) coordonne le Défi Moi, j'croque et Peluredebanane.com. De plus, le programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau est appliqué dans son ensemble par deux CSSS et partiellement par deux autres CSSS. La promotion de l'activité physique se fait par le programme Kino-Québec. Certaines activités de ce programme, comme le mois international Marchons vers l'école, la campagne Plaisirs d'hiver, le concours École active permettent aux jeunes du milieu scolaire d'atteindre le niveau recommandé d'activité physique. De plus, en collaboration avec Vélo-Québec, Kino-Québec promeut le projet Mon école à pied et à vélo. Par ailleurs, l'ARSE reconnaît les efforts des écoles pour prévenir le tabagisme et promouvoir une saine alimentation et l'activité physique chez les jeunes à l'aide du programme ISO-ACTIF. L'an dernier, on notait qu'au-delà de 50 % des écoles primaires et secondaires avaient réalisé au moins une activité en lien avec un programme ou une campagne portant sur les saines habitudes de vie.

Au niveau de l'hygiène buccodentaire, diverses activités locales de promotion et de prévention sont réalisées auprès des élèves des écoles primaires, tout en permettant l'intégration de messages éducatifs. Pour faciliter la coordination de l'ensemble de ces programmes et ces campagnes, une offre de service globale, avec la collaboration des infirmiers scolaires, serait facilitante pour les directeurs d'écoles.

Offre de service du palier régional

Préparation d'une offre de service pour les écoles primaires et secondaires pour l'implantation de programmes ou campagnes de promotion sur les saines habitudes de vie destinés aux jeunes. Planification et coordination des programmes et campagnes.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

B1.1 Augmenter la proportion des personnes qui rencontrent les recommandations du *Guide alimentaire canadien* concernant la consommation des quatre groupes d'aliments.

B1.2 Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes quotidiennement.

B1.5 Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.

B1.6 Réduire la proportion de fumeurs chez les jeunes du secondaire à 13 % et la proportion de fumeurs de 15 ans et plus à 16 %.

B1.7 Augmenter la proportion de la population ayant de saines habitudes de vie favorables à la santé buccodentaire.

B2.1 Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires.

B2.2 Réduire le taux de mortalité : de 25 % par cancer du sein chez les femmes dépistées de 50 à 69 ans; de 10 % par cancer du col utérin chez les femmes âgées de 25 à 64 ans; par cancer du poumon.

B2.3 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme.

B2.4 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique.

B2.5 Limiter l'augmentation de la prévalence du diabète chez la population âgée de 20 ans et plus à 30 %.

B2.6 Réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % le taux de prévalence de l'embonpoint.

B2.8 Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.

B2.9 Réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivite et maladies parodontales destructives) chez les personnes âgées de 18 ans ou plus.

Considérations particulières

L'ensemble des programmes et des campagnes de promotion des saines habitudes de vie devront faire l'objet d'une bonne diffusion et aussi d'un support adéquat pour assurer leur succès. Le matériel nécessaire devra être distribué en quantité suffisante et à temps. La collaboration des infirmiers scolaires est primordiale pour assurer le soutien nécessaire aux écoles pour le déploiement des programmes et des campagnes.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Pour tout savoir sur la prévention des méfaits du tabac : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac

Pour tout savoir sur la promotion des modes de vie physiquement actifs : www.kino-quebec.qc.ca

Toutes les informations sur le sport étudiant au Saguenay–Lac-Saint-Jean : www.sportetudiantsaglac.ca

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

2.6.1

Résultat attendu

D'ici 2012, une proportion annuelle de 50 % des écoles primaires et secondaires réalisera au moins une activité dans le cadre d'un programme ou d'une campagne de promotion sur les saines habitudes de vie.

Indicateurs retenus

1. Proportion annuelle d'écoles primaires ayant réalisé au moins une activité dans le cadre d'un programme ou d'une campagne de promotion sur les saines habitudes de vie. (Cible : 50 %)

2. Proportion annuelle d'écoles secondaires ayant réalisé au moins une activité dans le cadre d'un programme ou d'une campagne de promotion sur les saines habitudes de vie. (Cible : 50 %)

Méthodes de calcul proposées

1. Nombre d'écoles primaires ayant réalisé au moins une activité/nombre d'écoles primaires x 100 en %, pour chaque année

2. Nombre d'écoles secondaires ayant réalisé au moins une activité/nombre d'écoles secondaires x 100 en %, pour chaque année

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre : 1^{er} sept. au 30 juin

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration à l'offre de service aux directions d'écoles. Coordination et participation à la mise en oeuvre de programmes et campagnes.

ARSE : coordination et participation à la mise en oeuvre de programmes.

Commissions scolaires et écoles : mise en oeuvre de programmes et campagnes.

Sources d'information (pour les indicateurs)

ARSE : liste des activités annuelles dans les écoles primaires et secondaires

Répondant Kino-Québec du Service promotion-prévention : liste des écoles primaires et secondaires, bilan régional des activités réalisées annuellement dans le cadre d'un programme ou d'une campagne de promotion sur les saines habitudes de vie

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

2.7

Responsable de la rédaction

ANDRÉ MARCHAND

Activité

Sensibilisation et soutien des milieux de travail à la promotion et l'acquisition de saines habitudes de vie auprès de leurs employés.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

Le tabagisme, une alimentation inadéquate et la sédentarité représenteraient les trois premières causes de tous les décès dus à une maladie chronique. À lui seul, le tabagisme cause près du quart de tous les décès chaque année, alors que 50 % de la mortalité prématurée serait liée aux habitudes alimentaires. La surcharge pondérale, et particulièrement l'obésité, est une cause importante de maladies cardiovasculaires, de diabète et de certains cancers. Enfin, on peut associer un risque relatif pour diverses maladies chroniques à un niveau insuffisant d'activité physique. Dans le cadre du plan d'action régional du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION 2007-2009, le déploiement a été réalisé dans cinq des six CSSS. Des kinésologues ont été engagés pour assurer l'implantation du programme dans les CSSS. Dans les prochaines années, le programme sera implanté dans d'autres milieux de travail.

Offre de service du palier régional

Accompagnement et soutien du réseau de la santé et des services sociaux dans le déploiement du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION. Supervision des kinésologues qui déploient le programme dans les CSSS et aussi dans d'autres milieux de travail.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
 À consolider
 À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents 6-17 ans et leurs parents
 18-64 ans 65 ans et plus Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
 Déficience physique
 Perte d'autonomie liée au vieillissement Santé physique
 Dépendance Santé mentale
 Jeunes en difficulté

Objectifs santé visés par l'activité

B1.1 Augmenter la proportion des personnes qui rencontrent les recommandations du *Guide alimentaire canadien* concernant la consommation des quatre groupes d'aliments.

B1.2 Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes quotidiennement.

B1.3 Réduire l'apport quotidien moyen de sodium sous 3 350 mg pour atteindre l'apport maximal tolérable selon l'âge.

B1.5 Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.

B1.6 Réduire la proportion de fumeurs chez les jeunes du secondaire à 13 % et la proportion de fumeurs de 15 ans et plus à 16 %.

B2.1 Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires.

B2.2 Réduire le taux de mortalité : de 25 % par cancer du sein chez les femmes dépistées de 50 à 69 ans; de 10 % par cancer du col utérin chez les femmes âgées de 25 à 64 ans; par cancer du poumon.

B2.3 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme.

B2.4 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique.

B2.5 Limiter l'augmentation de la prévalence du diabète chez la population âgée de 20 ans et plus à 30 %.

B2.6 Réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % le taux de prévalence de l'embonpoint.

Considérations particulières

L'approche en sept étapes du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION est nécessaire pour bien coordonner les actions à mettre en œuvre dans les CSSS par les kinésiothérapeutes engagés. Le matériel nécessaire devra être distribué en quantité suffisante et à temps. La collaboration des kinésiothérapeutes est essentielle pour assurer le soutien nécessaire à d'autres milieux de travail qui veulent implanter le programme.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Toutes les informations sur le programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION : www.0-5-30.com

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

2.7.1

Résultat attendu

D'ici 2012, le programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION sera implanté dans six autres milieux de travail.

Indicateur retenu

Nombre de nouveaux milieux de travail qui ont implanté le programme. (Cible : 6)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : organisation d'activités éducatives et environnementales dans le cadre du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION. Implantation du programme, avec l'approche en sept étapes, dans une entreprise ou un établissement du territoire du CSSS. Promotion du programme.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants de santé publique des CSSS : liste des milieux de travail qui auront implanté le programme dans leur territoire

Répondant du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION du Service promotion-prévention

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

2.8

Responsable de la rédaction

MICHEL LACHAPELLE

Activité

Sensibilisation et soutien des municipalités à la création d'environnements propices à la saine alimentation, au non-tabagisme et à l'activité physique – accès à des lieux pour pratiquer des activités physiques, aménagement urbain favorisant les déplacements actifs, réglementation, etc.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

Le tabagisme, une alimentation inadéquate et la sédentarité représenteraient les trois premières causes de tous les décès dus à une maladie chronique. À lui seul, le tabagisme cause près du quart de tous les décès chaque année, alors que 50 % de la mortalité prématurée serait liée aux habitudes alimentaires. La surcharge pondérale, et particulièrement l'obésité, est une cause importante de maladies cardiovasculaires, de diabète et de certains cancers. Enfin, on peut associer un risque relatif pour diverses maladies chroniques à un niveau insuffisant d'activité physique. Dans le cadre du plan d'action régional du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION, des kinésiologues ont été engagés pour en assurer l'implantation dans les CSSS. Dans les prochaines années, le programme pourrait être implanté dans des municipalités. En plus de ce programme, les municipalités pourraient bénéficier d'un nouveau programme intitulé Municipalité active qui consiste à initier une démarche visant à créer des environnements favorables à la pratique régulière d'activités physiques.

Offre de service du palier régional

Planification et coordination de l'implantation du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION et du projet Municipalité active. Supervision des kinésiologues qui déploient le programme 0-5-30 COMBINAISON-PRÉVENTION dans des municipalités. Accompagnement et soutien des municipalités pour le programme Municipalité active.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

B1.1 Augmenter la proportion des personnes qui rencontrent les recommandations du *Guide alimentaire canadien* concernant la consommation des quatre groupes d'aliments.

B1.2 Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes quotidiennement.

B1.5 Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.

B1.6 Réduire la proportion de fumeurs chez les jeunes du secondaire à 13 % et la proportion de fumeurs de 15 ans et plus à 16 %.

B2.1 Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires.

B2.3 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme.

B2.4 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique.

B2.5 Limiter l'augmentation de la prévalence du diabète chez la population âgée de 20 ans et plus à 30 %.

B2.6 Réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % le taux de prévalence de l'embonpoint.

B2.7 Réduire la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans ou plus.

G1.1 Réduire les inégalités.

G1.2 Renforcer la vitalité des milieux.

Considérations particulières

L'implantation du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION dans une municipalité va nécessiter la collaboration du kinésologue du CSSS ainsi que du Service de recherche, connaissance et surveillance de l'Agence.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Pour tout savoir sur la promotion des modes de vie physiquement actifs : www.kino-quebec.qc.ca

Toutes les informations sur le programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION : www.0-5-30.com

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

2.8.1

Résultat attendu

D'ici 2012, au moins une municipalité plantera le programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION.

Indicateur retenu

Nombre de municipalités ayant implanté le programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION.
(Cible ≥ 1)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : promotion du programme. Participation à l'implantation du programme dans une municipalité.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants de santé publique des CSSS

Répondant Kino-Québec du Service promotion-prévention : liste des municipalités

N° du résultat

2.8.2

Résultat attendu

D'ici 2012, au moins deux municipalités planteront le programme Municipalité active.

Indicateur retenu

Nombre de municipalités ayant implanté le programme Municipalité active. (Cible ≥ 2)

Méthode de calcul proposée

Nombre de municipalités ayant implanté le programme Municipalité active/2 municipalités x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

Municipalités : implantation du programme Municipalité active.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant Kino-Québec du Service promotion-prévention : liste des municipalités

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

2.9

Responsable de la rédaction

SYLVAIN OUELLET

Activité

Soutien des communautés et de divers milieux à la création de groupes et de réseaux (par exemple, concertation d'organismes, jeunes leaders, groupes de marcheurs ou de cyclistes, groupes d'activités physiques pour les aînés) pour favoriser l'accès à des activités physiques.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la sédentarité renforce toutes les causes de mortalité, double le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète, d'obésité et augmente les risques de cancer du côlon, d'hypertension artérielle, d'ostéoporose, de troubles lipidiques, de dépression et d'anxiété. L'approche écologique en promotion et en éducation pour la santé suggère d'intervenir autant sur les facteurs personnels que sur les facteurs environnementaux, organisationnels et sociaux. Ce modèle intègre des interventions de types individuel et populationnel qui sont recommandées dans l'*Avis du comité scientifique de Kino-Québec : Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec*. À l'intérieur de la politique-cadre *Pour un virage santé à l'école*, des outils d'animation et d'aménagement seront développés par le MÉLS et le réseau Kino-Québec. Ce dernier, par exemple, soutient la mise en place des groupes de jeunes leaders (Voltage). Par ailleurs, il existe trois clubs de marche intérieure (Alma, Roberval et Chicoutimi) et un club de marche de quartier à Chicoutimi. Dans le cadre du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION, des politiques en activité physique vont être mises en œuvre dans des établissements de santé et d'autres milieux de travail. De plus, dans la région, il y a 120 groupes Viactive poursuivant des activités de mise en forme pour les aînés. Les groupes Viactive vont poursuivre leurs activités, en tentant d'en augmenter leur nombre. Chaque année, environ 60 visites sont effectuées par le conseiller régional Viactive.

Offre de service du palier régional

Soutien à la formation de groupes de jeunes leaders (Voltage). Soutien et formation de bénévoles pour l'animation des activités des clubs de marche. Collaboration au développement de programme d'activités physiques dans des établissements de santé et d'autres milieux de travail. Planification de la formation et soutien pour la mise en place de projets en transport actif et durable. Planification et coordination du développement des groupes Viactive. Formation de bénévoles pour l'animation des activités Viactive.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

B1.5 Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.

B2.1 Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires.

B2.5 Limiter l'augmentation de la prévalence du diabète chez la population âgée de 20 ans et plus à 30 %.

B2.6 Réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % le taux de prévalence de l'embonpoint.

B2.7 Réduire la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans ou plus.

Considérations particulières

L'implication et l'adhésion de l'équipe-école sont essentielles au suivi des groupes de jeunes leaders. Le travail d'accompagnement du conseiller régional Viactive est nécessaire pour assurer le bon fonctionnement des groupes Viactive.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

KINO-QUÉBEC. *Avis du comité scientifique de Kino-Québec : Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec*, 2004, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.kino-quebec.qc.ca/publications/AvisStrategies.pdf

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. *Pour un virage santé à l'école : Politique cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif*, 2007, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.mels.gouv.qc.ca/sections/virageSante/pdf/virageSante.pdf

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *La sédentarité, une cause majeure de maladies et d'incapacités*, 2002, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.who.int/mediacentre/news/releases/release23/fr/index.html

Toutes les informations sur le programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION : www.0-5-30.com

Pour tout savoir sur la promotion des modes de vie physiquement actifs : www.kino-quebec.qc.ca

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

2.9.1

Résultat attendu

D'ici 2012, quinze nouveaux groupes Viactive seront formés pour offrir des séances d'exercices pour les aînés.

Indicateur retenu

Nombre de nouveaux groupes Viactive formés. (Cible : 15)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration à la formation de nouveaux groupes sur leur territoire de RLS. Collaboration au fonctionnement des groupes existants.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Conseiller régional des groupes Viactive : liste des groupes formés par territoire de RLS
Répondant Kino-Québec du Service promotion-prévention

N° du résultat

2.9.2

Résultat attendu

D'ici 2012, six groupes de jeunes leaders (Voltage) seront formés.

Indicateur retenu

Nombre de groupes de jeunes leaders formés. (Cible : 6)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre : 1^{er} sept. au 30 juin

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : participation à la formation et collaboration à la mise en œuvre du programme Jeunes leaders.
Commissions scolaires et écoles : participation à la formation et mise en œuvre du programme Jeunes leaders.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant Kino-Québec du Service promotion-prévention : liste des groupes de jeunes leaders par territoire de RLS

N° du résultat

2.9.3

Résultat attendu

D'ici 2012, cinq CSSS s'assureront d'avoir au moins une personne formée en matière de transport actif et durable dans leur établissement.

Indicateur retenu

Nombre de CSSS ayant au moins une personne formée. (Cible : 5)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : participation d'au moins une personne à la formation sur le transport actif et durable.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant Kino-Québec du Service promotion-prévention : liste des professionnels formés

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

2.10

Responsable de la rédaction

CAROLINE BENOIT

Activité

Soutien à l'implantation d'un programme visant une saine gestion du poids par une prise de décision éclairée sur le choix de maigrir, et ce, dans le cadre d'une démarche de groupe pour adultes (programme comme celui Choisir de maigrir?).

 Pratique clinique préventive**État de situation**

L'obésité est en forte croissance un peu partout dans le monde autant chez les adultes que chez les jeunes et les conséquences de celle-ci sur la santé et le développement de maladies chroniques sont bien connues. En plus de l'embonpoint et de l'obésité, on constate chez certaines personnes une préoccupation excessive à l'égard du poids. Lors de l'élaboration du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 : Investir pour l'avenir*, le MSSS prenait la décision d'aller de l'avant avec le programme Choisir de maigrir? du groupe ÉquiLibre comme approche souhaitable en gestion du poids corporel. Les femmes ayant déjà fait des démarches pour perdre du poids dans le passé et celles présentant une préoccupation excessive à l'égard de leur poids sont particulièrement visées par ce programme. Des dyades nutritionniste/intervenant social ont alors été formées dans les CSSS de la région afin d'amorcer le déploiement du programme. À l'hiver 2008, une formation clé en main était offerte par le MSSS, en collaboration avec le groupe ÉquiLibre, aux dyades de la région. Le programme a été mis en branle dès l'automne 2008 dans trois CSSS de la région. Les trois autres CSSS ont manifesté leur intérêt pour ce programme, mais un manque de ressources professionnelles adéquates constitue un frein à la mise en œuvre. Un monitoring évaluatif des dyades fait partie du programme.

Offre de service du palier régional

Planification de l'activité de formation et soutien des CSSS dans la mise sur pied et le maintien du programme dans leur milieu. Coordination des échanges entre les CSSS et le groupe ÉquiLibre afin d'assurer une bonne communication.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
 À consolider
 À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents 6-17 ans et leurs parents
 18-64 ans 65 ans et plus Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
 Déficience physique
 Perte d'autonomie liée au vieillissement Santé physique
 Dépendance Santé mentale
 Jeunes en difficulté

Objectifs santé visés par l'activité

B1.1 Augmenter la proportion des personnes qui rencontrent les recommandations du *Guide alimentaire canadien* concernant la consommation des quatre groupes d'aliments.

B1.2 Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes quotidiennement.

B1.5 Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.

B2.1 Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires.

B2.6 Réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % le taux de prévalence de l'embonpoint.

Considérations particulières

Le programme exige l'implication de dyades nutritionniste/intervenant social, ce qui en rend la réalisation parfois difficile.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Investir pour l'avenir : Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009,

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-289-01.pdf>

Toutes les informations sur le programme Choisir de maigrir? du groupe ÉquiLibre : www.equilibre.ca

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

2.10.1

Résultat attendu

D'ici 2012, le programme Choisir de maigrir? sera offert dans au moins un autre CSSS et sera maintenu dans les trois CSSS participant au programme.

Indicateur retenu

Nombre de CSSS qui offrent le programme. (Cible ≥ 4)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : participation à la formation initiale pour la nouvelle dyade. Participation au monitoring évaluatif. Maintien du programme dans les trois CSSS où il est déjà implanté. Participation des professionnels de tous les CSSS partenaires aux nouvelles formations si requises.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier nutrition du Service promotion-prévention : liste des CSSS qui offrent le programme Choisir de maigrir?

Domaine 2

Habitudes de vie et maladies chroniques

Les activités visant à agir sur les facteurs individuels



Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

2.11

Responsable de la rédaction

CAROLINE BENOIT

Activité

Counselling en faveur d'une saine alimentation.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

Les habitudes de vie jouent un rôle très important sur la santé et plus particulièrement sur la prévalence des maladies chroniques comme les MCV, les MPOC, le cancer et le diabète. L'alimentation est l'une des composantes des habitudes de vie et son lien avec certaines maladies chroniques est bien documenté. Par exemple, une consommation élevée et variée en fruits et légumes peut réduire le risque de MCV. À l'inverse, une alimentation riche en matières grasses, plus précisément en gras saturés et trans, augmente ce risque. À l'instar des autres habitudes de vie, l'adoption de bonnes habitudes alimentaires est facilitée par des actions qui portent sur les comportements individuels, mais aussi sur les conditions de vie et l'environnement dans lesquels évoluent les individus. Un programme efficace de prévention des maladies chroniques inclut également des pratiques cliniques préventives. Selon le *Guide canadien des pratiques préventives*, l'état des connaissances actuelles permet de positionner le counselling nutritionnel comme une intervention raisonnable (recommandation B) donc reconnue efficace et ayant un impact réel sur la santé. Il semble cependant prudent d'envisager orienter les sujets à risque accru vers un nutritionniste clinicien. Des travaux dirigés par le MSSS sont en cours au niveau provincial. Une proposition de contenu de formation pour la région devrait faire suite à ces travaux. Une offre de formation pour les professionnels de la santé afin d'augmenter leurs connaissances pour un counselling bref en alimentation serait souhaitable pour la région.

Offre de service du palier régional

Collaboration aux initiatives nationales pour l'implantation des actions préconisées pour le déploiement du counselling en faveur d'une saine alimentation. Planification et formation de professionnels de la santé des GMF et des cliniques médicales de la région pour une intervention brève en alimentation.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
 À consolider
 À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents 6-17 ans et leurs parents
 18-64 ans 65 ans et plus Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
 Déficience physique
 Perte d'autonomie liée au vieillissement Santé physique
 Dépendance Santé mentale
 Jeunes en difficulté

Objectifs santé visés par l'activité

B1.1 Augmenter la proportion des personnes qui rencontrent les recommandations du *Guide alimentaire canadien* concernant la consommation des quatre groupes d'aliments.

B1.2 Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes quotidiennement.

B1.3 Réduire l'apport quotidien moyen de sodium sous 3 350 mg pour atteindre l'apport maximal tolérable selon l'âge.

B2.1 Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires.

B2.5 Limiter l'augmentation de la prévalence du diabète chez la population âgée de 20 ans et plus à 30 %.

B2.6 Réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % le taux de prévalence de l'embonpoint.

Considérations particulières

Les résultats des travaux ministériels pour le counselling en faveur d'une saine alimentation permettront l'actualisation de cette activité.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, 1994, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/index-fra.php

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

2.11.1

Résultat attendu

D'ici 2012, 100 % des initiatives nationales touchant le counselling en faveur d'une saine alimentation seront appuyées par les actions régionales et promues auprès des partenaires du réseau (CSSS, GMF et cliniques médicales).

Indicateur retenu

Proportion des initiatives nationales appuyées par les actions régionales. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre d'initiatives nationales appuyées par les actions régionales/nombre d'initiatives nationales x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS, GMF et cliniques médicales : implantation des actions recommandées par le MSSS et l'Agence pour le counselling en faveur d'une saine alimentation.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier nutrition du Service promotion-prévention : liste des initiatives nationales, liste des actions régionales

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

2.12

Responsable de la rédaction

ANDRÉ MARCHAND

Activité

Services de counselling et de soutien concernant l'arrêt tabagique par le service J'Arrête : ligne téléphonique, site Internet et centres d'abandon du tabagisme.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

On associe à la consommation de tabac 85 % des maladies pulmonaires obstructives chroniques, environ 30 % des maladies cardiovasculaires et 30 % de tous les cancers, dont 85 % des cancers du poumon. En outre, une personne qui fume sur deux connaîtra une mort prématurée. L'INSPQ rapporte un taux d'efficacité de 22,1% pour une intervention d'intensité élevée après cinq mois de l'arrêt tabagique. Des centres d'abandon du tabagisme (CAT) offrent des services d'aide aux fumeurs dans tous les territoires de CSSS et dans la communauté de Mashteuiatsh. Chaque année, entre 300 et 400 fumeurs reçoivent des services d'un CAT. Les infirmiers font la promotion de campagnes telles que la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac et le Défi J'arrête, j'y gagne! Les services des CAT sont bien implantés et répondent à un besoin des fumeurs qui désirent cesser de fumer avec de l'aide. Ces services seront maintenus sur une base régulière dans les années à venir.

Offre de service du palier régional

Planification des services offerts par les CAT. Coordination des infirmiers pour l'intervention intensive. Promotion des services des CAT et des campagnes promotionnelles.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

B1.6 Réduire la proportion de fumeurs chez les jeunes du secondaire à 13 % et la proportion de fumeurs de 15 ans et plus à 16 %.

B2.1 Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires.

B2.3 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme.

B2.4 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique.

Considérations particulières

Les services des CAT sont offerts sur une base d'une à deux journées par semaine selon la population à desservir. Les fumeurs peuvent aussi être référés à la ligne téléphonique j'Arrête et aux groupes de soutien Oui, j'arrête!

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Toutes les informations sur le programme j'Arrête : www.jarrete.qc.ca/fr

Toutes les informations sur le défi J'arrête, j'y gagne! : www.defitabac.qc.ca

Pour tout savoir sur la prévention des méfaits du tabac : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

2.12.1

Résultat attendu

D'ici 2012, trois cents fumeurs de la région bénéficieront annuellement des services d'aide à la cessation tabagique des centres d'abandon du tabagisme.

Indicateur retenu

Nombre annuel de fumeurs inscrits aux CAT. (Cible : 300)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple, pour chaque année

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : counselling intensif offert aux fumeurs qui font une demande de services. Promotion des services des centres d'abandon du tabagisme et participation aux campagnes promotionnelles. Maintien d'un mécanisme de référence avec les cliniques médicales et les professionnels de la santé du CSSS.

Sources d'information (pour l'indicateur)

I-CLSC

Infirmiers des CAT : liste des personnes inscrites

Répondant du dossier lutte contre le tabagisme du Service promotion-prévention

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

2.13

Responsable de la rédaction

ANDRÉ MARCHAND

Activité

Counselling concernant l'abandon du tabagisme.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

On associe à la consommation de tabac 85 % des maladies pulmonaires obstructives chroniques, environ 30 % des maladies cardiovasculaires et 30 % de tous les cancers, dont 85 % des cancers du poumon. En outre, une personne qui fume sur deux connaîtra une mort prématurée. L'INSPQ rapporte un taux d'efficacité de 13,4 % pour une intervention minimale, 16,0 % pour une intervention brève et 22,1 % pour une intervention d'intensité élevée après cinq mois de l'arrêt tabagique. Des formations sont offertes pour une intervention brève en cessation tabagique, notamment aux étudiants du Cégep de Chicoutimi en techniques d'hygiène dentaire. Les infirmiers des centres d'abandon du tabagisme (CAT) dispensent de la formation en intervention minimale à des professionnels de la santé de leur CSSS. Il existe un système de référence des fumeurs avec les cliniques médicales et les CSSS.

Offre de service du palier régional

Planification et formation des infirmiers des CAT pour qu'ils puissent offrir une formation sur l'intervention minimale aux professionnels de la santé de leur CSSS. Planification et formation de professionnels de la santé des GMF et aussi d'étudiants en techniques d'hygiène dentaire du Cégep de Chicoutimi pour une intervention brève en cessation tabagique. Planification et formation des infirmiers des CAT pour une intervention intensive.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

B1.6 Réduire la proportion de fumeurs chez les jeunes du secondaire à 13 % et la proportion de fumeurs de 15 ans et plus à 16 %.

B2.1 Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires.

B2.2 Réduire le taux de mortalité : de 25 % par cancer du sein chez les femmes dépistées de 50 à 69 ans; de 10 % par cancer du col utérin chez les femmes âgées de 25 à 64 ans; par cancer du poumon.

B2.3 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme.

B2.4 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique.

Considérations particulières**Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)**

GRUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, 1994, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinique-clinique/index-fra.php

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Interventions en matière de cessation tabagique : description, efficacité, impact, coûts estimés pour le Québec*, 2001, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/057_Interv_tabagisme.pdf

Toutes les informations sur le tabagisme sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac

Toutes les informations sur la Semaine québécoise pour un avenir sans fumée sur le site du Conseil québécois sur le tabac et la santé : www.cqts.qc.ca

Toutes les informations sur le Défi J'arrête, j'y gagne! : www.defitabac.qc.ca

Toutes les informations sur la campagne La gang allumée pour une vie sans fumée : www.lagangallumee.com

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

2.13.1

Résultat attendu

D'ici 2012, au moins cent professionnels de la santé suivront une formation en cessation tabagique (intervention minimale, brève ou intensive).

Indicateur retenu

Nombre de professionnels de la santé ayant suivi une formation. (Cible ≥ 100)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : participation des infirmiers des CAT pour devenir formateur sur l'intervention minimale. Participation des infirmiers des CAT à la formation sur l'intervention intensive pour offrir un counselling aux fumeurs. Participation des professionnels de la santé à une formation sur l'intervention minimale.

GMF et cliniques médicales : participation des professionnels de la santé à une formation sur l'intervention brève.

Cégep de Chicoutimi : participation des étudiants en techniques d'hygiène dentaire à une formation sur l'intervention brève.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants des centres d'abandon du tabagisme : liste des professionnels de la santé formés pour l'intervention minimale

Répondant du dossier lutte contre le tabagisme du Service promotion-prévention : liste des participants à la formation de formateurs sur l'intervention minimale, liste des participants à la formation sur l'intervention brève auprès des fumeurs, liste des participants à la formation sur l'intervention intensive auprès des fumeurs

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

2.14

Responsable de la rédaction

ANDRÉ MARCHAND

Activité

Organisation d'activités dans le cadre de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie dont le non-usage du tabac.

Pratique clinique préventive

État de situation

On associe à la consommation de tabac 85 % des maladies pulmonaires obstructives chroniques, environ 30 % des maladies cardiovasculaires et 30 % de tous les cancers, dont 85 % des cancers du poumon. En outre, une personne qui fume sur deux connaîtra une mort prématurée. La santé des personnes qui ne fument pas est également affectée par la fumée secondaire, particulièrement celle des enfants, des femmes enceintes et des personnes dont les voies respiratoires sont plus sensibles. L'INSPQ rapporte que le taux de réussite moyen de cessation pour les participants à des activités de promotion comme le Défi J'arrête, j'y gagne!, un mois après l'intervention, est de 34 % alors qu'il est de 23 % après un an. 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.

Offre de service du palier régional

Planification et coordination de la promotion des campagnes.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

B1.6 Réduire la proportion de fumeurs chez les jeunes du secondaire à 13 % et la proportion de fumeurs de 15 ans et plus à 16 %.

B2.1 Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires.

B2.2. Réduire le taux de mortalité : de 25 % par cancer du sein chez les femmes dépistées de 50 à 69 ans; de 10 % par cancer du col utérin chez les femmes âgées de 25 à 64 ans; par cancer du poumon.

B2.3 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme.

B2.4 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Interventions en matière de cessation tabagique : description, efficacité, impact, coûts estimés pour le Québec*, 2001, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/057_Interv_tabagisme.pdf

Toutes les informations sur le tabagisme sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac

Toutes les informations sur la Semaine québécoise pour un avenir sans fumée sur le site du Conseil québécois sur le tabac et la santé : www.cqts.qc.ca

Toutes les informations sur le Défi J'arrête, j'y gagne! : www.defitabac.qc.ca

Toutes les informations sur la campagne La gang allumée pour une vie sans fumée : www.lagangallumee.com

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

2.14.1

Résultat attendu

D'ici 2012, tous les CAT et les écoles primaires et secondaires tiendront annuellement des activités en lien avec les campagnes de communication suivantes : la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac, le Défi J'arrête, j'y gagne! et La gang allumée pour un avenir sans tabac.

Indicateurs retenus

1. Proportion annuelle des CAT ayant tenu des activités en lien avec les campagnes de communication. (Cible : 100 %)
2. Proportion annuelle des écoles primaires et secondaires où ont été tenues des activités en lien avec les campagnes de communication. (Cible : 100 %)

Méthodes de calcul proposées

1. Nombre de CAT ayant tenu des activités/nombre de CAT (6) x 100 en %, pour chaque année
2. Nombre d'écoles primaires et secondaires ayant tenu des activités/nombre d'écoles primaires et secondaires x 100 en %, pour chaque année

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre : 1^{er} sept. au 30 juin

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration des infirmiers des CAT et des infirmiers des écoles primaires et secondaires à la promotion des campagnes, entre autres par la distribution de matériel promotionnel.

Écoles : collaboration aux activités.

Sources d'information (pour les indicateurs)

Répondant du dossier lutte contre le tabagisme du Service promotion-prévention : liste annuelle des activités en lien avec les campagnes de communication, liste des CAT, liste annuelle des écoles primaires et secondaires

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

2.15

Responsable de la rédaction

SYLVAIN OUELLET

Activité

Recommandation d'une pratique régulière d'activité physique.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

La surcharge pondérale, et particulièrement l'obésité, est une cause importante de maladies cardiovasculaires, de diabète et de certains cancers. Au Québec, la prévalence de l'obésité a fait un bond de près de 50 % entre 1987 et 1998. L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes révèle que plus du tiers de la population québécoise, âgée de 18 ans et plus, fait de l'embonpoint et que près du quart est obèse. En 2007, l'enquête régionale de santé a permis de constater que 50 % de la population adulte présente un excès de poids. Selon les données anthropométriques de 2004, soit les plus récentes mesurées à ce jour pour l'ensemble des enfants et adolescents québécois âgés de 2 à 17 ans, plus d'un jeune sur cinq présente un surplus de poids.

Selon le *Guide canadien de médecine clinique préventive*, on possède des preuves acceptables pour soutenir que la pratique régulière d'une activité physique est efficace sur le plan de la prévention primaire des cardiopathies ischémiques et de l'hypertension. L'activité physique peut également aider à prévenir l'obésité, le diabète non insulino-dépendant et l'ostéoporose. On peut associer un risque relatif pour diverses maladies chroniques à un niveau insuffisant d'activité physique. Un programme efficace de prévention des maladies chroniques inclut des actions éducatives et environnementales ainsi que des pratiques cliniques préventives. Dans le déploiement du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION, le counselling bref en activité physique fera l'objet de formation de professionnels de la santé. La Clinique multidisciplinaire de l'adolescence du CSSS de Chicoutimi suit également des jeunes ayant des problèmes de poids et effectue une recommandation d'une pratique régulière d'activité physique auprès de ceux-ci.

Offre de service du palier régional

Planification et formation des kinésiologues du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION pour qu'ils puissent offrir une formation sur l'intervention brève en activité physique aux professionnels de la santé de leur CSSS.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
 À consolider
 À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents 6-17 ans et leurs parents
 18-64 ans 65 ans et plus Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
 Déficience physique
 Perte d'autonomie liée au vieillissement Santé physique
 Dépendance Santé mentale
 Jeunes en difficulté

Objectifs santé visés par l'activité

B1.5 Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.

B2.1 Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires.

B2.5 Limiter l'augmentation de la prévalence du diabète chez la population âgée de 20 ans et plus à 30 %.

B2.6 Réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % le taux de prévalence de l'embonpoint.

B2.7 Réduire la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans ou plus.

Considérations particulières

Les résultats des travaux ministériels sur la recommandation d'une pratique régulière d'activité physique permettront l'actualisation de cette activité.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

GRUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, 1994, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/index-fra.php

Toutes les informations sur les activités de promotion de l'activité physique au Saguenay–Lac-Saint-Jean sur le site de l'Agence : www.santesaglac.gouv.qc.ca/activite_physique.html

Toutes les informations sur le programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION : www.0-5-30.com

Pour tout savoir sur la promotion des modes de vie physiquement actifs : www.kino-quebec.qc.ca

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

2.15.1

Résultat attendu

D'ici 2012, au moins 100 professionnels de la santé des CSSS suivront une formation sur l'intervention brève en activité physique.

Indicateur retenu

Nombre de professionnels de la santé ayant reçu une formation. (Cible \geq 100)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : participation des kinésithérapeutes à la formation sur l'intervention brève pour pouvoir donner la formation aux professionnels de la santé du CSSS. Participation des professionnels de la santé à la formation sur l'intervention brève.

GMF et cliniques médicales : participation des professionnels de la santé à une formation sur l'intervention brève.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants de santé publique des CSSS : liste des participants à la formation

Répondant Kino-Québec du Service promotion-prévention : liste des participants à la formation

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

2.16

Responsable de la rédaction

RENÉ LAROUCHE

Activité

Soutien, consolidation ou mise en œuvre des activités inscrites dans le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012* (document complémentaire du PNSP 2003-2012).

Pratique clinique préventive

État de situation

La carie dentaire atteint les enfants en bas âge et sa prévalence augmente avec l'âge. Les conséquences de la carie dentaire ne sont pas bénignes, car elles peuvent toucher à la fois la mastication, la nutrition, l'élocution, l'apparence, l'estime de soi et le bien-être général.

Chez les enfants, en plus des effets immédiats de la carie sur la santé en général, les résultats de certaines études ont révélé que les enfants présentant de multiples lésions carieuses avaient généralement un poids inférieur à 80 % du poids idéal pour les enfants de leur âge et qu'ils avaient tendance à être plus petits en taille que les enfants du groupe témoin. Le succès des interventions à réaliser auprès des enfants de cinq ans et moins repose essentiellement sur l'action des parents dans le développement et le maintien de saines habitudes de vie. Les activités recommandées visent à promouvoir de saines habitudes alimentaires et de santé buccodentaire, par exemple : l'utilisation de la débarbouillette pour nettoyer la bouche du nouveau-né, le brossage quotidien des dents avec un dentifrice fluoré, la consommation d'aliments sains et non cariogènes, l'utilisation optimale des fluorures, le counselling auprès des femmes enceintes concernant l'abandon du tabagisme, l'allaitement maternel, etc. Des activités d'éducation personnalisées et répétées, dans le cadre d'un programme à long terme, ont un effet positif sur la prévention de la carie dentaire chez les jeunes enfants vivant dans un milieu socioéconomique défavorisé.

Dans tous les CSSS, il existe déjà des activités de promotion et d'éducation à la santé buccodentaire, principalement en clinique de vaccination, en centre de petite enfance ou garderie en milieu scolaire et en maternelle quatre ans. Dans une minorité des CSSS, il y a certaines activités de promotion et d'éducation auprès de la clientèle défavorisée, par exemple celle des SIPPE. Pour cette dernière clientèle, il y a même des interventions en santé buccodentaire (ex. : application topique de fluorure) faites par des hygiénistes dentaires.

Chez les adultes, la prévalence des maladies parodontales est très élevée. Les résultats de récentes études montrent une association entre les maladies parodontales et certaines maladies systémiques telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires. On a aussi révélé une association entre les maladies parodontales ainsi que les naissances prématurées et le faible poids des bébés à la naissance. La carie dentaire et les maladies parodontales représentent les principales maladies affectant le système masticatoire et ayant pour conséquence la perte des dents. Par ailleurs, l'édentation peut entraîner des problèmes d'élocution, de mastication, de nutrition, d'esthétique et d'estime de soi de même que de créer un fardeau financier lié à la fabrication et au remplacement des prothèses dentaires. Selon Joshipura et autres (1996), les résultats de leur étude menée aux États-Unis indiquent que par rapport aux personnes ayant 25 dents ou plus, les personnes qui avaient perdu toutes leurs dents naturelles consommaient moins de légumes, de fibres et de carotène, mais plus de cholestérol, de matières grasses saturées et de calories. Les auteurs de cette étude concluent que le choix des aliments consommés par les sujets édentés augmente leur risque de souffrir de cancer et de maladies cardiovasculaires.

On peut prévenir et traiter les maladies parodontales. Parmi les moyens de prévention, on trouve l'adoption d'une hygiène buccodentaire personnelle adéquate et l'arrêt du tabagisme. L'utilisation combinée de la soie dentaire et de la brosse à dents réduit le saignement gingival. Les conseils portant sur l'abandon du tabagisme sont aussi une approche à privilégier dans la prévention des maladies parodontales et des cancers buccaux.

Environ la moitié de la population québécoise adulte porte des prothèses, le plus souvent complètes. Chez les personnes âgées admises en unité de gériatrie, les problèmes intestinaux nécessitant la prescription de médicaments sont deux fois plus élevés chez les personnes privées d'un appareil masticateur fonctionnel. Cependant, l'évolution des pratiques fait en sorte qu'aujourd'hui les personnes âgées conservent leurs dents le plus longtemps possible. Il est donc essentiel de maintenir les soins quotidiens d'hygiène buccodentaire et prothétique auprès de cette clientèle, tant à domicile qu'en établissement.

Actuellement, la plupart des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) offrent aux usagers certains soins quotidiens d'hygiène buccodentaire et prothétique, sans toutefois être uniformisés.

Globalement, en tenant compte des différentes clientèles identifiées, le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012* recommande :

En prévention de la carie dentaire :

- l'administration quotidienne de suppléments de fluorure;
- l'application annuelle ou semestrielle par un professionnel de topiques fluorés tels que le gel de fluorophosphate acidulé;
- l'utilisation de rince-bouche fluorés;
- l'utilisation individuelle de dentifrices fluorés;
- l'élimination quotidienne de la plaque par le brossage et l'utilisation de la soie dentaire;

En prévention des maladies parodontales :

- le brossage des dents et l'utilisation de la soie dentaire;
- l'utilisation d'un rince-bouche à la chlorhexidine;
- le brossage des dents avec un dentifrice antitartre.

Ces pratiques préventives sont reconnues par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs et il est souhaitable que les GMF et les cliniques médicales de la région soutiennent ce counselling à la population.

Offre de service du palier régional

Soutien à la consolidation des activités de promotion, d'éducation ou d'intervention en santé buccodentaire. Animation des rencontres des intervenants en santé dentaire publique.

Niveau actuel d'implantation	Clientèle visée
<input type="checkbox"/> À maintenir <input checked="" type="checkbox"/> À consolider <input type="checkbox"/> À mettre en place	<input type="checkbox"/> 0-5 ans et leurs parents <input type="checkbox"/> 6-17 ans et leurs parents <input type="checkbox"/> 18-64 ans <input type="checkbox"/> 65 ans et plus <input checked="" type="checkbox"/> Toute la population

Programmes-services concernés

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Services généraux – activités cliniques et d'aide
<input type="checkbox"/> Déficience physique
<input type="checkbox"/> Perte d'autonomie liée au vieillissement
<input type="checkbox"/> Dépendance
<input type="checkbox"/> Jeunes en difficulté | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
<input checked="" type="checkbox"/> Santé physique
<input type="checkbox"/> Santé mentale |
|--|--|

Objectifs santé visés par l'activité

B1.1 Augmenter la proportion des personnes qui rencontrent les recommandations du *Guide alimentaire canadien* concernant la consommation des quatre groupes d'aliments.

B1.2 Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes quotidiennement.

B1.7 Augmenter la proportion de la population ayant de saines habitudes de vie favorables à la santé buccodentaire.

B2.8 Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.

B2.9 Réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivite et maladies parodontales destructives) chez les personnes âgées de 18 ans ou plus.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, 1994, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/index-fra.php

JOSHIPURA, K. J., et autres. "The Impact of Edentulousness on Food and Nutrient Intake", JADA, vol. 127, no 4, 1996, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://jada.ada.org/cgi/reprint/127/4/459>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012 [document complémentaire]*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-231-01.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

2.16.1

Résultat attendu

D'ici 2012, l'information sera transmise ou des interventions seront faites dans les CSSS par le biais des cliniques de vaccination ainsi que dans d'autres milieux touchant la clientèle préscolaire pour la promotion et le soutien des pratiques efficaces en santé buccodentaire.

Indicateurs retenus

1. Proportion des CSSS offrant aux parents des séances de counselling sur des pratiques efficaces en santé buccodentaire lors des cliniques de vaccination. (Cible : 66 %)
2. Proportion des centres de la petite enfance (CPE) et des garderies en milieu scolaire rencontrés sur l'importance de saines habitudes alimentaires. (Cible : 80 %)

Méthodes de calcul proposées

1. Nombre de CSSS offrant aux parents des séances de counselling lors des cliniques de vaccination/nombre de CSSS (6) x 100 en %
2. Nombre de CPE et de garderies en milieu scolaire rencontrés/nombre total de CPE et de garderies en milieu scolaire x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : diffusion d'information ou intervention dans les milieux tels que ciblés par le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*.

Sources d'information (pour les indicateurs)

Hygiénistes dentaires des CSSS : liste des CPE et garderies en milieu scolaire rencontrés
I-CLSC
Dentiste-conseil du Service promotion-prévention

N° du résultat

2.16.2

Résultat attendu

D'ici 2012, les hygiénistes dentaires soutiendront les intervenants en intégrant des informations sur la santé buccodentaire en lien avec les counsellings sur le tabagisme et l'allaitement dans le cadre des rencontres prénatales et postnatales.

Indicateur retenu

Informations sur la santé buccodentaire intégrées à ces deux types de counselling.

Méthode de calcul proposée

Oui ou non

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : intégration d'informations concernant la promotion des pratiques efficaces en santé buccodentaire lors des rencontres prénatales et postnatales.

Sources d'information (pour les indicateurs)

Hygiénistes dentaires des CSSS : liste des CSSS qui ont intégré des informations sur la santé buccodentaire en lien avec les conseils sur le tabagisme et l'allaitement dans le cadre des rencontres prénatales et postnatales

Répondants en périnatalité des CSSS

Dentiste-conseil du Service promotion-prévention

N° du résultat

2.16.3

Résultat attendu

D'ici 2012, des interventions en santé buccodentaire seront intégrées lors des visites à domicile par le biais des SIPPE à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (ex. : application topique de fluorure, etc.).

Indicateurs retenus

1. Proportion des familles ayant bénéficié d'un counselling sur la santé buccodentaire. (Cible : 75 %)

2. Proportion des familles ayant bénéficié d'interventions en santé buccodentaire. (Cible : 75 %)

Méthodes de calcul proposées

1. Nombre de familles ayant bénéficié d'un counselling/nombre total de familles inscrites aux SIPPE x 100 en %

2. Nombre de familles ayant bénéficié d'interventions/nombre total de familles inscrites aux SIPPE x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : intégration d'interventions en santé buccodentaire lors des visites à domicile pour la clientèle des SIPPE.

Sources d'information (pour les indicateurs)

Hygiénistes dentaires des CSSS

I-CLSC

Répondants des SIPPE des CSSS : liste des familles inscrites

Dentiste-conseil du Service promotion-prévention

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

2.17

Responsable de la rédaction

RENÉ LAROUCHE

Activité

Counselling concernant la consommation d'aliments cariogènes chez les personnes à risque élevé de carie dentaire.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

Au niveau des habitudes de vie, il y a plusieurs facteurs de risque liés à la carie, dont un de ceux-ci est une consommation d'aliments cariogènes contenant du sucrose, du glucose ou du fructose, particulièrement en l'absence d'une source de fluorure appropriée. Sur le plan de la santé générale, il y a plusieurs facteurs de risque liés à la carie, dont un de ceux-ci est l'utilisation sur une base régulière et à long terme de médicaments contenant du glucose, du fructose ou encore du sucrose.

Le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012* souligne que cette PCP est reconnue par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Offre de service du palier régional

Coordination et soutien à l'application de cette PCP chez les 18 ans et moins de la population. Animation des rencontres des intervenants en santé dentaire publique.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

B1.7 Augmenter la proportion de la population ayant de saines habitudes de vie favorables à la santé buccodentaire.

B2.8 Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.

Considérations particulières**Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)**

GRUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, 1994, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/index-fra.php

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012 [document complémentaire]*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.gc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-231-01.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

2.17.1

Résultat attendu

D'ici 2012, le counselling concernant la consommation d'aliments cariogènes chez les personnes à risque élevé de carie dentaire sera soutenu dans son application aux jeunes de moins de 18 ans selon les milieux et les contextes d'intervention identifiés dans le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*.

Indicateur retenu

Nombre d'activités de soutien réalisées. (Cible ≥ 1)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : soutien à la mise en œuvre de cette PCP.

GMF et cliniques médicales : mise en œuvre de cette PCP.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Dentiste-conseil du Service promotion-prévention : liste des activités de soutien

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

2.18

Responsable de la rédaction

RENÉ LAROUCHE

Activité

Suivi préventif individualisé en milieu scolaire afin que les enfants de la maternelle à la 2^e année du primaire qui répondent aux critères concernant le risque de carie dentaire puissent bénéficier de deux applications topiques de fluorure par année et participer à des activités d'éducation à la santé buccodentaire.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

Selon les résultats d'études réalisées au Québec entre 1996 et 1999, la carie dentaire touche 42 % des enfants de la maternelle et 56 % des élèves de la 2^e année du primaire. Comme inscrit dans le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*, tous les CSSS de la région offrent un suivi préventif individualisé en milieu scolaire aux enfants de la maternelle qui répondent aux critères de risque élevé de carie dentaire. Ces enfants bénéficient d'au moins deux applications topiques de fluorure par année et d'activités d'éducation à la santé buccodentaire.

Cette activité est soutenue par deux PCP de la mise à jour du PNSP qui sont traités séparément dans deux fiches du présent Plan d'action régional de santé publique 2009-2012 :

1. Counselling sur l'utilisation optimale de fluorure dans la prévention de la carie dentaire;
2. Counselling concernant la consommation d'aliments cariogènes chez les personnes à risque élevé de carie dentaire.

En complément, cinq pratiques préventives sont recommandées par le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012* pour la prévention de la carie dentaire :

1. Administration quotidienne de suppléments de fluorure;
2. Application annuelle ou semestrielle par un professionnel de topiques fluorés tels que le gel de fluorophosphate acidulé;
3. Utilisation de rince-bouche fluorés (contenant 0,20 % de fluorure de sodium pour usage hebdomadaire ou 0,05 % de fluorure de sodium pour usage quotidien);
4. Utilisation individuelle de dentifrices fluorés;
5. Élimination quotidienne de la plaque par le brossage et l'utilisation de la soie dentaire.

Ces cinq pratiques préventives sont reconnues par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Depuis l'année scolaire 1996-1997, cette activité a été implantée par les CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean avec une offre de service à toutes les écoles primaires de la région.

Offre de service du palier régional

Soutien au maintien du suivi préventif individualisé offert par tous les CSSS. Animation des rencontres des intervenants en santé dentaire publique.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

B1.7 Augmenter la proportion de la population ayant de saines habitudes de vie favorables à la santé buccodentaire.

B2.8 Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et de 13-14 ans*, 1999, réf. du 1^{er} octobre 2009,

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1999/99-235.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 et de 7-8 ans*, 2001, réf. du 1^{er} octobre 2009,

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-222-01.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012 [document complémentaire]*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009,

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-231-01.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

2.18.1

Résultat attendu

D'ici 2012, tous les CSSS maintiendront l'offre de service du suivi préventif individualisé en milieu scolaire.

Indicateurs retenus

1. Proportion de CSSS offrant un suivi préventif individualisé en milieu scolaire. (Cible : 100 %)
2. Proportion d'enfants de la maternelle ayant bénéficié d'un dépistage. (Cible : 100 %)
3. Proportion d'enfants à risque élevé de carie bénéficiant d'un suivi préventif individualisé incluant deux applications topiques de fluorure. (Cible : 90 %)
4. Proportion d'enfants de la maternelle avec un besoin évident de traitement (BET) dont les parents ont été informés. (Cible : 100 %)

Méthodes de calcul proposées

1. Nombre de CSSS offrant un suivi préventif individualisé en milieu scolaire/nombre de CSSS (6) x 100 en %
2. Nombre d'enfants de la maternelle dépistés/nombre total d'enfants de la maternelle x 100 en %
3. Nombre d'enfants à risque élevé de carie bénéficiant d'un suivi préventif individualisé/nombre total d'enfants à risque élevé de carie x 100 en %
4. Nombre d'enfants de la maternelle avec un BET dont les parents ont été informés/nombre total d'enfants de la maternelle avec un BET x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre : 1^{er} sept. au 30 juin

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : maintien de l'offre de service.

Écoles : collaboration aux activités.

Sources d'information (pour les indicateurs)

I-CLSC

Hygiénistes dentaires : liste des effectifs scolaires

Denstiste-conseil du Service promotion-prévention

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

2.19

Responsable de la rédaction

RENÉ LAROUCHE

Activité

Application d'agents de scellement dentaire en milieu scolaire auprès des enfants de 5 à 15 ans présentant un risque de carie dentaire.

Pratique clinique préventive

État de situation

Les résultats de deux études réalisées au Québec entre 1996 et 1999 démontrent que la carie dentaire touche 59 % des élèves de la 6^e année du primaire et 73 % des élèves en 2^e secondaire. Dans les faits saillants de l'étude réalisée en 1996-1997, il apparaît que chez les enfants de 12 ans, 78 % de l'indice de carie est situé sur les faces dentaires avec puits et fissures.

Le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012* précise que l'utilisation sélective d'agents de scellement entraîne une baisse significative sur le plan statistique et clinique de la carie dans les puits et fissures. Cette PCP est reconnue par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Comme inscrit dans le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*, tous les CSSS ont débuté la mise en œuvre de cette activité par le biais d'un projet-pilote local à l'aide d'un budget de soutien en ressources humaines provenant de l'Agence. Préalablement à la mise en œuvre de cette activité, tous les CSSS ont bénéficié d'un autre budget permettant l'acquisition d'équipements dentaires portatifs destinés à cette activité, ainsi que des formations régionales offertes aux hygiénistes dentaires selon les exigences du MSSS et de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec.

Offre de service du palier régional

Coordination et soutien de la mise en œuvre de cette PCP en milieu scolaire. Animation des rencontres des intervenants en santé dentaire publique.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

B2.8 Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.

Considérations particulières

L'application d'agents de scellement dentaire en milieu scolaire est offerte en priorité aux enfants du primaire avant de poursuivre l'implantation auprès des jeunes du secondaire.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

GRUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, 1994, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/index-fra.php

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et de 13-14 ans*, 1999, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1999/99-235.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 et de 7-8 ans*, 2001, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-222-01.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012 [document complémentaire]*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-231-01.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

2.19.1

Résultat attendu

D'ici 2012, une formation reconnue par le MSSS et l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec sur l'application d'agents de scellement dentaire en milieu scolaire sera offerte à tous les hygiénistes dentaires oeuvrant en CSSS.

Indicateur retenu

Proportion d'hygiénistes dentaires formés. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre d'hygiénistes dentaires formés/nombre total d'hygiénistes dentaires oeuvrant en CSSS x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : participation à la formation.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Dentiste-conseil du Service promotion-prévention : liste des participants à la formation

N° du résultat

2.19.2

Résultat attendu

D'ici 2012, un dépistage systématique du besoin de scellement sera effectué chez les enfants de 2^e année du primaire en priorité.

Indicateurs retenus

1. Proportion des écoles sur le territoire de RLS ayant eu un dépistage systématique du besoin de scellement chez les enfants de 2^e année du primaire. (Cible : 100 %)
2. Proportion des enfants de 2^e année du primaire, pour chaque école, ayant bénéficié d'un dépistage systématique du besoin de scellement sur les premières molaires permanentes. (Cible : 100 %)

Méthodes de calcul proposées

1. Nombre d'écoles sur le territoire de RLS ayant eu un dépistage systématique du besoin de scellement chez les enfants de 2^e année du primaire/nombre total d'écoles primaires sur le territoire x 100 en %
2. Nombre d'enfants de 2^e année du primaire ayant bénéficié d'un dépistage systématique du besoin de scellement/nombre total d'enfants de 2^e année du primaire pour chaque école x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre : 1^{er} sept. au 30 juin

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration aux séances de dépistage systématique du besoin de scellement.

Écoles : collaboration aux activités.

Sources d'information (pour les indicateurs)

I-CLSC

Hygiénistes dentaires : liste des effectifs scolaires

Dentiste-conseil du Service promotion-prévention

N° du résultat

2.19.3

Résultat attendu

D'ici 2012, tous les CSSS offriront l'application d'agents de scellement dentaire en milieu scolaire auprès d'enfants du primaire (2^e année) en priorité.

Indicateurs retenus

1. Proportion des CSSS offrant l'application d'agents de scellement dentaire en milieu scolaire. (Cible : 100 %)
2. Proportion des écoles primaires sur le territoire de RLS avec une offre d'application d'agents de scellement dentaire. (Cible : 80 %)
3. Proportion d'enfants de 2^e année du primaire, pour chaque école, ayant bénéficié d'au moins une application d'agents de scellement dentaire. (Cible : 90 %)

Méthodes de calcul proposées

1. Nombre de CSSS offrant l'application d'agents de scellement dentaire en milieu scolaire/nombre de CSSS (6) x 100 en %
2. Nombre d'écoles primaires sur le territoire de RLS avec une offre d'application d'agents de scellement dentaire/nombre total d'écoles primaires sur le territoire x 100 en %
3. Nombre d'enfants de 2^e année du primaire ayant bénéficié d'au moins un agent de scellement dentaire/nombre total d'enfants de 2^e année du primaire ayant un besoin de scellement pour chaque école x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre : 1^{er} sept. au 30 juin

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : élaboration d'une offre de service pour l'application d'agents de scellement dentaire en milieu scolaire.

Écoles : collaboration aux activités.

Sources d'information (pour les indicateurs)

I-CLSC

Hygiénistes dentaires : liste des effectifs scolaires

Dentiste-conseil du Service promotion-prévention

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

2.20

Responsable de la rédaction

RENÉ LAROUCHE

Activité

Counselling sur l'utilisation optimale de fluorure dans la prévention de la carie dentaire.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

Au niveau des habitudes de vie, il y a plusieurs facteurs de risque liés à la carie, dont un de ceux-ci est une exposition insuffisante aux fluorures sous toutes ses formes.

Dans l'efficacité de l'administration quotidienne de suppléments de fluorure chez les enfants, on a fait état de diminution du taux de caries analogues à celles associées à la fluoration de l'eau s'il y a respect scrupuleux de la posologie indiquée, ce qui est rarement le cas. Comme traitement, l'application annuelle ou semestrielle par un professionnel de topiques fluorés, tels que le gel de fluorophosphate acidulé, est une mesure efficace à condition d'être sélective. En complément de l'application topique de fluorure, le rince-bouche fluoré (contenant 0,20 % de fluorure de sodium pour usage hebdomadaire ou 0,05 % de fluorure de sodium pour usage quotidien) est une mesure utile dans le cas d'enfants qui présentent des caries très actives ou qui sont à haut risque de carie. Étant donné que 90 % des dentifrices vendus contiennent du fluorure, leur utilisation quotidienne s'accompagne d'une baisse statistiquement significative de l'incidence de la carie, puisqu'il s'agit d'une source importante de fluorure pour application individuelle. Tout le monde devrait utiliser quotidiennement un dentifrice fluoré dans le cadre d'une hygiène buccodentaire régulière, mais il faudrait prendre soin d'éviter d'avaler une quantité excessive de dentifrice et surveiller l'usage de dentifrice par les enfants.

Quatre pratiques préventives sont recommandées par le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012* sur l'utilisation optimale du fluorure dans la prévention de la carie dentaire :

1. Administration quotidienne de suppléments de fluorure;
2. Application annuelle ou semestrielle par un professionnel de topiques fluorés tels que le gel de fluorophosphate acidulé;
3. Utilisation de rince-bouche fluorés (contenant 0,20 % de fluorure de sodium pour usage hebdomadaire ou 0,05 % de fluorure de sodium pour usage quotidien);
4. Utilisation individuelle de dentifrices fluorés.

Offre de service du palier régional

Coordination et soutien à l'application de cette PCP dans tous les groupes d'âges de la population. Animation des rencontres des intervenants en santé dentaire publique.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
 À consolider
 À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents 6-17 ans et leurs parents
 18-64 ans 65 ans et plus Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
 Déficience physique
 Perte d'autonomie liée au vieillissement Santé physique
 Dépendance Santé mentale
 Jeunes en difficulté

Objectifs santé visés par l'activité

B1.7 Augmenter la proportion de la population ayant de saines habitudes de vie favorables à la santé buccodentaire.

B2.8 Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

GRUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, 1994, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/index-fra.php

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012 [document complémentaire]*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-231-01.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

2.20.1

Résultat attendu

D'ici 2012, le counselling sur l'utilisation optimale de fluorure dans la prévention de la carie dentaire sera soutenu dans son application à l'ensemble de la population selon les milieux et les contextes d'intervention identifiés dans le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*.

Indicateur retenu

Nombre d'activités de soutien réalisées. (Cible \geq 1)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : soutien de la mise en œuvre de cette PCP.

GMF et cliniques médicales : mise en œuvre de cette PCP.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Dentiste-conseil du Service promotion-prévention : liste des activités de soutien

Domaine 2

Habitudes de vie et maladies chroniques

Les activités visant à agir sur les facteurs individuels

Le dépistage de certaines maladies chroniques



Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

2.21

Responsable de la rédaction

ALINE GAUTHIER

Activité

Programme québécois de dépistage du cancer du sein pour les femmes âgées de 50 à 69 ans.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

Chez la femme, le cancer du sein occupe le premier rang de nouveaux cas de cancer dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean avec en moyenne 231 cas par an (2002-2004). On compte en moyenne 53 décès par année (2003-2005). Le PQDCS offre une mammographie tous les deux ans aux femmes âgées de 50 à 69 ans. Cet examen de dépistage est le seul reconnu efficace pour diminuer le risque de décès par cancer du sein.

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, le 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. Cinq centres offrent des services de dépistage et d'investigation (centres de dépistage désignés [CDD] et centres de référence pour investigation désignés [CRID]). Le sixième ne propose pas de services d'investigation.

En dépit des efforts fournis par les CSSS, le délai d'attente pour une mammographie de dépistage demeure un élément à améliorer. Le taux de participation, quant à lui, se situait à 65,1 % au 31 décembre 2008. Par ailleurs, d'autres éléments du programme ne sont pas complétés : le réseau régional d'investigation, des équipes interdisciplinaires locales et régionales et l'élaboration d'activités régionales d'assurance qualité.

Offre de service du palier régional

Soutien et expertise au Centre de coordination et aux CSSS en vue de faciliter l'atteinte des objectifs, normes et exigences du cadre de référence du PQDCS.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
 À consolider
 À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents 6-17 ans et leurs parents
 18-64 ans 65 ans et plus Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
 Déficience physique
 Perte d'autonomie liée au vieillissement Santé physique
 Dépendance Santé mentale
 Jeunes en difficulté

Objectifs santé visés par l'activité

B2.2 Réduire le taux de mortalité : de 25 % par cancer du sein chez les femmes dépistées de 50 à 69 ans; de 10 % par cancer du col utérin chez les femmes âgées de 25 à 64 ans; par cancer du poumon.

Considérations particulières

Dans le contexte actuel, c'est-à-dire les changements dans la gouverne, la révision de différents documents, les modifications en vue de faciliter les désignations, les orientations et les priorités retenues par le Ministère, la refonte du système informatique à venir, etc., un retour auprès des CDD et CRID pour connaître leur degré d'atteinte des éléments contenus dans le cadre de référence du PQDCS s'impose.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Toutes les informations sur le Programme québécois de dépistage du cancer du sein sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux : www.msss.gouv.qc.ca/pgdcs

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

2.21.1

Résultat attendu

D'ici 2010, tous les CDD et CRID réviseront leurs responsabilités en lien avec leur statut et proposeront un plan d'action pour corriger les écarts.

Indicateur retenu

Proportion de CDD et CRID ayant produit un plan d'action relatif à la poursuite de la mise en œuvre du PQDCS. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de CDD et CRID ayant produit un plan d'action/nombre de CDD et CRID (5) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CDD et CRID : production d'un plan d'action respectant les normes du programme.

Centre de coordination des services régionaux : accompagnement des CDD et CRID dans l'élaboration de leur plan d'action.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants PQDCS des CSSS : plan d'action des CDD et CRID

Répondant du dossier PQDCS du Service promotion-prévention

N° du résultat

2.21.2

Résultat attendu

D'ici 2012, tous les CDD et CRID mettront en œuvre les activités contenues dans leur plan d'action conformément au calendrier proposé.

Indicateur retenu

Proportion des CDD et CRID ayant mis en œuvre les activités contenues dans leur plan d'action conformément au calendrier proposé. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de CDD et CRID ayant mis en œuvre les activités contenues dans leur plan d'action conformément au calendrier proposé/nombre de CDD et CRID (5) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CDD et CRID : mise en œuvre des plans d'action.

Centre de coordination des services régionaux : soutien de la mise en œuvre.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants PQDCS des CSSS : calendrier de mise en œuvre

Répondant du dossier PQDCS du Service promotion-prévention

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

2.22

Responsable de la rédaction

ALINE GAUTHIER

Activité

Invitation au dépistage du cancer du col utérin (par le test de Papanicolaou) pour les femmes âgées de 25 à 64 ans qui n'ont pas participé au dépistage dans les trois dernières années.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

Le cancer du col utérin au Canada occupe le neuvième rang pour son incidence avec un taux de 8/100 000, et le treizième rang pour la mortalité avec un taux de plus ou moins 2/100 000. Au Québec, on dénombre environ 300 cas par an et 80 décès (2005). Le carcinome du col utérin est une maladie qui peut être prévenue. Le médecin doit mettre en application les directives actuelles concernant le dépistage pour chacune des patientes qui le consultent à son cabinet et, s'il y a lieu, recommander un test de PAP. Cet examen fait partie des recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Il détecte les changements pouvant survenir au col utérin qui peuvent mener au cancer sur une période de plusieurs années. Ces changements ne provoquent aucun symptôme spécifique. Les tests effectués régulièrement permettent d'identifier le plus tôt possible tout changement pouvant survenir au niveau du col.

Le dépistage du cancer du col se fait actuellement dans les cliniques médicales et les centres hospitaliers de la région; il est dit opportuniste. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, en 2005, significativement moins de femmes ont passé un test de PAP au cours d'une période de moins de trois ans que dans le reste de la province (47 % vs 71 %). Aucune activité ou mesure de soutien à ce dépistage n'a été déployée au cours des dernières années par l'Agence.

Par ailleurs, cette activité est soutenue par une PCP de la mise à jour du PNSP faisant l'objet d'une fiche particulière.

Offre de service du palier régional

Soutien aux activités d'information et aux initiatives nationales.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
 À consolider
 À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents 6-17 ans et leurs parents
 18-64 ans 65 ans et plus Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
 Déficience physique
 Perte d'autonomie liée au vieillissement Santé physique
 Dépendance Santé mentale
 Jeunes en difficulté

Objectifs santé visés par l'activité

B2.2 Réduire le taux de mortalité : de 25 % par cancer du sein chez les femmes dépistées de 50 à 69 ans; de 10 % par cancer du col utérin chez les femmes âgées de 25 à 64 ans; par cancer du poumon.

Considérations particulières**Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)**

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL ET COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *L'examen médical périodique de l'adulte – données probantes 2009*, 2009, réf. au 1^{er} octobre 2009,
www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfautre/examenperiodique2009.pdf

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Avis sur l'optimisation du dépistage du cancer du col utérin au Québec*, 2009, réf. au 1^{er} octobre 2009,
www.inspq.qc.ca/pdf/publications/915_AvisOptDepCancerCol.pdf

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

2.22.1

Résultat attendu

D'ici 2012, 100 % des initiatives nationales seront appuyées au niveau régional.

Indicateur retenu

Proportion des initiatives nationales appuyées au niveau régional. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre d'actions régionales/nombre d'initiatives nationales x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration aux initiatives nationales et aux actions régionales.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier dépistage du cancer du col du Service promotion-prévention : liste des initiatives nationales, liste des actions régionales

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

2.23

Responsable de la rédaction

ALINE GAUTHIER

Activité

Dépistage des maladies chroniques suivantes chez les adultes et les personnes âgées, et prise en charge des personnes atteintes : dépistage du cancer du sein : recommandation, par les médecins, d'offrir aux femmes âgées de 50 à 69 ans de participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein; dépistage du cancer du col (par le test de Papanicolaou); dépistage de l'hypertension artérielle; dépistage de l'ostéoporose.

Pratique clinique préventive

État de situation

Cette activité fait partie des PCP à promouvoir et à soutenir définies dans la mise à jour 2008 du PNSP. Les stratégies visant à promouvoir les PCP s'adressent aux cliniciens de première ligne pour systématiser, entre autres, l'offre de counselling sur les habitudes de vie ou le dépistage des maladies et des facteurs de risque. Une démarche est en cours à l'Agence pour :

- connaître l'intérêt des CSSS à l'implantation de stratégies de promotion et de soutien des PCP dans les milieux cliniques de leurs secteurs;
- faire la promotion de ces pratiques auprès des médecins.

Pour la période la plus récente étudiée (2001-2005), le taux ajusté d'incidence est significativement plus élevé dans la région qu'au Québec pour le cancer du sein chez la femme (149 contre 123). Chez la femme, le cancer du sein occupe le premier rang de nouveaux cas de cancer dans la région du Sagueny–Lac-Saint-Jean avec en moyenne 231 cas par an. On compte en moyenne 53 décès par année (2003-2005). Le PQDCS offre une mammographie tous les deux ans aux femmes âgées de 50 à 69 ans. Cet examen de dépistage est le seul reconnu pour diminuer le risque de décès par cancer du sein. Les activités du PQDCS sont menées officiellement dans la région depuis janvier 2002. Elles se concrétisent par l'envoi aux femmes visées par le programme de lettres les invitant à se soumettre à une mammographie de dépistage. Ce test est offert dans cinq des six CSSS dans les centres de dépistage désignés et les centres de référence pour investigation désignés.

En dépit des efforts fournis, le délai d'attente pour une mammographie de dépistage demeure un élément à améliorer. Le taux de participation, quant à lui, se situait à 65,1 % au 31 décembre 2008. Par ailleurs, d'autres éléments du programme ne sont pas complétés : le réseau régional d'investigation, des équipes interdisciplinaires locales et régionales et l'élaboration d'activités régionales d'assurance qualité.

Le cancer du col utérin au Canada occupe le neuvième rang pour son incidence avec un taux de 8/100 000, et le treizième rang pour la mortalité avec un taux de plus ou moins 2/100 000. Au Québec, on dénombre environ 300 cas par an et 80 décès (2005). Le carcinome du col utérin est une maladie qui peut être prévenue. Le médecin doit mettre en application les directives actuelles concernant le dépistage pour chacune des patientes qui le consultent à son cabinet et, s'il y a lieu, recommander un test de PAP. Il détecte les changements pouvant survenir au col utérin qui peuvent mener au cancer sur une période de plusieurs années. Ces changements ne provoquent aucun symptôme spécifique. Les tests effectués régulièrement permettent d'identifier le plus tôt possible tout changement pouvant survenir au niveau du col.

Le dépistage du cancer du col se fait actuellement dans les cliniques médicales et les centres hospitaliers de la région; il est dit opportuniste. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, en 2005, significativement moins de femmes ont passé un test de PAP au cours d'une période de moins de trois ans que dans le reste de la province (47 % vs 71 %). Aucune activité ou mesure de soutien à ce dépistage n'a été déployée au cours des dernières années par l'Agence.

L'hypertension artérielle affecte un adulte sur cinq au Canada, soit environ 45 000 individus. La prévalence de l'hypertension est significativement plus élevée dans la région en 2007 (20 %) qu'elle ne l'est dans le reste du Québec (16 % en 2005). Ce constat est cohérent avec quelques résultats observés antérieurement dans d'autres enquêtes. La prévalence de l'hypertension est significativement plus élevée chez les femmes (23 %) que chez les hommes (18 %), phénomène que l'on constate aussi à partir des données québécoises. L'hypertension est plus fréquente à mesure que l'on avance en âge, atteignant un sommet chez les personnes de 65-74 ans (46 %) et 75 ans et plus (53 %). Aucune action de dépistage systématique n'existe pour l'heure dans la région. Compte tenu de la prévalence de cette maladie du système circulatoire, il faudra au cours des prochaines années soutenir et systématiser la pratique clinique préventive correspondante afin d'améliorer l'offre de dépistage offerte à la population.

L'ostéoporose est une maladie qui cause la fragilisation des os. Les fractures ostéoporotiques surviennent surtout au poignet, à la colonne et à la hanche. Elle peut se manifester à tout âge, mais elle touche surtout les personnes âgées de plus de 50 ans. Au Canada, une femme sur quatre et au moins un homme sur huit âgés de plus de 50 ans souffrent d'ostéoporose. Au moins 80 % des fractures subies chez les 60 ans et plus sont attribuables à l'ostéoporose.

Il y a diverses façons de prévenir l'ostéoporose. L'alimentation est un mode de prévention non négligeable, notamment l'apport quotidien en calcium et en vitamine D qui est essentiel au renouvellement du tissu osseux. L'activité physique régulière participe également à la réduction du risque de développer cette maladie. À l'opposé, la consommation excessive d'alcool, de caféine et de tabac entraîne une diminution de la masse osseuse des individus. Le test de mesure de la densité osseuse (DMO) permet d'établir avec précision un diagnostic d'ostéoporose et il faut noter qu'il n'est jamais trop tard pour prendre des mesures pour réduire la perte osseuse.

Trois de ces quatre maladies ne font pas l'objet d'un programme de dépistage systématique tel que le PQDCS qui est bien implanté dans la région. Il conviendra donc pour les prochaines années d'encourager le développement de stratégies régionales visant à soutenir et faciliter les pratiques cliniques préventives, notamment l'offre de service pour prévenir ou dépister rapidement ces maladies.

Offre de service du palier régional

Collaboration et diffusion des initiatives nationales.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans 65 ans et plus Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

- B2.1 Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires.
- B2.2 Réduire le taux de mortalité : de 25 % par cancer du sein chez les femmes dépistées de 50 à 69 ans; de 10 % par cancer du col utérin chez les femmes âgées de 25 à 64 ans; par cancer du poumon.
- B2.7 Réduire la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans ou plus.

Considérations particulières

Les résultats des travaux ministériels sur le dépistage de ces maladies chroniques chez les adultes et les personnes âgées et la prise en charge des personnes atteintes permettront l'actualisation de cette activité.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

GRUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, 1994, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinique-clinique/index-fra.php

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de dépistage du cancer du sein [cadre de référence]*, 1996, réf. du 1^{er} octobre 2009, http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96_005.pdf

Toutes les informations sur le Programme québécois de dépistage du cancer du sein sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/pqdc/index.php?accueil

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

2.23.1

Résultat attendu

D'ici 2012, une activité de promotion auprès des médecins concernant le dépistage du cancer du sein sera réalisée.

Indicateur retenu

Activité de promotion auprès de l'ensemble des médecins réalisée.

Méthode de calcul proposée

Oui ou non

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS et Centre de coordination des services régionaux : collaboration à l'activité de promotion.

Centre de coordination des services régionaux : collaboration à la réalisation de l'activité.

GMF et cliniques médicales : participation à l'activité de counselling du dépistage du cancer du sein.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier PQDCS du Service promotion-prévention : plan de diffusion de l'activité de promotion

Domaine 3

Traumatismes non intentionnels

La promotion de la sécurité
dans les milieux de vie



Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

3.1

Responsable de la rédaction

SYLVAIN OUELLET

Activité

Promotion, auprès des partenaires des différents milieux de vie tels que les écoles, les municipalités, etc., de l'application d'une démarche systématique en lien avec la sécurité dans les milieux de vie allant de l'établissement d'un diagnostic de sécurité jusqu'à la mise en œuvre d'un plan d'action et de son évaluation.

Pratique clinique préventive

État de situation

Jusqu'à présent, dans la région, la promotion d'une telle démarche systématique n'a pas été réalisée. Cependant, dans le cadre de différentes activités de santé publique, que ce soit en environnement (plans d'aménagement), en promotion de l'activité physique (transport actif) ou en promotion d'environnements sécuritaires (aires de jeux publiques), les différents intervenants concernés ont soutenu des partenaires de différents milieux en termes de formation et accompagnement.

En soutien aux intervenants, un guide devrait être produit par l'INSPQ.

Offre de service du palier régional

Soutien à l'implantation d'une démarche systématique en lien avec la sécurité dans les milieux de vie

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

- C1.1 Réduire de 30 % la morbidité et la mortalité chez les usagers du réseau routier.
- C1.2 Réduire la morbidité et la mortalité chez les conducteurs de véhicules hors route.
- C1.3 Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.
- C1.4 Réduire de 15 % la morbidité et de 40 % la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs.

Considérations particulières

Les résultats des travaux ministériels concernant la démarche systématique en lien avec la sécurité dans les milieux de vie permettront l'actualisation de cette activité.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

3.1.1

Résultat attendu

D'ici 2012, un plan de diffusion du guide produit par l'INSPQ en lien avec la sécurité dans les milieux de vie allant de l'établissement d'un diagnostic de sécurité jusqu'à la mise en œuvre d'un plan d'action et de son évaluation visant à faciliter la démarche sera élaboré et appliqué.

Indicateur retenu

Plan de diffusion élaboré et appliqué.

Méthode de calcul proposée

Oui ou non

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

Aucun partenaire identifié pour ce résultat attendu.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant Kino-Québec du Service promotion-prévention : plan de diffusion du guide

Domaine 3

Traumatismes non intentionnels

Les activités de prévention
des traumatismes routiers



Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

3.2

Responsable de la rédaction

ALINE GAUTHIER

Activité

Promotion de l'application d'un continuum d'activités favorisant l'utilisation adéquate du dispositif de retenue pour enfants dans les voitures.

Pratique clinique préventive

État de situation

Les accidents de la route font de nombreuses jeunes victimes chaque année au Québec. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, 289 enfants de moins de 9 ans ont été victimes d'accidents de la route entre 2003 et 2007. Le siège d'auto pour enfants réduit jusqu'à 70 % les probabilités de décès et de blessures graves.

Les travaux d'un comité intersectoriel national (Société de l'assurance automobile du Québec [SAAQ]-MSSS-INSPQ) ont conduit à la publication d'un document s'intitulant *Utilisation correcte des sièges d'auto pour enfants : document d'orientation pour l'élaboration d'un programme de promotion à l'échelon local*. Deux régions, c'est-à-dire le Saguenay–Lac-Saint-Jean et l'Estrie, ont démarré en mai 2007 un projet-pilote d'une durée de deux ans. L'objectif étant d'augmenter jusqu'à 75 % le taux d'utilisation correcte global d'un dispositif de retenue chez les enfants de 0 à 8 ans. Les directions régionales de la SAAQ et de santé publique ont embauché un coordonnateur afin de réaliser le projet. Le comité national procédera à l'évaluation du projet-pilote.

L'implantation d'un continuum d'activités de la grossesse jusqu'au siège d'appoint nécessite la collaboration de nombreux partenaires. Dans la région, deux territoires de RLS ont été sollicités, soit Chicoutimi et Lac-Saint-Jean-Est.

Offre de service du palier régional

Soutien à la réalisation du projet-pilote visant l'application d'un continuum d'activités à l'échelon local en vue d'assurer la sécurité des enfants de 0 à 8 ans par l'utilisation adéquate du dispositif de retenue pour enfants dans les voitures.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

C1.1 Réduire de 30 % la morbidité et la mortalité chez les usagers du réseau routier.

Considérations particulières

Il s'agit d'un projet-pilote qui pourrait éventuellement être proposé à l'ensemble du Québec (évaluation à venir).

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC. *Utilisation correcte des sièges d'auto pour enfants : Document d'orientation pour l'élaboration d'un programme de promotion à l'échelon local*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/544_SiegesAutoEnfants.pdf

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

3.2.1

Résultat attendu

D'ici 2012, tous les CSSS amorceront une démarche en vue de promouvoir l'application d'un continuum d'activités favorisant l'utilisation adéquate du dispositif de retenue pour enfants dans les voitures.

Indicateur retenu

Proportion des CSSS ayant amorcé une démarche. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de CSSS ayant amorcé une démarche/nombre de CSSS (6) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : implantation d'une démarche en vue de promouvoir l'application d'un continuum d'activités favorisant l'utilisation adéquate du dispositif de retenue pour enfants dans les voitures.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants en périnatalité des CSSS

Répondant du dossier prévention des traumatismes du Service promotion-prévention : liste des CSSS ayant amorcé une démarche

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

3.3

Responsable de la rédaction

ALINE GAUTHIER

Activité

Promotion de l'application des mesures efficaces pour améliorer la sécurité routière auprès des partenaires visés, notamment : en contribuant à la détermination des endroits dangereux; en favorisant les mesures d'apaisement de la circulation sur le réseau routier; en favorisant le contrôle de la vitesse et la réduction de la conduite avec facultés affaiblies, incluant les véhicules hors route; en favorisant le port de l'équipement de protection : ceinture de sécurité, casque pour les cyclistes et pour les conducteurs et les passagers d'une motocyclette ou d'un véhicule hors route; en favorisant le transport actif sécuritaire (par exemple, sécurité des réseaux cyclable et piétonnier); en favorisant la non-utilisation du cellulaire au volant et autres télématiques affectant la conduite.

Pratique clinique préventive

État de situation

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, les traumatismes non intentionnels sont à l'origine d'environ 1 300 hospitalisations par année de personnes âgées entre 15 et 64 ans. Parmi celles-ci, 15 % sont attribuables aux accidents de la route et 6 % aux accidents de véhicules survenant hors route.

Au cours des dernières années, des activités réalisées par les différents partenaires ont principalement ciblé les dispositifs de retenue (dispositifs de retenue pour enfants, ceinture), la conduite avec facultés affaiblies et la vitesse au volant. Ces thématiques resteront au centre des préoccupations à l'horizon de 2012.

Offre de service du palier régional

Collaboration avec les différents partenaires intersectoriels.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

C1.1 Réduire de 30 % la morbidité et la mortalité chez les usagers du réseau routier.

C1.2 Réduire la morbidité et la mortalité chez les conducteurs de véhicules hors route.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

3.3.1

Résultat attendu

D'ici 2012, l'Agence poursuivra sa collaboration avec au moins deux comités intersectoriels portant sur les traumatismes non intentionnels.

Indicateur retenu

Nombre de comités auxquels l'Agence a participé. (Cible ≥ 2)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS, corps policiers, SAAQ, ministère des Transports, Contrôle routier Québec et regroupement des centres de la petite enfance : promotion de la sécurité routière et prévention des accidents routiers.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier prévention des traumatismes du Service promotion-prévention : liste des comités auxquels l'Agence participe

Domaine 3

Traumatismes non intentionnels

Les activités de prévention des chutes
et des blessures à domicile

Les activités à l'intention des enfants et des adolescents



Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

3.4

Responsable de la rédaction

MARTINE FORTIN

Activité

Intégration des 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, dans les actions préventives s'adressant aux bébés, aux jeunes enfants et à leurs parents, notamment les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité.

Pratique clinique préventive

État de situation

Pour la période 2007-2008, 43 épisodes de soins étaient consécutifs en l'occurrence d'un accident domestique (intoxication, chute, accident, brûlure, noyade) pour les 12 659 enfants de 0 à 4 ans de la région. On ne tient pas compte de tous les accidents domestiques qui se sont produits sans entraîner de séjours à l'hôpital. Cet indicateur est cependant représentatif de l'importance de ces phénomènes et l'enjeu de mettre en place des mesures pour limiter leur survenue.

Depuis 2006, à la demande de l'Agence, les intervenants privilégiés distribuent une trousse de sécurité aux mères inscrites aux SIPPE. En 2008-2009, 270 trousse ont été distribuées. Cette démarche inspirée de celle pratiquée dans d'autres régions a fait ses preuves en matière de réduction des accidents domestiques. Cette trousse permet de maintenir un lien entre les intervenants et les familles inscrites dans les SIPPE et augmente les mesures de protection des jeunes enfants à l'intérieur des foyers. C'est pourquoi il est essentiel de maintenir cette activité dans tous les territoires de RLS.

Offre de service du palier régional

Planification d'une formation sur l'utilisation de la trousse pour les intervenants des CSSS. Sensibilisation des gestionnaires de CSSS à l'importance du maintien du niveau de connaissance des intervenants en matière de prévention des accidents domestiques et des moyens de les prévenir.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

C1.3 Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

3.4.1

Résultat attendu

D'ici 2012, les familles inscrites aux SIPPE recevront une trousse de sécurité lors d'une visite à domicile en postnatal.

Indicateur retenu

Proportion des familles inscrites aux SIPPE ayant reçu une trousse de sécurité. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de familles ayant reçu une trousse de sécurité/nombre de familles inscrites aux SIPPE x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : distribution des trousse de sécurité par les intervenants des SIPPE.

Sources d'information (pour l'indicateur)

I-CLSC

Répondant du dossier SIPPE du Service promotion-prévention

Domaine 3

Traumatismes non intentionnels

Les activités de prévention des chutes
et des blessures à domicile

Les activités à l'intention des personnes âgées



Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

3.5

Responsable de la rédaction

ALINE GAUTHIER

Activité

Implantation des mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque de chute – volet non personnalisé (par exemple, le *programme intégré d'équilibre dynamique*).

Pratique clinique préventive

État de situation

Environ 30 % des personnes âgées de 65 ans ou plus font au moins une chute chaque année. Selon une estimation, au Québec, en 2004, plus de 12 000 hospitalisations et 600 décès ont pu être provoqués par des chutes dans cette population. En 2005-2006, débutait dans la région l'implantation du programme intégré d'équilibre dynamique (PIED), première étape d'un continuum en prévention des chutes. Ce programme est en lien avec l'intervention multisectorielle personnalisée (IMP) et avec l'intervention médicale préventive, la finalité étant d'offrir un éventail de services adaptés aux différentes situations rencontrées.

Deux formateurs régionaux sont disponibles pour former de nouveaux animateurs et ainsi répondre à d'éventuels besoins des CSSS. Actuellement, ce programme est offert dans l'ensemble des CSSS à une fréquence annuelle qui varie d'un territoire à l'autre. D'importants efforts ont été réalisés et se poursuivent en vue de faciliter le recrutement de participants. Au cours des prochaines années, l'offre de service de base devrait être identique dans tous les CSSS.

Offre de service du palier régional

Soutien des CSSS dans l'offre du programme.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

C1.3 Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile [cadre de référence]*, 2004, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-232-01.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

3.5.1

Résultat attendu

D'ici 2012, chaque CSSS consolidera l'implantation du PIED en offrant minimalement deux groupes par année.

Indicateur retenu

Nombre de groupes PIED offerts par CSSS par année. (Cible ≥ 2)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple, pour chaque CSSS, pour chaque année

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : animation des groupes PIED. Contact avec les formateurs régionaux en fonction des besoins locaux de formation.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants du service soutien à domicile des CSSS : liste des groupes

Répondant du dossier prévention des chutes du Service promotion-prévention

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

3.6

Responsable de la rédaction

ALINE GAUTHIER

Activité

Soutien à l'implantation des mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées en perte d'autonomie qui ont déjà fait une chute – volet personnalisé.

Pratique clinique préventive

État de situation

Environ 30 % des personnes âgées de 65 ans ou plus font au moins une chute chaque année. Selon une estimation, au Québec, en 2004, plus de 12 000 hospitalisations et 600 décès ont pu être provoqués par des chutes dans cette population. Au printemps 2007 débutaient des activités en vue de l'implantation de l'intervention multisectorielle personnalisée (IMP) dans la région. La planification initiale prévoyait deux nouveaux CSSS par an. À ce jour, cinq CSSS sur six ont reçu du financement leur permettant d'offrir l'IMP à environ 35 % de la population ciblée. Les six CSSS ont tous tenu des activités pour maintenir les connaissances acquises lors de la formation de novembre 2007.

L'implantation du programme se déroule conformément aux cibles établies pour chaque CSSS. Quant aux difficultés rencontrées, chaque CSSS apporte ses solutions. De plus, des rencontres avec les intervenants dédiés favorisent l'échange d'expertise. Dans un avenir rapproché, l'implantation pour l'ensemble des CSSS devrait être complétée et, à plus long terme, rendre possible l'offre de l'IMP à 40 % de la population ciblée.

Offre de service du palier régional

Soutien des CSSS par des rencontres en vue de faciliter l'échange d'expertise.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

C1.3 Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.

Considérations particulières

L'Agence accompagne les CSSS tout en respectant leur autonomie. L'objectif est d'offrir l'IMP en respectant le guide d'implantation.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile [cadre de référence]*, 2004, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-232-01.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

3.6.1

Résultat attendu

D'ici 2012, en soutien à l'implantation de l'IMP, deux rencontres régionales se tiendront annuellement avec les intervenants dédiés, à l'initiative de l'Agence.

Indicateur retenu

Nombre de rencontres organisées chaque année. (Cible : 2)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple, pour chaque année

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : participation aux rencontres organisées par l'Agence.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier prévention des chutes du Service promotion-prévention : compte rendu des réunions

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

3.7

Responsable de la rédaction

ALINE GAUTHIER

Activité

Évaluation multidisciplinaire des facteurs de risque de chute chez les personnes âgées à risque vivant à domicile.

Pratique clinique préventive

État de situation

Environ 30 % des personnes âgées de 65 ans ou plus font au moins une chute chaque année. Selon une estimation, au Québec, en 2004, plus de 12 000 hospitalisations et 600 décès ont pu être provoqués par des chutes dans cette population. Cette activité est une PCP qui s'adresse aux cliniciens de première ligne. Elle s'inscrit dans un continuum de services pour les personnes âgées vivant à domicile en vue de prévenir les chutes. Une formation s'adressant aux répondants régionaux en prévention des chutes est prévue par le MSSS pour 2010.

Offre de service du palier régional

Soutien à la mise en place de l'évaluation multidisciplinaire.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

C1.3 Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

GRUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, 1994, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinique-clinique/index-fra.php

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile [cadre de référence]*, 2004, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-232-01.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

3.7.1

Résultat attendu

D'ici 2010, l'Agence collaborera aux initiatives nationales en matière d'évaluation multidisciplinaire des facteurs de risque de chute chez les personnes âgées à risque vivant à domicile.

Indicateur retenu

Proportion des initiatives nationales soutenues au niveau régional. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre d'initiatives nationales soutenues au niveau régional/nombre d'initiatives nationales x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration aux initiatives nationales et aux actions régionales.

GMF et cliniques médicales : participation à l'implantation de cette PCP.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier prévention des chutes du Service promotion-prévention : liste des initiatives nationales, liste des actions régionales

Domaine 3

Traumatismes non intentionnels

Les activités de prévention des chutes
et des blessures à domicile

Les activités à l'intention de toute la population



Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

3.8

Responsable de la rédaction

ALINE GAUTHIER

Activité

Promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle des environnements domiciliaires auprès des partenaires visés, afin de prévenir, notamment, les brûlures, les intoxications dues aux produits toxiques ou médicamenteux ainsi que les risques associés à la présence d'une piscine résidentielle.

☐ Pratique clinique préventive**État de situation**

En 2006, au Québec, 18 133 intoxications pédiatriques accidentelles ont été répertoriées par le Centre antipoison du Québec, auprès des enfants de cinq ans ou moins, ce qui représente 37 % de l'ensemble des cas répertoriés dans la population et près de 50 cas par jour. Neuf fois sur dix, les cas sont traités à domicile grâce à des recommandations et des conseils par téléphone. Durant la période 2003 à 2005, ce type d'intoxication est associé à 198 hospitalisations par année en moyenne chez les moins de cinq ans. Durant la période 2000 à 2006, ce problème a causé deux décès dans ce groupe d'âge. De 1986 à 2005, 222 décès par noyade sont survenus dans les piscines résidentielles au Québec. Ce nombre représente 88 % des 252 noyades survenues dans une piscine au cours de cette période. Durant la période 2000-2004, le taux ajusté d'hospitalisation (taux annuel moyen pour 10 000) en soins physiques de courte durée pour des traumatismes non intentionnels était de 1,1 pour les intoxications accidentelles et de 0,6 pour les incendies et brûlures.

Actuellement, aucune activité structurée n'a été mise en place auprès des partenaires concernés en vue de faire la promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle.

Offre de service du palier régional

Dans le cadre d'activités intersectorielles, collaboration à des activités de promotion selon la demande.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

C1.3 Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.

Considérations particulières**Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)**

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

3.8.1

Résultat attendu

D'ici 2012, l'Agence répondra aux demandes de collaboration dans le cadre d'activités intersectorielles.

Indicateur retenu

Proportion des demandes pour lesquelles une collaboration aura été mise en place. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de demandes pour lesquelles une collaboration aura été mise en place/nombre de demandes reçues x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration aux initiatives nationales et aux actions régionales.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier prévention des traumatismes du Service promotion-prévention : liste des demandes de collaboration reçues et traitées

Domaine 3

Traumatismes non intentionnels

Les activités de prévention
des traumatismes récréatifs ou sportifs

Les activités à l'intention des enfants et des adolescents



Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

3.9

Responsable de la rédaction

SYLVAIN OUELLET

Activité

Promotion de l'application de la norme de sécurité existante concernant l'aménagement des aires et des équipements de jeux auprès des municipalités et des écoles.

Pratique clinique préventive

État de situation

Chaque année, au Canada, près de 28 500 blessures sont associées aux équipements de jeux et une vingtaine de décès sont survenus depuis 1982. Ces blessures, qu'on peut prévenir, sont principalement imputables à des chutes ainsi qu'aux coups reçus par des balançoires. La majorité des décès liés à l'équipement de jeu sont attribuables à des vêtements ou à des cordons coincés ainsi qu'à l'emprisonnement de la tête dans les ouvertures des modules.

Pour prévenir les décès et les blessures liés aux aires de jeu, les municipalités, les écoles, les centres de la petite enfance (CPE), les restaurants et toute organisation qui mettent à la disposition des enfants des modules de jeu, il est recommandé d'appliquer la norme canadienne sur la sécurité des aires de jeu publiques (CAN/CSA-Z614-07). La norme vise essentiellement trois éléments : la conformité des structures, l'entretien et la maintenance ainsi que la surveillance des enfants. Afin de prévenir les chutes et les blessures, l'INSPQ a publié en 2005 et mis à jour en 2007 le *Guide des aires et appareils de jeu, un outil instructif et pratique*. Une cinquantaine de personnes issues des municipalités, des commissions scolaires et des CPE ont déjà été formés ces dernières années. La mise à jour des connaissances de ces intervenants se fera par l'organisation de formations spécifiques.

Offre de service du palier régional

Planification et coordination de formations destinées aux municipalités, écoles, commissions scolaires sur le *Guide des aires et des appareils de jeu 2005* et sur la mise à jour de la norme canadienne en 2007 (CAN/CSA-Z614-07).

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

C1.4 Réduire de 15 % la morbidité et de 40 % la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

ASSOCIATION CANADIENNE DE NORMALISATION. *Norme CAN/CSA-Z614-07 Aires et équipement de jeu*, Mississauga, Association canadienne de normalisation, 2007, 186 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Guide des aires et des appareils de jeu : Incluant une grille d'inspection basée sur la norme CAN/CSA-Z614-03*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2007, 55 p. et annexes. La mise à jour 2007 est disponible à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/395_fevrier_08_mise_a_jour.pdf

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

3.9.1

Résultat attendu

D'ici 2012, quarante intervenants des municipalités et des commissions scolaires suivront la formation sur le *Guide des aires et des appareils de jeu basé sur la norme CAN/CSA-Z614-07*.

Indicateur retenu

Nombre d'intervenants municipaux et scolaires ayant été formés. (Cible ≥ 40)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

Municipalités et commissions scolaires : participation aux activités de formation et de mise à jour. Application et actualisation des aires et des équipements de jeu à la norme CAN/CSA-Z614-07.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant Kino-Québec du Service promotion-prévention : liste des participants

Domaine 3

Traumatismes non intentionnels

Les activités de prévention
des traumatismes récréatifs ou sportifs

Les activités à l'intention de toute la population



Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

3.10

Responsable de la rédaction

ALINE GAUTHIER

Activité

Promotion de la sécurité sur les plans d'eau par le port du vêtement de flottaison individuel, notamment auprès des municipalités, des propriétaires de camps de vacances et de terrains de camping.

Pratique clinique préventive

État de situation

Selon la Société de sauvetage, de 2000 à 2004, des 411 noyades dénombrées, 66 % se sont produites lors d'activités récréatives, de celles-ci, la baignade se retrouve au premier rang avec 29 %, suivi de la navigation (21 %) et de la pêche (19 %). Le vêtement de flottaison individuel, lors d'activités de navigation, est non porté dans la majorité des cas (69 %); il n'est porté correctement que dans 19 % des occasions.

Offre de service du palier régional

Collaboration aux initiatives nationales.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
 À consolider
 À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents 6-17 ans et leurs parents
 18-64 ans 65 ans et plus Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
 Déficience physique
 Perte d'autonomie liée au vieillissement Santé physique
 Dépendance Santé mentale
 Jeunes en difficulté

Objectifs santé visés par l'activité

C1.4 Réduire de 15 % la morbidité et de 40 % la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs.

Considérations particulières

Les résultats des travaux ministériels sur la promotion de la sécurité sur les plans d'eau par le port de vêtement de flottaison individuel, notamment auprès des municipalités, des propriétaires de camps de vacances et de terrains de camping, permettront l'actualisation de cette activité.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

3.10.1

Résultat attendu

D'ici 2012, l'Agence collaborera aux initiatives nationales.

Indicateur retenu

Proportion des initiatives nationales soutenues au niveau régional. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre d'initiatives nationales soutenues au niveau régional/nombre d'initiatives nationales x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre

- Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration aux initiatives nationales et aux actions régionales.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier prévention des traumatismes du Service promotion-prévention : liste des initiatives nationales et des actions régionales.

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

3.11

Responsable de la rédaction

SYLVAIN OUELLET

Activité

Promotion, auprès des partenaires publics et privés visés (ministères, centres de ski, coroner, etc.), du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle portant sur la pratique des sports de glisse au Québec.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

Selon l'*Étude des blessures subies au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives au Québec* publiée en 2004, près d'une blessure sévère sur deux est due au surf des neiges et près d'une blessure sévère sur trois est attribuable au ski alpin. Le chapitre VI de la Loi sur la sécurité dans les sports et le Règlement sur la sécurité dans les stations de ski alpin contiennent des dispositions qui s'adressent à l'exploitant d'une station de ski alpin. La réglementation vise aussi indirectement le glisseur (skieur ou surfeur) qui doit respecter le Code de conduite en montagne. La réglementation prescrit des obligations qui concernent notamment : le Code de conduite en montagne, la mise en place de mesures raisonnables pour assurer le respect du Code de conduite en montagne, les normes de qualification des secouristes, les équipements de secourisme, la signalisation, la circulation des véhicules motorisés, les parcs et aires de jeu, le rapport d'accident à remplir en cas d'intervention d'un secouriste et le niveau d'éclairage des pistes.

La Direction de la sécurité dans les sports du MÉLS qui a la responsabilité de cette activité en collaboration avec le MSSS travaille actuellement sur un projet de réglementation portant sur l'obligation du port du casque en tout temps dans les sports de glisse (planche à neige et ski alpin). Aucun document, aucune formation ni délai ne sont actuellement connus.

Offre de service du palier régional

Collaboration aux initiatives nationales.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

C1.4 Réduire de 15 % la morbidité et de 40 % la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs.

Considérations particulières

Les résultats des travaux ministériels sur la promotion auprès des partenaires publics et privés visés (ministères, centres de ski, coroner, etc.) du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle portant sur la pratique des sports de glisse au Québec permettront l'actualisation de cette activité.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Étude des blessures subies au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives au Québec*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/520-BlessuresActivitesSportives.pdf

QUÉBEC. *Loi sur la sécurité dans les sports : LRQ, chapitre S-3.1*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2008.

QUÉBEC. *Règlement sur la sécurité dans les stations de ski alpin, c. S-3.1, r.11*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2008.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. *Code de conduite en montagne*.

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

3.11.1

Résultat attendu

D'ici 2012, l'Agence collaborera avec la Direction de la sécurité dans les sports du MÉLS à la promotion des mesures de sécurité et de contrôle portant sur la pratique des sports de glisse.

Indicateur retenu

Proportion de demandes de collaboration ayant fait l'objet d'un suivi. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de suivis/nombre de demandes de collaboration x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration aux initiatives nationales et aux actions régionales.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant Kino-Québec du Service promotion-prévention : liste des demandes de collaboration et du suivi qui a été fait

Domaine 4
Développement des communautés



Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

4.1

Responsable de la rédaction

ROBERT COLPRON

Activité

Participation du réseau de la santé et des services sociaux aux activités intersectorielles visant la réduction des inégalités dans le milieu régional.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

L'intersectorialité et les actions concertées de différents partenaires sont des stratégies reconnues de santé publique. Dans cette optique, l'Agence et les centres de santé et de services sociaux de la région participent à des tables régionales intersectorielles notamment pour lutter contre l'insécurité alimentaire. La Conférence régionale des élus (CRÉ) a également mis en place une commission permanente, la Commission en développement social, qui regroupe plusieurs acteurs intersectoriels de la région au nombre desquels siège l'Agence. Des orientations issues de cette commission placent la réduction des inégalités sociales comme priorité pour la région. Actuellement, un comité de travail composé de membres de la Commission est à finaliser un projet d'entente spécifique en développement social. La négociation de cette entente spécifique est confiée à l'Agence.

Offre de service du palier régional

Animation et mobilisation intersectorielle du milieu régional afin de réduire les inégalités.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
 À consolider
 À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents 6-17 ans et leurs parents
 18-64 ans 65 ans et plus Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
 Déficience physique Santé physique
 Perte d'autonomie liée au vieillissement Santé mentale
 Dépendance
 Jeunes en difficulté

Objectifs santé visés par l'activité

G1.1 Réduire les inégalités.

Considérations particulières**Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)****Partie 2 – Liste des résultats attendus****N° du résultat**

4.1.1

Résultat attendu

D'ici 2012, l'Agence maintiendra sa participation à la Commission en développement social de la CRÉ.

Indicateur retenu

Proportion des rencontres de la Commission auxquelles l'Agence aura participé. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de présences aux réunions de la Commission/nombre total de réunions x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

Aucun partenaire identifié pour ce résultat attendu.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Chef de service en promotion-prévention : compte rendu des réunions

N° du résultat

4.1.2

Résultat attendu

D'ici 2012, tous les CSSS contribueront par leur participation au comité de lutte à la pauvreté de leur territoire.

Indicateur retenu

Proportion des rencontres du comité de lutte à la pauvreté auxquelles les CSSS auront participé pour chaque territoire. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de présences aux réunions du comité de chaque territoire/nombre total de réunions pour chaque territoire x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : participation aux structures de concertation locales traitant de la lutte à la pauvreté.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants en santé publique des CSSS : compte rendu des réunions

Répondant du dossier développement des communautés du Service promotion-prévention

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

4.2

Responsable de la rédaction

ROBERT COLPRON

Activité

Participation du réseau de la santé et des services sociaux aux activités intersectorielles visant le renforcement de la vitalité des milieux.

Pratique clinique préventive

État de situation

La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean compte parmi ses 49 municipalités, huit municipalités reconnues dévitalisées par le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (MAMROT). Les MRC touchées sont : Domaine-du-Roy (3), Lac-Saint-Jean-Est (1), Maria-Chapdelaine (3), Fjord-du-Saguenay (1). Au Québec, 152 municipalités dans 45 MRC font partie de ces collectivités vivant des difficultés économiques, démographiques et sociales.

En 2002, le MAMROT se dotait d'un *Plan d'action gouvernemental à l'intention des municipalités dévitalisées*. Pour sa mise en œuvre, un comité interministériel a été formé. Le cinquième volet de ce plan d'action vise le maintien des services de proximité, c'est-à-dire des services de base pour la population et le domaine de l'alimentation en fait partie.

Les structures de concertation locale intersectorielle en santé et bien-être de la population (Conseil des partenaires, table en promotion-prévention) s'activent à supporter des projets mobilisants autour des déterminants de la santé. Par exemple, plusieurs de ces structures de concertation ont facilité la mise en œuvre de projets Québec en forme visant à dynamiser des milieux en voie de dévitalisation pour améliorer les habitudes de vie des jeunes de 0 à 17 ans en matière d'activité physique et d'alimentation.

Dans le cadre d'un projet-pilote, l'Agence, assistée par le comité régional de réflexion et d'action en sécurité alimentaire, ainsi que l'organisme Moisson Saguenay–Lac-Saint-Jean soutiennent le démarrage d'une initiative favorisant l'accessibilité à une saine alimentation dans la MRC Maria-Chapdelaine. Actuellement, des démarches ont été entreprises avec les élus et les citoyens du territoire.

Offre de service du palier régional

Soutien à la mobilisation et participation à l'élaboration du projet-pilote.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

B1.2 Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes quotidiennement.

B1.4 Réduire à moins de 4,5 % la proportion de personnes de 12 ans et plus vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire.

B1.5 Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.

G1.1 Réduire les inégalités.

G1.2 Renforcer la vitalité des milieux.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

4.2.1

Résultat attendu

D'ici 2012, un projet-pilote facilitant l'accessibilité à une saine alimentation sera implanté dans la MRC Maria-Chapdelaine.

Indicateur retenu

Projet-pilote implanté.

Méthode de calcul proposée

Oui ou non

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS Maria-Chapdelaine : collaboration à l'implantation du projet-pilote.

Moisson Saguenay–Lac-Saint-Jean : partage de connaissance et support logistique. Collaboration à l'élaboration et mise en œuvre du projet-pilote.

MRC Maria-Chapdelaine : soutien à l'organisation et soutien technique (infrastructure, équipement, etc.) du projet-pilote.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier développement des communautés du Service promotion-prévention

N° du résultat

4.2.2

Résultat attendu

D'ici 2012, tous les CSSS maintiendront les comités de concertation intersectorielle en santé et bien-être.

Indicateur retenu

Proportion de comités de concertation intersectorielle maintenus. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de comités intersectoriels maintenus/nombre de CSSS (6) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : planification, animation et coordination des activités de concertation et d'allocation pour le déploiement des stratégies et des projets en santé publique, conformément aux plans d'action locaux en santé publique.

Autres membres des comités : participation aux rencontres du comité intersectoriel et aux activités associées.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants de santé publique des CSSS

Répondants de santé publique de l'Agence pour chacun des comités de concertation : compte rendu des réunions

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

4.3

Responsable de la rédaction

ROBERT COLPRON

Activité

Promotion du développement des communautés (*empowerment* individuel et collectif) auprès des intervenants du réseau et de leurs partenaires.

Pratique clinique préventive

État de situation

Depuis 2001, des formations, des colloques et d'autres activités faisant la promotion du développement des communautés se sont tenus à travers différents programmes comme les SIPPE, l'École en santé, les cuisines collectives, le réseau de sentinelles, etc. Le comité régional en développement des communautés, en collaboration avec le Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire, a aussi invité depuis les deux dernières années, et cela, à quelques reprises, les organisateurs communautaires et les professionnels de la santé publique à échanger lors de différentes rencontres traitant du développement des communautés (domaine et stratégies) et animées par des experts de divers milieux.

Depuis février 2009, le comité régional en développement des communautés, fort de ses expériences vécues et de l'intégration des expertises de ses membres, initie l'exercice d'une praxis en développement des communautés. Une praxis est une « réflexion et action des hommes sur le monde pour le transformer » (FREIRE, 1980). En s'appuyant sur la méthode du pédagogue brésilien des années 1960 à 1990, l'objectif visé est de travailler à partir des réalités des agents de développement locaux participants (en l'occurrence les agents de développement locaux) dans le but de leur faire exprimer leur expérience avec une visée de prise de conscience (conscientisation). Elle veut prendre la forme d'un processus de formation continue à l'échelle régionale. Il est prévu qu'à cette praxis se greffe d'autres acteurs tels l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) et l'INSPQ par son volet initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences en santé publique.

Ensuite, le développement des communautés dans la région s'appuie entre autres sur l'approche Villes et villages en santé, qui est reconnue efficace pour soutenir l'*empowerment* communautaire. Dans la région, neuf municipalités ont adhéré au réseau québécois de Villes et villages en santé (Girardville, La Doré, Métabetchouan-Lac-à-la-Croix, MRC Domaine-du-Roy, Normandin, Péribonka, Saguenay, Saint-Augustin, Saint-Prime). Selon Trévor Hancock et Leonard Duhl, « une ville ou un village en santé prend soins de son environnement physique et social et l'améliore continuellement; il mobilise les ressources de la communauté pour renforcer la capacité de ses citoyens à s'entraider dans les activités courantes de la vie et à réaliser leur plein potentiel ».

Offre de service du palier régional

Animation du comité régional en développement des communautés et mobilisation des partenaires.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

G1.2 Renforcer la vitalité des milieux.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**4.3.1

Résultat attendu

D'ici 2012, une formation en développement des communautés sera tenue pour les professionnels de chaque CSSS et leurs partenaires.

Indicateur retenu

Proportion des territoires de RLS où une formation aura été organisée. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de territoires de RLS où une formation aura été organisée/nombre de territoires de RLS (6) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : participation des professionnels concernés à la formation sur le développement des communautés.

Comité de praxis : organisation des formations.

Centres locaux de développement : participation des agents de développement.

Société d'aide au développement des communautés (SADC) : participation à la formation.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier développement des communautés du Service promotion-prévention : plan de formation, liste des participants

Domaine 5

Maladies infectieuses

Les activités portant sur les maladies à déclaration obligatoire, les manifestations cliniques inhabituelles liées à la vaccination et les signalements



Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

5.1

Responsable de la rédaction

MARIO BRISSON

Activité

Vigie sanitaire des menaces biologiques réelles ou appréhendées, incluant les maladies en émergence et les éclosions.

Pratique clinique préventive

État de situation

La vigie sanitaire est une des activités de la protection de la santé publique. La vigie sanitaire est un processus continu qui s'exerce en temps réel à l'aide de l'exploitation de systèmes d'information. L'importation des données est possible à partir du registre central des MADO du Québec. La Direction de santé publique de l'Agence reçoit plus de 600 déclarations par année. En 2007, 682 déclarations ont été inscrites au registre central des MADO du Québec. Les éclosions de gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée et les toxi-infections alimentaires et hydriques font partie des MADO. En 2007, 41 épisodes de gastro-entérite épidémique ont été signalés à la Direction de santé publique de l'Agence impliquant 900 personnes (622 bénéficiaires et 368 travailleurs) et 4 épisodes de toxi-infections alimentaires. Par ailleurs, un phénomène préoccupant a pris de l'importance au fil des ans : la résistance aux antimicrobiens. Partout dans le monde, on est de plus en plus soucieux du fait que certains virus, bactéries, champignons ou parasites développent une résistance aux médicaments utilisés pour les combattre. On s'inquiète notamment de cette résistance pour la tuberculose, les infections gonococciques ou les infections à *Staphylococcus aureus* ou à entérocoques.

Offre de service du palier régional

Coordination régionale des interventions de santé publique en lien avec les déclarations et les signalements des menaces à la population. Collaboration avec le Bureau de surveillance et vigie (BSV) du MSSS lors d'interventions suprarégionales. Rôle de soutien/expertise-conseil auprès des CSSS et des centres de santé autochtones, des cliniciens et des laboratoires de la région.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

D1.1 Réduire l'incidence des maladies entériques, particulièrement les *Escherichia coli* 0157 producteurs de vérotoxine et les infections à *Salmonella enteritidis*.

D1.2 Réduire le taux d'incidence annuel de la tuberculose active à 3,5 pour 100 000 personnes et, plus précisément : réduire à 8 pour 100 000 personnes dans la région de Montréal; réduire à 2 pour 100 000 personnes dans les autres régions du Québec.

D1.3 Réduire le nombre annuel de cas sporadiques de zoonoses.

D1.5 Maintenir l'incidence moyenne annuelle des maladies infectieuses contractées à l'étranger.

D1.14 Maintenir à moins d'un cas par dix ans l'incidence de la rage.

D1.23 Réduire le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à moins de 550 par année et, plus précisément : le nombre de nouveaux diagnostics chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) à moins de 250 cas par année; le nombre de nouveaux diagnostics chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année.

D1.24 Réduire l'incidence d'infection par le VIH à moins de 1,1 par 100 personnes par année chez les HARSAH et à moins de 2,7 par 100 personnes par année chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année.

D1.25 Réduire les taux d'incidence d'infections gonococciques à moins de 12 pour 100 000 personnes et, plus précisément : à zéro les cas d'infections gonococciques chez les enfants de moins d'un an; à moins de 35 par 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 45 pour 100 000 chez les hommes âgés de 20 à 39 ans.

D1.26 Réduire les taux d'incidence d'infections à *Chlamydia trachomatis* à moins de 120 par 100 000 personnes et, plus précisément : à moins de 1 000 pour 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 7 par 100 000 chez les enfants âgés de moins d'un an (infections oculaires, pulmonaires et génitales).

D1.27 Maintenir à zéro le nombre de cas de syphilis congénitale chez les enfants âgés de moins de 2 ans.

D1.28 Réduire à moins de 200 par année le nombre de cas de syphilis infectieuse, particulièrement chez les HARSAH.

D1.29 Réduire l'incidence du virus de l'hépatite C (VHC) à moins de 23 par 100 personnes par année chez les personnes faisant usage de drogues par injection.

D1.30 Maintenir à moins de 20 cas par année le nombre de lymphogranulomatose vénérienne chez les HARSAH.

D1.31 Réduire l'incidence des infections nosocomiales dans les établissements de santé et de services sociaux.

Considérations particulières

Il sera difficile d'évaluer la proportion d'enquêtes épidémiologiques réalisées d'ici à ce que soit instauré PANORAMA-Québec. Pour des raisons géographiques, l'Agence soutient également la communauté autochtone d'Obedjiwan rattachée officiellement à la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

5.1.1

Résultat attendu

D'ici 2012, la vigie sanitaire sera assurée lors de menaces biologiques réelles ou appréhendées incluant les maladies en émergence et les éclosions.

Indicateur retenu

Proportion d'enquêtes épidémiologiques effectuées auprès des cas déclarés. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre d'enquêtes épidémiologiques effectivement effectuées auprès des cas déclarés/nombre de déclarations pour lesquelles une enquête épidémiologique a été demandée x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS et centres de santé autochtones : collaboration des infirmiers pivots en maladies infectieuses aux enquêtes épidémiologiques.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Rapport annuel du Service des maladies infectieuses

Registre central des MADO du Québec

BSV du MSSS

Répondants du Service des maladies infectieuses

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

5.2

Responsable de la rédaction

GILLES PEDNEAULT

Activité

Application des lignes directrices pour assurer l'investigation des cas primaires, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions.

Pratique clinique préventive

État de situation

Le chapitre XI de la Loi sur la santé publique donne des pouvoirs aux autorités de santé publique en cas de menace à la santé des populations. Le directeur de santé publique peut, entre autres, instituer des enquêtes épidémiologiques à la suite de réception d'une déclaration d'une MADO, d'une manifestation clinique inhabituelle à la suite d'une vaccination ou lors d'un signalement donné par les intervenants visés par la loi. Le directeur de santé publique a également le pouvoir d'ordonner une enquête afin d'empêcher que ne s'aggrave une menace à la santé de la population, en diminuer les effets ou, idéalement, l'éliminer. Toutes ces mesures de vigie sanitaire en lien avec les maladies infectieuses sont appliquées par le Service des maladies infectieuses. Les enquêtes épidémiologiques, suite aux déclarations ou aux signalements faits principalement par les intervenants du réseau, sont initiées par les professionnels de ce service en collaboration avec les intervenants des CSSS. L'application des mesures préconisées par les guides provinciaux d'intervention spécifiques à certaines situations est faite en collaboration avec ces mêmes intervenants, comme l'immunisation ou la chimioprophylaxie, lorsque nécessaire.

Offre de service du palier régional

Coordination des interventions de protection de santé publique régionale. Formation des intervenants des CSSS. Soutien aux professionnels et aux établissements du réseau.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

D1.1 Réduire l'incidence des maladies entériques, particulièrement les *Escherichia coli* 0157 producteurs de vérotoxine et les infections à *Salmonella enteritidis*.

D1.2 Réduire le taux d'incidence annuel de la tuberculose active à 3,5 pour 100 000 personnes et, plus précisément : réduire à 8 pour 100 000 personnes dans la région de Montréal; réduire à 2 pour 100 000 personnes dans les autres régions du Québec.

D1.3 Réduire le nombre annuel de cas sporadiques de zoonoses.

D1.4 Réduire la progression de la résistante aux antimicrobiens en ce qui concerne : les infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline; les infections nosocomiales; les infections à pneumocoque; la tuberculose.

D1.5 Réduire la progression de la résistante aux antimicrobiens en ce qui concerne : - les infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline; - les infections nosocomiales; - les infections à pneumocoque; - la tuberculose.

D1.6 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.

D1.7 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.

D1.8 Réduire de 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans.

- D1.9 Réduire l'incidence de l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale à 0.
- D1.10 Maintenir à 2 ou moins le nombre de cas indigènes d'hépatite B chez les enfants âgés de moins d'un an.
- D1.12 Maintenir à 0 l'incidence annuelle de la diphtérie et de la poliomyélite en ce qui concerne les cas indigènes.
- D1.13 Maintenir à moins d'un cas par 5 ans l'incidence du tétanos.
- D1.14 Maintenir à moins d'un cas par dix ans l'incidence de la rage.
- D1.15 Maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole et la rubéole sous le seuil d'élimination.
- D1.16 Maintenir à moins de 5 % de l'incidence prévaccinale, l'incidence annuelle des oreillons.
- D1.17 Réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002.
- D1.18 Réduire à 2,5 pour 100 000 personnes l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A.
- D1.19 Réduire à 1 pour 100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.
- D1.20 Réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination.
- D1.21 Réduire de 95 % le taux d'hospitalisation annuel pour varicelle.
- D1.22 Maintenir à moins de 2 le nombre annuel d'enfants nés au Québec et infectés par le VIH dans le cadre d'une transmission mère-enfant.
- D1.23 Réduire le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH à moins de 550 par année et, plus précisément : le nombre de nouveaux diagnostics chez les HARSAH à moins de 250 cas par année; le nombre de nouveaux diagnostics chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année.
- D1.24 Réduire l'incidence d'infection par le VIH à moins de 1,1 par 100 personnes par année chez les HARSAH et à moins de 2,7 par 100 personnes par année chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année.
- D1.25 Réduire les taux d'incidence d'infections gonococciques à moins de 12 pour 100 000 personnes et, plus précisément : à zéro les cas d'infections gonococciques chez les enfants de moins d'un an; à moins de 35 par 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 45 pour 100 000 chez les hommes âgés de 20 à 39 ans.
- D1.26 Réduire les taux d'incidence d'infections à *Chlamydia trachomatis* à moins de 120 par 100 000 personnes et, plus précisément : à moins de 1 000 pour 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 7 par 100 000 chez les enfants âgés de moins d'un an (infections oculaires, pulmonaires et génitales).
- D1.27 Maintenir à zéro le nombre de cas de syphilis congénitale chez les enfants âgés de moins de 2 ans.
- D1.28 Réduire à moins de 200 par année le nombre de cas de syphilis infectieuse, particulièrement chez les HARSAH.
- D1.29 Réduire l'incidence du VHC à moins de 23 par 100 personnes par année chez les personnes faisant usage de drogues par injection.
- D1.30 Maintenir à moins de 20 cas par année le nombre de lymphogranulomatose vénérienne chez les HARSAH.
- D1.31 Réduire l'incidence des infections nosocomiales dans les établissements de santé et de services sociaux.

Considérations particulières

Les activités de protection sont assurées par le Service des maladies infectieuses 7 jours/7, 24 heures/24. Pour des raisons géographiques, l'Agence soutient également la communauté autochtone d'Obedjiwan rattachée officiellement à la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

5.2.1

Résultat attendu

D'ici 2012, les éclosions et les MADO faisant l'objet de lignes directrices seront investiguées.

Indicateur retenu

Proportion des éclosions et des MADO pour lesquelles un suivi a été fait, chaque année. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre d'enquêtes concernant les éclosions et les MADO ciblées/nombre de déclarations d'éclosions et de MADO ciblées chaque année x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : investigation des cas primaires, prévention des cas secondaires et contrôle des éclosions par les infirmiers pivots en maladies infectieuses et les infirmiers en prévention des infections, en collaboration avec les professionnels de la Direction de santé publique de l'Agence.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Registre central des MADO du Québec

Registre des éclosions

Répondant du dossier vigie et surveillance du Service des maladies infectieuses : liste des MADO ciblées

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

5.3

Responsable de la rédaction

GILLES PEDNEAULT

Activité

Diffusion aux populations ciblées des recommandations liées aux différents modes de transmission.

Pratique clinique préventive

État de situation

Lors de chaque enquête épidémiologique à la suite d'une déclaration d'une MADO ou d'un signalement d'une menace à la santé de la population, des informations sur le ou les modes de transmission de la maladie sont communiqués aux personnes concernées. Plusieurs moyens de communication sont utilisés selon la situation : lettre, avis Info-Santé, communiqué de presse, entrevues aux différents médias.

Offre de service du palier régional

Coordination des interventions de protection de santé publique régionale. Formation des intervenants des CSSS. Soutien aux intervenants et aux établissements du réseau.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

D1.1 Réduire l'incidence des maladies entériques, particulièrement les *Escherichia coli* 0157 producteurs de vérotoxine et les infections à *Salmonella enteritidis*.

D1.2 Réduire le taux d'incidence annuel de la tuberculose active à 3,5 pour 100 000 personnes et, plus précisément : réduire à 8 pour 100 000 personnes dans la région de Montréal; réduire à 2 pour 100 000 personnes dans les autres régions du Québec.

D1.3 Réduire le nombre annuel de cas sporadiques de zoonoses.

D1.5 Maintenir l'incidence moyenne annuelle des maladies infectieuses contractées à l'étranger.

D1.6 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.

D1.7 Réduire à moins de 5 cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à méningocoque de sérotype C dans la population âgée de 20 ans ou moins.

D1.8 Réduire de 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans.

D1.9 Réduire l'incidence de l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale à 0.

D1.10 Maintenir à 2 ou moins le nombre de cas indigènes d'hépatite B chez les enfants âgés de moins d'un an.

D1.12 Maintenir à 0 l'incidence annuelle de la diphtérie et de la poliomyélite en ce qui concerne les cas indigènes.

D1.13 Maintenir à moins d'un cas par 5 ans l'incidence du tétanos.

D1.14 Maintenir à moins d'un cas par 10 ans l'incidence de la rage.

D1.15 Maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole et la rubéole sous le seuil d'élimination.

D1.16 Maintenir à moins de 5 % de l'incidence prévacinale, l'incidence annuelle des oreillons.

D1.17 Réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002.

D1.18 Réduire à 2,5 pour 100 000 personnes l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A.

D1.19 Réduire à 1 pour 100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.

D1.20 Réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination.

D1.21 Réduire de 95 % le taux d'hospitalisation annuel pour varicelle.

Considérations particulières

Pour des raisons géographiques, l'Agence soutient également la communauté autochtone d'Obedjiwan rattachée officiellement à la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)**Partie 2 – Liste des résultats attendus****N° du résultat**

5.3.1

Résultat attendu

D'ici 2012, les recommandations appropriées seront faites auprès de populations ciblées sur les modes de transmission et la prévention de maladies infectieuses en fonction des situations signalées.

Indicateur retenu

Nombre d'actions régionales de communication sur les modes de transmission et la prévention de maladies infectieuses. (Cible ≥ 1)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS et centres de santé autochtones : soutien et participation aux actions régionales.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants du Service des maladies infectieuses : liste des actions régionales de communication

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

5.4

Responsable de la rédaction

MARIO BRISSON

Activité

Implantation d'un système d'information pancanadien.

Pratique clinique préventive

État de situation

La phase 2 du projet PANORAMA-Québec couvre les travaux de préparation et d'implantation du système de surveillance et de protection en matière de maladies infectieuses dans le réseau québécois. Au début 2008, les responsables du projet pancanadien ont indiqué que des éléments importants doivent encore être précisés avant d'établir le plan d'implantation du système au Québec. L'échéancier, pour l'installation de l'application dans l'infrastructure de l'INSPQ, la paramétrisation et la configuration, l'expérimentation et le déploiement, est reporté et demeure à préciser.

Offre de service du palier régional

Coordination de l'implantation de PANORAMA-Québec.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
 À consolider
 À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents 6-17 ans et leurs parents
 18-64 ans 65 ans et plus Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
 Déficience physique
 Perte d'autonomie liée au vieillissement Santé physique
 Dépendance Santé mentale
 Jeunes en difficulté

Objectifs santé visés par l'activité

Considérations particulières

Le projet accuse un retard de deux ans sur l'échéancier initial.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

5.4.1

Résultat attendu

D'ici 2012, la solution PANORAMA-Québec sera implantée au niveau régional pour l'un des trois volets, soit gestion des produits immunisants, système d'information sur la vaccination et protection.

Indicateur retenu

Implantation réalisée de la solution PANORAMA-Québec à l'Agence.

Méthode de calcul proposée

Oui ou non

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

Aucun partenaire identifié pour ce résultat attendu.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier PANORAMA du Service des maladies infectieuses

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

5.5

Responsable de la rédaction

MARIO BRISSON

Activité

Mise à jour du volet santé publique du plan de pandémie d'influenza.

Pratique clinique préventive

État de situation

Le risque d'une pandémie d'influenza aviaire (H5N1) qui était présent depuis 2003 ne s'est pas concrétisé, mais il a été l'occasion d'une intensification importante des préparatifs du réseau de la santé et des services sociaux. Ainsi, un *Plan régional contre une pandémie d'influenza – mission santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean* a été publié en mai 2006 et chacun des établissements du réseau de la santé et des services sociaux s'est doté d'un plan local. L'ensemble de ces activités repose sur la structure de base en sécurité civile – mission santé qui facilite l'arrimage entre l'Agence, les établissements régionaux et les CSSS. Les objectifs du plan de pandémie sont : de restreindre la transmission, atténuer la morbidité et la mortalité, assurer l'accessibilité aux services, prévenir et limiter les perturbations sociales, prévenir et minimiser les impacts psychosociaux de la pandémie afin d'assurer le bien-être de la population.

La survenue de la pandémie d'influenza A(H1N1) en 2009 a rendu nécessaire le développement des outils d'intervention qui manquaient encore. Tout l'appareil gouvernemental et le réseau de sécurité civile ont été sollicités et particulièrement le réseau de la santé et des services sociaux. Dans la région, tel que prévu au *Plan d'organisation régionale en sécurité civile – mission santé*, l'Agence, sous la gouverne de la présidente-directrice générale, a déployé sa cellule de gestion stratégique de crise et assuré la coordination régionale du réseau de la santé et des services sociaux, tout en s'assurant un lien avec l'organisation régionale de sécurité civile. La coordination provinciale a été assurée par le comité de gestion réseau et le groupe responsable des agences pandémie pour les aspects plus opérationnels.

La sévérité de l'influenza pandémique a été moins importante que ce qui était craint, mettant tout de même sous tension les activités de première ligne, les salles d'urgence et les soins intensifs. Ce fut une occasion de tester les plans préparés et de constater les progrès importants réalisés dans la préparation à de telles situations. Les bilans effectués serviront à la mise à jour d'ici 2012 du volet santé publique du plan de lutte contre une pandémie d'influenza.

Offre de service du palier régional

Mise à jour du volet santé publique du *Plan régional contre une pandémie d'influenza – mission santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean* en fonction des développements proposés par le MSSS.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

Considérations particulières

Pour des raisons géographiques, l'Agence soutient également la communauté autochtone d'Obedjiwan rattachée officiellement à la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN. *Plan régional contre une pandémie d'influenza – mission santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean*, réf. du 1^{er} octobre 2009,

www.santesaglac.gouv.qc.ca/web/document/U225/Plan%20r%C3%A9gional%20pand%C3%A9mie%20resume.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – mission santé*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009,

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-235-05f.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

5.5.1

Résultat attendu

D'ici 2012, le volet santé publique du plan de pandémie d'influenza sera mis à jour en tenant compte des travaux du MSSS et de la disponibilité des outils.

Indicateur retenu

Mise à jour du volet santé publique du *Plan régional contre une pandémie d'influenza – mission santé*.

Méthode de calcul proposée

Oui ou non

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : mise à jour du volet santé publique des plans locaux par les coordonnateurs locaux de sécurité civile mission santé.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier pandémie d'influenza du Service des maladies infectieuses

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

5.6

Responsable de la rédaction

LINDA GAGNON

Activité

Soutien aux activités cliniques en santé des voyageurs par : la diffusion des actualités épidémiologiques; des recommandations visant la prévention des maladies infectieuses acquises à l'étranger; la promotion des comportements préventifs et de la vaccination.

Pratique clinique préventive

État de situation

Les maladies acquises à l'étranger (choléra, encéphalite japonaise, fièvre jaune, hépatites A et B, typhoïde) sont une préoccupation de santé publique. Les voyages internationaux sont accessibles à tous, jeunes et plus âgés. Les voyageurs sont davantage attirés par des destinations exotiques et aventurières 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. Dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, il y a quatre CSSS qui offrent le service santé-voyage, soit le CSSS de Chicoutimi, le CSSS de Lac-Saint-Jean-Est, le CSSS Domaine-du-Roy et le CSSS Maria-Chapdelaine. Pour l'année 2007, près de 5 900 interventions santé-voyage ont été faites par ces quatre CSSS pour près de 3 437 voyageurs rencontrés. De plus, deux cliniques santé-voyage privées offrent également ce service dans le secteur du Saguenay. Celles-ci ont accès aux vaccins gratuits du Programme québécois d'immunisation. Quelques pharmacies communautaires offrent également un service santé-voyage pour certains vaccins tels que ceux contre l'hépatite A ou B. Aucun développement d'activités en santé-voyage n'est prévu dans les prochaines années.

Offre de service du palier régional

Promotion des comportements préventifs par la chimioprophylaxie (antipaludéens) et la transmission de conseils aux voyageurs. Promotion de la vaccination contre les maladies contractées à l'étranger. Promotion de la mise à jour du statut vaccinal du voyageur selon le Programme québécois d'immunisation. Expertise et soutien aux intervenants en santé des voyageurs.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

D1.5 Maintenir l'incidence moyenne annuelle des maladies infectieuses contractées à l'étranger.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Guide d'intervention santé-voyage : Situation épidémiologique et recommandations 2008*, 2008, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/799_SanteVoyage2008.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Protocole d'immunisation du Québec*, 2009, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/09-283-02.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

5.6.1

Résultat attendu

D'ici 2012, les quatre CSSS qui offrent le service en santé-voyage maintiendront leur offre.

Indicateur retenu

Nombre de CSSS qui maintiennent le service en santé-voyage. (Cible : 4)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS et cliniques privées de santé-voyage : enseignement des comportements préventifs par la chimioprophylaxie (antipaludéens) et la transmission de conseils aux voyageurs. Vaccination contre les maladies contractées à l'étranger. Mise à jour du statut vaccinal du voyageur selon le Programme québécois d'immunisation.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier santé-voyage du Service des maladies infectieuses

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

5.7

Responsable de la rédaction

JOCELYNE DAIGNEAULT

Activité

Maintien du programme de surveillance des manifestations cliniques inhabituelles postvaccinales.

Pratique clinique préventive

État de situation

Au Québec, la surveillance des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) s'effectue par la Direction de santé publique de chacune des régions qui rapporte au niveau provincial les MCI survenant à la suite de l'administration d'un vaccin au Québec. Ce programme de surveillance s'inscrit dans celui de l'Agence de la santé publique du Canada et dans celui de l'OMS. À partir des rapports transmis par les médecins ou les infirmiers, la Direction de santé publique de la région procède à une enquête pour compléter l'information et inscrit l'événement dans le fichier provincial. Le MSSS procède à l'analyse continue des données, publie des rapports périodiques et, au besoin, diffuse des avis concernant les produits immunisants et leur utilisation.

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, en 2007, 58 signalements de MCI ont été rapportés à la Direction de santé publique de l'Agence, de ce nombre, 50 incidents ont été retenus parce qu'ils répondent aux critères de déclaration, comparativement à 52 en 2006. La surveillance continue des MCI doit se poursuivre afin d'assurer le contrôle de la qualité des produits immunisants déjà commercialisés, d'assurer le contrôle de la mise en application des programmes d'immunisation, de documenter la nature, la fréquence et la gravité des manifestations cliniques signalées après l'administration des produits immunisants et d'aider les autorités de santé publique à prendre les meilleures décisions quant aux choix et aux modalités d'utilisation des produits immunisants afin de maximiser l'impact positif des vaccins sur la santé publique.

Offre de service du palier régional

Réception des déclarations transmises par les médecins et les infirmiers. Validation des déclarations, enquête et suivi.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

Considérations particulières

Pour des raisons géographiques, l'Agence soutient également la communauté autochtone d'Obedjiwan rattachée officiellement à la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

5.7.1

Résultat attendu

D'ici 2012, toutes les déclarations de MCI validées par la Direction de santé publique feront l'objet d'une enquête.

Indicateur retenu

Proportion de déclarations de MCI validées ayant fait l'objet d'une enquête. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de déclarations de MCI validées ayant fait l'objet d'une enquête/nombre de déclarations de MCI validées par la Direction de santé publique x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : déclaration des MCI par les infirmiers à la Direction de santé publique de l'Agence.

Médecins : déclaration des MCI à la Direction de santé publique de l'Agence. Collaboration au suivi nécessaire.

Secteur privé : déclaration des MCI à la Direction de santé publique de l'Agence par les infirmiers vaccinateurs.

Info-Santé : signalement des MCI à la Direction de santé publique de l'Agence.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Responsable du dossier ESPRI (effets secondaires possiblement reliés à l'immunisation) du Service des maladies infectieuses : rapport de surveillance produit chaque année.

Domaine 5 Maladies infectieuses

Les activités portant sur les maladies
évitables par l'immunisation



Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

5.8

Responsable de la rédaction

MARIO BRISSON

Activité

Vaccination de base : diphtérie, poliomyélite, rougeole, rubéole, infections à *Haemophilus influenzae* de type B, oreillons, coqueluche, tétanos, varicelle, pneumocoque et méningocoque du groupe C, influenza.

Pratique clinique préventive

État de 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, la vaccination de base chez les enfants de moins de cinq ans est effectuée en CSSS et au centre de santé autochtone. Les critères de couverture vaccinale varient selon les maladies visées. Les données de couverture vaccinale de 2002 pour les enfants de deux ans étaient de 93,5 %. Les activités de vaccination sont soutenues dans les CSSS et les centres de santé autochtones et la couverture vaccinale estimée est de 95 %. Il n'existe pas de système d'information sur la vaccination au Québec, mais les travaux de PANORAMA-Québec devraient permettre à la région d'avoir accès à la solution d'ici 2012.

Offre de service du palier régional

Soutien des CSSS et des centres de santé autochtones au développement des stratégies visant à assurer le respect du calendrier vaccinal.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

D1.6 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.

D1.7 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.

D1.8 Réduire de 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans.

D1.10 Maintenir à 2 ou moins le nombre de cas indigènes d'hépatite B chez les enfants âgés de moins d'un an.

D1.12 Maintenir à 0 l'incidence annuelle de la diphtérie et de la poliomyélite en ce qui concerne les cas indigènes.

D1.13 Maintenir à moins d'un cas par 5 ans l'incidence du tétanos.

D1.15 Maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole et la rubéole sous le seuil d'élimination.

D1.16 Maintenir à moins de 5 % de l'incidence prévacinale, l'incidence annuelle des oreillons.

D1.17 Réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002.

D1.21 Réduire de 95 % le taux d'hospitalisation annuel pour varicelle.

Considérations particulières

La mise en place du système d'information sur la vaccination de la solution PANORAMA-Québec permettra le suivi des couvertures vaccinales pour la région et par territoire de RLS. Pour des raisons géographiques, l'Agence soutient également la communauté autochtone d'Obedjwan rattachée officiellement à la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Protocole d'immunisation du Québec*, 2009, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/09-283-02.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

5.8.1

Résultat attendu

D'ici 2012, 95 % des enfants de moins de cinq ans seront vaccinés selon le calendrier de vaccination de base du *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ).

Indicateur retenu

Proportion des enfants vaccinés selon le calendrier de vaccination de base prévu dans le PIQ. (Cible : 95 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre d'enfants vaccinés selon le calendrier de base/nombre d'enfants de moins de cinq ans x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS et centres de santé autochtones : application du calendrier de base du PIQ et vaccination des enfants. Transmission des données de vaccination et des couvertures vaccinales à l'Agence.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier vaccination du Service des maladies infectieuses

Répondants de la vaccination des CSSS

I-CLSC

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

5.9

Responsable de la rédaction

JOCELYNE DAIGNEAULT

Activité

Vaccination en milieu scolaire : hépatite B en 4^e année du primaire; infections au VPH en 4^e année du primaire et en 3^e année du secondaire; mise à jour du carnet de vaccination en 3^e année du secondaire.

Pratique clinique préventive

État de 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. La vaccination contre l'hépatite B en 4^e année du primaire est un programme en place au Québec depuis 1994. Les couvertures vaccinales atteintes depuis l'implantation du programme se maintiennent bien au-delà des objectifs du MSSS, soit de 90 % pour l'hépatite B. En 2007-2008, la couverture vaccinale régionale atteinte était de 96,4 % pour ce programme.

À l'automne 2008, le Québec s'est doté d'un nouveau programme de vaccination contre le VPH pour les filles de 4^e année du primaire et en 3^e secondaire. De plus, a débuté en 4^e année du primaire la vaccination contre l'hépatite B avec le vaccin Twinrix qui requiert uniquement deux doses et fournit également une immunisation contre l'hépatite A.

À l'automne 2004, le MSSS a débuté un programme de vaccination contre la coqueluche pour les adolescents et les adultes avec l'administration du vaccin acellulaire DCaT. La couverture vaccinale atteinte pour la vaccination avec le DCaT en 2007-2008 est de 83,8 %. Profitant de l'implantation de ce programme, le MSSS recommande également la mise à jour du statut vaccinal des élèves en 3^e secondaire en regard de l'immunisation de base (mise à jour du carnet de vaccination : vérification et administration des doses manquantes selon le calendrier régulier du PIQ). Il faut s'assurer de maintenir le plus haut niveau de couverture vaccinale pour ces programmes afin de protéger les jeunes adéquatement contre ces maladies évitables par la vaccination.

Offre de service du palier régional

Promotion du programme de vaccination en milieu scolaire. Application et suivi des normes de gestion des produits immunisants. Soutien des vaccinateurs dans l'application de ce programme.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

B2.2 Réduire le taux de mortalité : de 25 % par cancer du sein chez les femmes dépistées de 50 à 69 ans; de 10 % par cancer du col utérin chez les femmes âgées de 25 à 64 ans; par cancer du poumon.

D1.12 Maintenir à 0 l'incidence annuelle de la diphtérie et de la poliomyélite en ce qui concerne les cas indigènes.

D1.13 Maintenir à moins d'un cas par 5 ans l'incidence du tétanos.

D1.15 Maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole et la rubéole sous le seuil d'élimination.

D1.17 Réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002.

D1.18 Réduire à 2,5 pour 100 000 personnes l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A.

D1.19 Réduire à 1 pour 100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.
D1.21 Réduire de 95 % le taux d'hospitalisation annuel pour varicelle.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Protocole d'immunisation du Québec*, 2009, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/09-283-02.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

5.9.1

Résultat attendu

D'ici 2012, chaque CSSS atteindra les couvertures vaccinales suivantes :

- hépatite B : 90 % en 4^e année du primaire;
- VPH : 90 % en 4^e année du primaire et 85 % en 3^e secondaire.

Indicateurs retenus

1. Proportion d'élèves inscrits en 4^e année du primaire ayant reçu deux doses de vaccin contre l'hépatite B (Twinrix). (Cible : 90 %)
2. Proportion de filles inscrites en 4^e année du primaire qui ont reçu deux doses de vaccin contre le VPH. (Cible : 90 %)
3. Proportion de filles inscrites en 3^e secondaire qui ont reçu trois doses de vaccin contre le VPH. (Cible : 85 %)

Méthodes de calcul proposées

1. Nombre d'élèves ayant reçu au moins deux doses de vaccin contre l'hépatite B en 4^e année du primaire/nombre total d'élèves inscrits en 4^e année du primaire au 30 septembre de l'année considérée x 100 en %
2. Nombre de filles ayant reçu deux doses de vaccin contre le VPH en 4^e année du primaire/nombre total de filles inscrites en 4^e année du primaire au 30 septembre de l'année considérée x 100 en %
3. Nombre de filles ayant reçu trois doses de vaccin contre le VPH en 3^e secondaire/nombre total de filles inscrites en 3^e secondaire au 30 septembre de l'année considérée x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre : 1^{er} sept. au 30 juin

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : vaccination des élèves en collaboration avec les écoles.

Écoles : soutien logistique.

Sources d'information (pour les indicateurs)

Répondants de la vaccination en milieu scolaire des CSSS

I-CLSC

Répondant du dossier vaccination en milieu scolaire du Service des maladies infectieuses : bilan annuel des couvertures vaccinales

N° du résultat

5.9.2

Résultat attendu

D'ici 2012, la mise à jour des carnets de vaccination sera effectuée en 3^e secondaire.

Indicateurs retenus

1. Proportion des élèves inscrits en 3^e secondaire au 30 septembre de l'année considérée dont le carnet de vaccination a été vérifié. (Cible : 85 %)
2. Proportion des élèves inscrits en 3^e secondaire au 30 septembre de l'année considérée ayant un statut vaccinal complet pour l'âge. (Cible : 90 %)

Méthodes de calcul proposées

1. Nombre d'élèves dont le carnet de vaccination a été vérifié/nombre d'élèves inscrits x 100 en %
2. Nombre d'élèves ayant un statut vaccinal complet pour l'âge/nombre d'élèves dont le carnet de vaccination a été vérifié x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre : 1^{er} sept. au 30 juin

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : vérification des carnets et vaccination des élèves.

Écoles : soutien logistique.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants de la vaccination en milieu scolaire des CSSS

I-CLSC

Répondant du dossier vaccination en milieu scolaire du Service des maladies infectieuses : tableau de la couverture vaccinale des élèves de 3^e secondaire par CSSS

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

5.10

Responsable de la rédaction

LINDA GAGNON

Activité

Vaccination des personnes appartenant à des groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec : hépatites A et B, pneumocoque, influenza.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

La vaccination est une mesure de prévention qui a fait largement ses preuves pour prévenir certaines maladies infectieuses et réduire les coûts de santé. L'hépatite A est plus commune chez les voyageurs qui séjournent dans les pays tropicaux et les personnes ayant été en contact avec un cas. L'hépatite B se transmet par le sang, le sperme ou les sécrétions vaginales d'une personne infectée. De 2004 à 2007, le taux régional d'incidence pour l'hépatite A varie entre 0,7 et 1,5 pour 100 000 et le taux régional d'incidence pour l'hépatite B aiguë varie entre 0,0 et 1,4 pour 100 000. La vaccination contre l'hépatite B se fait en milieu scolaire (4^e année du primaire) chaque année. Le taux de couverture vaccinale pour 2007-2008 est de 96,4 %.

L'influenza, infection virale, circule en Amérique du Nord surtout de décembre à avril. L'influenza peut entraîner des conséquences graves comme la pneumonie, l'hospitalisation et le décès. Le pneumocoque est une bactérie qui se retrouve dans les voies respiratoires d'un grand nombre de personnes. La fréquence des infections graves à pneumocoque est plus grande chez les enfants de moins de deux ans, les personnes atteintes d'une maladie chronique et les personnes âgées.

Une campagne de vaccination contre l'influenza, s'adressant aux groupes vulnérables, est tenue annuellement dès le mois de novembre et se poursuit jusqu'à ce que le pic d'activité grippale soit dépassé. Lors de cette campagne, la vaccination contre le pneumocoque est offerte conjointement aux personnes ciblées. Les taux de couverture vaccinale atteints pour la campagne influenza en 2007-2008 sont pour la clientèle en CHSLD de 91,0 %, pour les personnes âgées de 60 ans et plus de 66,4 % et les travailleurs de la santé de 58,0 %.

La vaccination contre l'influenza est assurée par les six CSSS et les deux centres de santé autochtones ainsi que par des cliniques médicales, des GMF, des congrégations religieuses, des pharmacies communautaires, etc. Alors que la vaccination contre les hépatites A et B et celle contre le pneumocoque (pour les bébés âgés d'un an, personnes atteintes d'une maladie chronique et celles âgées de 65 ans et plus) est assumée entièrement par les six CSSS et les deux centres de santé autochtones. Actuellement, l'ensemble de ces programmes de vaccination est bien appliqué par les nombreux professionnels de la région; les mêmes efforts sont à maintenir ou à consolider pour viser l'atteinte des couvertures vaccinales identifiées par le MSSS pour ces programmes de vaccination.

Offre de service du palier régional

Promotion des programmes de vaccination contre les hépatites A et B, pneumocoque et influenza. Information auprès des médecins, des vaccinateurs et de la population sur les programmes gratuits. Disponibilité des vaccins requis dans les établissements vaccinateurs. Application et suivi des normes de gestion des produits immunisants. Soutien des vaccinateurs dans l'application de ces programmes.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Services généraux – activités cliniques et d'aide | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement |
| <input type="checkbox"/> Déficience physique | <input checked="" type="checkbox"/> Santé physique |
| <input type="checkbox"/> Perte d'autonomie liée au vieillissement | <input type="checkbox"/> Santé mentale |
| <input type="checkbox"/> Dépendance | |
| <input type="checkbox"/> Jeunes en difficulté | |

Objectifs santé visés par l'activité

D1.11 Maintenir le taux annuel d'hospitalisation pour influenza et pneumonie des personnes âgées de 65 ans et plus sous le taux moyen de la période 1997 à 2002.

D1.18 Réduire à 2,5 pour 100 000 personnes l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A.

D1.19 Réduire à 1 pour 100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.

D1.20 Réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination.

Considérations particulières

Pour des raisons géographiques, l'Agence soutient également la communauté autochtone d'Obedjiwan rattachée officiellement à la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Protocole d'immunisation du Québec*, 2009, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/09-283-02.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

5.10.1

Résultat attendu

D'ici 2012, les groupes vulnérables, tels que définis dans le PIQ, seront vaccinés contre les hépatites A et B.

Indicateurs retenus

1. Nombre de vaccins administrés contre l'hépatite A.
2. Nombre de vaccins administrés contre l'hépatite B.

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS et centres de santé autochtones : application des programmes de vaccination contre les hépatites A et B en vaccinant les personnes faisant partie des groupes vulnérables.

Le Miens : promotion de la vaccination contre les hépatites A et B auprès des personnes vulnérables.

Organismes de travail de rue : promotion de la vaccination contre les hépatites A et B auprès des personnes vulnérables.

Médecins : référence des clients ciblés nécessitant une vaccination au CSSS ou au centre de santé autochtone.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants de la vaccination des CSSS

I-CLSC et Vaxin

Répondant du dossier vaccination du Service des maladies infectieuses

N° du résultat5.10.2

Résultat attendu

D'ici 2012, les personnes faisant partie des groupes vulnérables, tels que définis dans le PIQ, seront vaccinées contre l'influenza.

Indicateur retenu

Proportion des personnes faisant partie des groupes vulnérables vaccinées contre l'influenza. (Cible : 80 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de personnes faisant partie des groupes vulnérables vaccinées contre l'influenza/nombre de personnes faisant partie des groupes vulnérables x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS et centres de santé autochtones : application des programmes de vaccination contre l'influenza en vaccinant les personnes faisant partie des groupes vulnérables.

GMF et cliniques médicales, CRDI, pharmacies communautaires, UQAC et congrégations religieuses : vaccination contre l'influenza.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants de la vaccination des CSSS

I-CLSC

Répondant du dossier vaccination du Service des maladies infectieuses : rapport annuel

N° du résultat5.10.3

Résultat attendu

D'ici 2012, les personnes faisant partie des groupes vulnérables, tels que définis dans le PIQ, seront vaccinées contre le pneumocoque.

Indicateur retenu

Proportion des personnes faisant partie des groupes vulnérables vaccinées contre le pneumocoque. (Cible : 80 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de personnes faisant partie des groupes vulnérables vaccinées contre le pneumocoque/nombre de personnes faisant partie des groupes vulnérables x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS et centres de santé autochtones : application des programmes de vaccination contre le pneumocoque en vaccinant les personnes faisant partie des groupes vulnérables.

GMF et cliniques médicales, CRDI, pharmacies communautaires, UQAC et congrégations religieuses : vaccination contre le pneumocoque.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants de la vaccination des CSSS

I-CLSC

Répondant du dossier vaccination du Service des maladies infectieuses : rapport annuel

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

5.11

Responsable de la rédaction

LINDA GAGNON

Activité

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

 Pratique clinique préventive**État de situation**

L'ensemble de la vaccination inhérente au Programme québécois d'immunisation est connu et appliqué par les équipes de vaccination en CSSS, soit la vaccination de base, la vaccination en milieu scolaire, la vaccination des personnes appartenant à des groupes vulnérables (hépatites A et B, pneumocoque, influenza). Les taux de couverture vaccinale atteints en témoignent : immunisation de base pour les enfants âgés de deux ans : 93,5 % (2002), hépatite B en 4^e année du primaire : 96,4 % (2007-2008), en 3^e secondaire : 83,8 % (2007-2008), influenza clientèle en CHSLD : 91,0 % (2007-2008), pour les personnes âgées de 60 ans et plus milieu ouvert : 66,4 % et les travailleurs de la santé : 58,0 %. Un article visant la promotion de la vaccination de base a paru dans le cahier de santé publié dans un journal régional à l'automne 2008. Le lancement de la campagne annuelle de vaccination contre l'influenza est fait par l'Agence via des articles paraissant dans différents journaux locaux et régionaux. Les conseillers en communication des CSSS publicisent les horaires de vaccination de leur établissement dans différents journaux locaux et régionaux. Le plan de promotion est en cours et est ajusté selon les besoins. Le MSSS fera un plan de promotion d'ici 2012 et les régions auront à s'adapter à ce plan provincial.

Offre de service du palier régional

Adaptation du plan national et production d'un plan régional. Identification d'un porte-parole régional.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
 À consolider
 À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents 6-17 ans et leurs parents
 18-64 ans 65 ans et plus Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
 Déficience physique
 Perte d'autonomie liée au vieillissement Santé physique
 Dépendance Santé mentale
 Jeunes en difficulté

Objectifs santé visés par l'activité

B2.2 Réduire le taux de mortalité : de 25 % par cancer du sein chez les femmes dépistées de 50 à 69 ans; de 10 % par cancer du col utérin chez les femmes âgées de 25 à 64 ans; par cancer du poumon.

D1.5 Maintenir l'incidence moyenne annuelle des maladies infectieuses contractées à l'étranger.

D1.6 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.

D1.7 Réduire à moins de 5 cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à méningocoque de sérotype C dans la population âgée de 20 ans ou moins.

D1.8 Réduire de 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans.

D1.9 Réduire l'incidence de l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale à 0.

D1.10 Maintenir à 2 ou moins le nombre de cas indigènes d'hépatite B chez les enfants âgés de moins d'un an.

D1.11 Maintenir le taux annuel d'hospitalisation pour influenza et pneumonie des personnes âgées de 65 ans et plus sous le taux moyen de la période 1997 à 2002.

D1.12 Maintenir à 0 l'incidence annuelle de la diphtérie et de la poliomyélite en ce qui concerne les cas indigènes.

- D1.13 Maintenir à moins d'un cas par 5 ans l'incidence du tétanos.
D1.15 Maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole et la rubéole sous le seuil d'élimination.
D1.16 Maintenir à moins de 5 % de l'incidence prévacinale, l'incidence annuelle des oreillons.
D1.17 Réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002.
D1.18 Réduire à 2,5 pour 100 000 personnes l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A.
D1.19 Réduire à 1 pour 100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.
D1.20 Réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination.
D1.21 Réduire de 95 % le taux d'hospitalisation annuel pour varicelle.

Considérations particulières

Les résultats des travaux ministériels sur la mise en place d'un plan de promotion de la vaccination permettront l'actualisation de cette activité. Pour des raisons géographiques, l'Agence soutient également la communauté autochtone d'Obedjiwan rattachée officiellement à la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

5.11.1

Résultat attendu

D'ici 2012, 100 % des initiatives nationales du *Plan québécois de promotion de la vaccination* seront appuyées par des actions régionales.

Indicateur retenu

Proportion des initiatives nationales pour lesquelles des actions régionales ont eu lieu. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre d'actions régionales/nombre d'initiatives nationales x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS et centres de santé autochtones : collaboration aux actions régionales et aux initiatives nationales.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants du dossier vaccination des CSSS et des centres de santé autochtones

Vaxin

Répondant du dossier vaccination du Service des maladies infectieuses : liste des actions régionales et des initiatives nationales

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

5.12

Responsable de la rédaction

LINDA GAGNON

Activité

Développement des stratégies visant à assurer le respect du calendrier vaccinal.

Pratique clinique préventive

État de situation

Au cours des dernières années, plusieurs vaccins ont été ajoutés au calendrier d'immunisation des nourrissons : vaccin contre le méningocoque en novembre 2002, vaccin contre l'influenza en novembre 2004, vaccin contre le pneumocoque en décembre 2004 et vaccin contre la varicelle en janvier 2006. En 2005, plusieurs régions ont fait état d'un retard dans le calendrier recommandé de vaccination pour les nourrissons. Un groupe de travail a été formé ayant comme mandat de faire un état de la situation. Un sondage effectué à l'été 2005 auprès des CSSS dans les régions du Québec démontrait un certain retard dans les rendez-vous ce qui avait un impact sur la couverture vaccinale. À la suite de ce constat et afin d'assurer la protection adéquate d'une population vulnérable, trois indicateurs en expérimentation ont été développés par le MSSS pour les CSSS en 2008-2009. Les six CSSS et les deux centres de santé autochtones assurent 100 % de la vaccination de base des nourrissons. La couverture vaccinale pour les enfants âgés de deux ans était de 93,5 % en 2002. Actuellement, cette couverture vaccinale n'est plus mesurée depuis 2002 en raison d'une gestion de registre de vaccination différente d'un CSSS à l'autre d'où un manque d'uniformité pour une comparaison des données vaccinales. Plusieurs discussions ont eu lieu lors des rencontres du comité de concertation-coordination intrarégional DSP/CSSS, pour mieux cerner la réalité des CSSS et des centres de santé autochtones concernant le respect du calendrier vaccinal et pour partager des stratégies gagnantes.

Offre de service du palier régional

Coordination du comité de concertation-coordination intrarégional DSP/CSSS.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

D1.6 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.

D1.7 Réduire à moins de 5 cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à méningocoque de sérotype C dans la population âgée de 20 ans ou moins.

D1.8 Réduire de 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans.

D1.12 Maintenir à 0 l'incidence annuelle de la diphtérie et de la poliomyélite en ce qui concerne les cas indigènes.

D1.13 Maintenir à moins d'un cas par 5 ans l'incidence du tétanos.

D1.15 Maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole et la rubéole sous le seuil d'élimination.

D1.16 Maintenir à moins de 5 % de l'incidence prévacinale, l'incidence annuelle des oreillons.

D1.17 Réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002.

D1.21 Réduire de 95 % le taux d'hospitalisation annuel pour varicelle.

Considérations particulières

Pour des raisons géographiques, l'Agence soutient également la communauté autochtone d'Obedjiwan rattachée officiellement à la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Protocole d'immunisation du Québec*, 2009, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/09-283-02.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

5.12.1

Résultat attendu

D'ici 2012, les CSSS et les centres de santé autochtones s'assureront du respect du calendrier vaccinal.

Indicateurs retenus

1. Proportion des enfants recevant leur première dose de vaccin Pentacel (DCaT, Polio Hib) à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du PIQ. (Cible : 90 %)
2. Proportion des enfants recevant leur première dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque (Pevnar) à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du PIQ. (Cible : 90 %)
3. Proportion des enfants recevant leur première dose de vaccin conjugué contre le méningocoque de sérotype C à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du PIQ. (Cible : 90 %)

Méthodes de calcul proposées

1. Nombre d'enfants vaccinés avec Pentacel à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du PIQ / nombre d'enfants visés x 100 en %
2. Nombre d'enfants vaccinés contre le pneumocoque (Pevnar) à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du PIQ / nombre d'enfants visés x 100 en %
3. Nombre d'enfants vaccinés contre le méningocoque de sérotype C à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du PIQ / nombre d'enfants visés x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS et centres de santé autochtones : application du calendrier de base du PIQ. Participation au comité de concertation-coordination intrarégional DSP/CSSS.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants du dossier vaccination des CSSS et des centres de santé autochtones

Vaxin

Répondant du dossier vaccination du Service des maladies infectieuses : GESTRED (I-CLSC)

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

5.13

Responsable de la rédaction

LINDA GAGNON

Activité

Implantation d'un système d'information vaccinale et d'un programme de gestion des produits immunisants visant l'assurance qualité des programmes de vaccination.

Pratique clinique préventive

État de situation

Actuellement, les systèmes d'information utilisés sont le module de vaccination I-CLSC dans les CSSS et Vaxin dans les centres de santé autochtones. Depuis 2002, les couvertures vaccinales ne sont plus mesurées en raison d'une gestion des registres de vaccination différente d'un CSSS à l'autre d'où un manque d'uniformité pour une comparaison des données vaccinales. Actuellement, les normes provinciales de gestion des produits immunisants sont implantées dans les deux dépôts sous-régionaux, les six CSSS et les deux centres de santé autochtones, et ce, depuis 1999. Tous les réfrigérateurs de ces établissements servant à l'entreposage des produits immunisants sont monitorés. Aucune livraison de produits immunisants des dépôts ayant une durée de moins d'une heure n'est monitorée. Dans chaque établissement vaccinateur, une personne est responsable de la gestion des produits immunisants.

Pour l'année 2007-2008, le bilan des pertes des produits immunisants est de 12 973 \$, soit 0,69 %, l'objectif du MSSS étant de moins de 2 %. Vingt-sept bris de chaîne de froid sont survenus dans cette année financière, soit vingt-six lors de l'entreposage et un lors du transport. La procédure de réclamation des CSSS, par l'intermédiaire de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux à la Direction des programmes d'assurances, est bien en place et un montant total de 5 383 \$ leur a été réclamé pour 2007-2008. Un programme complémentaire d'assurances est maintenant en vigueur pour les bris de chaîne de froid causés par une erreur humaine. Pour la gestion des produits immunisants, aucun centre n'a un système informatisé, un des deux dépôts sous-régionaux possède cependant un logiciel pour les commandes de produits immunisants au dépôt provincial. Les deux dépôts sous-régionaux, les CSSS et les centres de santé autochtones assurent l'ensemble de la gestion des produits immunisants de façon manuelle. Ceci augmente la lourdeur de la tâche et occasionne des erreurs d'inventaires.

Le projet pancanadien PANORAMA, débuté en 2004, est une initiative d'Inforoute Santé Canada. Il a comme objectif de développer un système complet de protection et de surveillance de nouvelle génération en matière de maladies infectieuses. Au Québec, le système PANORAMA sera utilisé pour soutenir les activités de santé publique dans trois volets : gestion des produits immunisants (GPI), système d'information sur la vaccination (SIV) et protection (gestion des cas, éclosions et alertes). La région du Saguenay-Lac-Saint-Jean s'est portée volontaire pour être région-pilote pour le volet protection permettant ainsi d'influencer les paramètres de déploiement régional de PANORAMA.

Offre de service du palier régional

Coordination et soutien à l'implantation du système d'information vaccination et du programme des produits immunisants.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

Considérations particulières

Pour des raisons géographiques, l'Agence soutient également la communauté autochtone d'Obedjiwan rattachée officiellement à la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

5.13.1

Résultat attendu

D'ici 2012, le système PANORAMA-Québec sera implanté pour les volets suivants : SIV et GPI dans les CSSS (incluant les deux dépôts sous-régionaux) et les centres de santé autochtones

Indicateurs retenus

1. Proportion de centres visés ayant implanté le volet SIV. (Cible : 100 %)
 2. Proportion de centres visés ayant implanté le volet GPI. (Cible : 100 %)
 3. Proportion des dépôts sous-régionaux ayant implanté le volet GPI. (Cible : 100 %)
-

Méthodes de calcul proposées

1. Nombre de centres ayant implanté le volet SIV /nombre de centres visés (8) x 100 en %
 2. Nombre de centres ayant implanté le volet GPI /nombre de centres visés (8) x 100 en %
 3. Nombre de dépôts sous-régionaux ayant implanté le volet GPI /nombre de dépôts sous-régionaux (2) x 100 en %
-

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS et centres de santé autochtones : participation à l'implantation de PANORAMA-Québec pour les volets SIV et GPI.

Dépôts sous-régionaux : participation à l'implantation de PANORAMA-Québec pour le volet GPI.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier PANORAMA-Québec du Service des maladies infectieuses

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

5.14

Responsable de la rédaction

DORINE GIRARD

Activité

Dépistage de la rubéole chez les femmes enceintes.

Pratique clinique préventive

État de situation

La rubéole est une infection généralement bénigne. Cependant, lorsque l'infection survient chez la femme enceinte et qu'elle est transmise au fœtus, elle peut entraîner chez ce dernier une infection grave pouvant se manifester par une mort *in utero* 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 nourrissons 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 de l'activité 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 retiendra :

1. L'atteinte d'une couverture vaccinale maximale chez les enfants et les adolescents;
2. La mise à jour de la vaccination des femmes en âge de procréer, soit par la vérification par une preuve vaccinale écrite ou, si l'information n'est pas disponible, recherche des anticorps contre la rubéole;
3. La vérification du statut immunitaire en cours de grossesse, soit par la présence d'une preuve vaccinale contre la rubéole ou d'une sérologie antérieure positive. Il n'est pas nécessaire de la répéter la sérologie si elle a déjà été positive, soit supérieure ou égale à 10 unités internationales par millilitre;
4. La vaccination en *post-partum* immédiate des femmes non immunisées eu regard des critères énoncés en 3.

Offre de service du palier régional

Diffusion d'avis concernant le dépistage de la rubéole.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

D1.9 Réduire l'incidence de l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale à 0.

Considérations particulières

Pour des raisons géographiques, l'Agence soutient également la communauté autochtone d'Obedjiwan rattachée officiellement à la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, 1994, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinique/index-fra.php

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

5.14.1

Résultat attendu

D'ici 2012, tout nouvel avis sur le dépistage de la rubéole sera transmis aux médecins ciblés.

Indicateur retenu

Proportion des médecins ciblés à qui les nouveaux avis ont été acheminés. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de médecins ciblés à qui ont été acheminés les avis/nombre de médecins ciblés x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : vaccination de la clientèle référée.

Médecins : application des avis sur le dépistage en périnatalité et la vaccination en *post-partum* s'il y a lieu.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier des pratiques cliniques préventives du Service des maladies infectieuses : liste de distribution

Domaine 5 Maladies infectieuses

Les activités portant sur les infections transmissibles
sexuellement et par le sang

Les activités destinées à la population des 12-24 ans



Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

5.15

Responsable de la rédaction

DORINE GIRARD

Activité

Activités d'information et de prévention des ITSS en milieu scolaire et dans les autres milieux de vie, par exemple programmes de promotion et d'accessibilité aux condoms.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

Comme pour les adultes, les relations sexuelles non protégées peuvent entraîner la transmission d'ITSS chez les adolescents. Parmi les ITSS, on retrouve notamment l'infection à *Chlamydia trachomatis*, la gonorrhée, la syphilis et le VIH/sida qui sont des MADO. Les ITSS représentent 65 % des MADO. Le tiers des personnes atteintes ignorent qu'elles sont porteuses. La majorité des personnes atteintes ont entre 15 et 24 ans. Pour prévenir les ITSS, le moyen reconnu efficace est le port du condom. Les infirmiers des écoles secondaires distribuent le condom sur demande et en parlent lors d'interventions ponctuelles en classe au besoin. Le comité provincial sur les ITSS considère le milieu scolaire comme prioritaire. De plus, des interventions préventives sont effectuées auprès des partenaires des personnes atteintes, et ce, en fonction des lignes directrices de pratique.

Offre de service du palier régional

Information aux infirmiers en milieu scolaire sur les statistiques concernant le port du condom et les ITSS. Expertise-conseil pour les activités d'information et de prévention des ITSS auprès des CSSS et des infirmiers en milieu scolaire.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

D1.19 Réduire à 1 pour 100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.

D1.22 Maintenir à moins de 2 le nombre annuel d'enfants nés au Québec et infectés par le VIH dans le cadre d'une transmission mère-enfant.

D1.23 Réduire le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH à moins de 550 par année et, plus précisément : le nombre de nouveaux diagnostics chez les HARSAH à moins de 250 cas par année; le nombre de nouveaux diagnostics chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année.

D1.24 Réduire l'incidence d'infection par le VIH à moins de 1,1 par 100 personnes par année chez les HARSAH et à moins de 2,7 par 100 personnes par année chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année.

D1.25 Réduire les taux d'incidence d'infections gonococciques à moins de 12 pour 100 000 personnes et, plus précisément : à zéro les cas d'infections gonococciques chez les enfants de moins d'un an; à moins de 35 par 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 45 pour 100 000 chez les hommes âgés de 20 à 39 ans.

D1.26 Réduire les taux d'incidence d'infections à *Chlamydia trachomatis* à moins de 120 par 100 000 personnes et, plus précisément : à moins de 1 000 pour 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 7 par 100 000 chez les enfants âgés de moins d'un an (infections oculaires, pulmonaires et génitales).

D.1.27 Maintenir à zéro le nombre de cas de syphilis congénitale chez les enfants âgés de moins de 2 ans.

D1.28 Réduire à moins de 200 par année le nombre de cas de syphilis infectieuse, particulièrement chez les HARSAH.

D1.30 Maintenir à moins de 20 cas par année le nombre de lymphogranulomatose vénérienne chez les HARSAH.

Considérations particulières

Pour des raisons géographiques, l'Agence soutient également la communauté autochtone d'Obedjiwan rattachée officiellement à la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

5.15.1

Résultat attendu

D'ici 2012, les CSSS maintiendront un service de promotion et de distribution de condoms dans les écoles secondaires.

Indicateur retenu

Proportion des CSSS qui offrent le service de promotion et de distribution de condoms dans toutes les écoles secondaires. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de CSSS qui offrent le service dans toutes les écoles secondaires/nombre de CSSS (6) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : promotion de saines habitudes de vie auprès des jeunes en lien avec les relations amoureuses et sexuelles et l'utilisation du condom.

Organismes communautaires et écoles : collaboration à la promotion.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants des services en milieu scolaire des CSSS

Répondant du dossier ITSS du Service des maladies infectieuses

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

5.16

Responsable de la rédaction

DORINE GIRARD

Activité

Soutien à une organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle, services adaptés aux adolescents et aux jeunes adultes – du type des cliniques jeunesse –, favorisant la prévention des ITSS, intégrant les pratiques cliniques préventives et combinés à des interventions d'éducation à la sexualité.

Pratique clinique préventive

État de situation

Comme pour les adultes, les relations sexuelles non protégées peuvent entraîner la transmission d'ITSS chez les adolescents. Parmi les ITSS, on retrouve notamment l'infection à *Chlamydia trachomatis*, la gonorrhée, la syphilis et le VIH/sida qui sont des MADO. L'infection à *Chlamydia trachomatis* est la plus répandue des ITSS et elle touche surtout les jeunes de 15-24 ans, plus particulièrement les adolescentes de 15 à 19 ans. Les ITSS représentent 65 % des maladies à déclaration obligatoire. Le tiers des personnes atteintes ignorent qu'elles sont porteuses. La majorité des personnes atteintes ont entre 15 et 24 ans. L'accès à des services de consultation clinique en matière de sexualité, de contraception et de dépistage des ITSS est une stratégie reconnue dans la lutte aux ITSS. Dans la région, il existe des SIDEP dans chacun des CSSS. Les cliniques jeunesse sont peu implantées et sont hétérogènes d'un territoire à l'autre. Notons le développement d'une clinique multidisciplinaire en santé sexuelle au CSSS de Lac-Saint-Jean-Est et le projet d'implantation d'une clinique jeunesse première ligne au CSSS de Chicoutimi (en cours d'élaboration). Le dépistage des ITSS et les interventions préventives (counselling, vaccination, traitement) auprès des personnes atteintes et de leurs partenaires sont toujours appuyés par des lignes directrices basées sur les données probantes.

Offre de service du palier régional

Soutenir les médecins et les infirmiers de la région pour la prévention des ITSS et le suivi des personnes infectées et leurs partenaires sexuels. Promotion des PCP concernant les ITSS auprès des médecins de la région.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

D1.19 Réduire à 1 pour 100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.

D1.22 Maintenir à moins de 2 le nombre annuel d'enfants nés au Québec et infectés par le VIH dans le cadre d'une transmission mère-enfant.

D1.23 Réduire le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH à moins de 550 par année et, plus précisément : le nombre de nouveaux diagnostics chez les HARSAH à moins de 250 cas par année; le nombre de nouveaux diagnostics chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année.

D1.24 Réduire l'incidence d'infection par le VIH à moins de 1,1 par 100 personnes par année chez les HARSAH et à moins de 2,7 par 100 personnes par année chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année.

D1.25 Réduire les taux d'incidence d'infections gonococciques à moins de 12 pour 100 000 personnes et, plus précisément : à zéro les cas d'infections gonococciques chez les enfants de moins d'un an; à moins

de 35 par 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 45 pour 100 000 chez les hommes âgés de 20 à 39 ans.

D1.26 Réduire les taux d'incidence d'infections à *Chlamydia trachomatis* à moins de 120 par 100 000 personnes et, plus précisément : à moins de 1 000 pour 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 7 par 100 000 chez les enfants âgés de moins d'un an (infections oculaires, pulmonaires et génitales).

D1.27 Maintenir à zéro le nombre de cas de syphilis congénitale chez les enfants âgés de moins de 2 ans.

D1.28 Réduire à moins de 200 par année le nombre de cas de syphilis infectieuse, particulièrement chez les HARSAH.

D1.30 Maintenir à moins de 20 cas par année le nombre de lymphogranulomatose vénérienne chez les HARSAH.

Considérations particulières

Pour des raisons géographiques, l'Agence soutient également la communauté autochtone d'Obedjiwan rattachée officiellement à la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

5.16.1

Résultat attendu

D'ici 2012, tous les CSSS maintiendront l'offre de SIDEP.

Indicateur retenu

Proportion de CSSS qui offrent les SIDEP. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de CSSS qui offrent les SIDEP / nombre de CSSS (6) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : offre des SIDEP.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants des SIDEP des CSSS

Répondant du dossier ITSS du Service des maladies infectieuses

Domaine 5 Maladies infectieuses

Les activités portant sur les infections transmissibles
sexuellement et par le sang

Les activités destinées aux populations
vulnérables socialement



Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

5.17

Responsable de la rédaction

MARCEL GAUTHIER

Activité

Activités de prévention des ITSS dans les milieux de vie et les organismes communautaires ainsi qu'activités de prévention à l'intérieur des services de santé et des services sociaux, notamment : l'accès aux condoms; la prévention du passage à l'injection; l'éducation sur la réduction des risques liés aux relations sexuelles et à l'injection de drogues.

Pratique clinique préventive

État de situation

Les CSSS et les organismes communautaires assurent depuis plusieurs années des activités de prévention, notamment : l'accès aux condoms, l'éducation sur la réduction des risques liés aux relations sexuelles et à l'injection de drogues. Les services de travail de proximité mènent des actions à caractère informatif, préventif et éducatif, tant auprès des personnes que du milieu, et cherchent à rejoindre les gens hors réseau ou en rupture avec celui-ci. Ces services sont bien connus dans la région et les travailleurs de proximité interviennent en collaboration et en concertation avec les autres professionnels du réseau (infirmiers SIDEPE, médecins, autres organismes communautaires et le Miens).

La santé des personnes qui font usage de drogues injectables peut être affectée par certaines ITSS comme le VIH et le VHC. Il est reconnu que la distribution de matériel d'injection (trousses) et l'échange de seringues sont des activités efficaces dans la prévention de la transmission de ces ITSS. La trousse d'injection qui est offerte gratuitement par les centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) au Québec comprend : quatre seringues, quatre sécuricups, quatre ampoules d'eau, quatre condoms, quatre tampons d'alcool et un dépliant d'information sur l'injection sécuritaire. Dans la région, une quarantaine de CAMI assurent la distribution des trousses. Ils sont localisés dans les pharmacies communautaires, les CSSS (via les services des urgences et les CLSC), les organismes communautaires et les centres de santé autochtones. Au cours des trois dernières années, 19 550 trousses ont été distribuées. On observe une augmentation dans la région, mais également au Québec.

Offre de service du palier régional

Soutien aux programmes communautaires, au travail de proximité et aux CAMI. Collaboration lors des campagnes provinciales de promotion de la réduction des méfaits auprès des utilisateurs de drogues injectables (UDI). Formation des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu communautaire. Distribution du matériel d'injection aux différents partenaires. Transmission des données régionales à l'INSPQ annuellement.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

A1.6 Réduire la proportion d'adolescents et d'adultes qui présentent des problèmes de consommation de drogues et d'alcool ainsi que des problèmes de jeux de hasard et d'argent.

D1.19 Réduire à 1 pour 100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.

D1.23 Réduire le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH à moins de 550 par année et, plus précisément : le nombre de nouveaux diagnostics chez les HARSAH à moins de 250 cas par année; le nombre de nouveaux diagnostics chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année.

D1.24 Réduire l'incidence d'infection par le VIH à moins de 1,1 par 100 personnes par année chez les HARSAH et à moins de 2,7 par 100 personnes par année chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année.

D1.25 Réduire les taux d'incidence d'infections gonococciques à moins de 12 pour 100 000 personnes et, plus précisément : à zéro les cas d'infections gonococciques chez les enfants de moins d'un an; à moins de 35 par 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 45 pour 100 000 chez les hommes âgés de 20 à 39 ans.

D1.26 Réduire les taux d'incidence d'infections à *Chlamydia trachomatis* à moins de 120 par 100 000 personnes et, plus précisément : à moins de 1 000 pour 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 7 par 100 000 chez les enfants âgés de moins d'un an (infections oculaires, pulmonaires et génitales).

D1.28 Réduire à moins de 200 par année le nombre de cas de syphilis infectieuse, particulièrement chez les HARSAH.

D1.29 Réduire l'incidence du VHC à moins de 23 par 100 personnes par année chez les personnes faisant usage de drogues par injection.

D1.30 Maintenir à moins de 20 cas par année le nombre de lymphogranulomatose vénérienne chez les HARSAH.

Considérations particulières

Pour des raisons géographiques, l'Agence soutient également la communauté autochtone d'Obedjiwan rattachée officiellement à la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

5.17.1

Résultat attendu

D'ici 2012, des activités de prévention des ITSS, notamment la distribution des condoms, seront tenues par les organismes communautaires (incluant les services de travail de proximité et Le Miens).

Indicateur retenu

Proportion d'organismes communautaires qui offrent des activités de prévention des ITSS et qui distribuent des condoms. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre d'organismes communautaires qui offrent des activités de prévention et qui distribuent des condoms/nombre total d'organismes communautaires x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

Organismes communautaires : organisation d'activités de prévention et distribution de condoms.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Organismes communautaires : rapport annuel

Répondant du dossier ITSS-UDI du Service des maladies infectieuses

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

5.18

Responsable de la rédaction

MARCEL GAUTHIER

Activité

Accès au matériel d'injection stérile et récupération des seringues usagées.

Pratique clinique préventive

État de situation

La santé des personnes qui font usage de drogues injectables peut être affectée par certaines ITSS comme le VIH et le VHC. Il est reconnu que la distribution de matériel d'injection (trousses) et l'échange de seringues sont des activités efficaces dans la prévention de la transmission de ces ITSS. La trousse d'injection qui est offerte gratuitement par les centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) au Québec comprend : quatre seringues, quatre sécuricups, quatre ampoules d'eau, quatre condoms, quatre tampons d'alcool et un dépliant d'information sur l'injection sécuritaire. Dans la région, une quarantaine de CAMI assurent la distribution des trousses. Ils sont localisés dans les pharmacies communautaires, les CSSS (via les services des urgences et les CLSC), les organismes communautaires et les centres de santé autochtones. Au cours des trois dernières années, 19 550 trousses ont été distribuées. On observe une augmentation dans la région, mais également au Québec.

La distribution, la récupération et l'élimination du matériel d'injection sont des opérations qui doivent être faites de manière sécuritaire afin d'éviter qu'une personne se pique de façon accidentelle. Même si le risque associé à la piqûre par une aiguille de seringue abandonnée dans l'environnement est très faible, les préoccupations sont importantes pour la population potentiellement exposée. Depuis 1992 (date de mise en place du système de distribution/récupération des seringues), quatorze événements de piqûre accidentelle ont été rapportés dans la région : trois incidents impliquant des enfants jouant dans des parcs ou des cours d'école, un incident relatif à un échange de seringues entre deux utilisateurs de drogues injectables (UDI) et dix incidents liés à la découverte de seringues usagées dans des bacs de récupération ou des poubelles publiques. Aucun cas d'infection n'a été rapporté à la suite de ces expositions.

On compte une quarantaine de CAMI sur le territoire du Saguenay–Lac-Saint-Jean incluant les communautés autochtones d'Obedjiwan et Mashteuiatsh. La collecte des données pour la période 2007-2008 indique que 36 000 seringues ont été distribuées par les CAMI. Seulement 10 % des seringues ont été récupérées, notamment par les services de travail de proximité qui enregistrent les meilleurs résultats pour cette récupération.

Jusqu'en 2006, les CAMI comptabilisaient le matériel d'injection distribué qu'ils comparaient annuellement avec les seringues qui leur étaient rapportées pouvant ainsi dresser un état de situation. Ce contrôle a disparu avec la mise en place du système intégré de récupération des seringues et des aiguilles usagées (SIRSAU). Ce système a multiplié le nombre de lieux de récupération du matériel souillé pour protéger la population des expositions accidentelles. Les CSSS (via les services des urgences et les CLSC) et les pharmacies communautaires participent ainsi à la récupération des aiguilles et des seringues usagées des UDI, sans pour autant comptabiliser la quantité de matériel retourné. La récupération des seringues souillées est une responsabilité collective et toutes les régions sont engagées dans le développement du SIRSAU.

L'implantation du système intégré permettra de réduire les risques d'accident, de diminuer les craintes de la population, de faciliter la récupération des seringues souillées et d'en disposer de manière sécuritaire.

Offre de service du palier régional

Coordination des CAMI. Promotion de la récupération des seringues souillées auprès des utilisateurs de drogues injectables. Formation des intervenants. Support aux organismes et établissements. Achat et distribution du matériel de prévention pour les CAMI. Transmission des données régionales à l'INSPQ annuellement.

Niveau actuel d'implantation <input checked="" type="checkbox"/> À maintenir <input type="checkbox"/> À consolider <input type="checkbox"/> À mettre en place	Clientèle visée <input type="checkbox"/> 0-5 ans et leurs parents <input type="checkbox"/> 6-17 ans et leurs parents <input type="checkbox"/> 18-64 ans <input type="checkbox"/> 65 ans et plus <input checked="" type="checkbox"/> Toute la population
---	--

Programmes-services concernés

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Services généraux – activités cliniques et d'aide | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement |
| <input type="checkbox"/> Déficience physique | <input checked="" type="checkbox"/> Santé physique |
| <input type="checkbox"/> Perte d'autonomie liée au vieillissement | <input type="checkbox"/> Santé mentale |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dépendance | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Jeunes en difficulté | |

Objectifs santé visés par l'activité

A1.6 Réduire la proportion d'adolescents et d'adultes qui présentent des problèmes de consommation de drogues et d'alcool ainsi que des problèmes de jeux de hasard et d'argent.

D1.19 Réduire à 1 pour 100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.

D1.23 Réduire le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH à moins de 550 par année et, plus précisément : le nombre de nouveaux diagnostics chez les HARSAH à moins de 250 cas par année; le nombre de nouveaux diagnostics chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année.

D1.24 Réduire l'incidence d'infection par le VIH à moins de 1,1 par 100 personnes par année chez les HARSAH et à moins de 2,7 par 100 personnes par année chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année.

D1.25 Réduire les taux d'incidence d'infections gonococciques à moins de 12 pour 100 000 personnes et, plus précisément : à zéro les cas d'infections gonococciques chez les enfants de moins d'un an; à moins de 35 par 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 45 pour 100 000 chez les hommes âgés de 20 à 39 ans.

D1.26 Réduire les taux d'incidence d'infections à *Chlamydia trachomatis* à moins de 120 par 100 000 personnes et, plus précisément : à moins de 1 000 pour 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 7 par 100 000 chez les enfants âgés de moins d'un an (infections oculaires, pulmonaires et génitales).

D1.28 Réduire à moins de 200 par année le nombre de cas de syphilis infectieuse, particulièrement chez les HARSAH.

D1.29 Réduire l'incidence du VHC à moins de 23 par 100 personnes par année chez les personnes faisant usage de drogues par injection.

D1.30 Maintenir à moins de 20 cas par année le nombre de lymphogranulomatose vénérienne chez les HARSAH.

Considérations particulières

Pour des raisons géographiques, l'Agence soutient également la communauté autochtone d'Obedjiwan rattachée officiellement à la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)
Partie 2 – Liste des résultats attendus
N° du résultat

5.18.1

Résultat attendu

D'ici 2012, le nombre de CAMI sera au moins maintenu.

Indicateur retenu

Nombre de CAMI. (Cible \geq 39)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre

Local

Régional

Rôle des partenaires

CAMI : distribution du matériel d'injection (trousse) et récupération des seringues souillées. Transmission des statistiques d'utilisation des services et du nombre de troussees distribuées.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier ITSS-UDI du Service des maladies infectieuses : statistiques sur les services relatifs aux programmes et liste des CAMI

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

5.19

Responsable de la rédaction

DORINE GIRARD

Activité

Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP), promouvant les pratiques cliniques préventives en matière d'ITSS dans les CSSS et au sein des milieux de vie.

Pratique clinique préventive

État de situation

Les relations sexuelles non protégées peuvent entraîner la transmission d'ITSS, parmi lesquelles on retrouve notamment l'infection à *Chlamydia trachomatis*, la gonorrhée, la syphilis et le VIH/sida. L'infection à *Chlamydia trachomatis* est la plus répandue des ITSS et elle touche surtout les jeunes de 15 à 24 ans, plus particulièrement les adolescentes de 15 à 19 ans. Les ITSS représentent 65 % des MADO. Le tiers des personnes atteintes ignorent qu'elles sont porteuses. L'accès à des services de consultation clinique en matière de sexualité, de contraception et de dépistage des ITSS est une stratégie reconnue dans la lutte aux ITSS. Dans la région, il existe des SIDEP dans chacun des CSSS. Le dépistage des ITSS et les interventions préventives (counselling, vaccination, traitement) auprès des personnes atteintes et de leurs partenaires sont toujours appuyés par des lignes directrices basées sur les données probantes. Les six CSSS exercent des activités de dépistage et de prévention dans les milieux de vie (hors les murs), et ce, en collaboration avec les organismes communautaires. Depuis 2007, on observe au niveau régional une moyenne de 1 660 activités de dépistage réalisées par les SIDEP. Les centres de santé autochtones n'ont pas de SIDEP, mais ils offrent les services sur leur territoire.

Offre de service du palier régional

Planification de formation pour les professionnels de la santé et des services sociaux. Diffusion de documents et/ou d'outils d'intervention.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

D1.19 Réduire à 1 pour 100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.

D1.22 Maintenir à moins de 2 le nombre annuel d'enfants nés au Québec et infectés par le VIH dans le cadre d'une transmission mère-enfant.

D1.23 Réduire le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH à moins de 550 par année et, plus précisément : le nombre de nouveaux diagnostics chez les HARSAH à moins de 250 cas par année; le nombre de nouveaux diagnostics chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année.

D1.24 Réduire l'incidence d'infection par le VIH à moins de 1,1 par 100 personnes par année chez les HARSAH et à moins de 2,7 par 100 personnes par année chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année.

D1.25 Réduire les taux d'incidence d'infections gonococciques à moins de 12 pour 100 000 personnes et, plus précisément : à zéro les cas d'infections gonococciques chez les enfants de moins d'un an; à moins de 35 par 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 45 pour 100 000 chez les hommes âgés de 20 à 39 ans.

D1.26 Réduire les taux d'incidence d'infections à *Chlamydia trachomatis* à moins de 120 par 100 000 personnes et, plus précisément : à moins de 1 000 pour 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 7 par 100 000 chez les enfants âgés de moins d'un an (infections oculaires, pulmonaires et génitales).

D1.27 Maintenir à zéro le nombre de cas de syphilis congénitale chez les enfants âgés de moins de 2 ans.

D1.28 Réduire à moins de 200 par année le nombre de cas de syphilis infectieuse, particulièrement chez les HARSAH.

D1.30 Maintenir à moins de 20 cas par année le nombre de lymphogranulomatose vénérienne chez les HARSAH.

Considérations particulières

Pour des raisons géographiques, l'Agence soutient également la communauté autochtone d'Obedjiwan rattachée officiellement à la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

5.19.1

Résultat attendu

D'ici 2012, les mises à jour des lignes directrices et les outils d'intervention en matière de prévention des ITSS seront acheminés aux SIDEPS, aux centres de santé autochtones et aux médecins ciblés.

Indicateurs retenus

1. Proportion des SIDEPS et des centres de santé autochtones à qui la documentation a été acheminée. (Cible : 100 %)

2. Proportion des médecins ciblés à qui la documentation a été acheminée. (Cible : 100 %)

Méthodes de calcul proposées

1. Nombre de SIDEPS et de centres de santé autochtones à qui a été acheminée la documentation/nombre de SIDEPS et de centres de santé autochtones x 100 en %

2. Nombre de médecins à qui a été acheminée la documentation/nombre de médecins ciblés x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS et centres de santé autochtones : application des mises à jour et utilisation des outils d'intervention.

Médecins : application des mises à jour et utilisation des outils d'intervention.

Sources d'information (pour les indicateurs)

Répondant du dossier ITSS du Service des maladies infectieuses : liste de distribution

N° du résultat

5.19.2

Résultat attendu

D'ici 2012, annuellement plus de 1 760 activités de dépistage seront dispensées par les SIDEPS au niveau régional.

Indicateur retenu

Nombre d'activités de dépistage dispensées au niveau régional. (Cible > 1 760)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre

Local

Régional

Rôle des partenaires

CSSS : maintien des activités de dépistage.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondants des SIDEPS des CSSS

I-CLSC

Répondant du dossier ITSS du Service des maladies infectieuses

Domaine 5

Maladies infectieuses

Les activités portant sur les infections transmissibles
sexuellement et par le sang

Les activités destinées à l'ensemble de la population



Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

5.20

Responsable de la rédaction

DORINE GIRARD

Activité

Promotion du programme de gratuité des médicaments pour le traitement de certaines ITS.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

Tant chez les adultes que les adolescents, les relations sexuelles non protégées peuvent entraîner la transmission d'ITS, parmi lesquelles on retrouve notamment l'infection à *Chlamydia trachomatis*, la gonorrhée, la syphilis et le VIH/sida. L'infection à *Chlamydia trachomatis* est la plus répandue des ITS et elle touche surtout les jeunes de 15 à 24 ans. Pour ce qui est de l'infection gonococcique, on note une augmentation pour l'année 2008. La syphilis, bien que relativement stable dans la région, demeure à risque de connaître comme au Québec depuis 2002 une augmentation de son incidence. Pour améliorer l'accessibilité aux traitements de certaines ITS, il existe au Québec le programme de gratuité des médicaments prescrits pour lutter contre ces infections. Les modalités pour l'accès universel au programme sont bien connues des médecins de la région. Sa promotion auprès des prescripteurs sera maintenue au cours des prochaines années.

Offre de service du palier régional

Promotion du programme auprès des médecins.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

D1.25 Réduire les taux d'incidence d'infections gonococciques à moins de 12 pour 100 000 personnes et, plus précisément : à zéro les cas d'infections gonococciques chez les enfants de moins d'un an; à moins de 35 par 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 45 pour 100 000 chez les hommes âgés de 20 à 39 ans.

D1.26 Réduire les taux d'incidence d'infections à *Chlamydia trachomatis* à moins de 120 par 100 000 personnes et, plus précisément : à moins de 1 000 pour 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 7 par 100 000 chez les enfants âgés de moins d'un an (infections oculaires, pulmonaires et génitales).

D1.27 Maintenir à zéro le nombre de cas de syphilis congénitale chez les enfants âgés de moins de 2 ans.

D1.28 Réduire à moins de 200 par année le nombre de cas de syphilis infectieuse, particulièrement chez les HARSAH.

D1.30 Maintenir à moins de 20 cas par année le nombre de lymphogranulomatose vénérienne chez les HARSAH.

Considérations particulières

Pour des raisons géographiques, l'Agence soutient également la communauté autochtone d'Obedjiwan rattachée officiellement à la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Évaluation du programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement, de 1998 à 2002*, 2003, réf. du 1^{er} octobre 2009,

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/9e1267b2684f525485256e5f0066e7c0?OpenDocument>

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

5.20.1

Résultat attendu

D'ici 2012, la promotion de la gratuité des médicaments pour les ITS sera effectuée à chaque formation en lien avec les ITS donnée aux médecins.

Indicateur retenu

Proportion des formations relatives aux ITS où la promotion de la gratuité des médicaments pour les ITS a été effectuée. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de formations sur les ITS où la promotion de la gratuité des médicaments a été effectuée/nombre de formations sur les ITS x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : promotion de la formation.

Médecins : participation aux formations.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier ITSS du Service des maladies infectieuses

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

5.21

Responsable de la rédaction

JOCELYNE DAIGNEAULT

Activité

Maintien du système intégré de récupération des seringues et aiguilles usagées.

Pratique clinique préventive

État de situation

Le SIRSAU est en place partout au Québec depuis le 1^{er} juin 2006. Ce système vise à ce que toutes les seringues et les aiguilles utilisées, tant à des fins domestiques que professionnelles, soient récupérées et éliminées de façon sécuritaire. Dans un objectif de prévention des infections et des accidents, le SIRSAU devrait amener à une diminution des seringues et aiguilles abandonnées dans l'environnement.

Les personnes qui font usage de seringues et d'aiguilles pour les autosoins ainsi que les utilisateurs de drogues injectables peuvent se procurer sans frais dans les pharmacies communautaires et les CSSS des contenants à déchets biomédicaux fournis gratuitement par le MSSS. Les contenants sont rapportés à la pharmacie communautaire ou au CSSS par la clientèle qui utilise ce service. Les contenants remplis sont acheminés au centre hospitalier désigné pour être détruits avec ses propres déchets biomédicaux selon les règles de sécurité et d'environnement en vigueur.

Depuis l'implantation du système en 2006, plus de 100 000 contenants ont été distribués au Québec, dont 4 000 au Saguenay–Lac-Saint-Jean. Les six CSSS et presque toutes les pharmacies communautaires (72/73) y participent. De plus, des contenants gratuits sont aussi disponibles auprès de certaines associations et certains organismes communautaires qui offrent des services à la clientèle qui utilise des seringues, des aiguilles et des lancettes. Le système est maintenant bien implanté, il faut s'assurer que les personnes concernées soient bien informées de ce service et l'utilisent.

Offre de service du palier régional

Coordination et suivi du SIRSAU. Soutien des acteurs locaux.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

D1.19 Réduire à 1 pour 100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.

D1.23 Réduire le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH à moins de 550 par année et, plus précisément : le nombre de nouveaux diagnostics chez les HARSAH à moins de 250 cas par année; le nombre de nouveaux diagnostics chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année.

D1.24 Réduire l'incidence d'infection par le VIH à moins de 1,1 par 100 personnes par année chez les HARSAH et à moins de 2,7 par 100 personnes par année chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année.

D1.29 Réduire l'incidence du VHC à moins de 23 par 100 personnes par année chez les personnes faisant usage de drogues par injection.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La récupération des seringues et des aiguilles usagées : une responsabilité à partager [Rapport et recommandations du Groupe de travail sur la récupération des seringues usagées au Québec]*, 2005, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-322-01.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

5.21.1

Résultat attendu

D'ici 2012, annuellement le suivi du nombre de contenants distribués par les établissements participants sera assuré.

Indicateur retenu

Rapport annuel de suivi.

Méthode de calcul proposée

Oui ou non

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS, pharmacies communautaires et organismes communautaires : distribution des contenants aux personnes ciblées et récupération des contenants usagés et envoi au CSSS (centre hospitalier).

CSSS (CH) : réception et élimination des contenants avec ses déchets biomédicaux.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier SIRSAU du Service des maladies infectieuses : liste des établissements participants, rapport annuel de suivi

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

5.22

Responsable de la rédaction

DORINE GIRARD

Activité

Dépistage du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et des autres ITSS auprès des femmes enceintes.

Pratique clinique préventive

État de situation

L'hépatite B est une infection du foie transmise par le sang ou 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 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. Les autres ITSS, soit la syphilis, l'infection à *Chlamydia trachomatis* et l'infection gonococcique, sont très rares chez les enfants. Aucun cas de syphilis congénitale ni d'infection gonococcique n'est survenu depuis au moins dix ans chez cette clientèle âgée de moins d'un an.

Depuis 1997, le test de dépistage du VIH est systématiquement inclus dans un bilan prénatal complet. Ce test demeure volontaire et la femme enceinte peut le refuser. Sans traitement, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant se situe autour de 25 %, d'où l'importance du dépistage systématique. Dans la région, au moins 90 % des femmes enceintes sont dépistées pour le VIH.

Le dépistage des ITSS est connu des médecins et bien établi dans la région. Ceux-ci reçoivent régulièrement les informations pertinentes sur les plus récentes mises à jour.

Offre de service du palier régional

Diffusion d'avis concernant le dépistage des ITSS chez la femme enceinte.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

D1.10 Maintenir à 2 ou moins le nombre de cas indigènes d'hépatite B chez les enfants âgés de moins d'un an.

D1.19 Réduire à 1 pour 100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.

D1.22 Maintenir à moins de 2 le nombre annuel d'enfants nés au Québec et infectés par le VIH dans le cadre d'une transmission mère-enfant.

D1.25 Réduire les taux d'incidence d'infections gonococciques à moins de 12 pour 100 000 personnes et, plus précisément : à zéro les cas d'infections gonococciques chez les enfants de moins d'un an; à moins de 35 par 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 45 pour 100 000 chez les hommes âgés de 20 à 39 ans.

D1.26 Réduire les taux d'incidence d'infections à *Chlamydia trachomatis* à moins de 120 par 100 000 personnes et, plus précisément : à moins de 1 000 pour 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 7 par 100 000 chez les enfants âgés de moins d'un an (infections oculaires, pulmonaires et génitales).

D1.27 Maintenir à zéro le nombre de cas de syphilis congénitale chez les enfants âgés de moins de 2 ans.

Considérations particulières

Pour des raisons géographiques, l'Agence soutient également la communauté autochtone d'Obedjiwan rattachée officiellement à la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

GRUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, 1994, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/index-fra.php

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

5.22.1

Résultat attendu

D'ici 2012, tout nouvel avis sur le dépistage des ITSS sera transmis aux médecins ciblés.

Indicateur retenu

Proportion des médecins ciblés à qui ont été acheminés les avis. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de médecins ciblés à qui ont été acheminés les avis/nombre de médecins ciblés x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

Médecins : application des avis sur le dépistage.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier des pratiques cliniques préventives du Service des maladies infectieuses : liste de distribution

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

5.23

Responsable de la rédaction

GAIL COX

Activité

Mise en place d'un réseau intégré régional de suivi et de traitement pour les personnes atteintes par le virus de l'hépatite C.

Pratique clinique préventive

État de situation

Au Québec, près de 2 000 cas d'hépatite C sont diagnostiqués chaque année et la population des utilisateurs de drogue par injection est la plus touchée par cette infection. La situation épidémiologique de l'hépatite C chez les personnes faisant usage de drogues par injection constitue un enjeu majeur de santé publique.

La conclusion d'une récente enquête de l'INSPQ, sur l'accessibilité et la continuité des services offerts aux personnes atteintes de l'hépatite C dans les régions du Québec, a démontré que la majorité des 28 000 cas déclarés sont sans suivi ni traitement en raison de l'absence d'une planification et d'une coordination des services. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, entre 1990 et 2004, 262 cas ont été déclarés à la Direction de santé publique. Le nombre de personnes en traitement est de 23 (8,8 % des cas). On rapporte dans la littérature que 85 % des personnes atteintes développent une hépatite chronique et 20 % une cirrhose du foie dont 10 à 20 % développeront un cancer primaire du foie au cours des années de l'évolution de l'infection.

Or, il existe un traitement efficace de l'hépatite C permettant d'obtenir un taux de guérison voisin de 65 % et freinant ainsi sa transmission. Ce traitement doit toutefois s'accompagner d'une prise en charge des autres problèmes de santé des personnes atteintes (toxicomanies, problèmes de santé mentale).

Les microbiologistes-infectiologues de Chicoutimi assurent le suivi de cette clientèle. La mise en place d'un réseau intégré permettra d'offrir une intervention prenant en compte plusieurs dimensions des problématiques auxquelles sont confrontées ces personnes. Il faudra d'abord réaliser l'analyse des besoins des personnes atteintes de l'hépatite C au niveau de la région afin de proposer l'optimisation des services.

À l'automne 2008, l'Agence a donné le mandat au CSSS de Chicoutimi pour qu'il puisse, avec ses ressources internes spécialisées, faire l'évaluation des besoins, optimiser les services et mettre en place un réseau intégré de soins et services pour les personnes infectées par le virus de l'hépatite C au Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Offre de service du palier régional

Soutien à l'organisation des corridors de service pour soutenir la collaboration avec les CSSS, les centres de santé autochtones et les organismes communautaires pour l'accès au suivi et au traitement des personnes atteintes de l'hépatite C dans les RLS. Promotion du réseau intégré auprès des partenaires régionaux. Support à la formation en concertation avec le CSSS de Chicoutimi.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

D1.29 Réduire l'incidence du VHC à moins de 23 par 100 personnes – année chez les personnes faisant usage de drogues par injection.

Considérations particulières

Pour des raisons géographiques, l'Agence soutient également la communauté autochtone d'Obedjiwan rattachée officiellement à la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

NOËL, Lina, Julie LAFOREST et Pier-Raymond ALLARD. *L'accès au suivi et au traitement pour les personnes atteintes de l'hépatite C au Québec : Analyse de l'offre de services*, 2007, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/679-TraitementPersonnesHepatite.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

5.23.1

Résultat attendu

D'ici 2012, le réseau intégré régional de suivi et de traitement pour les personnes atteintes par le virus de l'hépatite C sera mis en place dans les CSSS et les centres de santé autochtones de la région.

Indicateur retenu

Nombre de CSSS et de centres de santé autochtones qui ont mis en place les services. (Cible : 8)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS et centres de santé autochtones : mise en place des services du réseau intégré et des corridors de services correspondants. Promotion du service dans les RLS. Participation à la formation régionale.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du réseau intégré du CSSS de Chicoutimi

Répondant du dossier du réseau intégré régional du Service des maladies infectieuses : liste des CSSS et centres de santé autochtones qui ont mis en place les services

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

5.24

Responsable de la rédaction

DORINE GIRARD

Activité

Dépistage des ITSS et interventions préventives (counselling, vaccination et traitement) auprès des personnes à risque, des personnes atteintes et de leurs partenaires.

Pratique clinique préventive

État de situation

Les relations sexuelles non protégées peuvent entraîner la transmission d'ITSS, parmi lesquelles on retrouve notamment l'infection à *Chlamydia trachomatis*, la gonorrhée, la syphilis et le VIH/sida. L'infection à *Chlamydia trachomatis* est la plus répandue des ITSS et elle touche surtout les jeunes de 15 à 24 ans, plus particulièrement les adolescentes de 15 à 19 ans. Les ITSS représentent 65 % des maladies à déclaration obligatoire. Le tiers des personnes atteintes ignorent qu'elles sont infectées. L'accès à des services de consultation clinique en matière de sexualité, de contraception et de dépistage des ITSS est une stratégie reconnue dans la lutte aux ITSS. Dans la région, il existe des SIDEP dans chacun des CSSS. Le dépistage des ITSS et les interventions préventives (counselling, vaccination, traitement) auprès des personnes atteintes et de leurs partenaires sont toujours appuyés par des lignes directrices basées sur les données probantes. Les médecins et les infirmiers des SIDEP des six CSSS et des deux centres de santé autochtones offrent le dépistage et l'intervention préventive auprès des personnes infectées et de leurs partenaires sexuels. Tous les cas prioritaires font l'objet d'une enquête et les CSSS soutiennent dans l'intervention préventive.

Offre de service du palier régional

Soutien aux enquêtes et aux interventions préventives.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
 À consolider
 À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents 6-17 ans et leurs parents
 18-64 ans 65 ans et plus Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
 Déficience physique
 Perte d'autonomie liée au vieillissement Santé physique
 Dépendance Santé mentale
 Jeunes en difficulté

Objectifs santé visés par l'activité

D1.19 Réduire à 1 pour 100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.

D1.22 Maintenir à moins de 2 le nombre annuel d'enfants nés au Québec et infectés par le VIH dans le cadre d'une transmission mère-enfant.

D1.23 Réduire le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH à moins de 550 par année et, plus précisément : le nombre de nouveaux diagnostics chez les HARSAH à moins de 250 cas par année; le nombre de nouveaux diagnostics chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année.

D1.24 Réduire l'incidence d'infection par le VIH à moins de 1,1 par 100 personnes par année chez les HARSAH et à moins de 2,7 par 100 personnes par année chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année.

D1.25 Réduire les taux d'incidence d'infections gonococciques à moins de 12 pour 100 000 personnes et, plus précisément : à zéro les cas d'infections gonococciques chez les enfants de moins d'un an; à moins de 35 par 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans; à moins de 45 pour 100 000 chez les hommes âgés de 20 à 39 ans.

D1.26 Réduire les taux d'incidence d'infections à *Chlamydia trachomatis* à moins de 120 par 100 000 personnes et, plus précisément : à moins de 1 000 pour 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans;

à moins de 7 par 100 000 chez les enfants âgés de moins d'un an (infections oculaires, pulmonaires et génitales).

D1.27 Maintenir à zéro le nombre de cas de syphilis congénitale chez les enfants âgés de moins de 2 ans.

D1.28 Réduire à moins de 200 par année le nombre de cas de syphilis infectieuse, particulièrement chez les HARSAH.

D1.29 Réduire l'incidence du VHC à moins de 23 par 100 personnes par année chez les personnes faisant usage de drogues par injection.

D1.30 Maintenir à moins de 20 cas par année le nombre de lymphogranulomatose vénérienne chez les HARSAH.

Considérations particulières

Pour des raisons géographiques, l'Agence soutient également la communauté autochtone d'Obedjiwan rattachée officiellement à la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

GRUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, 1994, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinique-clinique/index-fra.php

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

5.24.1

Résultat attendu

D'ici 2012, tous les cas déclarés et reconnus prioritaires feront l'objet d'une enquête.

Indicateur retenu

Proportion des cas prioritaires ayant fait l'objet d'une enquête. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de cas prioritaires ayant fait l'objet d'une enquête/nombre de cas déclarés qui sont prioritaires x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : réalisation des enquêtes.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier ITSS du Service des maladies infectieuses : questionnaires d'enquêtes complétés

Domaine 5 Maladies infectieuses

Les activités portant sur les infections nosocomiales



Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

5.25

Responsable de la rédaction

GAIL COX

Activité

Suivi de l'incidence des infections nosocomiales dans les établissements de santé et de services sociaux faisant l'objet d'une surveillance provinciale.

Pratique clinique préventive

État de situation

Les cas de diarrhées associées à *Clostridium difficile* (DACD) d'origine nosocomiale dans la région sont passés de 34 cas en 2004-2005 à 15 en 2007-2008, une diminution de moitié. Le taux d'incidence par 10 000 patients par jour est passé de 4,8 en 2004-2005 à 2,2 en 2007-2008. La situation problématique des infections nosocomiales constitue un défi de taille pour tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux au Québec. En novembre 2006, le directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint mandatait l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean pour la réalisation des visites d'appréciation de l'application de ces mesures dans les six centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de la région. Les visites ont eu lieu en janvier 2007. La tournée régionale des CHSGS a permis de confirmer que beaucoup de travail avait été accompli dans le dossier de la prévention et du contrôle des infections depuis celle réalisée en 2004. La visite des établissements a également permis de constater les forces et les faiblesses de chaque milieu, de juger du risque infectieux associé à ces constatations et, par conséquent, d'établir les priorités d'intervention. La région n'est pas à l'abri des éclosions d'infections à *Clostridium difficile*, de l'émergence de nouveaux agents infectieux, de l'importation éventuelle de l'entérocoque résistant à la vancomycine, mais les instances partenaires sont mieux préparées qu'il y a quelques années. Le dossier des infections nosocomiales demeure une des priorités tant locale, régionale que provinciale.

Offre de service du palier régional

Suivi hebdomadaire et par période administrative du taux d'incidence des DACD pour chaque CSSS. Analyse des données et interprétation des résultats de la surveillance.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

D1.31 Réduire l'incidence des infections nosocomiales dans les établissements de santé et de services sociaux.

Considérations particulières

Le CSSS Cléophas-Claveau n'est pas identifié comme faisant l'objet d'une surveillance provinciale, mais s'implique volontairement dans la saisie des données.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les infections nosocomiales : Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-209-02.pdf>

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

5.25.1

Résultat attendu

D'ici 2012, les cinq CSSS ciblés signaleront les nouveaux cas de DACD conformément au programme de surveillance.

Indicateur retenu

Proportion de CSSS ciblés qui effectuent les signalements périodiques des nouveaux cas de DACD. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de CSSS ciblés qui effectuent les signalements périodiques/nombre de CSSS ciblés (5) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : saisie des données relatives au DACD sur le portail de l'INSPQ.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier des infections nosocomiales du Service des maladies infectieuses : bilan de surveillance des DACD au Québec

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

5.26

Responsable de la rédaction

GAIL COX

Activité

Soutien des établissements de santé et de services sociaux lors de situations problématiques, de menaces à la santé ou d'éclotions, par : la diffusion des lignes directrices, guides de pratique et autres; l'expertise en épidémiologie; l'investigation des éclotions.

Pratique clinique préventive

État de situation

En 2004, le directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint attribuait aux directeurs régionaux de santé publique la responsabilité de la coordination régionale du dossier *C. difficile* et des infections nosocomiales. Afin de répondre adéquatement à ce nouveau mandat, l'Agence a signé une entente avec le CSSS de Chicoutimi afin d'officialiser sa collaboration comme établissement-conseil en matière de prévention des infections. C'est en 2005 que le comité régional en prévention des infections se réactualise en table régionale en prévention des infections nosocomiales (TRPIN). L'Agence supporte la TRPIN qui fait partie des stratégies visant à coordonner, à l'échelle régionale, les activités liées à la surveillance, à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales, notamment en ce qui concerne l'harmonisation des pratiques, le partage des outils et des meilleures pratiques, la formation et le soutien aux établissements. L'Agence soutient également les établissements lors de la déclaration d'une situation inhabituelle et l'investigation des éclotions.

Offre de service du palier régional

Collaboration et soutien aux CSSS lors d'éclotions et de situations problématiques.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

D1.31 Réduire l'incidence des infections nosocomiales dans les établissements de santé et de services sociaux.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

5.26.1

Résultat attendu

D'ici 2012, les mises à jour et les nouveautés des guides de pratique et des lignes directrices seront acheminées aux CSSS.

Indicateur retenu

Proportion des CSSS à qui la documentation a été acheminée. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de CSSS à qui la documentation a été acheminée/nombre de CSSS (6) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : application des mises à jour et des lignes directrices.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier des infections nosocomiales du Service des maladies infectieuses : liste de distribution

N° du résultat

5.26.2

Résultat attendu

D'ici 2012, les éclosions en CSSS feront l'objet d'un état de situation.

Indicateur retenu

Rapport annuel des éclosions en CSSS.

Méthode de calcul proposée

Oui ou non

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : déclaration des éclosions.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Registre provincial des éclosions

Répondant du dossier des infections nosocomiales du Service des maladies infectieuses : rapport annuel des éclosions

Domaine 6

Santé environnementale

Les activités portant sur la qualité
de l'air extérieur et intérieur



Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

6.1

Responsable de la rédaction

LÉON LAROUCHE

Activité

Conduite d'enquêtes (épidémiologiques ou autres) et organisation d'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 services de garde, les bâtiments d'habitation ainsi que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

 Pratique clinique préventive**État de 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 retrouve sont les contaminants biologiques (moisissures), la fumée de tabac et autres produits de combustion, de même que certains composés organiques volatiles (COV).

Selon l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007*, ce sont 4 % des répondants qui ont signalé avoir vécu des problèmes de la qualité de l'air intérieur à leur domicile au cours des cinq dernières années précédant l'enquête. Le signalement de problème avec la qualité de l'air intérieur ne diffèrait pas significativement selon le territoire de RLS. Le Service de santé environnementale conduit chaque année entre cinq et quinze enquêtes concernant des bâtiments publics où une mauvaise qualité de l'air intérieur est suspectée. Les investigations sont souvent réalisées de concert avec les équipes de santé au travail des CSSS quand cela est nécessaire ou que des travailleurs sont impliqués dans les édifices identifiés. Les interventions se font plus rarement dans les logements privés, mais le Service de santé environnementale dirige les gens vers les ressources appropriées pour leur venir en aide. Le Service de santé environnementale répond à l'occasion à des médecins ou des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux pour des cas potentiellement associés à la qualité de l'air intérieur. À la suite des enquêtes, des recommandations sont émises en fonction des résultats des analyses afin que les actions appropriées puissent être organisées.

Offre de service du palier régional

Coordination des enquêtes avec les différents partenaires en fonction de la situation étudiée (équipes de santé au travail, intervenants privés, municipalités, Société canadienne d'hypothèques et de logement [SCHL], commissions scolaires). Information et communication continues des parties prenantes à propos des risques encourus, des pathologies liées aux situations observées, des méthodologies d'intervention et des résultats d'analyse. Support aux expertises, collaboration à l'organisation et à la coordination des activités avec le milieu et les partenaires publics et privés. Information au public et aux professionnels sur leur santé et les problèmes potentiels de santé liés aux facteurs de risque environnementaux.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
 À consolider
 À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents 6-17 ans et leurs parents
 18-64 ans 65 ans et plus Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
 Déficience physique Santé physique
 Perte d'autonomie liée au vieillissement Santé mentale
 Dépendance
 Jeunes en difficulté

Objectifs santé visés par l'activité

B2.3 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme.

B2.4 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique.

E1.2 Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies respiratoires associées à des facteurs de risque environnementaux.

E1.3 Réduire les taux d'incidence et de mortalité liés aux cancers de la peau, au cancer des voies respiratoires et à d'autres cancers associés à des facteurs de risque environnementaux.

Considérations particulières

Les interventions dans les édifices publics sont de plus en plus facilitées du fait que les équipes de santé au travail sont de plus en plus impliquées dans ces secteurs. Toutefois, les situations liées à la qualité de l'air intérieur dans les résidences privées restent problématiques dans les petites municipalités où les inspecteurs en bâtiment ne maîtrisent pas toujours les problèmes rencontrés d'autant plus qu'ils sont souvent affectés à d'autres fonctions dans le cadre de leurs activités.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN. *Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007 [rapport sommaire]*, 2007, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.santesaglac.gouv.qc.ca/publication6.html

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

6.1.1

Résultat attendu

D'ici 2012, toutes les demandes ou les plaintes en provenance des établissements scolaires, des services de garde, des bâtiments d'habitation communautaires et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux seront traitées.

Indicateur retenu

Proportion annuelle de demandes ou plaintes traitées. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de demandes ou plaintes traitées/nombre de demandes ou plaintes reçues x 100 en %, pour chaque année

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

Inspecteurs municipaux et équipes de santé au travail des CSSS : participation aux enquêtes.

Déclarants autorisés : initiation des vérifications de justification et des enquêtes.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du Service de santé environnementale : liste des demandes et plaintes reçues, liste des demandes et plaintes traitées

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

6.2

Responsable de la rédaction

LÉON LAROUCHE

Activité

Activités d'information et de sensibilisation auprès de la population sur : les mesures de protection lors des avertissements de smog; l'identification de l'herbe à poux et les mesures de contrôle à appliquer dans l'environnement immédiat; les moyens de réduire l'exposition aux aéroallergènes ou aux irritants dans l'environnement intérieur.

Pratique clinique préventive

État de situation

Mesures de protection lors des avertissements de smog

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.

Info-Smog est fondé sur la mesure d'indice de qualité de l'air (IQA); c'est un outil d'information dont l'objectif est de faciliter la communication des résultats de la mesure des polluants de l'air. Cet indice peut être « bon », « acceptable » ou « mauvais ». Il est calculé et mis à jour toutes les heures, à partir de la mesure de différents polluants faite aux diverses stations du réseau de surveillance de la qualité de l'air réparties sur le territoire. Les paramètres servant au calcul sont l'ozone, les particules fines, le dioxyde de soufre (SO₂), le dioxyde d'azote (NO₂) et le monoxyde de carbone (CO). L'indicateur retenu pour le *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007* est la « proportion de jours ayant une mauvaise qualité de l'air (IQA ≥ 51) » exprimée en pourcentage. Une journée de mauvaise qualité de l'air signifie qu'au moins une mesure horaire de l'IQA s'avère supérieure ou égale à 51 pour au moins une station de mesure de la région.

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, trois stations prennent ces mesures : l'une est située près de La Doré (mesure de l'ozone et des particules fines) et les deux autres à Saguenay. Celles-ci sont complémentaires : à l'UQAC on mesure l'ozone et les particules fines et à Arvida le dioxyde de soufre, l'ozone et les particules fines. Pour la période 2004-2007, la proportion de journées avec une mauvaise qualité de l'air (au moins une mesure horaire ≥ 51) se chiffre à 1,4 % au Lac-Saint-Jean (5 jours). Elle dépasse à peine cette marque pour les mesures effectuées à la station de Chicoutimi (3,3 %, 12 jours par an) et à la station d'Arvida (3,3 %, soit 14 jours). Il est important de comprendre que ces mesures ne peuvent représenter une exposition réelle de la population.

La région a vu s'accroître entre 2000 et 2003 certaines émissions de polluants atmosphériques de sources fixes (entre 22 % et 33 % d'augmentation selon le polluant). Sur dix-huit régions du Québec, le Saguenay–Lac-Saint-Jean se classe second après l'Abitibi-Témiscamingue pour les émissions de dioxyde de soufre, premier pour le monoxyde de carbone et sixième pour le dioxyde d'azote, ces émissions étant habituellement surtout associées au transport. La région est première pour les particules totales, seconde pour les émissions de composés organiques volatils (COV).

Identification de l'herbe à poux et mesures de contrôle à appliquer dans l'environnement immédiat

L'Agence a entrepris en 2004 une investigation scientifique pour caractériser de la répartition actuelle de l'abondance régionale de l'herbe à poux et surtout relever les facteurs environnementaux favorisant son expansion. L'inventaire a touché 27 municipalités parcourues sur plus de 1 700 kilomètres de routes secondaires et principales incluant les grands axes routiers. L'herbe à poux est présente dans les basses terres naturelles de la région, mais disparaît en zones forestières et sur les contreforts. Son abondance relative touche la partie sud et est du Lac-Saint-Jean dans la MRC de Lac-Saint-Jean-Est. Les colonies d'herbe à poux sont actuellement liées aux réseaux routiers et non comme par le passé au système ferroviaire et sur certaines fermes comme notées dans les années 1930. Elle ne pousse qu'en quantité

mesurable en minces bandes et de façon discontinue sur les accotements des grands axes routiers. Les plants n'atteignent pas leur taille optimale (en général 30 centimètres) et le recouvrement du sol est typiquement de 40 à 80 % sur une largeur de 30 à 100 centimètres. Son expansion en zone urbaine et agricole n'a pas été observée et, dans la municipalité de Saguenay, sa présence est jugée anecdotique. Son importance dans la rhinite saisonnière est avérée dans les régions plus au sud et on souhaite entreprendre dans la région des mesures du pollen dans l'air ambiant, à quelques stations.

Moyens de réduire l'exposition aux aéroallergènes ou aux irritants dans l'environnement intérieur

En 2006, un colloque régional a été organisé sur la qualité des environnements intérieurs et l'exposition potentielle aux spores de moisissures dans les logements insalubres. Ce colloque a réuni plus d'une centaine de personnes : des intervenants en santé au travail, des inspecteurs municipaux en bâtiment et des représentants de CSSS. Cette expérience se voulait d'abord une sensibilisation à la contamination des environnements intérieurs par des aéroallergènes. Selon l'enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean réalisée par l'Agence en 2007, dans les milieux intérieurs, 43 % des adultes vivent avec des animaux de compagnie dans leur résidence. Cette proportion est significativement plus élevée sur le territoire de RLS de La Baie (47 %) et significativement plus faible sur le territoire de RLS de Maria-Chapdelaine (37 %). Cette enquête documente pour la première fois les habitudes de chauffage au bois dans les ménages de la région. Le chauffage au bois, toute intensité d'usage confondue, est pratiqué chez 18 à 31,5 % des ménages dans la région en général. L'intensité d'usage (d'urgence, d'appoint ou principal) se distingue nettement selon que l'on est en zone périurbaine ou urbaine. L'usage du chauffage au bois comme chauffage principal varie; 18 à 31 % des ménages l'utilisent en zone périurbaine par rapport à moins de 10 % des ménages en milieu urbain. Le chauffage au bois d'appoint suit la même tendance : 20 à 41 % en milieu périurbain et 11 à 19 % en ville et. L'usage du bois comme chauffage d'urgence est réparti uniformément dans la région et se rencontre chez 2 à 3 % des ménages. On estime que les émissions de particules dues au chauffage au bois dans la région sont de l'ordre de dix fois moins que les émissions de la grande industrie, mais dix fois plus que les émissions du transport routier.

Offre de service du palier régional

Information et communication à la population des données recueillies par Environnement Canada et le MDDEP. Sensibilisation du public sur les risques encourus en fonction des situations. Expertise régionale pour ces dossiers.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

B2.3 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme.

B2.4 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique.

E1.1 Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies cardiaques associées à des facteurs de risque environnementaux.

E1.2 Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies respiratoires associées à des facteurs de risque environnementaux.

E1.3 Réduire les taux d'incidence et de mortalité liés aux cancers de la peau, au cancer des voies respiratoires et à d'autres cancers associés à des facteurs de risque environnementaux.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN. *Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007 [rapport sommaire]*, 2007, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.santesaglac.gouv.qc.ca/publication6.html

Toutes les informations sur les questions reliées à l'environnement sur le site d'Environnement Canada : <http://www.ec.gc.ca/default.asp?lang=Fr&n=FD9B0E51-1>

Toutes les informations sur l'air et les changements climatiques sur le site du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs : http://www.mddep.gouv.qc.ca/changements/plan_action/index.htm

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

6.2.1

Résultat attendu

D'ici 2012, des informations seront diffusées à la population par voie médiatique pour les mesures à prendre durant les épisodes de smog.

Indicateur retenu

Nombre d'activités de communication effectuées.

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

MDDEP et Environnement Canada : disponibilité des données sur la qualité de l'air.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du Service de santé environnementale : liste des activités de communication effectuées

N° du résultat

6.2.2

Résultat attendu

D'ici 2012, des informations sur la qualité de l'air intérieur et extérieur seront rendues disponibles sur le site Internet de l'Agence (herbes à poux, chauffage au bois, polluants de l'air intérieur et moisissures, etc.).

Indicateur retenu

Informations disponibles sur le site Internet de l'Agence

Méthode de calcul proposée

Oui ou non

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

Aucun partenaire identifié pour ce résultat attendu.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du Service de santé environnementale

N° du résultat

6.2.3

Résultat attendu

D'ici 2012, des mesures du pollen de l'herbe à poux seront effectuées dans quelques stations d'échantillonnage de l'air de la région.

Indicateur retenu

Rapport sur les concentrations mesurées du pollen de l'herbe à poux.

Méthode de calcul proposée

Rapport produit : oui ou non

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

Aucun partenaire identifié pour ce résultat attendu.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du Service de santé environnementale

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

6.3

Responsable de la rédaction

LÉON LAROUCHE

Activité

Activités d'information et de sensibilisation auprès des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des autres secteurs sur : les moyens de réduire l'exposition aux aéroallergènes ou aux irritants dans l'environnement intérieur (intervenants municipaux, intervenants du milieu scolaire, des services de garde, des CSSS et des ministères touchés); les mesures de contrôle de l'herbe à poux (intervenants municipaux et propriétaires de terrains); les moyens efficaces d'assainissement de la qualité de l'air extérieur (par exemple, plan de gestion, réglementation, programme).

Pratique clinique préventive

État de situation

Moyens de réduction de l'exposition aux aéroallergènes ou aux irritants dans l'environnement intérieur

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 retrouve sont les contaminants biologiques (moisissures), la fumée de tabac et autres produits de combustion, de même que certains composés organiques volatils (COV). Les liens existants entre les différents intervenants et l'Agence doivent être maintenus au cours des prochaines années, notamment pour continuer la sensibilisation des clientèles visées, permettre la diffusion des informations et clarifier les rôles de chacun lors des interventions.

Herbe à poux

Une recherche a été entreprise par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean en 2004 à propos de l'herbe à poux pour caractériser sa répartition et sa concentration au niveau régional ainsi que pour déterminer les facteurs environnementaux favorisant sa dissémination. Cette étude concernait plus de 1 700 kilomètres de routes principales et secondaires répartis dans 27 municipalités du territoire. L'herbe à poux est présente dans les basses terres naturelles de la région, mais disparaît dans les zones forestières et sur les contreforts des reliefs. Les secteurs sud et est du Lac-Saint-Jean sont les zones où l'abondance de l'herbe à poux est la plus forte dans la région. Les colonies coïncident avec le réseau routier et ne sont plus concentrées le long du réseau ferroviaire et sur certaines fermes comme dans les années 1930. Quant à sa répartition, elle pousse en minces bandes discontinues localisées sur les accotements des grands axes routiers. Les plants observés n'atteignent pas leur taille optimale. Ils mesurent en général 30 centimètres et le recouvrement du sol est typiquement de 40 à 80 % sur une largeur de 30 à 100 centimètres le long des axes routiers. Son expansion est inexistante en zones urbaines et agricoles et sa présence est jugée anecdotique dans la municipalité de Saguenay. Son importance est toutefois avérée dans le développement des rhinites saisonnières dans les régions plus au sud et la mesure de son pollen sera entreprise dans l'air ambiant pour quelques stations au cours des prochaines années.

Qualité de l'air extérieur

On note dans le *Portrait de Santé du Québec et de ses régions 2006* et l'*Inventaire national des rejets polluants* que les émissions de polluants atmosphériques tels que monoxyde de carbone (CO), matières particulaires totales, COV, dioxyde de soufre (SO₂), oxyde d'azote (NO_x) ont augmenté de 37 % au Saguenay–Lac-Saint-Jean durant la période 2000-2003. Cet accroissement est le plus élevé du Québec. On observe que ces émissions sont surtout reliées aux activités industrielles. Le transport routier régional représente 2,7 % du total de la province alors que la population de la région équivaut à 3,6 % du Québec. En comparaison à l'ensemble de la province, pour la période 2000-2004, le portrait de santé régional souligne un excès d'incidence et de mortalité pour les cancers de l'appareil respiratoire et des taux d'hospitalisation par 10 000 habitants plus élevés pour certains diagnostics associés à des facteurs de risque environnementaux :

- cardiopathies ischémiques aiguës et subaiguës (22,7 vs 21,0);

- affections cardiorespiratoires aiguës (3,9 vs 2,6);
- troubles du rythme cardiaque (20,2 vs 15,0);
- bronchite et bronchiolite aiguës (10,1 vs 5,9);
- anomalies congénitales (6,8 vs 4,8).

Offre de service du palier régional

Échange d'information avec le ministère des Transports, le MDDEP pour les trois sujets traités (notamment pour la sensibilisation) et formations du réseau de la santé et des services sociaux. Expertise régionale pour ces dossiers.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

B2.3 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme.

B2.4 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique.

E1.1 Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies cardiaques associées à des facteurs de risque environnementaux.

E1.2 Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies respiratoires associées à des facteurs de risque environnementaux.

E1.3 Réduire les taux d'incidence et de mortalité liés aux cancers de la peau, des voies respiratoires et autres cancers associés à des facteurs de risque environnementaux.

E1.5 Prévenir les problèmes de santé reliés à des risques environnementaux émergents dont les événements climatiques extrêmes.

Considérations particulières

La mobilisation des partenaires municipaux, du MDDEP, des grandes entreprises et des partenaires du réseau sera nécessaire pour la réalisation de l'activité. Le contexte économique incite peu les partenaires privés à atteindre les objectifs fixés.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC EN COLLABORATION AVEC L'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/546-PortraitSante2006_Analyses.pdf

Pour tout savoir sur l'Inventaire national des rejets polluants sur le site d'Environnement Canada : <http://www.ec.gc.ca/inrp-npri/default.asp?lang=Fr&n=4A577BB9-1>

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

6.3.1

Résultat attendu

D'ici 2012, des interventions d'information et de sensibilisation seront réalisées en collaboration avec les équipes de santé au travail des municipalités et autres partenaires en réponse aux demandes.

Indicateur retenu

Proportion des demandes ayant fait l'objet d'un suivi. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de demandes ayant fait l'objet d'un suivi/nombre de demandes x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS et municipalités : collaboration à la tenue d'activités d'information et de sensibilisation.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du Service de santé environnementale : listes des demandes et des interventions

N° du résultat

6.3.2

Résultat attendu

D'ici 2012, tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux évalueront la situation et élaboreront leur plan de gestion de l'herbe à poux.

Indicateur retenu

Proportion des établissements ayant évalué la situation. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre d'établissements qui ont évalué la situation/nombre d'établissements (8) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : élaboration et application de leur plan de gestion pour le contrôle de l'abondance de l'herbe à poux sur les propriétés qui les concernent.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du Service de santé environnementale : plan de gestion de l'herbe à poux pour chaque établissement (s'il y a lieu)

N° du résultat

6.3.3

Résultat attendu

D'ici 2012, l'Agence fera des activités d'information et de sensibilisation à l'intention des partenaires du MDDEP, de l'industrie, des municipalités et des groupes environnementaux locaux sur les moyens efficaces d'assainissement de la qualité de l'air extérieur.

Indicateur retenu

Nombre d'activités d'information et de sensibilisation. (Cible ≥ 1)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

Aucun partenaire identifié pour ce résultat attendu.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du Service de santé environnementale : liste des activités d'information et de sensibilisation

N° du résultat

6.3.4

Résultat attendu

D'ici 2012, l'Agence évaluera les grands projets régionaux soumis au Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPE).

Indicateur retenu

Proportion des projets soumis au BAPE ayant été évalués. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de projets évalués/nombre de projets soumis au BAPE x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

Aucun partenaire identifié pour ce résultat attendu.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du Service de santé environnementale : liste des projets soumis au BAPE, liste des projets évalués

N° du résultat

6.3.5

Résultat attendu

D'ici 2012, un comité régional sur la pollution atmosphérique régionale sera mis en place et réunira tous les partenaires d'intérêt, tels que MDDEP, industries, institutions (cégeps, UQAC) comités de citoyens, comités de zone d'intervention prioritaire (ZIP), comités de suivi d'évaluation des grands projets industriels.

Indicateur retenu

Mise en place du comité.

Méthode de calcul proposée

Oui ou non

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

MDDEP, partenaires industriels, partenaires institutionnels (cégeps, UQAC) comités de citoyens, comités ZIP, comité de suivi d'évolution des grands projets industriels : participation aux réunions du comité régional.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du Service de santé environnementale

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

6.4

Responsable de la rédaction

LÉON LAROUCHE

Activité

Soutien des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des autres secteurs pour : l'organisation des services publics, sectoriels et intersectoriels sur la qualité de l'air intérieur et l'insalubrité; le développement et l'adoption d'une norme sur la ventilation des bâtiments d'habitation (organismes appartenant aux secteurs de l'habitation et du bâtiment); le contrôle de l'herbe à poux.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

Comme la population passe plus de 90 % du temps à l'intérieur des habitations ou des édifices, ces milieux de vie prennent leur importance par rapport à la qualité de l'air qu'on y respire. Les polluants de l'air intérieur sont variés et peuvent occasionner de nombreux effets sur la santé, allant des simples effets irritatifs et allergiques jusqu'à des effets toxiques aigus (ex. : monoxyde de carbone). L'air des environnements intérieurs peut aussi être pollué par des cancérrogènes (ex. : radon, hydrocarbures aromatiques polycycliques, fibre d'amiante, fumée de tabac, etc.). Les milieux intérieurs peuvent parfois devenir des milieux de prolifération fongique pouvant occasionner des effets multiples sur la santé respiratoire des occupants.

Lors de l'enquête régionale de santé de 2007, ce sont 4,4 % des répondants qui ont signalé avoir vécu des problèmes de santé liés à la qualité de l'air intérieur ou à l'insalubrité de leur logement au cours des cinq dernières années. Sur les 109 030 ménages que compte la région, environ 4 900 devraient vivre de telles difficultés chaque année. Toutes les demandes d'expertise provenant des partenaires municipaux, privés ou du réseau de la santé et des services sociaux ont reçu une réponse de la part du Service de santé environnementale. Ce soutien sera maintenu pour la période 2009-2012.

Concernant les normes ou les critères de ventilation des édifices, des travaux sont prévus au niveau national.

Au cours des prochaines années, la Table québécoise sur l'herbe à poux planifie de sensibiliser et de supporter les CSSS pour l'évaluation et la gestion de l'abondance de l'herbe à poux sur leurs propriétés. Le Service de santé environnementale leur apportera son expertise-conseil, ainsi qu'aux municipalités qui en feront la demande.

Offre de service du palier régional

Expertise-conseil, information, sensibilisation et soutien auprès des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux pour toute question concernant la qualité de l'air intérieur et l'insalubrité, la ventilation des bâtiments et le contrôle de l'herbe à poux.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

B2.3 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme.

B2.4 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique.

E1.2 Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies respiratoires associées à des facteurs de risque environnementaux.

E1.5 Prévenir les problèmes de santé reliés à des risques environnementaux émergents dont les événements climatiques extrêmes.

Considérations particulières

Quant à la qualité de l'air intérieur, la mobilisation des municipalités n'est pas acquise.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN. *Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007 [rapport sommaire]*, 2007, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.santesaglac.gouv.qc.ca/publication6.html

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

6.4.1

Résultat attendu

D'ici 2012, l'Agence répondra aux demandes de soutien des différents partenaires quant à la qualité de l'air intérieur.

Indicateur retenu

Proportion des demandes ayant obtenu une réponse. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de réponses données/nombre de demandes reçues x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

Aucun partenaire identifié pour ce résultat attendu.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du Service de santé environnementale : liste des demandes et des réponses

Domaine 6

Santé environnementale

Les activités liées aux menaces
d'origine environnementale



Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

6.5

Responsable de la rédaction

LÉON LAROUCHE

Activité

Conduite d'enquêtes (épidémiologiques ou autres) et organisation d'activités appropriées lorsque sont signalés : des éclosions ou des intoxications potentiellement liées à l'eau potable ou aux eaux de baignade; des dépassements de normes ou des problématiques pouvant présenter des risques à la santé relativement à la qualité de l'eau potable ou des eaux de baignade; des signalements et des déclarations d'éclosion ou d'intoxication (maladie à déclaration obligatoire, intoxication à déclaration obligatoire), comme le prévoit la Loi sur la santé publique.

Pratique clinique préventive

État de situation

Les risques à la santé liés à la qualité de l'eau potable sont de nature bactériologique et chimique. La contamination bactériologique de l'eau potable peut être la cause de maladies entériques multiples se manifestant surtout par des gastro-entérites. Il s'agit d'un risque aigu qui peut toucher une partie de la population et peut avoir des conséquences importantes et graves. La contamination chimique peut représenter un risque aigu, mais surtout à plus long terme dans le cas des contaminations insidieuses. Dans cette catégorie, la région a connu des contaminations par les nitrates-nitrites, le plomb, les pesticides, les sous-produits de la chloration, par les toxines bactériennes (cyanotoxines) et les fluorures. Les effets sur la santé peuvent donc être très variés selon le contaminant en présence.

Risques infectieux liés au réseau de distribution de l'eau potable

En décembre 2008, 97,7 % de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean est desservie par un réseau municipal de distribution d'eau potable. Un total de 41 réseaux municipaux s'approvisionnent en eau souterraine et desservent 29,4 % de la population (80 440 personnes). On compte 24 réseaux municipaux qui s'approvisionnent en eau de surface (lac, rivière ou ruisseau) et desservent 68,3 % de la population (186 780 personnes), dont onze réseaux desservant 7,1 % de la population (19 720 personnes) ne sont pas dotés de système de filtration conforme (ce pourcentage était de 13 % en 2004). On estime qu'environ 4 000 puits privés ou autres petites installations maison desservent 2,3 % de la population (6 200 personnes). En outre, plus d'une centaine de réseaux récréotouristiques (campings, pourvoiries, relais motoneige/véhicules tout-terrain et réseau de la SÉPAQ) desservent des clientèles saisonnières.

Les onze réseaux municipaux non dotés d'un système de filtration d'eau de surface, mais chlorant l'eau distribuée, sont en résolution de problème pour réduire davantage le risque infectieux d'ici 2012. En outre, de petits réseaux privés orphelins, situés à Alma, Chambord et Saint-Prime, ont été raccordés au réseau municipal. Aucun réseau municipal ne dessert la population de Rivière-Éternité; des avis d'ébullition sont régulièrement émis par la municipalité comme mesure de protection de la population exposée à de l'eau potentiellement contaminée.

Exposition aux trihalométhanes

Les THM, sous-produits de la chloration de l'eau potable, peuvent être associés, selon plusieurs études de santé, au cancer de la vessie, du côlon, des reins et du foie. Ces effets peuvent donc se produire après des expositions à une eau potable significativement contaminée durant des dizaines d'années. De façon générale, comme partout au Québec, les réseaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean les plus susceptibles d'excéder largement une moyenne annuelle en THM totaux de 80 µg/L sont les réseaux qui fournissent une eau de surface chlorée sans filtration préalable en usine. D'autre part, les réseaux dotés d'une usine de traitement conventionnel, s'approvisionnant dans les grandes rivières tributaires du Lac-Saint-Jean et du Saguenay, possèderaient théoriquement la capacité de réduire la concentration des sous-produits de la chloration sous la norme prescrite sans compromettre la désinfection. L'exposition annuelle des populations alimentées par ces réseaux avoisine la norme de 80 µg/L en THM totaux, avec une valeur estivale atteignant une moyenne de 58 à 101 µg/L. Les trois réseaux utilisant la nanofiltration d'eau de surface ne posent pas de problème de THM, avec des teneurs inférieures à 20 µg/L.

Enfin, certains réseaux approvisionnés en eau souterraine et chlorant régulièrement l'eau distribuée peuvent présenter des teneurs particulièrement élevées en THM bromés, de l'ordre de quatre à vingt fois plus que ceux approvisionnés en eau de surface (moyenne annuelle de 5 à 30 µg/L), un phénomène méconnu à surveiller.

L'objectif de santé publique vise donc à diminuer le plus possible l'exposition des populations aux THM présents dans l'eau potable sans augmenter le risque infectieux. La priorité d'intervention actuelle en santé publique, en collaboration avec les municipalités et le MDDEP, est de s'assurer que la norme actuelle pour les THM totaux soit atteinte et respectée ainsi que de colliger l'information sur les niveaux des sous-produits non normés comme les THM bromés. La surveillance annuelle des THM est régulière dans tous les réseaux utilisant le chlore comme désinfectant, notamment pour estimer l'exposition au chloroforme et au bromodichlorométhane des populations desservies par un réseau approvisionné en eau de surface et pour estimer l'exposition aux THM bromés des populations desservies par un réseau approvisionné en eau souterraine. La problématique des THM bromés a été exposée au 6^e Atelier en santé environnementale (INSPQ, 2006). En novembre 2007, une formation sur le risque à la santé des THM dans l'eau potable a été donnée aux professionnels de l'Agence.

Exposition au plomb

Les effets d'une exposition au plomb, même à de faibles concentrations, peuvent entraîner des retards du développement neurologique chez les fœtus et les jeunes enfants. Des expositions plus importantes peuvent aussi occasionner de l'anémie chez l'adulte.

Suivant l'OMS, Santé Canada a établi la teneur maximale acceptable en plomb dans l'eau potable à 10 µg/L dans un échantillon d'eau courante. Cette ligne directrice a été élaborée afin de protéger davantage les populations les plus vulnérables, c'est-à-dire les fœtus, les bébés et les jeunes enfants. Le gouvernement du Québec a adopté cette recommandation comme norme en juin 2001. Auparavant, la norme avait été établie à 50 µg/L en 1984. La population du Saguenay–Lac-Saint-Jean serait globalement deux fois moins exposée au plomb dans l'eau potable après la date d'adoption de la nouvelle réglementation, passant de 3,3 à 1,7 µg/L. Une tendance à la baisse des teneurs en plomb de 1990 à 2005 est effectivement observée dans les sept réseaux municipaux dotés d'une usine de filtration et desservant les grandes villes au Saguenay–Lac-Saint-Jean. Cette tendance est expliquée par une réduction de la pollution de l'environnement par le plomb, notamment par l'élimination des additifs au plomb dans l'essence et par le retrait progressif de la peinture au plomb.

Exposition aux fluorures

Des expositions importantes et significatives à une eau contaminée par les fluorures peuvent occasionner de la fluorose dentaire et osseuse. La fluorose dentaire se manifeste par des taches sur l'émail dentaire. Les fluorures à de faibles concentrations dans l'eau potable ont un effet protecteur contre la carie dentaire. Parmi les différentes sources d'exposition aux fluorures, la consommation d'eau potable peut représenter une voie d'exposition non négligeable. Historiquement, la municipalité de Roberval a été la seule à fluorer l'eau jusqu'en 1993, la teneur moyenne historique (1979-1993) était alors de $0,93 \pm 0,18$ mg/L; sans dépasser l'ancienne valeur réglementaire de 1,12 mg/L, la concentration optimale en fluor pour prévenir la carie dentaire a été abaissée à 0,7 mg/L en 2004. La situation des fluorures dans les réseaux municipaux de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean varie selon la source d'approvisionnement en eau brute (eau de surface ou souterraine) et selon son traitement conventionnel ou non en usine (eau filtrée ou non). En 2005, 75,6 % des personnes desservies recevaient une eau potable contenant en moyenne 0,1 mg/L ou moins de fluorures; 19,8 % une moyenne supérieure à 0,1, mais inférieure ou égale à 0,2 mg/L; 3,7 % une moyenne supérieure à 0,2, mais inférieure à 0,4 mg/L; 0,9 % une moyenne supérieure à 0,7 sans dépasser un maximum de 1,2 mg/L. Les teneurs naturelles en fluorures dans les eaux souterraines se situent généralement entre 0,2 et 2,0 mg/L. Cependant, des valeurs de 2,3 à 3,7 mg/L pouvaient être mesurées dans certains puits dont l'eau est moyennement à fortement minéralisée. Afin de respecter la norme de 1,5 mg/L au Règlement sur la qualité de l'eau potable, la plupart des municipalités actuellement approvisionnées en eau souterraine exploitent des sources peu minéralisées avec une teneur moyenne en fluorures inférieure à 0,4 mg/L. Un plan d'eau alimenté par des eaux froides ou des eaux souterraines remontant en surface a une moyenne en fluorures de $0,14 \pm 0,04$ mg/L, pouvant atteindre $0,25 \pm 0,07$ mg/L dans certains cas.

Exposition à l'hexazinone

L'hexazinone est un herbicide utilisé systématiquement en bleuétière depuis le milieu des années 1980 pour le contrôle des mauvaises herbes afin d'augmenter la production. Ce produit est reconnu pour être hautement soluble dans l'eau et hautement persistant dans le sol et les nappes d'eau souterraines. La texture sableuse ou loameuse des sols des bleuétières de la région les rend particulièrement sujettes à un lessivage de l'hexazinone vers la nappe d'eau souterraine. En raison de la forte vulnérabilité du milieu aquifère et des cours d'eau dans les zones de bleuétières, conformément aux observations rapportées (MDDEP, 2003 et 2008), les probabilités sont très fortes que l'usage d'hexazinone entraîne une contamination des grandes rivières, des petits cours d'eau, des lacs et des puits d'eau potable situés à proximité des bleuétières ou en aval du bassin versant. Toutefois, les concentrations observées dans des aquifères contaminés dépassent rarement 30 µg/L. En 2002, le MDDEP constatait que 60 % des prises d'eau municipales qui s'alimentent en eau souterraine et 32 % des puits individuels échantillonnés en marge des bleuétières de la région étaient contaminés par l'hexazinone. Le niveau d'exposition des populations desservies par ces réseaux, environ 3 000 personnes, variait de 0,08 à 6,7 µg/L. L'INSPQ a livré en 2004 son appréciation des risques sanitaires et a conclu que la valeur guide de 400 µg/L dans l'eau potable apparaît adéquate dans une approche toxicologique. Les incertitudes quant aux effets sur la santé de faibles concentrations d'hexazinone dans l'eau potable doivent cependant inciter les producteurs de bleuets à adopter une attitude préventive pour voir disparaître ce pesticide dans l'eau de consommation et dans les aquifères de la région afin de contrer une exposition inutile et évitable aux populations. Dans ce contexte, le MSSS ne s'est pas opposé en 2006 à l'ouverture d'un nouveau puits à Labrecque afin d'assurer un approvisionnement en eau potable de la population. L'Agence participe depuis 2003 à un comité de suivi animé par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) et a collaboré avec le MDDEP pour l'élaboration en 2005 d'un guide d'échantillonnage standardisé de l'hexazinone pour la surveillance de la contamination des nappes d'eau souterraine et des eaux de consommation.

Les laboratoires accrédités transmettent systématiquement à l'Agence tout rapport d'analyse bactériologique signalant la présence de coliformes totaux et fécaux, soit environ 450 à 600 rapports examinés annuellement. Depuis l'adoption du règlement en 2001, aucune épidémie d'origine hydrique, ni intoxication de même origine, n'a été observée au Saguenay–Lac-Saint-Jean. En outre, l'Agence participe à la table régionale sur l'eau potable réunissant les professionnels du MDDEP et du MAPAQ.

Le Service de santé environnementale propose son expertise et réalise des évaluations pour les produits chimiques non normés qui sont parfois découverts dans les réseaux de distribution de l'eau potable. Ce fut notamment le cas pour le formaldéhyde, la rhodamine (colorant pour évaluer les aires de captage), les cyanotoxines et les cyanobactéries.

Tous les cas de maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique ou physique sont saisis au registre central des MADO du Québec. Pour l'année 2007, 48 déclarations ont été inscrites au fichier provincial. Les causes des intoxications se répartissent ainsi : monoxyde de carbone (14), silice (10), isocyanate (4), plomb (6), amiante (6), gaz asphyxiant simple (2) et aluminium (2). Les quatre autres cas concernent des produits toxiques différents. La plupart de ces déclarations proviennent des milieux de travail, sauf pour les cas d'intoxication au monoxyde de carbone qui proviennent aussi de la population en général et sont souvent reliés à des activités récréatives.

Offre de service du palier régional

Expertise-conseil lors des enquêtes qui concernent les partenaires des réseaux municipaux, privés ou récréatifs. Déclaration au registre central des MADO du Québec des cas d'intoxication ou de maladies hydriques liés à une contamination de l'eau potable. Diffusion annuelle de la compilation des cas de MADO auprès des partenaires du réseau.

Niveau actuel d'implantation	Clientèle visée
<input checked="" type="checkbox"/> À maintenir <input type="checkbox"/> À consolider <input type="checkbox"/> À mettre en place	<input type="checkbox"/> 0-5 ans et leurs parents <input type="checkbox"/> 6-17 ans et leurs parents <input type="checkbox"/> 18-64 ans <input type="checkbox"/> 65 ans et plus <input checked="" type="checkbox"/> Toute la population

Programmes-services concernés

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Services généraux – activités cliniques et d'aide | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement |
| <input type="checkbox"/> Déficience physique | <input type="checkbox"/> Santé physique |
| <input type="checkbox"/> Perte d'autonomie liée au vieillissement | <input type="checkbox"/> Santé mentale |
| <input type="checkbox"/> Dépendance | |
| <input type="checkbox"/> Jeunes en difficulté | |

Objectifs santé visés par l'activité

D1.1 Réduire l'incidence des maladies entériques, particulièrement les *Escherichia coli* 0157 producteurs de vérotoxine et les infections à *Salmonella enteritidis*.

E1.4 Réduire la mortalité et la morbidité associées aux maladies d'origine hydrique, aux intoxications d'origine biologique ou chimique.

Considérations particulières

Le Service de santé environnementale intervient en support avec le Service des maladies infectieuses lors des éclosions potentiellement liées à l'eau potable.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

6.5.1

Résultat attendu

D'ici 2012, tous les cas de maladies entériques ou d'intoxications reliées à une contamination de l'eau potable ou des eaux récréatives feront l'objet d'une enquête.

Indicateur retenu

Proportion des cas d'intoxications ou de maladies entériques reliés à une contamination de l'eau potable ou récréative qui auront fait l'objet d'une enquête. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de cas ayant fait l'objet d'une enquête/nombre de cas déclarés x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

Info-Santé, services d'urgence et médicaux : signalement des cas de maladies entériques ou d'intoxications potentiellement reliés à l'eau potable ou récréative.

Municipalité et gestionnaires de réseaux d'eau potable : signalement des situations pouvant causer des infections ou intoxications reliées à une contamination de l'eau potable ou récréative.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du Service de santé environnementale
Registre central des MADDO du Québec

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

6.6

Responsable de la rédaction

LÉON LAROUCHE

Activité

Sensibilisation et concertation des partenaires afin que toutes les directions de santé publique aient accès en temps opportun aux signalements et déclarations concernant des éclosions, des intoxications ou des dépassements de normes relatives à la qualité de l'eau, lesquelles déclarations sont nécessaires à une intervention précoce pour protéger la santé de la population.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

L'Agence reçoit annuellement entre 30 et 50 déclarations d'intoxications accidentelles. En 2007, 48 cas d'intoxications ont ainsi été inscrits au registre central des MADO du Québec. L'exposition au monoxyde de carbone, au plomb, à la silice, à l'isocyanate sont les causes les plus fréquentes d'intoxications. Une enquête est réalisée pour tous les cas déclarés. Aucune éclosion de maladies entériques ni aucun cas d'intoxications par un agent chimique associé à l'eau potable n'ont fait l'objet d'une déclaration ni d'une investigation au cours des dernières années. En 2008, un rappel a été effectué auprès des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux concernant les maladies et les intoxications à déclaration obligatoire.

Offre de service du palier régional

Information et concertation avec les partenaires pour la déclaration des MADO. Réception des déclarations et des enquêtes. Saisie des informations au registre central des MADO du Québec.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

E1.1 Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies cardiaques associées à des facteurs de risque environnementaux.

E1.2 Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies respiratoires associées à des facteurs de risque environnementaux.

E1.4 Réduire la mortalité et la morbidité associées aux maladies d'origine hydrique, aux intoxications d'origine biologique ou chimique.

F1.3 Diminuer l'incidence des intoxications professionnelles.

F1.4 Réduire la prévalence des atteintes du système nerveux par le plomb et les solvants organiques.

F1.6 Diminuer l'incidence des cancers associés au milieu de travail.

Considérations particulières

Seuls les cas déclarés et pour lesquels l'information est disponible peuvent faire l'objet d'une enquête d'où la nécessité de déclarations exhaustives et de qualité par les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

QUÉBEC. *Loi sur la santé publique : L.R.Q. c. S-2.2*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2008, réf. du 1^{er} octobre 2009,

www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

6.6.1

Résultat attendu

D'ici 2012, les cas déclarés à l'Agence seront saisis au registre central des MADO du Québec.

Indicateur retenu

Proportion des cas déclarés ayant été saisis. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de cas saisis/nombre de cas déclarés x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

Médecins et laboratoires : déclaration des cas.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du Service de santé environnementale
Registre central des MADO du Québec

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

6.7

Responsable de la rédaction

LÉON LAROUCHE

Activité

Promotion du processus de déclaration des cas d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine environnementale auprès des médecins et laboratoires.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

Ce ne sont pas tous les cas d'intoxications par un agent chimique ou infectieux qui font l'objet d'une déclaration au registre central des MADO du Québec. Les effets d'intoxication liés aux métaux lourds, aux silices, à l'amiante, au monoxyde de carbone, etc. sont parfois légers. Par conséquent, les personnes qui en souffrent ne se rendent pas toujours en consultation, identifiant mal le risque lié à ces situations. De plus, la difficulté pour les cliniciens de relier certains symptômes lorsque légers à une cause toxique peut aussi entraîner une sous-déclaration de cas, d'autant plus que les expositions ne sont pas toujours clairement identifiées par la clientèle. Pour toutes ces raisons, il est utile de rappeler la liste des intoxications à déclaration obligatoire aux intervenants de première ligne du réseau de la santé et des services sociaux.

Offre de service du palier régional

Information et sensibilisation des partenaires concernés du réseau de la santé et des services sociaux pour améliorer la déclaration des MADO d'origine chimique ou physique.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

B2.1 Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires.

B2.3 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme.

B2.4 Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique.

E1.1 Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies cardiaques associées à des facteurs de risque environnementaux.

E1.2 Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies respiratoires associées à des facteurs de risque environnementaux.

E1.3 Réduire les taux d'incidence et de mortalité liés aux cancers de la peau, des voies respiratoires et autres cancers associés à des facteurs de risque environnementaux.

E1.4 Réduire la mortalité et la morbidité associées aux maladies d'origine hydrique, aux intoxications d'origine biologique ou chimique.

E1.5 Prévenir les problèmes de santé reliés à des risques environnementaux émergents dont les événements climatiques extrêmes.

Considérations particulières**Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)**

QUÉBEC. *Loi sur la santé publique : L.R.Q. c. S-2.2*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2008, réf. du 1^{er} octobre 2009,

www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

6.7.1

Résultat attendu

D'ici 2012, une activité de promotion de la déclaration de MADDO d'origine chimique ou physique sera organisée pour les médecins et les professionnels ciblés.

Indicateur retenu

Activité réalisée

Méthode de calcul proposée

Oui ou non

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration à la réalisation de l'activité et participation.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du Service de santé environnementale

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

6.8

Responsable de la rédaction

LÉON LAROUCHE

Activité

Promotion, auprès de la population et des responsables de résidences de personnes âgées, de services de garde et d'écoles, de l'utilisation d'un avertisseur de monoxyde de carbone (CO).

 Pratique clinique préventive**État de situation**

Au registre central des MADO du Québec pour les années 2007 et 2008 respectivement quatorze et vingt cas d'intoxications au monoxyde de carbone sont déclarés. Au début de 2009, quelques personnes âgées ont été intoxiquées au monoxyde de carbone et quatre autres sont décédées dans l'incendie de leur résidence privée. Dans tous les cas d'intoxications enquêtés, l'installation d'un avertisseur de monoxyde de carbone est recommandée. Dans les années antérieures, il y a eu promotion dans les médias locaux écrits de l'utilisation d'avertisseurs de monoxyde de carbone : pour des cas groupés d'intoxications ou lors de recommandations sur le bon usage du chauffage au bois et d'appoint dans les chalets, les lieux de travail et les lieux de loisir (ex. : cabane à pêche).

Offre de service du palier régional

Sensibilisation, expertise et information.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

E1.1 Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies cardiaques associées à des facteurs de risque environnementaux.

E1.2 Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies respiratoires associées à des facteurs de risque environnementaux.

E1.4 Réduire la mortalité et la morbidité associées aux maladies d'origine hydrique, aux intoxications d'origine biologique ou chimique.

Considérations particulières**Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)**

SANFAÇON, Guy, et autres. *Définition nosologique d'une maladie à déclaration obligatoire ou d'une intoxication et d'une exposition significative : le monoxyde de carbone*, Institut national de santé publique du Québec, 2003, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/225-CO_DefinitionNoso.pdf

SANFAÇON, Guy, et Marion SCHNEBELEN. *Enquête sur les intoxications au monoxyde de carbone causées par l'utilisation des appareils et petits outils à moteur à combustion interne au Québec*, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 2002, www.irsst.qc.ca/files/documents/PubIRSST/R-295.pdf

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

6.8.1

Résultat attendu

D'ici 2012, annuellement, une campagne de promotion de l'utilisation d'un avertisseur de monoxyde de carbone sera réalisée.

Indicateur retenu

Organisation d'une campagne de promotion, pour chaque année.

Méthode de calcul proposée

Oui ou non

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration à la promotion de l'utilisation d'un avertisseur de monoxyde de carbone.

Services des incendies municipaux : promotion de l'installation d'avertisseur de monoxyde de carbone lors de leur visite domiciliaire annuelle.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier prévention des intoxications au CO du Service de santé environnementale

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

6.9

Responsable de la rédaction

LÉON LAROUCHE

Activité

Participation aux activités encadrées conjointement avec d'autres secteurs d'intervention, notamment : la gestion de l'eau potable et des eaux récréatives; la gestion des risques d'accidents industriels majeurs, notamment celle liée à la Loi sur la sécurité civile et à la préparation des schémas de sécurité civile; l'utilisation adéquate des pesticides; l'évaluation des risques pour la santé et l'organisation d'activités appropriées lors de situations d'urgence d'origine environnementale, incluant la collaboration aux missions du Plan national de sécurité civile et des plans régionaux de sécurité civile.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

La Service de santé environnementale a collaboré au cours des dernières années avec des partenaires municipaux, les MRC et la Sécurité civile dans les cas de la contamination des eaux récréatives et de l'eau potable par les cyanobactéries et les cyanotoxines. Il y a eu aussi une collaboration dans le cas de rupture de distribution de l'eau potable à Saint-Henri-de-Taillon lors d'un niveau insuffisant du lac Saint-Jean. L'Agence a travaillé avec la municipalité, le MDDEP et la Sécurité civile à l'organisation de la continuité de la distribution d'eau potable et à un protocole de retour à la normalité. Un comité de travail avec le MDDEP réunit les partenaires intersectoriels pour veiller à la qualité de l'eau potable. Il coordonne les interventions préventives ciblées avec les partenaires, telles des interventions concertées sur des réseaux de distribution d'eau potable plus à risque d'éclosions de maladies hydriques, aux prises avec des difficultés de suivi et de gestion. Ce fut par exemple le cas pour le suivi de la contamination par les cyanotoxines et les cyanobactéries pour certains plans d'eau de la région.

Les préoccupations du Service de santé environnementale en matière de pesticides sont l'utilisation intensive de l'hexazinone dans la préparation et l'exploitation des bleuetières et l'usage de plusieurs pesticides dans la culture de la pomme de terre. L'Agence collabore avec plusieurs partenaires régionaux afin de limiter l'exposition des populations à l'hexazinone, un pesticide très soluble dans l'eau et qui contamine les nappes phréatiques. Actuellement, certains réseaux d'eau potable municipaux sont faiblement contaminés par ce pesticide. Quant aux autres pesticides utilisés dans la culture de la pomme de terre, le Service de santé environnementale réévaluera la situation après avoir reçu les données du MDDEP.

Dans le cas de la préparation pour les accidents techniques ou les catastrophes naturelles, une collaboration avec la Sécurité civile a permis l'élaboration d'un schéma de sécurité pour le territoire non organisé de la MRC du Fjord-du-Saguenay. Lors d'audiences publiques pour les grands projets, une attention particulière est portée à la sécurité des ouvrages de retenue ou de régulation de l'écoulement et de l'évacuation des crues. Lors de projets industriels d'importance, les aspects de sécurité publique et des travailleurs dans les plans d'urgence sont pris en compte lors de l'examen du Règlement de contrôle intérimaire des municipalités ou de leur schéma d'aménagement. Lorsque demandée, une collaboration entre l'Agence et la Sécurité civile permet l'élaboration de ses schémas de sécurité civile.

Offre de service du palier régional

Information, expertise, surveillance et collaboration aux activités menées avec d'autres partenaires (partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, municipalités, Sécurité civile, MRC, MDDEP, etc.).

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Services généraux – activités cliniques et d'aide | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement |
| <input type="checkbox"/> Déficience physique | <input checked="" type="checkbox"/> Santé physique |
| <input type="checkbox"/> Perte d'autonomie liée au vieillissement | <input type="checkbox"/> Santé mentale |
| <input type="checkbox"/> Dépendance | |
| <input type="checkbox"/> Jeunes en difficulté | |

Objectifs santé visés par l'activité

E1.1 Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies cardiaques associées à des facteurs de risque environnementaux.

E1.4 Réduire la mortalité et la morbidité associées aux maladies d'origine hydrique, aux intoxications d'origine biologique ou chimique.

E1.5 Prévenir les problèmes de santé reliés à des risques environnementaux émergents dont les événements climatiques extrêmes.

Considérations particulières

Ce service est donné uniquement en réponse aux demandes émanant des différents partenaires.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

BOUCHARD, Jean-François, et Mario COUTURE. *Expérimentation des schémas de sécurité civile : les défis de la planification*, Présentation dans le cadre du colloque sur la sécurité civile le 19 février 2008, réf. du 1^{er} octobre 2009,

http://www.msp.gouv.qc.ca/secivile/secivile.asp?txtSection=colloques&txtCategorie=2008&txtSousCategorie=presentation_resumes&txtNomAutreFichier=p_experimentation_schemas_securite_civile.htm

QUÉBEC. *Loi sur la santé publique : L.R.Q. c. S-2.2*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2008, réf. du 1^{er} octobre 2009,

www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

6.9.1

Résultat attendu

D'ici 2012, des activités de prévention et de préparation en cas de désastre ou de catastrophe seront menées conjointement avec les différents partenaires en fonction de leurs demandes.

Indicateur retenu

Proportion des demandes pour lesquelles des activités ont été menées. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de demandes de collaboration traitées/nombre de demandes reçues x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

Municipalités, Sécurité civile, MRC, MDDEP, Garde côtière, etc. : demande de collaboration.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du Service de santé environnementale : liste des demandes reçues et traitées

N° du résultat

6.9.2

Résultat attendu

D'ici 2012, des activités conjointes de gestion de l'eau potable et des eaux récréatives seront menées avec les différents partenaires.

Indicateur retenu

Nombre d'activités conjointes réalisées avec les partenaires pour ces activités de gestion sur l'eau potable et les eaux récréatives. (Cible ≥ 1)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

MDDEP, municipalités, OBV, etc. : demande d'expertise en santé publique.

OBV Saguenay et Lac-Saint-Jean : organisation des réunions de comité.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du Service de santé environnementale : liste des demandes, liste des activités

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

6.10

Responsable de la rédaction

LÉON LAROUCHE

Activité

Mise à jour de plans d'urgence s'appliquant aux menaces liées aux agents chimiques, biologiques et physiques (par exemple, menaces radiologiques et nucléaires, événements climatiques extrêmes).

 Pratique clinique préventive**État de situation**

Quelques situations d'urgence majeure se sont produites dans la région depuis les vingt dernières années : déluge, tremblement de terre, explosion du Pollux, incendie de Saint-Bruno près d'une citerne d'ammoniac, incendie près d'un cylindre de propane à Saint-Fulgence, dispersion éolienne de boues rouges et leurs déversements accidentels dans les cours d'eau. Le Service de santé environnementale s'est associé aux cellules de crise lorsqu'approprié. Les facteurs de risques associés aux incendies de forêt sont connus et suivis, et les moyens personnels de protection auprès des personnes vulnérables sont diffusés.

À la suite des situations survenues, déjà décrites, ainsi qu'à différents exercices préparatoires (simulation de déversements pétroliers, évaluation du risque relié à un port méthanier), les plans d'urgence ont été révisés en fonction des constats alors dressés.

Offre de service du palier régional

Surveillance, expertise, information, sensibilisation et collaboration à l'élaboration des plans d'urgence.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

E1.1 Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies cardiaques associées à des facteurs de risque environnementaux.

E1.2 Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies respiratoires associées à des facteurs de risque environnementaux.

E1.4 Réduire la mortalité et la morbidité associées aux maladies d'origine hydrique, aux intoxications d'origine biologique ou chimique.

E1.5 Prévenir les problèmes de santé reliés à des risques environnementaux émergents dont les événements climatiques extrêmes.

Considérations particulières

Le suivi du dossier provincial sur les événements climatiques extrêmes et les arrimages nécessaires seront faits.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

AUGER, Nathalie, et Stéphanie HOUDE. *Docteur, il fait chaud pour mourir!* – Bulletin La prévention en pratique médicale, juin 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009,

www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfppm/ppmjuin04.pdf

BARBEAU, Benoît, et autres. *Changements climatiques au Québec méridional – Analyse de la vulnérabilité des installations québécoises de production d'eau potable aux cyanobactéries toxiques* – Résumé, 2008, réf. du 1^{er} octobre 2009,

www.inspq.qc.ca/pdf/publications/867_RES_EauCyanobac_Web.pdf

BÉLANGER, Diane, et autres. *Vagues de chaleur au Québec méridional : adaptations actuelles et suggestions d'adaptations futures*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/538-VaguesChaleur_Quebec.pdf

BÉLANGER, Diane, et autres. *Vagues de froid au Québec méridional : adaptations actuelles et suggestions d'adaptations futures*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/537-VaguesFroid_Quebec.pdf

COMITÉ CHALEUR ACCABLANTE DE LA TNCSE. *Plan chaleur accablante volet santé publique*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/pdf/plan-chaleur.pdf

DOYON, Bernard, et autres. *Effets du climat sur la mortalité au Québec méridional de 1981 à 1999 et simulations pour des scénarios climatiques futurs*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/536-EffetsCimatMortalite_Quebec.pdf

GIGUÈRE, Mélissa, et Pierre GOSSELIN. *Vagues de chaleur, îlot thermique urbain et santé : examen des initiatives actuelles d'adaptation aux changements climatiques au Québec*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/515-ChangementsClimatiquesVagueChaleur.pdf

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Changements climatiques au Québec méridional : perceptions de la population générale et suggestions d'adaptations futures*, 2008, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/618-ChangClimatMeridionalPercep.pdf

MAILHOT, Alain, et autres. *Changements climatiques au Québec méridional – Approvisionnement en eau potable et santé publique : projections climatiques en matière de précipitations et d'écoulements pour le sud du Québec – Résumé*, 2008, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/866_RES_EauPotable_WEB.pdf

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

6.10.1

Résultat attendu

D'ici 2012, l'Agence maintiendra son service de garde en santé environnementale.

Indicateur retenu

Service de garde maintenu.

Méthode de calcul proposée

Oui ou non

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

Aucun partenaire identifié pour ce résultat attendu.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du Service de santé environnementale : liste de garde

N° du résultat

6.10.2

Résultat attendu

D'ici 2012, les situations d'urgence en santé environnementale seront traitées.

Indicateur retenu

Proportion des situations d'urgence traitées. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de situations d'urgence traitées/nombre de situations d'urgence signalées x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration des équipes en santé au travail aux évaluations des environnements intérieurs et de travail sur demande de l'Agence.

MDDEP : collaboration aux évaluations environnementales.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du Service de santé environnementale : liste des situations d'urgence signalées et traitées

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

6.11

Responsable de la rédaction

LÉON LAROUCHE

Activité

Activités d'information et de sensibilisation auprès de la population sur les mesures efficaces pour : contrer les problèmes de santé liés à des risques environnementaux émergents (cyanobactéries, bruit communautaire, pollution agricole, contamination alimentaire, nouvelles technologies, etc.); contrer les effets des événements climatiques extrêmes (par exemple, chaleur accablante).

Pratique clinique préventive

État de situation

Risques environnementaux émergents

Les activités d'information auprès de la population pour contrer les problèmes de santé liés à des risques environnementaux émergents touchent principalement la prolifération des cyanobactéries dans les eaux de baignade et l'augmentation des émissions de polluants dans l'air, les expositions aux champs électromagnétiques, l'exposition des pêcheurs sportifs et de la pêche blanche au mercure. L'Agence participe avec les promoteurs au suivi de la contamination par le mercure des poissons de pêche sportive en eau douce dans les zones inondées par des barrages ou des ouvrages de retenue des eaux. Quant aux activités agricoles, elle a participé dans le passé aux audiences du Bureau d'audiences publiques sur l'environnement sur les élevages porcins. Un représentant de l'Agence siège au conseil d'administration du comité Rivage, un comité de bassin versant pour la protection et la mise en valeur de la Rivière-du-Moulin. L'Agence a été également représentée à un comité régional de préparation d'un plan de gestion pour la lutte à la prolifération des cyanobactéries au cours de l'année 2008. Tous les comités de bassin versant sont maintenant regroupés sous deux organismes.

Les rejets anthropiques en phosphore et en azote, provenant surtout d'effluents industriels et de la pollution diffuse d'origine agricole et de la villégiature, peuvent entraîner une prolifération des cyanobactéries (algues bleu vert) dans le plan d'eau récepteur. L'intérêt porté aux cyanobactéries découle du fait que certaines espèces de ces micro-organismes peuvent produire par moment une ou plusieurs substances toxiques appelées cyanotoxines. Dans le cadre du *Plan d'intervention détaillé sur les algues bleu-vert 2007-2017*, les situations de proliférations cyanobactériennes signalées et confirmées dans la région (onze plans d'eau en 2007 et quatorze en 2008) ne nécessitaient pas un avis de santé publique pour fermer définitivement une plage, pour interdire définitivement toute activité aquatique ou pour suspendre l'exploitation d'un réseau d'eau potable. En collaboration avec les autorités municipales, les riverains touchés ont été informés des risques et les exploitants de plage ont assuré une surveillance quotidienne de la qualité de l'eau de baignade. Toutefois, les teneurs en microcystines au lac Vert et au lac Kénogamichiche sont préoccupantes et compromettent tout projet d'approvisionnement en eau potable. Par ailleurs, l'Agence est intervenue en 2008 pour informer sur la dermatite du baigneur et la phytophotodermatose (peu connue du public et du milieu de la santé) suite à des cas liés à tort à une exposition à des cyanobactéries. Mais cette problématique reste bien réelle en 2009 : seize plans d'eau visités par le MDDEP, quatorze plans d'eau ont révélé la présence confirmée d'une fleur d'eau (avec une cote B ou C). Cependant, aucun plan d'eau n'a fait l'objet de restriction d'usages récréatifs. Aucun réseau d'eau potable suivi n'a fait l'objet d'un avis de non-consommation ou de restriction d'usage.

Événements climatiques extrêmes

Les principaux risques à la santé liés aux changements climatiques sont l'augmentation de la fréquence et de la gravité des vagues de chaleur et de froid extrêmes, l'augmentation de la fréquence et de la violence des orages et des coups de vent et l'augmentation de la pollution atmosphérique, incluant les pollens et les spores. Les effets potentiels appréhendés sur la santé sont les maladies et les décès imputables aux températures extrêmes, au vent, aux inondations, aux glissements de terrain, aux feux de forêts, à la pénurie de nourriture, à la contamination de l'eau potable, de l'eau de baignade et de l'air, aux changements écologiques, à l'introduction de vecteurs et d'agents infectieux et à l'appauvrissement de la couche d'ozone stratosphérique. L'INSPQ étudie actuellement les risques à la santé liés à différents événements climatiques extrêmes. Un système intégré de veille avertissement pour gérer le risque est

actuellement en développement pour l'implantation au Québec en 2012. Plus spécifiquement, les seuils d'intervention en cas de chaleur accablante seront adaptés pour les régions situées en dehors de Montréal. L'Agence souhaite également des seuils d'intervention en cas de froid extrême. Dans le cadre du *Plan sur la chaleur accablante volet santé publique*, les vagues de chaleur sont une source reconnue de morbidité et de mortalité chez les résidents des grandes villes, en particulier ceux habitant le centre des villes. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, conformément aux normales climatiques des stations météorologiques de Bagotville et de Roberval (données sur plus de 30 ans), les périodes avec le facteur Humidex supérieur ou égal à 40 degrés Celsius durent en moyenne un tiers à une demi-journée lors d'un mois d'été. Selon les données météorologiques de 1995 à 2008, la température quotidienne peut être supérieure ou égale à 33 degrés Celsius trois années sur quatre, sans dépasser quatre jours. Aucune tendance à la hausse de la fréquence des pointes de chaleur n'est significative au cours de cette période. En quatorze ans, le seuil d'alerte ou de mobilisation du réseau et des partenaires n'a jamais été atteint dans la région, notamment en raison de la baisse de la température la nuit. La probabilité d'une vague de chaleur accablante demeure donc peu probable pour la région. Toutefois, une cartographie des îlots de chaleur urbains est disponible pour mieux cibler les personnes les plus vulnérables. Depuis l'été 2005, l'Agence a soutenu le service Info-Santé afin d'informer la population en général sur les moyens de prévention et d'avertir les groupes plus à risque lorsque Environnement Canada émet un avertissement de chaleur et d'humidité accablantes.

Offre de service du palier régional

Expertise-conseil. Participation et collaboration aux organismes de bassin versant. Coordination des activités d'information auprès de la population. Veille météorologique en prévision d'intervention avec les partenaires.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

- E1.1 Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies cardiaques associées à des facteurs de risque environnementaux.
- E1.2 Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies respiratoires associées à des facteurs de risque environnementaux.
- E1.4 Réduire la mortalité et la morbidité associées aux maladies d'origine hydrique, aux intoxications d'origine biologique ou chimique.
- E1.5 Prévenir les problèmes de santé reliés à des risques environnementaux émergents dont les événements climatiques extrêmes.

Considérations particulières

La concertation de tous les partenaires potentiels (réseau de la santé et des services sociaux, MDDEP et autres ministères, municipalités, réseaux environnementaux, etc.) est nécessaire pour assurer une surveillance plus efficace.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

- AUGER, Nathalie, et Stéfanie HOUDE. *Docteur, il fait chaud pour mourir!* – Bulletin La prévention en pratique médicale, juin 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfppm/ppmjuin04.pdf
- BARBEAU, Benoît, et autres. *Changements climatiques au Québec méridional – Analyse de la vulnérabilité des installations québécoises de production d'eau potable aux cyanobactéries toxiques – Résumé*, 2008, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/867_RES_EauCyanobac_Web.pdf
- BÉLANGER, Diane, et autres. *Vagues de chaleur au Québec méridional : adaptations actuelles et suggestions d'adaptations futures*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/538-VaguesChaleur_Quebec.pdf
- BÉLANGER, Diane, et autres. *Vagues de froid au Québec méridional : adaptations actuelles et suggestions d'adaptations futures*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/537-VaguesFroid_Quebec.pdf
- COMITÉ CHALEUR ACCABLANTE DE LA TNCSE. *Plan chaleur accablante volet santé publique*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/pdf/plan-chaleur.pdf
- DOYON, Bernard, et autres. *Effets du climat sur la mortalité au Québec méridional de 1981 à 1999 et simulations pour des scénarios climatiques futurs*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/536-EffetsCimatMortalite_Quebec.pdf
- GIGUÈRE, Mélissa, et Pierre GOSSELIN. *Vagues de chaleur, îlot thermique urbain et santé : examen des initiatives actuelles d'adaptation aux changements climatiques au Québec*, 2006, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/515-ChangementsClimatiquesVagueChaleur.pdf
- MAILHOT, Alain, et autres. *Changements climatiques au Québec méridional – Approvisionnement en eau potable et santé publique : projections climatiques en matière de précipitations et d'écoulements pour le sud du Québec – Résumé*, 2008, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/866_RES_EauPotable_WEB.pdf
- MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DES PARCS. *Plan d'intervention détaillé sur les algues bleu-vert 2007-2017*, révisé le 26 janvier 2010, www.mddep.gouv.qc.ca/eau/algues-bv/plan_intervention_2007-2017.pdf

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

6.11.1

Résultat attendu

D'ici 2012, une campagne d'information sera organisée à l'intention de la population régionale pour limiter les effets d'évènements climatiques extrêmes et des îlots de chaleur.

Indicateur retenu

Campagne d'information organisée.

Méthode de calcul proposée

Oui ou non

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS, municipalités et Sécurité civile : collaboration à la campagne d'information.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier évènements climatiques du Service de santé environnementale

Domaine 6

Santé environnementale

Les activités liées aux cancers
pouvant être attribuables à l'environnement



Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

6.12

Responsable de la rédaction

LÉON LAROUCHE

Activité

Activités d'information et de sensibilisation : auprès de la population et des intervenants afin de réduire les risques liés à l'exposition au radon domiciliaire, en collaboration avec les partenaires (notamment, Société d'habitation du Québec, Société canadienne d'hypothèques et de logement, autres ministères visés); auprès de la population afin de protéger les enfants de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets, et ce, de concert avec les partenaires.

Pratique clinique préventive

État de situation

Radon

Le radon est un gaz radioactif d'origine naturelle pouvant s'infiltrer et s'accumuler dans les habitations. Le radon dans les habitations joue un rôle substantiel dans l'apparition des cancers pulmonaires; toutes les études récentes concordent sur l'estimation de l'ampleur du risque. Les nouvelles lignes directrices sur le radon établies par Santé Canada, adoptées par le gouvernement canadien le 9 juin 2007, fournissent un cadre d'intervention pour justifier la réduction des teneurs en radon dans les maisons au Canada. En concertation avec les instances provinciales, dans la région, l'Agence est appelée à mettre en place les mesures appropriées afin de contribuer à la mise en œuvre de la *Stratégie québécoise de protection de la santé publique contre le radon* (document en consultation), une vaste opération de protection de la santé publique contre le cancer du poumon causé par le radon au Québec.

On estime qu'environ 5 % des soubassements des logements privés du Saguenay–Lac-Saint-Jean, soit entre 3 500 et 4 000 résidences, auraient un niveau supérieur au nouveau critère de Santé Canada de 200 becquerels par mètre cube (Bq/m³). Cette problématique est peu connue de la population. Il existe des moyens efficaces pour réduire l'infiltration du radon dans les maisons. Le risque de cancer pulmonaire augmente proportionnellement avec l'exposition au radon (relation dose-effet reconnue linéaire). Le nombre annuel moyen de décès causés par le cancer du poumon au Saguenay–Lac-Saint-Jean est de 218 (période 1995-2004), dont environ une vingtaine serait vraisemblablement attribuée à l'exposition au radon domiciliaire. Il s'agit de la première cause du cancer du poumon chez les non-fumeurs et la deuxième cause chez les fumeurs. L'élimination à la source de l'infiltration du radon dans les soubassements est une approche valable pour voir diminuer le nombre de décès par cancer du poumon. Un état de situation au Saguenay–Lac-Saint-Jean a été produit en 2007 et mis à jour en 2008 par le Service de santé environnementale. Une formation sur cette problématique a été donnée aux infirmiers, aux techniciens et aux médecins.

Protection contre les ultraviolets (UV)

Une enquête canadienne réalisée en 1996 sur les pratiques de protection contre les UV présente des données sur les comportements de 574 jeunes âgés de 15 à 24 ans pendant leurs loisirs, mais aussi sur les comportements des jeunes de moins de 12 ans tels que rapportés par 1 051 parents. Les résultats de cette enquête indiquent que 89 % des enfants passent 30 minutes et plus au soleil par jour, tandis que chez les 15-24 ans cette proportion se chiffre à 87 %. Les enfants de 0-5 ans bénéficieraient d'une plus grande protection que les 6-12 ans; l'utilisation de crème solaire étant le moyen de protection privilégié pour ces deux groupes d'âges (84 % chez les 0-5 ans et 68 % chez les 6-12 ans). Le moyen de protection privilégié chez les 15-24 ans serait le port d'un chapeau (38 %) suivi de l'utilisation de la crème solaire (35 % sur le visage et 33 % sur le corps). Chez les 15-24 ans, toujours selon cette même enquête, les filles auraient une propension significativement plus grande que les garçons à se protéger (recherche d'ombre, évitement de l'exposition entre 11 et 16 heures et utilisation de crème solaire sur le visage et le corps) à l'exception du port d'un chapeau. Une étude québécoise réalisée la même année a, quant à elle, documentée la prévalence de l'utilisation des appareils de bronzage chez les 18-60 ans. Ce sondage, réalisé par téléphone, a révélé que 32,6 % des 18 à 24 ans avaient utilisé des appareils de bronzage dans les derniers cinq ans et 19,5 % dans les douze derniers mois précédant l'enquête. Lors de l'enquête canadienne menée auprès des 15-24 ans, on a noté que 44 % des répondants recherchaient activement

un hâle que ce soit par des méthodes naturelles ou artificielles. La prévalence de l'exposition à l'une ou l'autre de ces méthodes était de 51 % chez les filles et de 38 % chez les garçons. Les habitudes d'exposition des jeunes aux rayonnements UV naturels et artificiels les prédisposent au développement d'un cancer de la peau au cours de leur vie.

On estime que de 50 à 80 % de l'exposition au rayonnement UV sur une vie entière est accumulée avant l'âge adulte : cette accumulation dépend bien entendu du type d'activités extérieures pratiquées et de la durée de ces activités. On observe également que le mélanome, qui était diagnostiqué dans le passé plus fréquemment chez les personnes âgées, serait maintenant le troisième cancer en importance chez les hommes et les femmes de 30-39 ans au Canada. Au Québec et dans la majorité des provinces canadiennes à l'exception du Nouveau-Brunswick, aucune réglementation ne limite l'accessibilité aux appareils de bronzage chez les mineurs. Sur la base de ces constats, la promotion de moyens de prévention dès la naissance auprès des parents et le renforcement des actions et des messages pendant l'enfance et l'adolescence sont suggérés. Le *Programme national de santé publique* prévoit l'implantation d'activités préventives liées à l'exposition aux rayons UV afin de contribuer à la diminution de l'incidence des cancers de la peau au Québec. Préalablement à la mise en place de ces activités, le MSSS a demandé à l'INSPQ de se prononcer sur l'efficacité d'une série d'interventions québécoises, canadiennes et internationales destinées à protéger les 0-18 ans des rayons UV. Les interventions jugées efficaces pourront inspirer le Comité provincial intersectoriel sur la prévention des cancers de la peau dans ses démarches. Ce comité, regroupant des partenaires de différents milieux fréquentés par les 0-18 ans, a été mis sur pied au printemps 2007 par le MSSS.

Les milieux d'intervention ciblés par cette démarche étaient les services de garde à l'enfance, les milieux familial, préscolaire, primaire, secondaire et collégial, les milieux sportifs et de loisirs et les milieux de travail extérieurs occupés par des étudiants. Ce comité a établi des liens avec nombre de partenaires impliqués tels que municipaux, organisations à but non lucratif, compagnies privées spécialisées dans la fabrication de crème solaire ou de vêtements de protection. Les cibles privilégiées pour l'implantation des interventions sont les services de garde à l'enfance, les milieux sportifs et de loisir et le milieu familial. Plusieurs intervenants ont ainsi été sollicités pour mettre en place les mesures de prévention recommandées et ainsi permettre une meilleure lutte contre l'apparition de cancers de la peau chez les individus ciblés.

Offre de service du palier régional

Expertise-conseil, sensibilisation et information.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

E1.3 Réduire les taux d'incidence et de mortalité liés aux cancers de la peau, des voies respiratoires et autres cancers associés à des facteurs de risque environnementaux.

Considérations particulières

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

GERVAIS, Marie-Christine, et Marc RHAINDS. « Caractéristiques des interventions québécoises en protection solaire destinées aux jeunes », *BISE Bulletin d'information en santé environnementale*, vol. 18, n^{os} 3-4, mai-août 2007, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/bise/post/2007/08/10/Caracteristiques-des-interventions-quebecoises-en-protection-solaire-destinees-aux-jeunes.aspx

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Le radon au Québec : Évaluation du risque à la santé et analyse critique des stratégies d'intervention*, 2004, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/352-Radon_Rapport.pdf
 SANTÉ CANADA AVEC LA COLLABORATION DU COMITÉ DE RADIOPROTECTION FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL. *Lignes directrices sur le radon du gouvernement du Canada*, 2009, réf. du 1^{er} octobre 2009, www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/radiation/radon/guidelines_lignes_directrice-fra.php

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

6.12.1

Résultat attendu

D'ici 2012, les partenaires municipaux et du secteur de l'habitation (SCHL, Société d'habitation du Québec, etc.) seront sensibilisés et informés sur la problématique du radon domiciliaire.

Indicateur retenu

Nombre de rencontres d'information et de sensibilisation réalisées. (Cible ≥ 1)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

Municipalités et partenaires du secteur de l'habitation : participation aux rencontres d'information.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier du radon domiciliaire du Service de santé environnementale : liste des rencontres d'information et de sensibilisation

N° du résultat

6.12.2

Résultat attendu

D'ici 2012, le rapport illustrant la situation régionale relative au radon sera diffusé.

Indicateur retenu

Rapport diffusé.

Méthode de calcul proposée

Oui ou non

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

Aucun partenaire identifié pour ce résultat attendu.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier du radon domiciliaire du Service de santé environnementale : rapport

N° du résultat

6.12.3

Résultat attendu

D'ici 2012, des activités d'information et de sensibilisation sur la protection contre les rayons UV seront organisées à l'intention des 0-18 ans, en collaboration avec les partenaires intersectoriels.

Indicateur retenu

Nombre d'activités d'information et de sensibilisation organisées. (Cible ≥ 1)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

Partenaires intersectoriels : collaboration aux activités.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier UV du Service de santé environnementale : liste des activités organisées

Domaine 6

Santé environnementale

Les activités visant à améliorer la qualité de la vie
et à promouvoir des environnements sains et sécuritaires



Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

6.13

Responsable de la rédaction

LÉON LAROUCHE

Activité

Participation aux activités encadrées légalement par d'autres secteurs d'intervention concernant, notamment : l'évaluation et l'examen des projets ayant des conséquences sur l'environnement; l'application de la politique relative à la protection des sols et à la réhabilitation des terrains contaminés; la consultation publique concernant les projets d'élevage porcin conformément à la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme; la révision des schémas d'aménagement proposés par les MRC et les communautés urbaines.

Pratique clinique préventive

État de situation

Grands projets industriels

La construction de barrage et d'alumineries, l'implantation d'une usine de traitement de la basque usée, l'implantation des lieux d'enfouissement sanitaire, les élevages porcins, les grands projets routiers comme les petits soumis ont été évalués par le Service de santé environnementale. D'autres procédés industriels ont fait l'objet d'examen à la demande de certains promoteurs ou entreprises pour améliorer et prévenir les effets sur la santé de certaines conditions environnementales. D'autres projets industriels et routiers sont évalués en continu selon la demande. Les élevages porcins ne sont plus soumis aux évaluations du Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPE), cependant l'Agence participe aux séances publiques d'information au besoin.

Politique de réhabilitation des sols contaminés

La *Politique de protection des sols et de réhabilitation des terrains contaminés* adoptée par le gouvernement du Québec en 1998 vise à protéger la santé humaine, l'eau souterraine, l'environnement et les biens du public, mais aussi à favoriser la réutilisation des terrains contaminés tout en protégeant les futurs usagers. La contamination des sols résultant de l'entreposage déficient de matières premières (pesticides, solvants, produits pétroliers) et la gestion de sédiments dragués sont visées par cette politique. Toutefois, l'épandage sur le sol de pesticides, de matières fertilisantes (boues, fumiers, lisiers, engrais chimiques) et autres produits à des fins agricoles n'est pas traité dans cette politique. La gestion du risque d'un projet de réutilisation de terrains contaminés s'appuie sur des critères génériques d'usage résidentiel, récréatif, institutionnel, commercial ou industriel. Ces critères sont utilisés pour établir les objectifs de décontamination à atteindre pour un usage donné.

Le Service de santé environnementale a été interpellé par le MDDEP pour un projet de réutilisation d'un terrain contaminé aux hydrocarbures par des activités industrielles à Desbiens, pour un projet de décontamination d'un terrain contaminé aux biphényles polychlorés (BPC) par une usine de recyclage à Larouche, pour un constat de contamination aux dioxines et furannes et aux BPC des terrains environnant une usine de traitement de sols contaminés à Saint-Ambroise, pour un constat de contamination aux BPC d'un terrain par un ferrailleur de l'arrondissement de Jonquière à Saguenay et pour un constat de contamination aux hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) des terrains environnant une aluminerie de l'arrondissement de Jonquière à Saguenay.

L'Agence a fait l'examen de certains Règlements de contrôle intérimaire pour les quatre MRC de la région ainsi que pour des schémas d'aménagement sous l'optique de la santé environnementale. Une trentaine de règlements ont ainsi été évalués en 2007-2008. Pour les prochaines années, l'Agence continuera d'apporter son expertise en santé environnementale pour les dossiers qui lui seront soumis.

Offre de service du palier régional

Expertise-conseil, information et évaluation des projets et des schémas d'aménagement. Participation aux consultations publiques.

Niveau actuel d'implantation <input checked="" type="checkbox"/> À maintenir <input type="checkbox"/> À consolider <input type="checkbox"/> À mettre en place	Clientèle visée <input type="checkbox"/> 0-5 ans et leurs parents <input type="checkbox"/> 6-17 ans et leurs parents <input type="checkbox"/> 18-64 ans <input type="checkbox"/> 65 ans et plus <input checked="" type="checkbox"/> Toute la population
Programmes-services concernés <input checked="" type="checkbox"/> Services généraux – activités cliniques et d'aide <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement <input type="checkbox"/> Déficience physique <input type="checkbox"/> Perte d'autonomie liée au vieillissement <input checked="" type="checkbox"/> Santé physique <input type="checkbox"/> Dépendance <input type="checkbox"/> Santé mentale <input type="checkbox"/> Jeunes en difficulté	
Objectifs santé visés par l'activité C1.1 Réduire de 30 % la morbidité et la mortalité chez les usagers du réseau routier. C1.4 Réduire de 15 % la morbidité et de 40 % la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs. E1.1 Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies cardiaques associées à des facteurs de risque environnementaux. E1.2 Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies respiratoires associées à des facteurs de risque environnementaux. E1.3 Réduire les taux d'incidence et de mortalité liés aux cancers de la peau, des voies respiratoires et autres cancers associés à des facteurs de risque environnementaux. E1.4 Réduire la mortalité et la morbidité associées aux maladies d'origine hydrique, aux intoxications d'origine biologique ou chimique. E1.5 Prévenir les problèmes de santé reliés à des risques environnementaux émergents dont les événements climatiques extrêmes.	
Considérations particulières L'évaluation des schémas d'aménagement, des règlements de contrôle intérimaires et des projets pouvant avoir des impacts environnementaux s'intéresse également aux conséquences directes sur la santé et la sécurité (ex. : prévention des accidents routiers ou des inondations).	
Références (guide, programme, plan d'action, site Internet) INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. <i>Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique</i> , 2003, réf. du 1 ^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/163_CadreReferenceGestionRisques.pdf INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. <i>Évaluation des impacts à long terme de l'utilisation agricole de matières résiduelles fertilisantes au Québec – Mise en contexte et risques à la santé associés à l'apport de cadmium et de dioxines/furannes [Rapport complet]</i> , 2001, réf. du 1 ^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/023_cadmium_dioxines_furannes.pdf INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. <i>Les principes directeurs et les lignes directrices de l'évaluation du risque toxicologique pour la santé humaine d'origine environnementale [Rapport de consultation]</i> , 2000, réf. du 1 ^{er} octobre 2009, www.inspq.qc.ca/pdf/publications/001_RisquesToxicologiques.pdf	
Partie 2 – Liste des résultats attendus	
N° du résultat 6.13.1	
Résultat attendu D'ici 2012, des avis seront fournis sur demande pour les grands projets industriels.	
Indicateur retenu Proportion des demandes pour lesquelles un avis a été émis. (Cible : 100 %)	
Méthode de calcul proposée Nombre d'avis émis/nombre de demandes reçues x 100 en %	
Période de couverture des données <input type="checkbox"/> Année civile <input checked="" type="checkbox"/> Année financière <input type="checkbox"/> Autre :	

Niveau de mise en œuvre

Local

Régional

Rôle des partenaires

Promoteur, MDDEP ou tout autre ministère concerné : transmission des informations nécessaires à l'évaluation des projets.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant des dossiers d'évaluation d'impact du Service de santé environnementale : liste des demandes reçues et des avis fournis

Partie 1 – Description de l'activité**N° de l'activité**

6.14

Responsable de la rédaction

LÉON LAROUCHE

Activité

Soutien aux communautés (par exemple, conférences régionales des élus, MRC, comités environnementaux, Réseau québécois de Villes et Villages en santé) dans des approches de développement durable, notamment en ce qui concerne l'aménagement urbain et le transport durable.

 Pratique clinique préventive**État de situation**

Le Service de santé environnementale apporte son soutien, sur demande, aux partenaires du milieu. Un partenariat a été établi avec la Conférence régionale des élus pour un projet de caractérisation et d'évaluation des nappes d'eau souterraine régionales. Des rencontres d'information sont organisées annuellement avec les comités de zone d'intervention prioritaire (ZIP), le réseau d'environnement des municipalités, les responsables municipaux des dossiers sur l'eau potable, les comités de bassin versant, le comité régional sur les cyanobactéries et toutes les entreprises ou groupes environnementaux pour leur présenter le point de vue de santé publique sur les enjeux de santé environnementale.

Offre de service du palier régional

Expertise-conseil, information et sensibilisation sur les préoccupations régionales de santé environnementale. Évaluation des risques toxicologiques.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

E1.1 Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies cardiaques associées à des facteurs de risque environnementaux.

E1.2 Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies respiratoires associées à des facteurs de risque environnementaux.

E1.3 Réduire les taux d'incidence et de mortalité liés aux cancers de la peau, des voies respiratoires et autres cancers associés à des facteurs de risque environnementaux.

E1.4 Réduire la mortalité et la morbidité associées aux maladies d'origine hydrique, aux intoxications d'origine biologique ou chimique.

E1.5 Prévenir les problèmes de santé reliés à des risques environnementaux émergents dont les événements climatiques extrêmes.

Considérations particulières**Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)**

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

6.14.1

Résultat attendu

D'ici 2012, toutes les demandes d'information en matière de développement durable en support aux organismes locaux, des municipalités, des MRC ou autres auront fait l'objet d'une réponse.

Indicateur retenu

Proportion des demandes traitées. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de demandes traitées/nombre de demandes reçues x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

MDDEP, promoteurs, municipalités et autres organismes et ministères concernés : transmission des données ou des informations nécessaires.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier soutien des communautés en matière de développement durable du Service de santé environnementale

Domaine 7

Santé en milieu de travail

Les activités en lien avec l'entente MSSS-CSST
à déployer d'ici 2012



Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

7.1

Responsable de la rédaction

ISABELLE LECLERC

Activité

Dépistage de l'amiantose en milieu de travail ciblé.

Pratique clinique préventive

État de situation

L'amiante est un minéral qui est utilisé dans divers produits tels qu'isolants dans la construction, revêtements de sol en vinyle, garnitures de frein, etc. Les fibres d'amiante contenues dans ces matériaux peuvent se détacher lors de leurs manipulations, de chocs, de vibrations, si ceux-ci sont friables. Ces fibres se retrouvent alors dans l'air; les plus fines peuvent être inhalées et se retrouver dans les poumons du travailleur.

Tous les types d'amiante sont reconnus cancérigènes. Des mesures de prévention appropriées lors des travaux en présence d'amiante doivent être appliquées. L'exposition à l'amiante peut entraîner l'apparition de l'amiantose, le cancer du poumon et le mésothéliome. Ces trois maladies sont évolutives, irréversibles et sérieuses.

Les milieux de travail les plus concernés sont les mines, ceux de la transformation utilisant du chrysotile, le bâtiment et les travaux publics. De 2003 à 2006, au Québec, parmi les 390 décès attribuables à une maladie professionnelle, 324 (83 %) étaient liés à l'amiante, toutes fibres confondues.

Pour la région, au 31 mars 2006, la CSST a accepté 334 réclamations pour maladie professionnelle reliées à l'amiante, et ce, pour la période 2003 à 2005. Par ailleurs, au registre central des MADO du Québec, on compte un cancer du poumon lié à l'amiante et neuf cas de mésothéliome en 2006.

Une liste de 9 060 travailleurs a été transmise au MSSS en mars 2006 par la CSST. Le réseau santé au travail doit en rejoindre annuellement 3 000. Ces travailleurs doivent faire l'objet de sessions d'information sur les risques à la santé, les mesures préventives et passer une radiographie pulmonaire de dépistage.

Dans la région, 594 travailleurs ont été identifiés depuis 2006. De ce nombre, une évaluation a permis de déterminer ceux qui sont réellement exposés à l'amiante. Au cours de 2008, 179 travailleurs ont été déclarés exposés à l'amiante et 142 d'entre eux ont accepté de participer aux sessions d'information et de passer une radiographie pulmonaire de dépistage.

Offre de service du palier régional

Identification des groupes cibles. Coordination, harmonisation et évaluation des activités. Soutien aux équipes locales pour les problèmes plus complexes.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

F1.1 Diminuer l'incidence des maladies pulmonaires professionnelles.

F1.6 Diminuer l'incidence des cancers associés au milieu de travail.

Considérations particulières

Ce type d'activité se situe davantage au niveau de la recherche de cas dans le but de permettre aux travailleurs affectés de bénéficier de l'indemnisation ou de la réadaptation auxquelles ils ont droit. Cette intervention, à elle seule, ne prévient pas le problème; la collaboration de la CSST et des CSSS est nécessaire pour transmettre l'information sur les moyens de prévention et pour vérifier la mise en place des mesures de contrôle de l'exposition. Il est à noter que tous les travailleurs de la sous-région Saguenay sont pris en charge par l'équipe du CSSS de Chicoutimi. En raison du découpage géographique de la CSST, les travailleurs de Chibougamau-Chapais relèvent de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean par l'intermédiaire du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Entente de gestion Agence-CSST

Ententes e gestion Agence-CSSS

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

7.1.1

Résultat attendu

D'ici 2012, les 142 travailleurs exposés à l'amiante participeront à une session d'information.

Indicateur retenu

Proportion de travailleurs ayant participé à la session d'information. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de travailleurs ayant participé à la session d'information/nombre de travailleurs qui ont accepté (142) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : planification et réalisation des sessions d'information.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Coordonnateur local en santé au travail des CSSS

Système d'information sur la santé au travail (SISAT)

Répondant du dossier de l'état de santé des travailleurs du Service de santé au travail : liste des participants aux sessions d'information, fiche de reddition de comptes

N° du résultat

7.1.2

Résultat attendu

D'ici 2012, les 142 travailleurs ciblés passeront une radiographie pulmonaire.

Indicateur retenu

Proportion de travailleurs ciblés qui ont accepté de passer une radiographie pulmonaire sur une base volontaire (consentement éclairé). (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de travailleurs qui ont passé une radiographie pulmonaire/nombre de travailleurs ciblés (142) x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : appel des travailleurs pour les sessions d'information et les examens de dépistage. Planification des radiographies avec l'unité mobile des services cliniques de dépistage de l'INSPQ.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Coordonnateur local en santé au travail des CSSS

SISAT

Répondant du dossier de l'état de santé des travailleurs du Service de santé au travail

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

7.2

Responsable de la rédaction

ISABELLE LECLERC

Activité

Promotion, auprès des employeurs touchés, du contrôle à la source des contaminants au regard du monoxyde de carbone, de l'hydrogène sulfuré, des gaz irritants et des métaux lourds tels que le plomb, les solvants organiques, les substances cancérigènes en milieu de travail.

Pratique clinique préventive

État de situation

Plusieurs contaminants sont utilisés dans les milieux de travail. Le contrôle à la source de ces produits et la mise en place de moyens de prévention sont très importants au regard des conséquences possibles sur la santé des travailleurs exposés. Il suffit d'en considérer quelques exemples pour s'en rendre compte :

Monoxyde de carbone

Le monoxyde de carbone est un gaz très toxique que l'on ne peut voir ou sentir. Il pénètre dans l'organisme par les voies respiratoires et se fixe aux globules rouges du sang, ce qui empêche l'oxygène de s'y attacher. Il peut alors se produire une intoxication ou des problèmes de santé majeurs.

Le monoxyde de carbone provient d'un véhicule ou d'un appareil (ex. : polisseuse à béton) fonctionnant à l'essence, au propane, au bois, au diesel, etc. et qui présente habituellement une défectuosité. Leur utilisation dans un endroit clos ou mal ventilé est également considérée comme un danger possible d'intoxication ou de décès. Plusieurs intoxications ou décès surviennent d'ailleurs chaque année au Québec.

Gaz irritants

Les gaz irritants causent une inflammation du système respiratoire, de la peau et des yeux. L'acide sulfurique, l'hydrogène sulfuré, l'acide fluorhydrique et le chlore en sont quelques exemples.

Métaux lourds

Lorsqu'absorbés en trop grande quantité, les métaux lourds, tels plomb, cadmium, chrome, cuivre, fer, nickel, zinc, occasionnent divers problèmes de santé et peuvent affecter le cerveau et les organes internes.

Solvants organiques

Les principaux solvants sont : toluène, térébenthine, acétone, décapant à peinture et benzène. Ils provoquent une inflammation du système respiratoire.

Substances cancérigènes

Il existe plusieurs substances cancérigènes en milieu de travail. C'est le cas de la silice cristalline, l'amiante et le benzo(a)pyrène dont le rôle est bien documenté dans l'apparition des cancers pulmonaires professionnels.

La CSST adresse une demande au réseau de la santé au travail dans le cadre de l'expertise que ce dernier détient en évaluation environnementale et médicale dans le but de procéder à une évaluation du risque à la santé. Cette demande se fait dans un contexte de menace réelle ou appréhendée pour les travailleurs. Le réseau doit répondre à ces demandes dans les heures habituelles de travail, sans y créer un service de garde.

Offre de service du palier régional

Coordination et harmonisation des activités. Évaluation des programmes de santé spécifiques à un établissement (PSSE). Soutien aux équipes locales pour les problèmes plus complexes.

Niveau actuel d'implantation <input checked="" type="checkbox"/> À maintenir <input type="checkbox"/> À consolider <input type="checkbox"/> À mettre en place	Clientèle visée <input type="checkbox"/> 0-5 ans et leurs parents <input type="checkbox"/> 6-17 ans et leurs parents <input checked="" type="checkbox"/> 18-64 ans <input type="checkbox"/> 65 ans et plus <input type="checkbox"/> Toute la population
---	--

Programmes-services concernés

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Services généraux – activités cliniques et d'aide | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement |
| <input type="checkbox"/> Déficience physique | <input checked="" type="checkbox"/> Santé physique |
| <input type="checkbox"/> Perte d'autonomie liée au vieillissement | <input type="checkbox"/> Santé mentale |
| <input type="checkbox"/> Dépendance | |
| <input type="checkbox"/> Jeunes en difficulté | |

Objectifs santé visés par l'activité

F1.2 Diminuer l'incidence de l'asthme professionnel ainsi que la sévérité des manifestations de cette maladie.

F1.3 Diminuer l'incidence des intoxications professionnelles.

F1.4 Réduire la prévalence des atteintes du système nerveux par le plomb et les solvants organiques.

F1.6 Diminuer l'incidence des cancers associés au milieu de travail.

Considérations particulières

L'élaboration et l'application des PSSE s'appliquent uniquement aux entreprises par le règlement et par la CSST. Il est à noter que tous les travailleurs de la sous-région Saguenay sont pris en charge par l'équipe du CSSS de Chicoutimi. En raison du découpage géographique de la CSST, les travailleurs de Chibougamau-Chapais relèvent de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean par l'intermédiaire du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Entente de gestion Agence-CSST

Ententes e gestion Agence-CSSS

Partie 2 – Liste des résultats attendus
N° du résultat

7.2.1

Résultat attendu

D'ici 2012, les niveaux d'exposition aux contaminants désignés seront sous le seuil d'intervention médicale pour tous les travailleurs identifiés dans les PSSE.

Indicateur retenu

Proportion de travailleurs exposés à des niveaux inférieurs au seuil d'intervention médicale (SIM). (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de travailleurs exposés sous le SIM / nombre de travailleurs identifiés dans les PSSE x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : élaboration, application et mise à jour des PSSE.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Coordonnateur local en santé au travail des CSSS

PSSE, SISAT

Répondant du dossier de l'état de santé des travailleurs du Service de santé au travail

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

7.3

Responsable de la rédaction

ISABELLE LECLERC

Activité

Surveillance biologique des travailleurs exposés au plomb.

Pratique clinique préventive

État de situation

En milieu professionnel, le plomb est absorbé principalement par les voies respiratoires et se retrouve dans le sang d'où il peut causer des effets sévères sur les systèmes nerveux, rénal, digestif, reproducteur, cardiovasculaire et sanguin.

L'intoxication au plomb fait l'objet de déclaration dans le cadre des MADO chimiques et physiques. C'est par le biais des activités des programmes de santé spécifiques à un établissement (PSSE) que ces substances sont identifiées et que le suivi approprié est établi. En 2009, on a signalé neuf cas de MADO d'origine professionnelle provenant d'exposition au plomb. Certains travailleurs qui ne font plus partie des entreprises visées par les ententes de gestion font toujours l'objet d'un suivi pour ce contaminant en attendant qu'une ressource adéquate puisse les prendre en charge. Le nombre de cas annuel de travailleurs exposés au plomb déclaré par la CSST est d'environ quinze pour la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Offre de service du palier régional

Saisie des données au registre central des MADO du Québec, enquête et signalements. Enquête des cas d'intoxication et signalement au CSSS pour une surveillance environnementale dans les entreprises.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

F1.3 Diminuer l'incidence des intoxications professionnelles.

F1.4 Réduire la prévalence des atteintes du système nerveux par le plomb et les solvants organiques.

Considérations particulières

Il est à noter que tous les travailleurs de la sous-région Saguenay sont pris en charge par l'équipe du CSSS de Chicoutimi. En raison du découpage géographique de la CSST, les travailleurs de Chibougamau-Chapais relèvent de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean par l'intermédiaire du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

7.3.1

Résultat attendu

D'ici 2012, le niveau de plombémie des travailleurs exposés au plomb sera inférieur au seuil de déclaration.

Indicateur retenu

Proportion des travailleurs ayant un niveau de plombémie inférieur au seuil de déclaration. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de travailleurs ayant un niveau de plombémie inférieur au seuil de déclaration/nombre de travailleurs exposés au plomb x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : évaluation environnementale.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Coordonnateur local en santé au travail des CSSS

Registre central des MADO du Québec

SISAT

Répondant du dossier de l'état de santé des travailleurs du Service de santé au travail

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

7.4

Responsable de la rédaction

ISABELLE LECLERC

Activité

Soutien et recommandations aux entreprises dans leur prise en charge pour le contrôle ou la réduction à la source des agresseurs.

Pratique clinique préventive

État de situation

Cette activité se traduit par le biais des programmes de santé spécifiques à un établissement (PSSE). Selon l'article 113 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (L.R.Q., c. S-2.1), le PSSE doit prévoir notamment une identification et une évaluation des risques à la santé auxquels s'expose le travailleur, des activités de formation et d'information sur la nature des risques ainsi que sur les moyens de prévention, de la surveillance médicale du travailleur et enfin, un soutien dans le maintien d'un service adéquat de premiers secours et de premiers soins. Le réseau de la santé au travail élabore ou met à jour ces PSSE dans les établissements des groupes 1, 2 et 3 planifiés en 2009. De plus, le réseau incite les milieux de travail à prendre en charge certaines activités selon les ressources disponibles dans l'établissement. Le Service de santé au travail évalue annuellement environ 225 PSSE produits par les CSSS.

Offre de service du palier régional

Soutien aux équipes locales pour les problèmes plus complexes. Coordination et harmonisation des pratiques à l'aide de guide ou d'avis. Évaluation des PSSE produits.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

F1.1 Diminuer l'incidence des maladies pulmonaires professionnelles.

F1.2 Diminuer l'incidence de l'asthme professionnel ainsi que la sévérité des manifestations de cette maladie.

F1.3 Diminuer l'incidence des intoxications professionnelles.

F1.4 Réduire la prévalence des atteintes du système nerveux par le plomb et les solvants organiques.

F1.5 Diminuer l'incidence de maladies infectieuses professionnelles (hépatites A, B, tétanos et autres).

F1.6 Diminuer l'incidence des cancers associés au milieu de travail.

F1.8 Diminuer l'incidence de la surdité professionnelle, les conséquences de cette maladie et les autres problèmes de santé associés à une exposition au bruit.

F1.9 Diminuer l'incidence des troubles musculo-squelettiques reliés au milieu de travail.

Considérations particulières

Les cibles des résultats attendus peuvent être modifiées selon les ententes de gestion entre l'Agence, la CSST et les CSSS. Il est à noter que tous les travailleurs de la sous-région Saguenay sont pris en charge par l'équipe du CSSS de Chicoutimi. En raison du découpage géographique de la CSST, les travailleurs de Chibougamau-Chapais relèvent de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean par l'intermédiaire du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

7.4.1

Résultat attendu

D'ici 2012, au moins 225 PSSE seront produits annuellement.

Indicateur retenu

Nombre de PSSE produits, pour chaque année. (Cible \geq 225)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : élaboration et application des PSSE.

Sources d'information (pour l'indicateur)

SISAT

Répondant du dossier PSSE du Service de santé au travail

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

7.5

Responsable de la rédaction

ISABELLE LECLERC

Activité

Vaccination au regard de l'hépatite A, de l'hépatite B et du tétanos pour les secteurs visés.

Pratique clinique préventive

État de situation

Parmi tous les secteurs concernés, le traitement des eaux usées et la collecte des ordures ménagères et autres déchets sont des activités où les travailleurs sont particulièrement exposés aux risques biologiques.

Les personnes travaillant au traitement des eaux usées et les opérateurs d'unités mobiles de pompage sont susceptibles d'être infectés par ces eaux qui contiennent des agents infectieux et pathogènes, tels que des bactéries ou moisissures. Ils peuvent facilement entrer en contact avec les vêtements ou les parties du corps exposées du travailleur. Le travailleur concerné est à risque de développer une maladie, dont l'hépatite A, s'il n'a pas pris les mesures préventives nécessaires.

En ce qui concerne les éboueurs et les employés des centres de tri, il a été constaté que ces derniers manipulent des déchets pouvant contenir des objets coupants et infectés par des virus, tels que l'hépatite B ou le tétanos. Par conséquent, ils doivent être protégés efficacement.

En 2007, le programme d'intervention sur les risques biologiques s'appliquait dans les établissements du secteur municipal à l'égard des éboueurs et des travailleurs en contact avec les eaux usées. Un bilan provincial a été déposé en juin 2006 et précise que les activités de formation prévues au programme d'intervention ont permis de rejoindre plus de 25 000 travailleurs, soit 83,7 % des travailleurs ciblés dans un peu plus de 1 000 établissements. Soulignons également que 17 734 travailleurs ont reçu la vaccination contre l'hépatite B, l'hépatite A et le tétanos représentant une couverture vaccinale de plus de 80 %.

En 2008, au niveau provincial, le réseau de la santé au travail a réalisé les activités prévues au programme d'interventions intégrées à l'égard des :

- opérateurs d'unités mobiles de pompage, incluant les travailleurs opérant des unités de nettoyage à haute pression/secteur privé;
- travailleurs et gestionnaires des centres de tri et compostage;
- éboueurs du secteur privé.

La planification régionale 2010 vise neuf entreprises de ces secteurs où des travailleurs seront vaccinés.

Offre de service du palier régional

Soutien aux équipes locales pour les problèmes plus complexes. Coordination et harmonisation des pratiques à l'aide de guide ou d'avis. Évaluation du programme.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

F1.5 Diminuer l'incidence de maladies infectieuses professionnelles (hépatites A, B, tétanos et autres).

Considérations particulières

Ces activités devaient se terminer en décembre 2010. Il est à noter que tous les travailleurs de la sous-région Saguenay sont pris en charge par l'équipe du CSSS de Chicoutimi. En raison du découpage géographique de la CSST, les travailleurs de Chibougamau-Chapais relèvent de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean par l'intermédiaire du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Entente de gestion Agence-CSST

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

7.5.1

Résultat attendu

D'ici 2010, les travailleurs exposés à des risques biologiques des entreprises ciblées seront vaccinés conformément au programme provincial.

Indicateur retenu

Proportion des travailleurs ciblés vaccinés. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de travailleurs vaccinés/nombre de travailleurs visés x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : vaccination des travailleurs visés.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Coordonnateur local en santé au travail des CSSS

SISAT

Répondant du dossier risques biologiques du Service de santé au travail

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

7.6

Responsable de la rédaction

ISABELLE LECLERC

Activité

Sensibilisation des milieux de travail sur les moyens de prévention des maladies infectieuses professionnelles.

Pratique clinique préventive

État de situation

Parmi tous les secteurs concernés, le traitement des eaux usées et la collecte des ordures ménagères et autres déchets sont des activités où les travailleurs sont particulièrement exposés aux risques biologiques.

Les personnes travaillant au traitement des eaux usées et les opérateurs d'unités mobiles de pompage sont susceptibles d'être infectés par ces eaux qui contiennent des agents infectieux et pathogènes, tels que des bactéries ou moisissures. Ils peuvent facilement entrer en contact avec les vêtements ou les parties du corps exposées du travailleur. Le travailleur concerné est à risque de développer une maladie dont l'hépatite A s'il n'a pas pris les mesures préventives nécessaires.

En ce qui concerne les éboueurs et les employés des centres de tri, il a été constaté que ces derniers manipulent des déchets pouvant contenir des objets coupants et infectés par des virus, tels que l'hépatite B ou le tétanos. Par conséquent, ils doivent être protégés efficacement.

En 2007, le programme d'intervention sur les risques biologiques s'appliquait dans les établissements du secteur municipal à l'égard des éboueurs et des travailleurs en contact avec les eaux usées. Un bilan provincial a été déposé en juin 2006 et précise que les activités de formation prévues au programme d'intervention ont permis de rejoindre plus de 25 000 travailleurs, soit 83,7 % des travailleurs ciblés dans un peu plus de 1 000 établissements. Soulignons également que 17 734 travailleurs ont reçu la vaccination contre l'hépatite B, l'hépatite A et le tétanos représentant une couverture vaccinale de plus de 80 %.

En 2008, au niveau provincial, le réseau de la santé au travail a réalisé les activités prévues au programme d'intervention intégré à l'égard des :

- opérateurs d'unités mobiles de pompage, incluant les travailleurs opérant des unités de nettoyage à haute pression/secteur privé;
- travailleurs et gestionnaires des centres de tri et compostage;
- éboueurs du secteur privé.

Il reste cinq entreprises à visiter en 2010 afin d'évaluer le risque auquel sont exposés les travailleurs.

Offre de service du palier régional

Soutien aux équipes locales pour les problèmes plus complexes. Coordination et harmonisation des pratiques à l'aide de guide ou d'avis. Évaluation du programme.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

F1.5 Diminuer l'incidence de maladies infectieuses professionnelles (hépatites A, B, tétanos et autres).

Considérations particulières

Ces activités devaient se terminer en décembre 2010.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Entente de gestion CSST-MSSS

Partie 2 – Liste des résultats attendus**N° du résultat**

7.6.1

Résultat attendu

D'ici 2010, les travailleurs exposés à des risques biologiques des entreprises ciblées seront informés conformément au programme provincial.

Indicateur retenu

Proportion des travailleurs exposés qui sont informés. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de travailleurs exposés qui sont informés/nombre de travailleurs exposés x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : information aux travailleurs exposés.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Coordonnateur local en santé au travail des CSSS

SISAT

Répondant du dossier risques biologiques du Service de santé au travail

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

7.7

Responsable de la rédaction

ISABELLE LECLERC

Activité

Identification, évaluation et documentation des postes de travail pour la travailleuse qui est enceinte ou qui allaite et recommandations aux médecins traitants.

Pratique clinique préventive

État de situation

Les travailleuses enceintes ou qui allaitent font face à divers risques de nature chimique, physique, biologique ou ergonomique qui peuvent être dangereux pour l'enfant à naître ou allaité ou pour la femme enceinte. C'est pourquoi la Loi sur la santé et la sécurité du travail (L.R.Q., c.S-2.1) prévoit un mécanisme de réaffectation ou un retrait préventif. Pour en bénéficier, la travailleuse doit présenter une demande à la CSST.

La contribution demandée au médecin responsable ou désigné du réseau de la santé et des services sociaux dans le cadre de ce programme consiste à produire un rapport de consultation au médecin traitant de la travailleuse enceinte ou qui allaite, rapport qui précise les risques reliés au travail et les recommandations en regard de ces risques. Ce rapport permet au médecin traitant de transmettre une opinion éclairée à la CSST. Environ 1 600 dossiers sont traités annuellement dans la région.

On observe une augmentation de 5 % de demandes par année depuis 2001. Le phénomène est similaire à la situation provinciale. La CSST accepte près de 95 % des demandes d'indemnisation faites par les travailleuses enceintes. Les principaux risques retenus : chimiques, physiques, biologiques et ergonomiques.

Offre de service du palier régional

Coordination et harmonisation des pratiques. Évaluation des activités. Soutien aux équipes locales pour les problèmes plus complexes.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

F1.7 Diminuer l'incidence des issues défavorables 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 à naître.

Considérations particulières

Il est à noter que tous les travailleurs de la sous-région Saguenay sont pris en charge par l'équipe du CSSS de Chicoutimi. En raison du découpage géographique de la CSST, les travailleurs de Chibougamau-Chapais relèvent de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean par l'intermédiaire du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

7.7.1

Résultat attendu

D'ici 2012, toutes les demandes de retrait préventif des travailleuses enceintes ou qui allaitent seront traitées.

Indicateur retenu

Proportion des demandes de retrait préventif traitées. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de demandes de retrait préventif traitées/nombre de demandes reçues x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : réception des demandes. Traitement des dossiers. Envoi des rapports à la CSST et au médecin traitant.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Technicien en hygiène du travail des CSSS

SISAT

Répondant du dossier retrait préventif du Service de santé au travail

N° du résultat

7.7.2

Résultat attendu

D'ici 2012, toutes les demandes de retrait préventif de travailleuses enceintes ou qui allaitent seront traitées dans un délai de deux jours ouvrables.

Indicateur retenu

Proportion des demandes traitées dans un délai de deux jours ouvrables. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de demandes traitées dans un délai de deux jours ouvrables/nombre de demandes reçues x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : traitement des demandes de retrait préventif dans un délai de deux jours ouvrables.

Sources d'information (pour l'indicateur)

SISAT

Répondant du dossier retrait préventif du Service de santé au travail

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

7.8

Responsable de la rédaction

ISABELLE LECLERC

Activité

Activités de lutte contre le bruit en milieu de travail, selon le *Plan d'action de lutte contre le bruit*, la surdité professionnelle et leurs conséquences sur la santé et la sécurité. Ces activités serviront d'assise aux activités dans ce domaine, ces dernières étant notamment : interventions et recommandations auprès des employeurs visés, afin qu'ils réduisent le bruit à la source; activités de promotion de la santé auditive auprès des travailleurs et des employeurs.

Pratique clinique préventive

État de situation

La surdité est un des risques liés à l'exposition au bruit excessif. Cette maladie professionnelle est l'une des plus fréquentes déclarées et indemnisées à la CSST. En 2005, 1 903 réclamations ont été indemnisées (38,4 %) sur un total de 49 603. Elles représentent 1,5 % de l'ensemble des lésions professionnelles. Le bruit concerne divers secteurs d'activités industrielles. Les moyens pour prévenir le bruit sont généralement bien documentés. À cet égard, le réseau de la santé au travail, dans le cadre de ses activités courantes, incite l'employeur à prendre les moyens pour diminuer l'exposition des travailleurs au bruit. Au cours des dernières années, un projet-pilote provincial mené conjointement par les parties patronale et syndicale, en collaboration avec la CSST et le réseau de la santé au travail, a démontré certaines solutions de faisabilité de la réduction du bruit dans les scieries. Au Québec, une étude récente du réseau de la santé au travail a identifié des expositions supérieures à 100 décibels audibles (dBA) dans 534 établissements des groupes 1, 2 et 3. Au total, au moins 4 335 travailleurs sont exposés à un niveau de bruit moyen de 100 dBA et plus pendant huit heures par jour. Dans 125 entreprises de la région, 2 880 travailleurs sont susceptibles de présenter de telles expositions. Ils feront donc l'objet d'une évaluation plus spécifique à cet égard. Cette problématique sera traitée prioritairement dans les programmes de santé spécifique à l'établissement (PSSE).

Dans le cadre des activités courantes du réseau de la santé au travail, des interventions de signalement et de contrôle (employeurs, travailleurs, syndicats, CSST) sont à prévoir pour les travailleurs exposés à 100 dBA et plus. Au-delà de ces niveaux, la protection personnelle n'est pas suffisante et les travailleurs s'exposent à des atteintes permanentes.

Offre de service du palier régional

Coordination, harmonisation et évaluation des activités. Soutien aux équipes locales pour les problèmes plus complexes. Déclaration des signalements à la CSST.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

F1.8 Diminuer l'incidence de la surdité professionnelle, les conséquences de cette maladie et les autres problèmes de santé associés à une exposition au bruit.

Considérations particulières

Il est à noter que tous les travailleurs de la sous-région Saguenay sont pris en charge par l'équipe du CSSS de Chicoutimi. En raison du découpage géographique de la CSST, les travailleurs de Chibougamau-Chapais relèvent de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean par l'intermédiaire du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)**Partie 2 – Liste des résultats attendus****N° du résultat**

7.8.1

Résultat attendu

D'ici 2012, le nombre de travailleurs exposés à des niveaux de bruit de 100 dBA et plus sera inférieur à 2 300.

Indicateur retenu

Nombre de travailleurs sous le 100 dBA et plus. (Cible < 2 300)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : évaluation des niveaux sonores et prescription des moyens préventifs dans le PSSE des établissements ou des entreprises.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Coordonnateur local en santé au travail des CSSS

SISAT, PSSE

Répondant du dossier bruit et surdité du Service de santé au travail

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

7.9

Responsable de la rédaction

ISABELLE LECLERC

Activité

Identification des risques liés aux troubles musculo-squelettiques et activités de formation et d'information dans les milieux de travail dans le cadre des PSSE.

Pratique clinique préventive

État de situation

En plus d'accuser une fréquence qui compte pour la moitié du nombre des maladies professionnelles recensées au Québec, les troubles musculo-squelettiques (TMS) représentent un problème toujours en croissance. Parmi les réclamations acceptées à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), 30% sont des TMS associés à une maladie professionnelle, ce qui représente environ les deux tiers des maladies professionnelles avec perte de temps de travail.

Depuis 2008, le réseau de la santé au travail inclut de façon plus systématique dans le cadre des programmes de santé spécifiques à un établissement (PSSE) des activités d'identification de risque et, au besoin, des activités d'information et de formation.

Offre de service du palier régional

Coordination, harmonisation et évaluation des activités. Soutien aux équipes locales pour les problèmes plus complexes.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

F1.9 Diminuer l'incidence des troubles musculo-squelettiques reliés au milieu de travail.

Considérations particulières

Il est à noter que tous les travailleurs de la sous-région Saguenay sont pris en charge par l'équipe du CSSS de Chicoutimi. En raison du découpage géographique de la CSST, les travailleurs de Chibougamau-Chapais relèvent de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean par l'intermédiaire du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

7.9.1

Résultat attendu

D'ici 2012, toutes les entreprises présentant un risque de TMS relié au travail et inscrites dans un programme de santé spécifique à l'établissement réaliseront au moins une activité préventive.

Indicateur retenu

Proportion des entreprises ciblées ayant réalisé au moins une activité préventive. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre d'entreprises ciblées ayant réalisé au moins une activité/nombre d'entreprises ayant un risque de TMS x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : application des PSSE.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Coordonnateur local en santé au travail des CSSS

SISAT, PSSE

Répondant du dossier TMS du Service de santé au travail

Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

7.10

Responsable de la rédaction

ISABELLE LECLERC

Activité

Investigation des MADO d'origine chimique et physique reliées au travail, incluant les cas de maladies pulmonaires professionnelles (MPP).

Pratique clinique préventive

État de situation

Les investigations à la suite d'une MADO ou d'un signalement sont des activités incontournables dans le cadre de l'application de la Loi sur la santé publique. Lorsqu'il s'agit d'une situation qui peut être d'origine professionnelle, les déclarations ou les signalements seront traités par le réseau de la santé au travail. On compte environ 25 cas annuels qui peuvent être reliés à différents éléments comme le monoxyde de carbone, le plomb, le cadmium, l'amiante et les poussières.

Offre de service du palier régional

Coordination, harmonisation et évaluation des pratiques. Soutien aux équipes locales pour les problèmes plus complexes. Enquête des cas qui le nécessitent.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

E1.4 Réduire la mortalité et la morbidité associées aux maladies d'origine hydrique, aux intoxications d'origine biologique ou chimique.

F1.1 Diminuer l'incidence des maladies pulmonaires professionnelles.

F1.3 Diminuer l'incidence des intoxications professionnelles.

F1.4 Réduire la prévalence des atteintes du système nerveux par le plomb et les solvants organiques.

Considérations particulières

Il est à noter que tous les travailleurs de la sous-région Saguenay sont pris en charge par l'équipe du CSSS de Chicoutimi. En raison du découpage géographique de la CSST, les travailleurs de Chibougamau-Chapais relèvent de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean par l'intermédiaire du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

7.10.1

Résultat attendu

D'ici 2012, toutes les déclarations de MADO d'origine chimique et physique reliées au travail seront traitées.

Indicateur retenu

Proportion de déclarations MADO traitées. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre de déclarations de MADO traitées/nombre de déclarations de MADO reçues x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration à l'intervention.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Registre central des MADO du Québec

Répondant du dossier MADO du Service de santé au travail

Domaine 8

Projet régional innovant

Projet-pilote d'offre de tests de porteur
pour quatre maladies héréditaires récessives
au Saguenay–Lac-Saint-Jean



Partie 1 – Description de l'activité

N° de l'activité

8.1

Responsable de la rédaction

DAVID SIMARD

Activité

Mise en œuvre du projet-pilote d'offre de tests de porteur pour quatre maladies héréditaires récessives au Saguenay–Lac-Saint-Jean en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Pratique clinique préventive

État de situation

Dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, une personne sur cinq est porteuse d'une mutation associée à l'une des maladies héréditaires récessives suivantes : la neuropathie sensitivomotrice héréditaire avec ou sans agénésie du corps calleux, l'acidose lactique congénitale, l'ataxie récessive spastique de Charlevoix-Saguenay et la tyrosinémie héréditaire de type 1. Une offre de service de tests génétique existe actuellement dans la région, mais ne permet pas de rejoindre l'ensemble de la population à risque. C'est donc dans l'optique d'élargir cette offre de service que le MSSS et l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean travaillent conjointement, depuis septembre 2007, à la mise en place d'un projet-pilote d'offre de tests de porteur pour quatre maladies héréditaires récessives. Ce projet-pilote est tout à fait novateur puisque c'est la première fois que des tests génétiques pour quatre maladies sont offerts sur une base populationnelle. De plus, ils seront offerts de manière décentralisée, sous la coordination de l'Agence, et en utilisant une toute nouvelle technologie. Ce projet-pilote d'une durée de deux ans, où 10 000 usagers pourront être testés, permettra de développer un modèle d'organisation de service autant pour le Saguenay–Lac-Saint-Jean que pour d'autres régions.

Offre de service du palier régional

En collaboration avec le MSSS, les mandats de l'Agence comprennent : la coordination de l'ensemble des activités entourant la mise en œuvre du projet, l'information à la population de l'existence de l'offre de service, la formation directe et indirecte des différents intervenants impliqués dans le projet-pilote, le développement d'un plan de communication sur la génétique, la participation au développement et à la gestion du système d'information nécessaire au fonctionnement du service en collaboration avec des partenaires privés et publics dont le Technocentre régional, le support aux CSSS pour la mise en place d'une ordonnance collective relative aux tests de porteur, la mise en place et le suivi des objectifs, normes et exigences de la qualité du processus ainsi que la gestion budgétaire du projet-pilote.

Niveau actuel d'implantation

- À maintenir
- À consolider
- À mettre en place

Clientèle visée

- 0-5 ans et leurs parents
- 6-17 ans et leurs parents
- 18-64 ans
- 65 ans et plus
- Toute la population

Programmes-services concernés

- Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Dépendance
- Jeunes en difficulté
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Santé physique
- Santé mentale

Objectifs santé visés par l'activité

Considérations particulières

La mise en place de ce projet avant-gardiste ne pourrait se faire sans une prise en compte constante des nombreux aspects éthiques qui l'entourent. D'ailleurs, l'accompagnement du Comité d'éthique de santé publique fait foi des particularités de ce projet à ce niveau. La philosophie du projet-pilote est de permettre aux individus de faire un choix libre et éclairé en matière de reproduction, et ce, en exprimant de l'ouverture et de la solidarité face à tout choix possible. Afin d'atteindre cet objectif, il est essentiel d'informer la population dans des termes neutres et en insistant sur le respect de l'autonomie et la

liberté de choix lors des activités de communication. C'est aussi pour respecter cette philosophie que ce projet n'a pas de visée de prévention des maladies héréditaires puisqu'un tel objectif pourrait orienter les décisions des usagers.

- Outre les objectifs décrits ci-dessus, une série d'objectifs spécifiques sont propres à ce projet-pilote :
- améliorer les connaissances de la population sur les maladies héréditaires et l'effet fondateur dans la région;
 - favoriser un accès élargi et gratuit à de l'information génétique pertinente pour quatre maladies;
 - diminuer le stress et l'anxiété liés à une grossesse chez certains usagers;
 - aider la population à faire des choix éclairés en matière de planification familiale;
 - accroître l'offre de service de tests de porteur;
 - consolider et bonifier l'offre de service en place;
 - assurer l'accès, la qualité et la continuité des services offerts à la population;
 - développer un modèle d'organisation de services qui puisse être exportable dans d'autres régions.

Le calendrier d'implantation du projet-pilote est le suivant :

- Phase I de la mise en œuvre : service offert à l'ensemble de la population admissible en situation prénatale dans les CSSS de Chicoutimi et de Lac-Saint-Jean-Est. Offre régionale maximale : quatre séances d'information et 60 tests de laboratoire par semaine.
- Phase II de la mise en œuvre : service offert à l'ensemble de la population admissible dans les six CSSS. Offre régionale maximale : neuf séances d'information et 135 tests de laboratoire par semaine.

Références (guide, programme, plan d'action, site Internet)

Partie 2 – Liste des résultats attendus

N° du résultat

8.1.1

Résultat attendu

D'ici 2012, le projet-pilote sera démarré conformément à la stratégie retenue.

Indicateurs retenus

1. Pour la phase I de la mise en œuvre : nombre de CSSS qui offrent le service aux personnes admissibles en situation prénatale. (Cible : 2)
2. Pour la phase II de la mise en œuvre : nombre de CSSS qui offrent le service aux personnes admissibles en situation prénatale et en situation préconceptionnelle. (Cible : 6)

Méthode de calcul proposée

Comptabilisation simple

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : implantation du service conformément à la stratégie retenue.

Sources d'information (pour l'indicateur)

I-CLSC

Répondant du dossier génétique communautaire du Service promotion-prévention : liste des CSSS qui offrent le service aux personnes admissibles

N° du résultat

8.1.2

Résultat attendu

D'ici 2012, les infirmiers chargés d'offrir le service recevront la formation nécessaire.

Indicateur retenu

Proportion d'infirmiers désignés ayant suivi les sept journées prévues au plan de formation. (Cible : 100 %)

Méthode de calcul proposée

Nombre d'infirmiers ayant reçu la formation complète/nombre d'infirmiers désignés x 100 en %

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre :

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : participation des infirmiers désignés aux journées de formation prévues au plan pour la période.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier génétique communautaire du Service promotion-prévention : liste des infirmiers désignés, liste de participation aux formations.

N° du résultat

8.1.3

Résultat attendu

D'ici 2012, l'évaluation du projet-pilote sera réalisée selon le calendrier prévu pour la période.

Indicateurs retenus

1. Rapport d'évaluation formative 6 mois après la mise en place du service.
 2. Rapport d'évaluation formative 12 mois après la mise en place du service.
 3. Rapport d'évaluation formative 18 mois après la mise en place du service.
-

Méthode de calcul proposée

Oui ou non

Période de couverture des données Année civile Année financière Autre : échancier du projet-pilote.

Niveau de mise en œuvre Local Régional

Rôle des partenaires

CSSS : collaboration à l'évaluation. Suivi des recommandations issues des évaluations.

INSPQ : réalisation de l'évaluation et des rapports qui en découlent.

Sources d'information (pour l'indicateur)

Répondant du dossier génétique communautaire du Service promotion-prévention : devis d'évaluation, rapports d'évaluation

Plan de mobilisation des ressources

Le plan de mobilisation des ressources fait partie des obligations du directeur de santé publique et il doit apparaître dans le plan d'action régional. La Loi sur la santé publique de 2001 exprime cette exigence afin que tous les moyens nécessaires de réaction soient en place lorsque la santé de la population est menacée et que les capacités d'intervention de la direction de santé publique sont dépassées.

« Le plan d'action régional doit comporter un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire, lorsque le directeur de santé publique en a besoin pour effectuer une enquête épidémiologique ou pour prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour protéger la santé de la population lorsqu'elle est menacée. » (L.R.Q., chapitre S-2.2, art. 12)

Les motifs de déclenchement de ce plan et les obligations qui en découlent pour les différents partenaires du réseau de la santé et des services sociaux sont, quant à eux, précisés dans l'article 97 de cette même loi : « Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut mettre en opération le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire prévu au plan d'action régional de santé publique et celles-ci sont alors tenues de se conformer aux directives du directeur. » (L.R.Q., chapitre S-2.2, art. 97)

La récente crise vécue au cours de la menace de pandémie de grippe A(H1N1) a été l'occasion de consolider le plan de mobilisation des ressources initialement adopté en novembre 2005. Il avait alors été réalisé sous la supervision du Comité de planification et d'intervention (COPIN) en sécurité civile – mission santé de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Cet épisode fut l'occasion d'une actualisation du document afin d'assurer l'adéquation de l'allocation des ressources du réseau de la santé et des services sociaux face à un événement sanitaire majeur. Ce type de manifestation majeure correspond à la situation décrite comme « menace dont l'ampleur dépasse d'emblée les capacités de réponse de la Direction de santé publique de l'Agence qui ne peut alors intervenir efficacement ».

On notera cependant que le plan peut être activé de manière moins dramatique toutefois que surgit « une menace d'une ampleur moindre, mais nécessitant une réponse intensive, concentrée dans le temps, dont l'application dépasse les capacités des équipes régionales de santé publique ».

Il est à noter qu'une réponse adaptée est prévue selon l'étendue géographique de la zone touchée par le sinistre (niveaux local, territorial, régional ou national). Ces modalités sont définies dans le tableau suivant :

Niveau	Ampleur du sinistre	Coordination des interventions
Local	Sinistre ayant cours à l'intérieur d'un seul établissement sans impact sur les autres établissements du réseau, pour lequel les ressources disponibles localement suffisent pour appliquer les mesures d'urgence requises par la situation.	La coordination des interventions est prise en charge par l'établissement ou, si la nature du problème l'exige, par la Direction de santé publique en ce qui a trait à ses propres activités sur le terrain. En tout temps, l'Agence de la santé et des services sociaux est avisée de l'existence d'un tel sinistre.

Niveau	Ampleur du sinistre	Coordination des interventions
Territorial	Sinistre survenant dans une localité du territoire d'une instance locale pour lequel diverses ressources disponibles localement suffisent pour appliquer les mesures d'urgence requises par la situation.	Si la situation oblige la municipalité à activer son Organisation municipale de sécurité civile (OMSC), l'instance locale agit comme répondant du réseau de la santé et des services sociaux sur ce territoire. En tout temps, l'Agence de la santé et des services sociaux est avisée de l'existence d'un tel sinistre.
Régional	Sinistre survenant sur le territoire de plusieurs instances locales à la fois ou, encore, sinistre survenant dans un établissement ou dans une localité pour lequel les ressources provenant du territoire de l'instance concernée ne suffisent pas pour appliquer les mesures d'urgence requises par la situation.	L'Agence de la santé et des services sociaux assure la coordination sur une base régionale entre différents champs d'activité (santé physique incluant les services préhospitaliers d'urgence, services psychosociaux d'urgence ou santé publique) ou entre plusieurs établissements ou entre organismes à l'intérieur d'un même champ d'activité. L'Agence de la santé et des services sociaux s'assure également de la concertation des communications publiques du réseau régional de la santé. <i>A priori</i> , la coordination régionale est assumée par le coordonnateur régional de sécurité civile – mission santé. Il est le répondant du réseau sociosanitaire à l'Organisation régionale de sécurité civile (ORSC). Le cas échéant, l'instance locale du territoire touché continue d'agir à titre de répondant du réseau auprès de l'OMSC, en lien avec l'Agence de la santé et des services sociaux.
National	Sinistre pour lequel les capacités régionales ne suffisent pas ou pour lequel deux régions ou plus sont touchées par la situation ou pour lequel l'impact médiatique déborde ou risque de déborder largement la région touchée ou, encore, pour lequel il existe un impact politique majeur pour le gouvernement du Québec.	La coordination des ressources nationales et des interventions touchant plusieurs régions est prise en charge par les autorités ministérielles. Le coordonnateur ministériel de sécurité civile du MSSS est le répondant du réseau sociosanitaire à l'OSCQ. Le cas échéant, l'Agence de la santé et des services sociaux continue d'assumer la coordination au niveau de sa région et de répondant du réseau à l'ORSC. L'instance locale du territoire touché continue d'agir à titre de répondant du réseau auprès de l'OMSC, en lien avec l'Agence de la santé et des services sociaux.

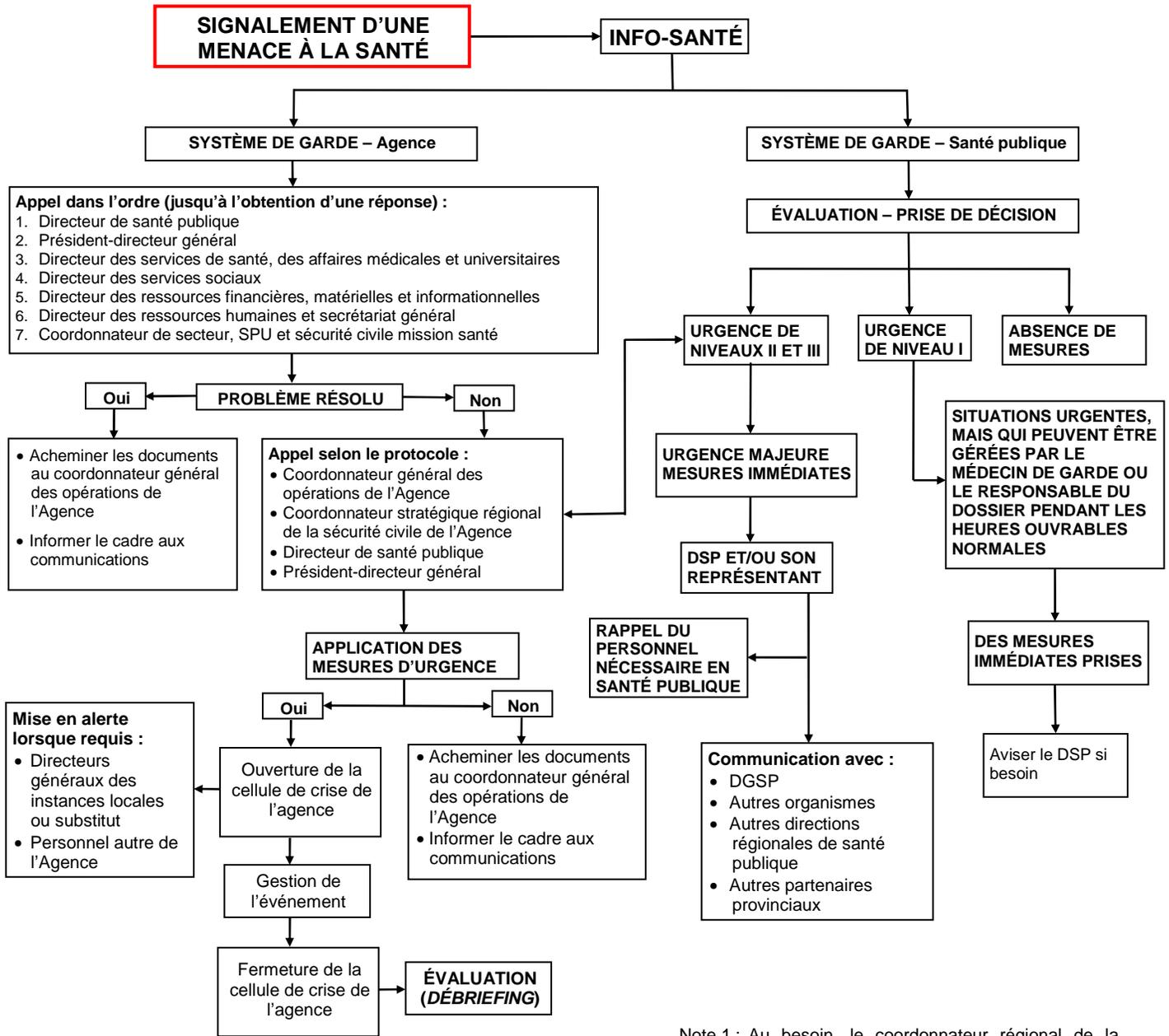
Phases d'intervention

Peu importe le niveau de sinistre ou de coordination, toute situation de sinistre comporte des phases dont on doit tenir compte et qui impliquent des procédures particulières développées dans les documents appropriés (ex. : plans opérationnels). Il est donc important que chaque intervenant ait la même compréhension par rapport à chacune de ces phases. Le tableau suivant vient clarifier ces phases :

Phase	Description	Réaction attendue
Mise en alerte	Un avertissement ou un signal visant à informer les personnes concernées qu'un sinistre vient de se produire ou est appréhendé.	L'Agence de la santé et des services sociaux, l'établissement ou le Centre de communication santé des Capitales (CCSC) agit en fonction de la situation en cours ou se prépare à faire face à la situation appréhendée si elle se confirme : alerte de ses intervenants, révision des procédures, vérification de la disponibilité des ressources requises, etc.
Mobilisation	L'ensemble des opérations stratégiques et tactiques requises permettant un déploiement optimal des ressources et des mesures d'urgence sur le terrain et dans les instances de coordination.	L'Agence de la santé et des services sociaux, l'établissement ou le CCSC mobilise ses ressources selon le niveau approprié pour la situation en cours.
Intervention	La réponse à la situation de sinistre.	L'Agence de la santé et des services sociaux, l'établissement ou le CCSC intervient selon ses rôles et responsabilités tout en assurant le maintien de ses services réguliers, en autant que faire se peut.
Rétablissement	La situation de sinistre étant sous contrôle, les interventions visent à favoriser un retour aux activités normales de l'organisme.	L'Agence de la santé et des services sociaux, l'établissement ou le CCSC favorise un retour le plus rapide possible à la normalité.
Démobilisation	Un avis indiquant aux intervenants que la situation de sinistre est terminée.	L'Agence de la santé et des services sociaux, l'établissement ou le CCSC informe ses intervenants et ses partenaires de sa démobilisation.
Débriefing	Une activité tenue quelque temps après la fin de la situation de sinistre et visant à identifier les points forts et les points à améliorer au niveau des différentes phases, en vue d'en tirer les ajustements nécessaires pour les interventions à venir.	L'Agence de la santé et des services sociaux, l'établissement ou le CCSC révise leur Plan d'organisation régionale en sécurité civile – mission santé (POLSC–MS) et leurs procédures opérationnelles en fonction des résultats du <i>débriefing</i> et organise les activités d'information ou de formation de leurs intervenants en conséquence. De plus, l'Agence de la santé et des services sociaux a les mêmes responsabilités envers le PORSC–MS, s'il y a lieu.

La mobilisation des ressources régionales face à la survenue d'une menace pour la population régionale peut être schématiquement représentée dans l'algorithme suivant qui précise le rôle des différents partenaires régionaux, de la mise en alerte jusqu'au *débriefing* final.

ALGORITHME DE MOBILISATION DES RESSOURCES



Note 1 : Au besoin, le coordonnateur régional de la sécurité civile de l'Agence se rend au centre d'urgence de la sécurité civile à Jonquière.

Note 2 : Certaines situations peuvent justifier que les appelants contactent directement le service de garde de l'Agence ou de la Direction de santé publique sans utiliser la ressource Info-Santé tel qu'indiqué ici.