

Plan d'action régional
de santé publique
pour la Gaspésie-
Îles-de-la-Madeleine

2009-2012

Cadre de référence



Des actions en faveur
de la santé et du bien-être

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Gaspésie—
Îles-de-la-Madeleine**

Québec



Direction de santé publique

***PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE
POUR LA GASPÉSIE—ÎLES-DE-LA-MADELEINE***

2009-2012

Cadre de référence

Ce document a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine le 1^{er} mai 2009.

Mai 2009

Rédaction :

Nathalie Dubé, agente de recherche sociosanitaire

Christiane Paquet, coordonnatrice en santé communautaire (rédaction des sections sur la recherche en santé publique, le développement des communautés et l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être)

Denis Loiselle, coordonnateur en maladies infectieuses (rédaction du plan de mobilisation des ressources)

Sous la coordination du comité interne de révision du PAR :

Christian Bernier, directeur régional de santé publique

Nathalie Dubé, agente de recherche sociosanitaire

Denis Loiselle, coordonnateur en maladies infectieuses

Christiane Paquet, coordonnatrice en santé communautaire

Définition des objectifs sociosanitaires et des activités de santé publique requises :

De la Direction de santé publique :

Édith Boulay, suicide

Louise Boulay, maladies infectieuses (immunisations)

Marie Chagnon, santé environnementale

Rachelle Cyr, maladies infectieuses

Wilber Deck, maladies chroniques

Normand Durand, traumatismes routiers et abus et négligence envers les aînés

Ingrid Fleurant, activité physique

Sylvie Gagnon, santé dentaire

Sylvie Garnier, approche École en santé

Suzanne Gérin-Lajoie, suicide

Danielle Haché, sexualité et ITSS

Lyne Judd, infections nosocomiales

Charles Lemieux, chutes chez les personnes âgées et traumatismes liés aux véhicules hors route

Francine Maltais, suicide

Christine Minville, maladies chroniques (cancer du sein)

Isabelle St-Onge, alimentation

Sylvie St-Yves, agressions sexuelles, violence conjugale et sécurité alimentaire

Christiane Ste-Croix, tabagisme

Daniel Smolla, santé au travail

Marie-Claude Tremblay, périnatalité et petite enfance

De la Direction des services sociaux et communautaires :

Daniel Leduc, dépendances

Traitement et analyse des données du portrait de santé et de bien-être :

Claude Parent, agent de recherche sociosanitaire

Révision orthographique et linguistique :

Claudine Lamontagne, agente administrative

Conception graphique de la page couverture :

Ghislaine Roy, Azentic

Les petites roches superposées symbolisent l'équilibre mental et physique, l'harmonie entre le corps et l'esprit.

Production et diffusion :

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

205-1, boulevard de York Ouest

Gaspé (Québec) G4X 2W5

Les cahiers *Cadre de référence* et *Offre de service et activités structurantes* du PAR 2009-2012 sont disponibles sur le site Web de l'agence à l'adresse www.agencesssgim.ca

Dépôt légal :

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

Bibliothèque et Archives Canada, 2009

ISBN : 978-2-923129-72-3 (version imprimée)

978-2-923129-73-0 (version électronique)

Table des matières

Liste des acronymes	iii
Introduction	1
Partie 1 :	
Les enjeux de la santé publique	6
Partie 2 :	
Portrait de santé et de bien-être et les objectifs à atteindre	10
Les problèmes de santé affectant la population	11
Les déterminants de la santé	21
Partie 3 :	
Les activités de santé publique et les stratégies d'action	28
Section 3.1 :	
Les activités de santé publique requises	28
Domaine 1 : Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale	30
Domaine 2 : Les habitudes vie et les maladies chroniques	35
Domaine 3 : Les traumatismes non intentionnels	38
Domaine 4 : Les maladies infectieuses	40
Domaine 5 : La santé environnementale	44
Domaine 6 : La santé en milieu de travail	46
La surveillance et la recherche	48
Section 3.2 :	
Les stratégies d'action	51
Le développement des communautés	52
L'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être	55
Les pratiques cliniques préventives	56
Le soutien aux groupes vulnérables	59
Le renforcement du potentiel des personnes	60

Partie 4 :	
Les modalités de mise en œuvre du PAR 2009-2012	61
Partie 5 :	
La contribution de la santé publique aux autres programmes-services du MSSS.....	65
Conclusion.....	69
Annexe :	
Le plan de mobilisation des ressources.....	70
Références et sources de données	75

Liste des acronymes

CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	MDDEP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
CH	Centre hospitalier de soins de courte durée	MELS	Ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
CLSC	Centre local de services communautaires	MRC	Municipalité régionale de comté
CO	Monoxyde de carbone	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CPE	Centre de la petite enfance	OHIS	Oral, Health, Index Simplified
CS	Commission scolaire	OLO	Œuf Lait Orange
CSSS	Centre de santé et de services sociaux	OMS	Organisation mondiale de la santé
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail	PAL	Plan d'action local de santé publique
DACD	Diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i>	PAR	Plan d'action régional de santé publique
DES	Diplôme d'études secondaires	PDG-DG	Président directeur général (de l'agence) et directeurs généraux (des établissements)
DI	Déficiência intellectuelle	PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
DSP	Direction de santé publique Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	PNSP	Programme national de santé publique
DSSC	Direction des services sociaux et communautaires (de l'Agence de santé et de services sociaux)	PQDCS	Programme québécois de dépistage de cancer du sein
DRAMSP	Direction régionale des affaires médicales et de santé physique	PSSE	Programme de santé spécifique à un établissement
ÉES	École en santé	RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine	ROCGÎM	Regroupement des organismes communautaires de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
HTA	Hypertension artérielle	SCHL	Société canadienne d'hypothèque et de logement
IADO	Intoxication à déclaration obligatoire	SHQ	Société d'habitation du Québec
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec	SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
ISQ	Institut de la statistique du Québec	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang	TED	Trouble envahissant du développement
MADO	Maladie à déclaration obligatoire	URLS	Unité régionale loisir et sport
MAMROT	Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire	VIH	Virus de l'immunodéficiência humaine
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec	VPH	Virus du papillome humain
		Y'APP	Y'a personne de parfait

Introduction

En 2004, la Direction de santé publique Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (DSP) rendait public son *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 pour la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine* (désigné PAR dans ce qui suit). Le PAR 2004-2007 étant rendu à son terme, la DSP a amorcé à l'automne 2007 une démarche de mise à jour de ce plan d'action conformément aux attentes du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et à la Loi sur la santé publique. Cette démarche est maintenant terminée et a conduit à ce nouveau PAR 2009-2012.

Le MSSS a aussi procédé, en 2007, à la révision du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP), lequel avait été élaboré en 2003. C'est ainsi que le *PNSP 2003-2012 – Mise à jour 2008* a été rendu public en mai 2008, ce plan d'action national ayant grandement guidé l'élaboration du PAR 2009-2012 pour notre région.

Ce qu'est le PAR

Mentionnons d'abord que le but du PAR est de contribuer à améliorer la santé et le bien-être de la population de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine en rendant accessibles, sur tous les territoires locaux de la région, des activités de santé publique efficaces et de qualité. Ainsi, le PAR définit les activités de santé publique à déployer d'ici 2012 tant à l'échelle régionale que locale afin d'agir sur les déterminants de la santé, ou autrement dit, avant que ne surviennent les problèmes de santé. Les activités retenues dans le PAR sont basées sur les fonctions de santé publique telles qu'édictées dans la Loi sur la santé publique et se déploient, pour plusieurs, par le biais de stratégies d'action reconnues en santé publique dont le renforcement du potentiel des personnes et le développement des communautés (voir l'encadré à la page suivante).

Les fonctions de santé publique

Les fonctions de santé publique définissent la nature des activités à déployer en santé publique et se divisent en deux grandes catégories, soit les fonctions essentielles et les fonctions de soutien (MSSS, 2003).

Les fonctions essentielles marquent le caractère distinctif de l'action en santé publique. Ce sont :

- la surveillance de l'état de santé,
- la promotion de la santé,
- la prévention des problèmes de santé et de bien-être,
- et la protection de la santé publique.

Les fonctions de soutien appuient, pour leur part, l'exercice des fonctions essentielles. Ce sont :

- la réglementation, la législation et les politiques publiques ayant des effets sur la santé,
- la recherche et l'innovation,
- le développement et le maintien des compétences.

Les stratégies d'action en santé publique

Cinq stratégies d'action, mises de l'avant par l'OMS dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, orientent l'action en santé publique et rappellent que l'amélioration de la santé exige la contribution de nombreux acteurs (MSSS, 2003). Ces stratégies sont :

- le développement des communautés,
- l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être,
- les pratiques cliniques préventives,
- le soutien aux groupes vulnérables,
- le renforcement du potentiel des personnes.

Les activités de promotion de la santé, de prévention des problèmes de santé et de bien-être et de protection de la santé sont des activités qui s'adressent à la population

et qui marquent le caractère distinctif de l'action en santé publique (MSSS, 2008). Nous définissons en quoi consistent ces activités dans l'encadré à la page suivante.

Les activités de santé publique à offrir à la population

Les activités à l'intention de la population sont dites de santé publique si elles respectent la mission de santé publique et plus précisément, les fonctions de **promotion** de la santé, de **prévention** des problèmes de santé et de bien-être et de **protection** de la santé publique. De façon plus précise encore :

- Les activités de **promotion de la santé** visent à influencer les déterminants de la santé de façon à permettre aux individus et aux collectivités d'avoir un plus grand pouvoir sur leur santé (ex. : promotion auprès de décideurs de l'adoption de politiques sociales et publiques favorables à la santé, organisation de campagnes d'information auprès de la population, soutien des initiatives axées sur la création d'environnements favorables à la santé).
- Les activités de **prévention des problèmes de santé et de bien-être** visent à réduire les facteurs de risque associés aux problèmes de santé et de bien-être de manière à diminuer la survenue de ces problèmes dans la population. Également, les activités de prévention regroupent les activités visant à détecter le plus tôt possible les problèmes de santé et de bien-être (dépistage) (ex. : accompagnement des familles vulnérables en postnatal, counselling sur la pratique d'activités physiques, intervention visant la récupération de seringues usagées pour prévenir notamment la transmission du VIH, retrait préventif du milieu de travail ou réaffectation à d'autres tâches des femmes enceintes ou qui allaitent, dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans).
- Les activités de **protection de la santé publique** sont réalisées dans un contexte d'autorité et visent à intervenir auprès d'individus, de groupes ou de toute la population en cas de menace, réelle ou appréhendée, pour la santé. Ces activités se retrouvent principalement dans les domaines des maladies infectieuses et de la santé environnementale (ex. : conduite d'enquêtes épidémiologiques lorsque sont signalées des éclosions ou des intoxications reliées à l'eau, mise en œuvre éventuelle du plan d'urgence en cas de pandémie d'influenza).

De plus, les activités de santé publique peuvent s'adresser :

- à toute la **population**;
- à un **groupe particulier** (ex. : travailleurs, entreprises, voyageurs, municipalités);
- ou à un **groupe vulnérable** (groupe de personnes présentant un ou plusieurs facteurs pouvant conduire à un problème de santé ou un problème psychosocial. Ces facteurs sont par exemple la faible scolarisation, le faible revenu, l'âge et le sexe).

En somme, les activités de santé publique sont des activités qui s'adressent à l'ensemble de la population, à des groupes particuliers ou à des groupes vulnérables et qui consistent à agir en amont des problèmes de santé, c'est-à-dire avant leur survenue, ou à détecter précocement les problèmes de santé à un stade asymptomatique. Une fois le problème détecté et le diagnostic posé, les interventions réalisées par la suite auprès de la personne en lien avec le problème n'appartiennent plus au domaine de la santé publique. Ainsi, les activités ou interventions curatives, de traitements, de suivis intensifs, de réadaptation ou de soutien en fin de vie s'adressant à des personnes déjà aux prises avec un problème de santé ponctuel, aigu ou chronique et visant par exemple à traiter, à soulager, à compenser, à soutenir, à prévenir les complications et la détérioration de l'état de santé, ne relèvent pas du domaine de la santé publique.

La démarche de révision du PAR

Conformément à l'article 11 de la Loi sur la santé publique, le PAR a été élaboré, comme

nous le disions plus tôt, en respectant les prescriptions du *PNSP 2003-2012 – Mise à jour 2008* et les particularités de notre population régionale :

« 11. Les agences doivent, en concertation notamment avec les établissements qui exploitent un centre local de services communautaires sur leur territoire, élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action régional de santé publique. Ce plan d'action doit être conforme aux prescriptions du programme national de santé publique et il doit tenir compte des spécificités de la population du territoire de l'agence. » (2001, c. 60, a. 11; 2005, c. 32, a. 308)

Mais aussi, plusieurs des changements et des nouvelles orientations prises dans le PAR 2009-2012 reposent sur les enseignements tirés du bilan d'implantation du PAR 2004-2007 que la DSP a réalisé en 2008 (Dubé et coll., 2008). De plus, nous avons tenu compte dans l'élaboration du présent PAR des nouveaux éléments de contexte entourant le système de santé et de services sociaux suite aux transformations des dernières années, des diverses conjonctures sociopolitiques et épidémiologiques, des nouvelles connaissances relatives aux interventions de santé publique générées par des études particulières faites à l'échelle régionale et, finalement, des résultats de la consultation que la DSP a menée sur son PAR 2009-2012 de novembre 2008 à la fin de février 2009. Nous traitons plus avant de cette consultation au dernier point de la présente introduction.

Cela dit, la révision du PAR a consisté à :

- Statuer sur les objectifs de santé et de bien-être du *PNSP 2003-2012 – Mise à jour 2008* qui sont à atteindre pour la population gaspésienne et madelinienne d'ici 2012;
- Revoir et définir les activités de santé publique requises à l'échelle régionale et locale pour contribuer à l'atteinte des objectifs sociosanitaires retenus;

- Statuer sur les stratégies d'action proposées dans le *PNSP 2003-2012 – Mise à jour 2008* (dont font partie le développement des communautés et les pratiques cliniques préventives);
- Définir les modalités de mise en œuvre du PAR 2009-2012;
- Consulter différents groupes sur une version de consultation du PAR 2009-2012;
- Faire adopter le PAR 2009-2012 par le conseil d'administration de l'agence.

Le contenu du PAR 2009-2012

Le PAR 2009-2012 est divisé en deux cahiers :

- Le **Cadre de référence** (objet du présent document),
- L'**Offre de service et activités structurantes**. Ce cahier indique les activités ou actions plus précises que s'engage à réaliser la DSP en 2009-2012 pour assurer le déploiement des activités de santé publique retenues pour notre région, ainsi que celles que devraient réaliser les CSSS à cette fin. Il présente aussi tous les partenaires qui devraient être invités à s'associer à la réalisation des activités de santé publique.

Le **Cadre de référence**, objet comme nous le disions du présent cahier, présente les enjeux stratégiques de la santé publique au cours des prochaines années dans la région et les défis que ceux-ci posent pour la DSP et ses partenaires (partie 1); un portrait de santé et de bien-être de la population gaspésienne et madelinienne et les objectifs sociosanitaires à atteindre d'ici 2012 (partie 2); les grandes activités de santé publique retenues pour la région à compter de celles prescrites dans le *PNSP-2003-2012 – Mise à jour 2008* ainsi que les stratégies d'action que nous privilégions pour déployer certaines activités de santé publique (partie

3); les modalités de mise en œuvre du PAR 2009-2012 (partie 4); et, finalement, la contribution de la santé publique aux autres programmes-services du MSSS (partie 5). Nous terminons le *Cadre de référence* par une courte conclusion. Le lecteur trouvera en annexe le plan de mobilisation des ressources, celui-ci étant une exigence de la Loi sur la santé publique.

La consultation sur le PAR 2009-2012

Avant d'être publié, la DSP a soumis le PAR 2009-2012 à la consultation, et ce, afin de :

- Enrichir et bonifier le PAR 2009-2012;
- Contribuer à une meilleure connaissance et appropriation du PAR 2009-2012 par les principaux partenaires concernés et ainsi assurer un meilleur déploiement des activités de santé publique dans la région.

Un total de 66 personnes ont été invitées, de la fin novembre 2008 au 20 février 2009, à donner leur point de vue sur une version de consultation du PAR 2009-2012. De ce nombre, dix-huit personnes représentant dix organismes et établissements différents y ont pris part en remplissant et retournant à la DSP la grille de consultation conçue à cet effet. Le tableau 1 présente les organismes et secteurs que représentent les personnes invitées ainsi que celles qui ont participé à la consultation.

Tableau 1

ORGANISMES ET ÉTABLISSEMENTS DES PERSONNES INVITÉES À LA CONSULTATION ET DE CELLES Y AYANT PARTICIPÉ

Provenance des...	Personnes invitées	Participants
Direction de santé publique	25	9
DSSC et DRAMSP	17	1
Comité régional de santé publique	8	3
Commissions scolaires et MELS	11	2 (CS)
Autres partenaires régionaux (MDDEP, MAPAQ, MAMROT, URLS, Québec en forme)	6	3
TOTAL	66	18

Les deux cahiers du PAR 2009-2012, soit le *Cadre de référence* et l'*Offre de service et activités structurantes*, ont été soumis à la consultation. Plus précisément, le *Cadre de référence* a été soumis aux cinq groupes énumérés au tableau 1 tandis que seuls les membres du comité régional de santé publique (responsables du programme Santé publique dans les CSSS et le ROCGÎM) ont été invités à donner leur point de vue sur le cahier *Offre de service et activités structurantes*.

Cela dit, les participants à la consultation ont fait part de nombreux commentaires et suggestions très constructifs à la DSP au sujet du PAR 2009-2012, dont plusieurs ont été pris en compte dans le PAR ou le seront lors de sa mise en œuvre. Ainsi, le présent PAR est un document enrichi et bonifié par la contribution des partenaires de la DSP et nous sommes confiant que cette contribution assurera aussi une meilleure mise en œuvre du PAR 2009-2012 dans la région. Nous passons maintenant à la partie 1 portant sur les enjeux de la santé publique au cours des prochaines années.

Partie 1

Les enjeux de la santé publique

Lors de la réalisation du bilan du PAR 2004-2007, les membres du comité régional de santé publique, c'est-à-dire des représentantes du Regroupement des organismes communautaires de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (ROCGÎM), les responsables du programme de santé publique dans les CSSS et des représentants de la DSP, dont le directeur de santé publique, ont été invités à se prononcer sur les enjeux qu'ils entrevoyent pour la santé publique au cours des prochaines années ainsi que pour la mise en œuvre du PAR 2009-2012¹. Certains enjeux sont régionaux, d'autres locaux, alors que d'autres concernent les deux paliers d'intervention, mais tous invitent à une réflexion sur l'importance que nous accordons aux activités de santé publique parmi l'ensemble des services offerts à la population de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et aux décisions que nous prendrons à cet égard dans les années à venir, notamment en matière d'investissement financier.

La capacité de réaliser la mission de santé publique

Il est d'abord important de mentionner que la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine n'accuse aucun retard par rapport à l'ensemble du Québec concernant le déploiement des activités de santé publique. Les résultats du bilan d'implantation du PAR 2004-2007 ont en effet montré que 76 des 89 activités de santé publique qui étaient à déployer en 2004-2007, selon les prescriptions du PNSP,

sont complètement implantées dans la région² ou en voie de l'être, soit 85 % des activités. Exprimé autrement, la moyenne d'implantation des activités dans la région était de 3,4 sur 4 en décembre 2007 alors qu'elle était de 3,3 au Québec en mars 2007. Bien que ces résultats ne rendent compte ni de la qualité ni de l'intensité des interventions déployées, ils signifient à tout le moins que la DSP et ses partenaires ont répondu aux exigences ministérielles en rendant accessible à la population gaspésienne et madelinienne la majorité des activités de santé publique dont elle a besoin. Pour une petite région comme la nôtre dotée de ressources limitées en santé publique, nous ne pouvons que nous réjouir de ces résultats.

Cela dit, la DSP est de plus en plus sollicitée pour répondre à diverses demandes, et ce, tant en provenance du national que du local. On demande par exemple à la DSP de couvrir plus de problématiques, d'implanter de nouvelles mesures de santé publique ou d'augmenter l'intensité des mesures existantes. Cependant, les ressources professionnelles de la DSP n'augmentent pas au rythme de ces demandes et attentes, créant ainsi une pression accrue sur les ressources existantes. La DSP est donc constamment appelée à faire des choix en

¹ Le texte de cette partie sur les enjeux est tiré presque intégralement du rapport sur le bilan d'implantation du PAR 2004-2007 (Dubé et coll., 2008).

² L'implantation d'une activité s'adressant à la population ou à un groupe particulier est complétée si l'ensemble de ces composantes est offert dans la région (s'il s'agit d'une activité de niveau régional) ou dans tous les territoires locaux (s'il s'agit d'une activité de niveau local), et ce, sans égard à l'intensité de l'activité. Ainsi, une activité dont l'implantation est complétée peut quand même nécessiter une consolidation sur le plan de son fonctionnement ou de son financement par exemple.

fonction de ses priorités et de sa mission première, sinon il y a un risque d'éparpillement et à terme, c'est la capacité à réaliser sa mission de santé publique qui risque d'être compromise et conséquemment, l'accès aux services de santé publique pour la population.

Cet enjeu sera au cœur des réflexions et préoccupations de la DSP dans les années à venir, et l'a été de façon toute particulière lors de l'élaboration du présent PAR 2009-2012. La DSP a en effet profité de cet exercice de planification pour revoir ses priorités d'action, ses lieux d'implication ainsi que ses modalités de soutien aux intervenants locaux en fonction de sa capacité de répondre aux demandes et de sa mission première telle qu'édictée par la Loi sur la santé publique, mais aussi en ayant à l'esprit de ne pas se substituer aux responsabilités des intervenants et coordonnateurs locaux. Un des défis à cet égard est aussi pour la DSP de faire connaître ou de clarifier, selon le cas, auprès de ses principaux partenaires ce qu'est la mission de la santé publique et les activités et services qui relèvent de ce champ d'expertise. C'est pourquoi nous avons insisté dès les premières pages de ce document sur ce que sont les activités de santé publique. À ce sujet, les pratiques cliniques préventives qui regroupent le counselling et le dépistage des problèmes de santé et de bien-être font partie des activités de santé publique qui sont importantes à clarifier notamment au chapitre des responsabilités des uns et des autres. Ce que nous faisons plus loin à la partie 3 de ce cahier.

Par ailleurs, pour la plupart des activités de santé publique à offrir à la population, ce sont les CSSS qui sont responsables de leur réalisation. Il y a donc aussi un enjeu à l'échelle locale relativement à la capacité de réaliser la mission de santé publique car là

non plus, les ressources ne croissent pas au rythme des exigences et attentes. Deux CSSS nous ont d'ailleurs rappelé, dans le cadre du bilan du PAR 2004-2007, le manque de ressources consacrées à la santé publique dans leur établissement et l'importance que la DSP en tienne compte dans la définition des services requis à l'échelle locale. Bien que conscient et soucieux de cette réalité des CSSS, nous avons plutôt, règle générale, défini les activités de santé publique requises localement en fonction des besoins de la population et de ses particularités. Autrement, le risque était grand de perdre de vue justement ce qui est requis en matière de promotion de la santé, de prévention et de protection de la santé publique et à terme, de compromettre l'accès aux services de santé publique auxquels la population de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine a droit. Ce choix pose toutefois le défi pour les prochaines années de développer des équipes locales de santé publique afin que la population continue à avoir accès aux services de santé publique.

Le développement d'équipes locales de santé publique

Il faudra continuer, et ce, tant localement que régionalement, à contribuer au développement d'équipes locales de santé publique dans les CSSS, c'est-à-dire des équipes composées d'intervenants consacrés à la santé publique et de cadres également consacrés pour assurer l'encadrement des équipes et faire le suivi des services et activités de santé publique offerts à la population. En définissant l'ensemble des activités de santé publique à réaliser par les CSSS, le PAR 2009-2012 fournit à cet égard une base utile pour réfléchir plus avant sur la composition des équipes locales nécessaires pour réaliser les activités requises selon l'intensité prescrite par le PNSP.

Toutefois, la pénurie de main-d'œuvre touchera et touche d'ailleurs déjà tous les secteurs de la santé et des services sociaux, y compris celui de la santé publique, ce qui nuira à la capacité de recruter des ressources professionnelles pour œuvrer éventuellement au sein des équipes locales. Conséquemment, de l'avis de la DSP, un défi important que devront relever les CSSS sera d'assurer le transfert d'expertise pour la relève en santé publique (notamment lors des départs à la retraite), ainsi que la formation continue de leurs intervenants. Concernant ce dernier élément, tant la DSP que les CSSS devront offrir de façon périodique les formations aux intervenants en raison du roulement important de personnel dans les établissements.

Cela dit, de l'avis de plusieurs, le développement des équipes locales de santé publique ne pourra se concrétiser sans un investissement financier destiné spécifiquement au développement de ces ressources en santé publique. Or, le financement et la protection des budgets en santé publique constituent un enjeu majeur en santé publique au cours des prochaines années.

La capacité de financer les activités de santé publique et la protection des budgets

La capacité de financer le maintien, la consolidation et le développement des activités de santé publique est au cœur des enjeux en santé publique pour les prochaines années, et ce, tant à l'échelle nationale, régionale que locale. Les besoins de la population en matière de services de santé et de services sociaux sont en effet immenses, voire sans limites, de sorte que le risque de délestage des budgets de santé publique au profit des activités de nature curative est réel et l'est davantage depuis l'intégration de la mission CLSC dans les

CSSS. Cet enjeu pour la santé publique est, comme nous le disions, majeur puisque c'est de la survie même de la prévention au sein des établissements dont il est question, une préoccupation partagée à la fois par la DSP, les CSSS et le ROCGÎM.

Dans ce contexte, le PAR et les plans d'action locaux de santé publique (PAL) deviennent plus que jamais des leviers essentiels pour faire valoir auprès des partenaires, mais aussi auprès de la table PDG-DG et des comités de direction des CSSS, l'importance des activités de santé publique réalisées par les CSSS et les organismes communautaires notamment, sur la santé et le bien-être de la population. Cet enjeu du financement réitère aussi l'importance que le directeur de santé publique et les cadres responsables du programme de santé publique dans les CSSS poursuivent et intensifient même leur vigilance pour protéger les budgets du programme de santé publique en conformité avec la règle de transférabilité des ententes de gestion. Dans le même sens, la poursuite des travaux du comité régional de santé publique est essentielle pour le développement d'un argumentaire en faveur de la prévention et plus largement, de la santé publique.

En somme...

Mentionnons d'abord que l'une des conclusions du bilan du PAR 2004-2007 est que la santé publique est bien vivante en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, et ce, à travers le travail et les réalisations des professionnels de la DSP, des intervenants locaux dans les organismes communautaires et dans les CSSS, mais aussi dans les écoles, les clubs sociaux, les municipalités pour ne nommer que ceux-là. La santé publique est donc, comme nous le disions, bien vivante, mais aussi fragile, principalement en raison de son financement de plus en plus

incertain. La promotion de la santé, la prévention et la protection de la santé sont des champs d'activité qui concernent bien entendu nombre d'organismes et d'institutions, la santé étant une responsabilité à la fois individuelle et collective. Nous sommes cependant d'avis que, pour que la promotion de la santé, la prévention et la protection de la santé vivent de façon durable et atteignent les objectifs de santé et de bien-être fixés à l'échelle nationale (PNSP), régionale (PAR) et locale (PAL), elles doivent s'incarner à travers des organisations ou des équipes qui leur sont entièrement et exclusivement consacrées. Autrement, le risque est grand que les autres besoins prennent toute la place et que ce soit l'action en amont des problèmes de santé et de bien-être qui en paye le prix.

Plusieurs participants au bilan ont soulevé cet enjeu relativement à la place à accorder à la prévention parmi l'ensemble des services de santé et de services sociaux, et cela est réjouissant dans la mesure où il ne faut pas seulement croire aux bienfaits de la prévention, il faut aussi voir les menaces qui la guettent et ensuite décider de poser les gestes concrets pour la préserver. Voilà sans doute le plus grand défi qui attend le système de santé et de services sociaux dans les prochaines années, c'est-à-dire celui de faire des choix en faveur de la prévention des problèmes de santé et de bien-être avant que ceux-ci ne surviennent; un défi que la DSP entend bien relever avec ses partenaires afin de continuer à contribuer à la santé et au bien-être de la population gaspésienne et madelinienne. Et le présent PAR 2009-2012 manifeste notre engagement en ce sens.

Nous voyons dans la prochaine partie comment se portent la santé et le bien-être de la population de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et les objectifs sociosanitaires auxquels la santé publique peut contribuer par ses activités.

Partie 2

Portrait de santé et de bien-être et les objectifs à atteindre

L'état de santé globale de la population a connu des progrès remarquables au cours des dernières décennies, et ce, au Québec comme en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine. Cela s'est notamment traduit par des gains appréciables au chapitre de l'espérance de vie. C'est ainsi que par rapport au début des années 80, les femmes et les hommes de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine peuvent espérer vivre 4,1 et 5,0 années de plus respectivement. En 2004-2006, les femmes peuvent s'attendre à vivre jusqu'à 83,0 ans, et les hommes, 76,2 ans. Cette espérance de vie des femmes est semblable à celle des Québécoises (82,8 ans) tandis que les hommes accusent un retard de 1,6 année par rapport aux Québécois (77,8 ans). Précisons toutefois qu'à 65 ans, l'écart entre l'espérance de vie des hommes de la région et celle des Québécois disparaît complètement, ces deux groupes pouvant alors espérer vivre aussi longtemps l'un que l'autre, soit jusqu'à 82,6 ans en 2004-2006. Parallèlement à la hausse de l'espérance de vie, le taux de mortalité infantile a connu une baisse en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine depuis le début des années 80 en passant de 12,6 pour 1 000 en 1981-1983 à 4,7 en 2004-2006. Ce dernier taux est identique à celui du Québec.

Malgré ces progrès, plusieurs problèmes de santé demeurent préoccupants, soit en raison de leur fréquence élevée dans la population, de leur gravité ou encore parce qu'ils sont en hausse ou qu'ils connaissent une recrudescence. Or, dans bien des cas, il est possible de prévenir les problèmes de

santé qui touchent la population et de réduire la morbidité et la mortalité leur étant associées en agissant sur les déterminants à ces problèmes.

Nous faisons état dans cette seconde partie des problèmes de santé les plus importants en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine et pour lesquels il est possible d'agir en prévention. Ensuite, nous présentons les grands déterminants qui influencent la santé et le bien-être et qui ont orienté le choix des activités de santé publique que nous voyons à la partie 3. Précisons toutefois que certains problèmes de santé et déterminants ne sont pas documentés dans ce qui suit, tantôt parce que nous ne disposons pas de données régionales (ex. : prévalence de l'ostéoporose chez les aînés), tantôt parce que nous avons sciemment fait le choix de ne pas les inclure dans ce portrait de manière à ce que celui-ci demeure le plus succinct possible. Ainsi, seulement quelques-unes des nombreuses maladies infectieuses qui affectent la population sont traitées, de même qu'uniquement certains problèmes de santé attribuables au milieu de travail. De plus, nous présentons seulement à la fin de ce *Cadre de référence* les sources de données que nous avons utilisées pour documenter les indicateurs de ce portrait de santé.

Nous indiquons aussi en encadré les objectifs sociosanitaires auxquels la santé publique souhaite contribuer. De façon générale, les objectifs s'inscrivent dans la continuité des cibles visées dans le PAR 2004-2007 puisque, rappelons-le, la période que nous nous étions alors fixée pour les atteindre

était 2004-2012. Certains objectifs ont toutefois été modifiés, d'autres ajoutés pour tenir compte ou bien des nouvelles prescriptions du *PNSP 2003-2012 – Mise à jour 2008*, ou encore des données régionales les plus récentes. Précisons finalement que

tous les objectifs ne sont pas présentés dans cette partie puisque tous les problèmes et déterminants ne sont pas, comme nous le disions, traités. Le lecteur trouvera la liste complète des objectifs dans le cahier *Offre de service et activités structurantes*.

Les problèmes de santé affectant la population

Les problèmes de santé présentés dans cette section sont regroupés selon les thèmes suivants :

- Les problèmes de développement, d'adaptation et d'intégration sociale,
- Les maladies chroniques,
- Les traumatismes non intentionnels,
- Les maladies infectieuses,
- Les problèmes attribuables au milieu de travail.

Les problèmes de développement, d'adaptation et d'intégration sociale

La prématurité et les retards de croissance intra-utérine

La prématurité et les retards de croissance intra-utérine sont parmi les premiers problèmes auxquels peuvent être confrontés les tout-petits et qui peuvent avoir des conséquences néfastes sur leur santé et leur développement ultérieur. On sait par exemple que les enfants nés très prématurément sont beaucoup plus susceptibles de connaître des troubles d'apprentissage à l'école (MSSS, 1992). Or, la prématurité a connu une hausse générale ces dernières décennies dans la région comme au Québec. En Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, la proportion d'enfants nés avant la 37^e semaine de grossesse est en effet passée de 5,4 % en 1986-1988 à 8,9 % en 2004-2006, ce dernier pourcentage étant supérieur à celui du Québec (7,7 %). Selon

certain auteurs, la hausse de la prématurité au Québec est notamment attribuable à :

« ... l'utilisation accrue d'interventions obstétricales, qui font en sorte que certains enfants, qui seraient mort-nés il y a quelques années, vivent à la naissance et comptent parmi les naissances prématurées. » (Lefebvre, 2004 ; Joseph et autres, 2001 ; tirés de MSSS, 2005)

Malgré cela, il reste que de plus en plus d'enfants naissent avant terme avec les conséquences néfastes que cela peut avoir, comme nous le disions, sur leur santé.

En ce qui a trait à la proportion de nouveau-nés présentant un retard de croissance intra-utérine, elle a diminué considérablement au Québec depuis le début des années 80. Dans la région, cette proportion se situe à 8,2 % en 2004-2006 contre 8,1 % au Québec, et selon le MSSS (2008), des gains sont encore possibles à ce chapitre.

Réduire à moins de 8,5 % la proportion d'enfants qui naissent prématurément et à moins de 8 % ceux qui naissent avec un retard de croissance intra-utérine.

Les grossesses précoces

Depuis les vingt dernières années, le taux régional de grossesse précoce (c'est-à-dire les grossesses menées à terme et celles ayant été interrompues) se maintient à un niveau inférieur à celui du Québec. En 1999-

2003, dernière période pour laquelle nous disposons de données, les taux de grossesse chez les jeunes filles de 14-17 ans et de 18-19 ans de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine sont respectivement de 11,8 et 54,9 pour 1 000 contre 18,2 et 65,9 chez les jeunes Québécoises du même âge.

Maintenir le taux de grossesse chez les jeunes femmes de moins de 20 ans en deçà du taux québécois.

Ajoutons cependant que les jeunes filles enceintes de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine mènent en général plus souvent leur grossesse à terme que les jeunes Québécoises dans la même situation de sorte que le taux de jeunes Gaspésiennes et Madeliniennes devenant mères ne se différencie pas généralement de celui des jeunes Québécoises. Cela dit, depuis une quinzaine d'années, le taux de natalité chez les jeunes filles de 15 à 19 ans est à la baisse dans la région comme au Québec.

La maltraitance envers les enfants

Précisons d'abord que la maltraitance envers les enfants inclut toutes les formes d'abus (physique et sexuel) et de négligence, dont l'abandon, commises par un adulte envers un jeune de moins de 18 ans. Cela dit, au cours de l'année 2005-2006, 327 enfants de moins de 18 ans de la région étaient pris en charge par le Centre jeunesse en raison de la maltraitance dont ils étaient victimes en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse. Ce nombre correspond à un taux de prise en charge pour cette année de 19,2 pour 1 000, un taux supérieur à celui du Québec (16,2 pour 1 000). Également, le taux d'enfants pris en charge par les services sociaux pour cause de maltraitance a augmenté graduellement en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine depuis le début des années 2000.

Au chapitre plus précisément des abus sexuels, les données du ministère de la Sécurité publique indiquent que sur les 283 infractions sexuelles déclarées aux autorités policières au cours des trois années 2005 à 2007, 170 concernaient des jeunes filles de moins de 18 ans (60 % des cas) et 49, des garçons (17 %). Ainsi, encore en 2005-2007, les jeunes filles étaient les victimes les plus fréquentes des infractions sexuelles déclarées à la police et jugées fondées après enquête.

Par ailleurs, chez les jeunes de moins de 18 ans de la région comme chez ceux du Québec, le taux d'infractions sexuelles déclarées aux autorités policières a constamment augmenté de 1997 à 2006 pour ensuite connaître une baisse en 2007. Toutefois, la hausse entre 1997 et 2006 a été particulièrement marquée chez les jeunes filles de la région, leur taux étant passé de 222 à 851 pour 100 000 au cours de cette période. Selon le ministère de la Sécurité publique, la progression observée en général au Québec peut être le reflet d'une augmentation réelle de ces crimes, mais aussi d'une augmentation de leur dénonciation à la police. Ajoutons finalement qu'en 2007, 70 infractions sexuelles commises envers des jeunes ont été déclarées à la police, ce qui correspond à un taux de 426 pour 100 000 jeunes, un taux supérieur à celui obtenu chez les jeunes du Québec (228 pour 100 000).

Réduire la proportion des jeunes de moins de 18 ans qui subissent des abus physiques et psychologiques, des agressions sexuelles et de la négligence.

La violence conjugale envers les femmes

Le nombre de crimes commis envers des femmes de 12 ans et plus de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et dénoncés à la police est passé de 124 en 1997 à 207 en 2002.

Par la suite, le nombre de crimes enregistrés par les corps policiers et jugés fondés après enquête a diminué pour se situer à 173 en 2006. En 2007, il a connu à nouveau une hausse avec 206 crimes et a ainsi rejoint le sommet qu'il avait atteint en 2002. Pour cette dernière année, c'est-à-dire en 2007, le taux de crimes commis en contexte conjugal envers les femmes de la région et déclarés aux autorités policières est de 473 pour 100 000, un taux supérieur à celui obtenu chez les Québécoises cette même année (419 pour 100 000).

Réduire le taux de femmes violentées dans un contexte conjugal.

Les agressions sexuelles envers les femmes et les hommes

Au cours des trois années 2005 à 2007, les corps policiers ont enregistré 58 infractions sexuelles commises envers des femmes de 18 ans et plus de la région et 5 envers des hommes. Pour cette période, la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine enregistre un taux annuel d'infractions sexuelles commises envers des adultes et déclarées aux autorités policières légèrement inférieur à celui du Québec (environ 27 pour 100 000 contre 30).

Réduire le taux d'adultes victimes d'agression sexuelle.

Les problèmes de consommation d'alcool et de participation aux jeux de hasard et d'argent

Pour la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, nous n'avons pas de données sur la prévalence des problèmes de consommation d'alcool; les seules données disponibles provenant de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) et offrant plutôt une idée des personnes ayant une consommation

élevée d'alcool. Ainsi, selon ces données, 16 % des personnes de 20 ans et plus dans la région (26 % des hommes et près de 7 % des femmes) ont pris cinq verres ou plus d'alcool au cours d'une même occasion au moins douze fois dans l'année précédant l'enquête de 2005. Cette proportion ne se distingue pas de celle du Québec, laquelle se situe à 17 % (25 % chez les hommes et 9 % chez les femmes).

Pour ce qui est par ailleurs des jeux de hasard et d'argent, une étude est actuellement en cours dans la région. Les résultats devraient être connus à l'automne 2009. D'ici là, nous n'avons aucune donnée régionale sur les problèmes de participation aux jeux de hasard et d'argent en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Au Québec, une étude réalisée en 2002 révèle que 81 % de la population adulte québécoise s'adonne annuellement à des jeux de hasard et d'argent, dont 2,1 % sont des joueurs dits à risque ou pathologiques probables (Ladouceur et autres, 2004).

Réduire la proportion d'adultes qui présentent des problèmes de consommation d'alcool et des problèmes de jeux de hasard et d'argent.

Le suicide

Alors que le taux de décès par suicide au Québec a amorcé une baisse au tournant des années 2000, celui de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine a poursuivi sa montée. Ainsi, pour la première fois depuis le milieu des années 70, la région enregistrait en 2001-2003 un taux de suicide plus élevé que celui de la province, une situation qui se maintient en 2004-2006 (22,4 pour 100 000 contre 15,8 au Québec). Au cours de cette dernière période triennale, ce sont 50 hommes de la région qui se sont enlevé la vie pour un taux de suicide de 35,7 pour 100 000. Pour ce qui est des femmes de la région, quinze ont mis

intentionnellement fin à leurs jours en 2004-2006 pour un taux de suicide de 9,6 pour 100 000. Depuis le milieu des années 70, il s'agit d'un des plus hauts taux de suicide enregistrés sur une période de trois ans par les femmes de la région, sinon le plus haut.

Réduire l'augmentation du taux de décès par suicide chez les hommes et les femmes.

La santé mentale

Selon l'ESCC, 75 % des résidants de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine considèrent, en 2005, avoir une très bonne ou une excellente santé mentale, un pourcentage ne variant pas selon le sexe et semblable à celui du Québec.

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

Les maladies chroniques

Au tournant des années 2000, les cancers sont devenus la première cause de mortalité en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine comme c'est aussi le cas au Québec. Ainsi, en 2004-2006, les cancers sont maintenant responsables de 33 % des décès dans la région et les maladies circulatoires, de 27 %. Cette inversion des deux premières causes de décès s'explique par le fait que la mortalité par maladies circulatoires a connu une baisse relativement importante dans la région au cours des dernières décennies, tandis que la mortalité par cancers s'est accrue. Bien que ce dernier constat soit attribuable au poids démographique plus important des aînés, il reste qu'une proportion de plus en plus grande de gens meurent effectivement du cancer et qu'inversement, de moins en moins décèdent de maladies circulatoires. Cette baisse de la mortalité cardiovasculaire observée par ailleurs dans de nombreux

pays occidentaux serait attribuable à l'amélioration des traitements et donc de la survie à la suite d'une crise cardiaque, mais aussi et surtout aux interventions préventives (Tunstall-Pedoe et autres, 1999; tiré de MSSS, 2008).

Les maladies cardiovasculaires

Mentionnons dans un premier temps qu'en 2004-2006, à âge égal, les femmes et les hommes de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine ne meurent pas plus ni moins de maladies circulatoires que les Québécoises et les Québécois. Par ailleurs, en plus d'être la deuxième cause de décès chez les résidants de la région, les maladies circulatoires constituent une cause importante de morbidité. À preuve, ces maladies sont de loin la principale cause d'hospitalisations. En 2004-2005 et 2005-2006, 21 % des admissions en centre hospitalier de soins de courte durée (CH) leur étaient attribuables (en excluant les hospitalisations liées à la grossesse, aux accouchements et aux naissances). De plus, 24,5 % des personnes de 12 ans et plus interrogées dans le cadre de l'ESCC 2005 rapportent souffrir d'hypertension artérielle ou d'une maladie cardiaque, faisant de ces conditions les problèmes les plus fréquemment déclarés par la population de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine.

Réduire les taux³ de mortalité et de morbidité liées aux maladies cardiovasculaires.

Les cancers

Comme nous le disions, les cancers ont surpassé les maladies circulatoires pour se classer au premier rang des décès. Dans la région, en 2004-2006, le taux de décès par cancers chez les femmes est semblable à

³ Pour tous les objectifs en maladies chroniques, il s'agit de taux ajustés pour tenir compte de l'âge.

celui des Québécoises, ce qui n'est cependant pas le cas chez les hommes, ces derniers ayant un taux de décès pour cette cause de 10 % supérieur à celui des Québécois du même âge. Soulignons toutefois que chez les hommes de la région comme chez ceux du Québec, le taux ajusté de décès par cancers est à la baisse depuis quelques années. En d'autres mots, si ce n'était du fait que la population compte de plus en plus d'hommes âgés, il y aurait moins d'hommes qui décèderaient de cancers. Cette tendance n'est pas encore observée chez les femmes.

Cela dit, en 2004-2006, sur les quelque 297 personnes qui sont mortes chaque année du cancer en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, 35 % sont décédées d'un **cancer du poumon**, ce type de cancer étant le plus mortel à la fois chez les femmes et chez les hommes. De plus, chaque année de 2003 à 2005, ce sont 94 hommes de la région et 39 femmes en moyenne chez qui un cancer du poumon a été détecté. Pour ce type de cancer, à la fois le taux d'incidence en 2003-2005 et le taux de mortalité en 2004-2006 sont plus élevés chez les Gaspésiens et Madelinots que chez les Québécois, ce qui n'est pas le cas chez les Gaspésiennes et Madeliniennes, ces dernières affichant des taux semblables à ceux des Québécoises du même âge.

Par ailleurs, chez les femmes de la région comme chez les Québécoises, on observe une hausse de l'incidence et de la mortalité associées à ce type de cancer depuis les vingt dernières années, ceci reflétant sans doute les habitudes tabagiques des femmes durant les années 60, 70 et 80. À l'inverse, les Québécois ont vu leurs taux d'incidence et de mortalité liées au cancer pulmonaire régresser depuis le milieu des années 80, un phénomène encourageant qui ne s'est cependant pas encore manifesté chez les Gaspésiens et Madelinots.

Réduire les taux d'incidence et de mortalité liées au cancer du poumon.

Comme au Québec, le **cancer du sein** est le deuxième cancer le plus mortel chez les femmes. Chez les Gaspésiennes et Madeliniennes, 15 % des décès par cancers en 2004-2006 sont attribuables à ce type de cancer, soit près de dix-neuf décès en moyenne chaque année. Plus de 84 % de ces décès sont survenus chez des femmes de 50 ans et plus. Cela dit, la population féminine de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine ne décède pas plus ni moins de cette maladie que les Québécoises du même âge. Par contre, la baisse de mortalité par cancer du sein amorcée chez les Québécoises il y a une quinzaine d'années ne s'observe pas encore chez les Gaspésiennes et Madeliniennes.

Réduire le taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes.

En Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, le cancer **colorectal** apparaît au deuxième rang de la mortalité par cancer chez les hommes et au troisième rang chez les femmes. La mortalité associée à ce cancer en 2004-2006 ainsi que l'incidence de ce cancer en 2003-2005 chez les hommes et les femmes de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine ne se distinguent pas de celles des Québécois et Québécoises du même âge.

Cela dit, la mortalité associée au cancer colorectal a régressé depuis les vingt dernières années, et ce, en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine comme au Québec, alors que le taux de nouveaux cas détectés est resté relativement stable. En moyenne chaque année, ce sont tout de même encore plus de 28 personnes de la région qui décèdent d'un cancer colorectal et 78 qui apprennent qu'elles en sont atteintes.

Réduire l'incidence et la mortalité associées au cancer colorectal.

En 2004-2006, quatre femmes de la région sont décédées d'un **cancer du col utérin** dont deux étaient du groupe 25-64 ans. Ce nombre de décès est en général celui qu'on observait au cours des années antérieures en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Toutefois, la mortalité associée au cancer du col utérin chez les femmes est évitable, de sorte qu'il est encore possible de réduire le nombre de décès attribuables à ce type de cancer par des mesures préventives efficaces, notamment le dépistage par le test de Pap et la vaccination contre le virus du papillome humain.

Réduire le taux de mortalité par cancer du col utérin chez les femmes de 25 à 64 ans.

Finalement, le dernier type de cancer retenu dans le *PNSP 2003-2012 – Mise à jour 2008* et dans le *PAR 2009-2012* est le **cancer de la peau** (mélanome). En 2004-2006, ce type de cancer a fait six décès et dix-sept nouveaux cas ont été diagnostiqués en 2003-2005 au sein de la population gaspésienne et madelinienne. Les taux d'incidence et de mortalité liées au cancer de la peau ne se distinguent pas de ceux du Québec.

Réduire les taux d'incidence et de mortalité liées aux cancers de la peau.

Les maladies respiratoires

Les maladies de l'appareil respiratoire, dont font partie les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et l'asthme, apparaissent au troisième rang des hospitalisations dans la région, 10,5 % des admissions en CH de courte durée leur étant attribuables. De plus, 5,5 % de la population de 30 ans et plus dans la région a

déclaré souffrir d'une MPOC lors de l'ESCC 2005. Quant à l'asthme, ce sont 9,8 % des gens de 12 ans et plus en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine qui en seraient affectés en 2005 (8,6 % au Québec).

Les maladies respiratoires sont aussi une cause non négligeable de mortalité. En 2004-2006, 75 personnes de la région sont décédées en moyenne par année de ces maladies, plus de la moitié d'une MPOC. Cela dit, à âge égal, les hommes de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine ne meurent pas davantage que les Québécois de maladies respiratoires, ni de MPOC ni d'asthme, tandis que les femmes de la région enregistrent un taux de décès inférieur à celui de leurs homologues provinciales (sauf pour l'asthme où leur taux de décès est semblable).

Réduire les taux de mortalité et de morbidité liées aux maladies respiratoires dont les MPOC et l'asthme.

Le diabète

La proportion de personnes diabétiques est en progression constante depuis quelques années au Québec de même qu'en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Dans la région, selon les données de la RAMQ qui rendent compte des cas de diabète identifiés par les médecins rémunérés à l'acte, la prévalence ajustée du diabète serait passée de 5,5 % à 7,1 % entre 1999-2000 et 2004-2005. Ainsi, même quand on contrôle pour le vieillissement de la population, la prévalence de cette maladie s'accroît. Cette situation n'est sans doute pas étrangère à l'augmentation de l'obésité, l'obésité étant, avec l'avancement en âge et la sédentarité, un facteur associé au diabète (MSSS, 2008).

Limiter l'augmentation de la prévalence du diabète chez la population âgée de 20 ans et plus à 30 %. (Il s'agit d'un objectif national auquel la DSP souscrita par ses activités)

L'obésité et l'embonpoint

L'obésité a connu une hausse marquée ces dernières années au Québec et la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine n'a pas échappé à ce phénomène qui préoccupe en raison, notamment, des risques accrus que courent les personnes obèses de développer plusieurs maladies chroniques dont les maladies cardiovasculaires et le diabète de type 2 (MSSS, 2005). Cette situation est d'autant plus inquiétante qu'à l'échelle du Québec, une hausse de l'obésité affecte aussi les jeunes de sorte que certains craignent que cela ait un impact négatif à long terme sur l'espérance de vie de la population.

Cela dit, la prévalence de l'obésité chez les adultes de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine se situait à 7,8 % en 1987 et s'établit à 18,2 % moins de vingt ans plus tard, en 2005. Cette augmentation s'est aussi observée pour l'embonpoint, la prévalence étant passée de 32,7 % à 39,8 % durant cette même période. Ainsi, en 2005, c'est près de 58 % des personnes de 18 ans et plus de la région qui présentent un excès de poids (obésité et embonpoint confondus), une proportion non seulement plus élevée que par les années passées mais aussi supérieure à celle obtenue au Québec (47 %). Mentionnons que dans la région et au Québec, les hommes sont plus nombreux que les femmes, en 2005, à souffrir d'obésité ou d'embonpoint.

Réduire la prévalence de l'obésité et la prévalence de l'embonpoint.

Les traumatismes non intentionnels

Les traumatismes non intentionnels, appelés aussi les blessures accidentelles, sont des lésions corporelles qui résultent d'accidents survenant sur les routes ou hors route, d'accidents ou d'empoisonnements survenant à domicile ou encore d'accidents lors de la pratique d'activités sportives ou récréatives. Parmi les traumatismes non intentionnels, les accidents de la route sont de loin la première cause de décès tandis que les accidents survenant à domicile sont ceux occasionnant le plus d'hospitalisations.

Les accidents de la route

L'examen des données publiées en 2007 par la Société de l'assurance automobile du Québec indique que le Québec a enregistré une baisse notable des accidents de la route de 1985 au tournant des années 2000. Après quoi, on a plutôt assisté à une certaine stabilité. Parallèlement, le nombre d'accidents mortels a aussi régressé de façon marquée, de l'ordre de 50 % de 1985 jusqu'à la fin des années 90, pour lui aussi connaître ensuite une relative stabilité, entre 550 et 650 décès annuellement au Québec.

Plus près de nous, en 2004-2006, 40 personnes de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (30 hommes et 10 femmes) ont perdu la vie dans un accident de la circulation, dont quinze avaient moins de 30 ans. Avec ce nombre de décès, la région enregistre pour ces trois années une surmortalité par rapport au Québec. Cette surmortalité régionale n'est pas nouvelle, on l'observe depuis au moins une vingtaine d'années. Au chapitre des hospitalisations, les accidents de la route ont conduit à 112 admissions en CH au sein de la population de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine au cours de l'année 2006-2007, plus des deux tiers impliquant des hommes.

Réduire la mortalité et la morbidité chez les usagers du réseau routier.

Les accidents de véhicules hors route

L'usage de véhicules hors route a fait sept décès chez les résidents de la région en 2004-2006, tous des hommes dont deux étaient âgés de moins de 30 ans. Pour cette période, les hommes de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine enregistrent un taux de mortalité plus élevé que celui des Québécois du même âge. Plus près de nous, en 2006-2007, les accidents de véhicules hors route ont été à l'origine de 24 hospitalisations chez les résidents de la région, dont 22 concernent des hommes pour la plupart âgés entre 10 et 34 ans.

Réduire la mortalité et la morbidité chez les usagers de véhicules hors route.

Les chutes et autres traumatismes à domicile

Précisons d'abord que par traumatismes à domicile, on fait généralement référence aux chutes, incendies, intoxications et à tout autre accident ou empoisonnement survenant au domicile des personnes. Cela dit, cette catégorie de traumatisme a été la cause de douze décès en 2004-2006 dans la région, dont trois aînés (aucun enfant de 0 à 5 ans n'est décédé de cette cause en 2004-2006). Ce genre d'accident est aussi, comme nous le disions, la plus importante cause d'hospitalisations parmi l'ensemble des traumatismes non intentionnels. En 2006-2007, les accidents et empoisonnements à domicile ont occasionné près de 260 hospitalisations chez la population gaspésienne et madelinienne. De façon générale, ce sont les chutes qui occasionnent la majorité des blessures survenant à domicile et nécessitant une hospitalisation. Et dans plus de 80 % des cas, il s'agit d'une chute chez une personne de 65 ans et plus,

le plus souvent une femme. Ajoutons à ce sujet qu'au Québec, 30 % des aînés font au moins une chute chaque année (O'Loughlin et autres, 1993, tiré de MSSS, 2004).

Pour ce qui est des enfants de 0 à 5 ans (60 mois), neuf hospitalisations ont eu lieu dans ce groupe en 2006-2007 à la suite d'un accident ou d'un empoisonnement survenu à la maison.

Réduire la mortalité et la morbidité liées aux chutes et autres traumatismes à domicile, notamment chez les enfants de 0 à 5 ans et chez les personnes de 65 ans et plus.

Les traumatismes récréatifs ou sportifs

Ces derniers types de traumatismes regroupent les accidents qui surviennent lors de la pratique d'activités récréatives ou sportives dont font notamment partie les sports de glisse (ex. : ski alpin, planche à neige), les activités réalisées sur les plans d'eau (ex. : kayak, embarcation motorisée) ainsi que celles pratiquées dans les aires de jeu municipales ou scolaires.

En 2006-2007, seize hospitalisations ont eu lieu chez la population de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine en raison d'un traumatisme récréatif ou sportif dont sept chez des jeunes garçons de 5 à 14 ans.

Réduire la mortalité et la morbidité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs⁴.

Les maladies infectieuses

Partout au Québec et ailleurs dans le monde, des progrès considérables ont été faits au cours des dernières décennies dans le domaine des maladies infectieuses.

⁴ Nous ne disposons d'aucune donnée régionale sur la mortalité associée à ces traumatismes, mais nous avons fait le choix de garder cet objectif car nous y souscrivons par certaines activités.

Néanmoins, les efforts de prévention doivent se poursuivre car le Québec, y compris la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, a vu apparaître ces dernières années de nouvelles maladies infectieuses et la résurgence de certaines qu'on croyait avoir maîtrisées.

Les maladies évitables par l'immunisation

Dans la région, en 2007, trois cas de maladies évitables par l'immunisation de base ont été déclarés aux autorités régionales de santé publique, soit un cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type b et deux cas d'oreillons. Ces deux cas d'oreillons sont les premiers cas déclarés dans la région depuis 1996 et leur survenue coïncide avec l'éclosion d'oreillons au cours de cette même année au Québec et au Nouveau-Brunswick (Jalbert et Judd, 2008). Pour ce qui est de la coqueluche, précisons qu'aucun cas n'a été déclaré dans la région en 2007 ni en 2006.

Par ailleurs, cinq cas d'hépatite B ont été notés en 2007 en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, mais aucun d'entre eux n'était un cas aigu et aucun n'a été enregistré chez les enfants de moins d'un an. Concernant l'hépatite A, trois déclarations ont été faites en 2007 dans la région.

Finalement, douze cas d'infections invasives à pneumocoque ont été portés à l'attention des autorités de santé publique en 2007 dont dix touchaient des personnes de 45 ans et plus. Le taux d'incidence de ces affections dans la région ne se distingue pas de celui du Québec en 2007.

Réduire la transmission des maladies infectieuses, notamment l'incidence des maladies évitables par l'immunisation.

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Les ITSS constituent de loin les maladies infectieuses les plus souvent rapportées, et ce, dans la région comme au Québec. Encore en 2007, 54 % des cas déclarés au fichier régional des MADO leur sont attribuables. De plus, sur les quelque 103 ITSS déclarées en 2007 dans la région, 99 sont des cas d'infections à chlamydia génitale dont plus de la moitié concernent des jeunes femmes de 15 à 24 ans. Cela dit, après avoir connu une hausse de 1999 à 2004, le nombre de chlamydioses a diminué en 2005 pour se stabiliser par la suite. Ajoutons qu'en 2007, le taux d'infections à chlamydia génitale déclarées dans la région est inférieur à celui du Québec.

Par ailleurs, depuis quelques années, les infections à gonorrhée sont en résurgence partout au Québec, particulièrement chez les groupes vulnérables. Dans la région, on a recensé deux cas en 2007.

Finalement, dix cas d'hépatite C ont été enregistrés au fichier des MADO en 2007, une maladie, rappelons-le, étroitement associée à l'usage de drogues intraveineuses. Avec ce nombre de cas, la région obtient, en 2007, un taux d'incidence de cette affection inférieur à celui du Québec.

Réduire la progression de la transmission des ITSS.

Les infections nosocomiales

Les infections survenant en milieu de soins continuent de préoccuper et de faire l'objet d'une surveillance étroite partout au Québec, notamment les diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD), les infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et les infections à

entérocoque résistant à la vancomycine (ERV). Au cours des trois dernières années d'application du programme de surveillance des DACD, on note un taux d'incidence des DACD inférieur à la moyenne provinciale en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Le taux régional pour l'année 2006-2007 se situe à 8,1/10 000 patients-jours (8,9/10 000 patients-jours pour l'ensemble du Québec). Par ailleurs, les éclosions de DACD ont été peu nombreuses (5) et ont généré peu de cas chacune (3 à 5 cas).

Pour ce qui est des éclosions de SARM, aucune n'a été observée en 2007 dans les CHSLD de la région. La région a par contre connu sa première éclosion d'ERV en 2007. Cette éclosion a débuté à la fin de mai 2007 pour se terminer le 15 septembre 2008 et a fait un total de 30 cas dans un même établissement.

Réduire la transmission des infections nosocomiales dans les établissements de santé et de services sociaux.

(Les objectifs détaillés en maladies infectieuses sont présentés dans le cahier Offre de service et activités structurantes).

Les problèmes de santé attribuables au milieu de travail

En 2006, selon les données du Fichier des lésions professionnelles de la CSST, 34 cas de surdité, de perte ou de d ficiency auditive et 511 cas de troubles musculosquelettiques

attribuables au milieu de travail ont été déclarés et acceptés par la CSST pour des travailleurs de la région. Pour 2006, la Gaspésie— les-de-la-Madeleine contribue ainsi pour 1,5 % des cas de surdité déclarés dans l'ensemble du Québec et pour 1,3 % des troubles musculosquelettiques. Cette part occupée par la Gaspésie— les-de-la-Madeleine parmi l'ensemble du Québec relativement aux troubles musculosquelettiques était de 1,0 % en 2001 et a ensuite augmenté constamment jusqu'en 2006. En fait, ce qui s' st passé, c' st que le nombre de nouveaux cas déclarés et acceptés par la CSST a diminué de près de 20 % au Québec entre 2001 et 2006 alors que le nombre de cas dans la région n'a pas véritablement varié.

Réduire les problèmes attribuables à l'exposition à des agresseurs physiques, chimiques ou biologiques et aux autres facteurs de risque liés au milieu de travail, notamment la surdité professionnelle et les troubles musculosquelettiques.

(Les objectifs détaillés dans le domaine de la santé au travail sont présentés dans le cahier Offre de service et activités structurantes).

Les déterminants de la santé

Depuis 1981, la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine a vu son nombre d'habitants diminuer de 17 %, soit une perte nette d'environ 20 000 personnes en 25 ans. À cette décroissance importante se jumelle un vieillissement de la population, le plus rapide en fait de tout le Québec. C'est ainsi qu'en 2006, sur les quelque 94 680 personnes qui habitent la région, 17,9 % sont âgées de 65 ans et plus alors qu'au Québec, cette proportion est plutôt de 14,1 %. Pour la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, on prévoit que le pourcentage d'ainés se situera à 36,3 % en 2026 de sorte que le nombre d'ainés devrait passer de 16 901 en 2006 à 29 269 en 2026.

Cette hausse attendue du nombre d'ainés aura certainement pour conséquence, à tout le moins à court et moyen termes, d'augmenter l'ampleur de certains problèmes de santé que nous avons vus plus tôt, dont les maladies chroniques et les chutes. Toutefois, il faut rappeler que le vieillissement n'est pas le seul facteur à l'origine des problèmes de santé. L'amélioration de l'accès à l'éducation, le développement économique, l'adoption de politiques publiques favorables à la santé, la création d'occasions favorisant la solidarité et la participation des citoyens à la vie de leur communauté, l'adoption de saines habitudes de vie, la création d'environnements sécuritaires, l'adoption de comportements responsables pour préserver l'environnement dans lequel nous vivons, l'amélioration de l'accès aux services sociaux et de santé, pour ne nommer que ceux-là, sont reconnus comme des facteurs d'influence plus importants encore que le vieillissement et sur lesquels il est possible d'agir. Ces facteurs sont généralement regroupés en quatre grands déterminants, soit :

- Les conditions de vie et l'environnement social,
- Les habitudes de vie et les comportements liés à la santé,
- L'environnement physique,
- L'organisation des services de santé et des services sociaux.

Nous présentons dans cette section comment se situe la région relativement à ces facteurs d'influence de la santé. Le lecteur remarquera que pour plusieurs facteurs, le PAR ne définit aucun objectif. C'est le cas des facteurs dont la responsabilité première ne relève pas de la santé publique, mais plutôt d'autres secteurs d'activité comme l'éducation et l'économie. C'est le cas aussi de plusieurs autres facteurs comme le recours à la mammographie de dépistage, l'utilisation de la ceinture de sécurité, la qualité de l'air intérieur et l'exposition aux rayons ultraviolets, tous des facteurs pour lesquels le PNSP et le PAR prévoient des activités de santé publique pour agir sur chacun d'eux, mais pour lesquels aucun objectif sociosanitaire n'est défini.

Les conditions de vie et l'environnement social

Les effets néfastes de la pauvreté et de l'exclusion sociale sur la santé et le bien-être sont bien démontrés, qu'on pense au risque accru de problèmes de santé mentale ou de maladies chroniques chez les moins nantis, ou encore aux accidents ou aux retards scolaires plus fréquents chez les enfants de familles défavorisées. Nous voyons dans ce qui suit comment se situe globalement la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine eu égard à certains indicateurs relatifs aux conditions de vie et à l'environnement social dont la

scolarité, l'insécurité alimentaire, le stress relié au travail et le soutien social.

La scolarité

À l'image de la situation provinciale, le niveau de scolarité de la population gaspésienne et madelinienne a continué sa progression en 2006. En effet, la proportion de personnes de 25 ans et plus ne détenant aucun diplôme d'études secondaires ni de certificat d'une école de métiers est passée de 57 % en 1991 à 46 % en 2001 pour se situer à moins de 38 % en 2006. Inversement, la proportion de personnes ayant un grade universitaire (au moins un baccalauréat) a augmenté constamment durant cette période en passant de 4,9 % à 8,2 % entre 1991 et 2006. Malgré ces gains, le niveau de scolarité de la population régionale demeure inférieur à celui de la population du Québec chez qui le pourcentage sans DES est de 23 % et celui avec un grade universitaire de 18 % en 2006.

La situation économique

Ce dernier constat en défaveur de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine est aussi vrai pour plusieurs autres indicateurs socioéconomiques dont le taux d'emploi (43,4 % contre 60,3 % au Québec⁵), le taux de chômage (17,1 % contre 7,7 %), le pourcentage de prestataires de l'assistance sociale (8,6 % contre 6,2 % en décembre 2008) et, conséquemment, le revenu personnel par habitant (25 694 \$ contre 32 474 \$ en 2007). De plus, faut-il rappeler que la situation des femmes eu égard à ces derniers indicateurs est toujours moins favorable que celle des hommes.

⁵ Les données sur le taux d'emploi et le taux de chômage représentent la moyenne de décembre 2008 à février 2009.

Le stress relié au travail

Chez les personnes de 15 à 74 ans de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine qui ont occupé un emploi à un moment ou l'autre de l'année en 2005, 30,3 % ont affirmé éprouver un stress quotidien élevé au travail lors de l'ESCC. La proportion correspondante chez les travailleurs et travailleuses du Québec est plus élevée avec 36,6 %. Cet écart en faveur de la région était présent en 2001 et 2003. Mentionnons ici que les femmes sont en général plus nombreuses que les hommes, en proportion, à éprouver un stress élevé au travail, et ce, tant en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec.

Par ailleurs, toujours en 2005, 59 % des travailleurs de la région et 43 % des travailleuses ont un niveau élevé d'effort physique relié à leur travail, des proportions nettement plus élevées que celles des Québécois (42 %) et des Québécoises (32 %).

Finalement, 23,7 % des personnes de la région qui occupaient un emploi en 2005 avaient un niveau élevé d'insécurité d'emploi (21,7 % au Québec). Les Gaspésiens et Madelinots étaient à ce moment plus nombreux que leurs homologues québécois à ressentir un niveau élevé d'insécurité au regard de leur emploi (29,3 % contre 21,1 %).

L'insécurité alimentaire

Encore aujourd'hui, il y a des personnes au Québec qui, faute d'argent, ne mangent pas à leur faim, ne mangent pas des aliments de qualité ou suffisamment variés ou qui souffrent carrément de la faim. La Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine n'échappe pas à cette réalité associée étroitement à la pauvreté. En effet, en 2005, 4,3 % des personnes de 12 ans et plus de la région

vivent dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire (4,5 % au Québec). Or, l'alimentation n'a pas seulement une incidence sur les maladies chroniques comme les cancers ou les maladies cardiovasculaires, elle a aussi des conséquences sur plusieurs problèmes de développement et d'adaptation sociale que nous avons vus plus tôt. Par exemple, les femmes enceintes ayant une alimentation déficiente sont plus sujettes à donner naissance à des bébés de poids insuffisant. On sait aussi que les enfants qui ne mangent pas à leur faim vont vivre plus de difficultés scolaires et ont moins de chances de réussir à l'école que les autres enfants.

Éviter que ne progresse au-delà de 4,3 % la proportion des personnes de 12 ans et plus vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire.

Le soutien social

On reconnaît le rôle de protection que joue le soutien social lors des moments difficiles que traversent les individus. D'ailleurs, les personnes ayant un faible soutien social qui sont éprouvées par un événement stressant sont en général plus susceptibles de vivre de la détresse psychologique que celles pouvant compter sur un bon soutien de la part de leur entourage (Légaré et autres, 2000; tiré de INSPQ et MSSS, 2006). Le renforcement du soutien social constitue ainsi une voie d'action pertinente pour prévenir différents problèmes de santé et de bien-être dont la violence, le suicide et les problèmes de santé mentale (MSSS, 1992). À ce sujet, mentionnons que comparativement au Québec, la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine compte encore en 2005 une plus grande proportion de personnes ayant un niveau de soutien social très élevé (48 % contre 36 %), c'est-à-dire des personnes qui ont en tout temps quelqu'un pour les écouter et les conseiller en temps de crise, leur donner des

renseignements, quelqu'un à qui elles peuvent se confier et parler, et quelqu'un qui comprend leurs problèmes.

Augmenter la proportion de personnes ayant un niveau élevé de soutien social.

Ajoutons qu'en dépit de la situation économique difficile qui sévit depuis plusieurs années en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et de la décroissance importante de la population, 72 % des gens de la région ont, en 2005, un fort sentiment d'appartenance à leur communauté locale, une proportion plus élevée que celle de la population québécoise (55 %), comme c'était d'ailleurs le cas en 2001.

Les habitudes de vie et les comportements liés à la santé

L'allaitement maternel

L'allaitement maternel est reconnu pour avoir des effets bénéfiques tant sur la santé des nouveau-nés que sur celle des mères ainsi que sur la relation mère-enfant (MSSS, 2001). Les bénéfices de ce mode d'alimentation des tout-petits seront d'autant plus grands que la durée de l'allaitement est longue et que l'allaitement exclusif est privilégié. Or, une enquête réalisée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) indique que 71 % des nourrissons de la région nés dans un CH ou dans une maison de naissance en 2005-2006 ont été nourris au moins une fois au sein durant leur séjour (85 % au Québec). Ce taux d'allaitement ne se maintient pas dans le temps et sa baisse la plus marquée dans la région comme au Québec se situe au cours du premier mois de vie de l'enfant. À un mois, le taux d'allaitement dans la région chute à 53 % (73 % au Québec). Cette situation traduit sans doute les difficultés que connaissent plusieurs mères durant cette période critique des premières

semaines d'allaitement (Haiek, Neill, Plante et Beauvais, 2006), d'où l'importance de renforcer le soutien à l'allaitement maternel durant le premier mois de vie de l'enfant de manière à favoriser la persévérance.

Comme nous le disions, les bienfaits de l'allaitement sont encore plus grands si les nourrissons sont uniquement nourris au sein (sans liquides ou solides). Toujours selon l'enquête de l'ISQ, le taux d'allaitement exclusif semble assez peu répandu en 2005-2006, et ce, dans la région comme au Québec : 47 % des nouveau-nés de la région reçoivent exclusivement du lait maternel durant leurs premiers jours de vie (52 % au Québec) et ce pourcentage se situe à 37 % à un mois de vie de l'enfant (44 % au Québec).

Augmenter le taux d'allaitement maternel à 75 % à la sortie du CH et à 60 % chez les enfants d'un mois, ainsi que le taux d'allaitement exclusif à 55 % à la sortie du CH et à 45 % à un mois.

Le tabagisme, l'alimentation et l'activité physique

Les habitudes de vie dont le tabagisme, la sédentarité et une mauvaise alimentation constituent, on le sait, des facteurs associés au développement et à l'aggravation de plusieurs maladies chroniques. De plus, l'alimentation est non seulement un précurseur de ces maladies mais aussi, comme nous le disions plus tôt, de certains problèmes de développement et d'adaptation chez les jeunes. Par exemple, les enfants ne mangeant pas à leur faim sont plus à risque de retard de développement et conséquemment, de présenter des troubles d'apprentissage à l'école. On doit de plus garder constamment à l'esprit que le fait de bien manger ou d'adopter de saines habitudes de vie en général n'est pas uniquement le fruit d'une volonté

individuelle, mais aussi des possibilités qui s'offrent aux individus et des moyens dont ils disposent (Mongeau et autres, 2001, tiré de Dubé et Parent, 2007).

Cela dit, des gains importants ont été réalisés dans les dernières décennies relativement au tabagisme, et ce, chez les hommes comme chez les femmes de la région. Le pourcentage global de fumeurs réguliers chez les 15 ans et plus est en effet passé de 37,4 % à 21,7 % de 1987 à 2005, ce dernier pourcentage ne se différenciant pas statistiquement de celui du Québec (19,4 %).

Réduire la proportion de fumeurs (occasionnels et réguliers) chez les jeunes du secondaire à 13 % et la proportion de fumeurs réguliers chez les 15 ans et plus à 16 %.

En 2005, 35 % des personnes de 12 ans et plus en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine atteignent le niveau recommandé d'activité physique. Pour les jeunes de 12 à 17 ans, ceci signifie qu'ils font l'équivalent d'une marche de soixante minutes d'un pas rapide à tous les jours, et pour les adultes, l'équivalent d'une marche de trente minutes d'un pas rapide à tous les jours. Chez les adultes de 20 ans et plus pour lesquels nous avons des données depuis 2000-2001, il est intéressant de noter que des gains ont été obtenus à ce chapitre, c'est-à-dire qu'une proportion de plus en plus grande atteint le niveau recommandé d'activité physique et qu'à l'inverse, la proportion de sédentaires tend à diminuer. Ceci est vrai dans notre région comme au Québec.

Augmenter de 5 % la proportion des personnes de 12 ans et plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.

Finalement, en 2003, la moitié de la population gaspésienne et madelinienne de

12 ans et plus consomme le nombre recommandé de fruits et légumes par jour, soit au moins cinq portions de fruits et légumes quotidiennement. Bien que cette proportion soit somme toute encore peu élevée, elle l'est tout de même davantage que celle obtenue au Québec (45 %).

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

L'hygiène buccodentaire

Les seules données récentes que nous avons sur l'hygiène buccodentaire de la population de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine sont celles sur l'indice de débris (OHIS) chez les élèves de maternelle et de 1^{re}, 2^e et 3^e année du primaire. Cet indice est une mesure de la quantité de dépôts de bactéries, de mucine et de particules, et traduit donc le niveau d'hygiène buccale. L'indice varie de 0 (excellente hygiène buccale) à 3,0 (hygiène buccale médiocre). Ainsi, selon cet indicateur, les enfants de la région fréquentant la maternelle ou une classe de 1^{re}, 2^e ou 3^e année au cours de l'année scolaire 2007-2008 ont un indice moyen de débris de 0,8 sur 3,0, soit une hygiène buccale moyenne.

Améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire chez les personnes de tous les groupes d'âge.

Le recours à la mammographie de dépistage et au test de Pap

Entre janvier 2006 et décembre 2007, 54 % des femmes âgées entre 50 et 69 ans de la région ont eu une mammographie par le biais du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) (53 % au Québec). Bien que ce pourcentage obtenu dans la région soit plus élevé que celui des

années antérieures, des efforts supplémentaires devront être consentis pour atteindre l'objectif du MSSS en cette matière qui est de rejoindre 70 % des femmes ciblées.

Le dépistage du cancer du col utérin par le test de Pap est une mesure préventive privilégiée par le *PNSP 2003-2012 – Mise à jour 2008* pour réduire la mortalité liée au cancer du col utérin. Or, en 2005, selon l'ESCC, 72 % des Gaspésiennes et Madeliniennes de 18 à 69 ans ont passé un test de Pap au cours d'une période de moins de trois ans, le pourcentage correspondant au Québec étant de 70 %.

L'utilisation de la ceinture de sécurité

Plusieurs facteurs sont associés à la mortalité sur les routes, notamment l'utilisation des systèmes de retenues. À ce sujet, si à l'image de la situation provinciale de 2004 la majorité des conducteurs et des passagers utilisent effectivement la ceinture de sécurité en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, 15 % n'ont tout de même pas encore adopté ce comportement préventif la nuit.

La vaccination contre la grippe

Finalement, la vaccination contre la grippe, notamment chez les personnes de 65 ans et plus, est une mesure reconnue efficace pour prévenir l'influenza. Selon l'ESCC 2005, 56 % des aînés de la région affirment avoir reçu le vaccin contre la grippe durant les douze mois précédant l'enquête, un pourcentage qui ne se distingue pas de celui de la province.

L'environnement physique

La qualité de l'environnement physique est grandement tributaire des façons selon lesquelles nous gérons et utilisons les ressources, occupons et aménageons le

territoire et produisons et consommons les biens et services (MSSS, 2005). À son tour, la qualité de l'environnement dans lequel nous vivons a une influence sur la survenue et l'aggravation de plusieurs problèmes de santé.

La qualité de l'air intérieur

Bien que le tabagisme soit responsable de plus de 80 % des cancers du poumon dans la population générale, l'inhalation de particules de radon, une substance radioactive présente naturellement à des quantités variables dans le sol, serait impliquée dans 10 % des cancers pulmonaires (National Research Council, 1999, tiré de Dubé, Parent et Deck, 2005). De plus, on sait qu'une exposition régulière à la fumée de tabac dans l'environnement contribue non seulement à l'apparition ou à l'aggravation de l'asthme (MSSS, 2003), mais augmente aussi le risque de développer un cancer du poumon (California Environmental Protection Agency, 2005 ; tiré de MSSS, 2006). Or, en 2005, 18,0 % des non-fumeurs de 12 ans et plus en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine sont exposés presque quotidiennement à la fumée de tabac (13,0 % au Québec).

La qualité de l'air extérieur

Le pollen de l'herbe à poux, une plante allergène qui refait son apparition depuis quelques années sur le sol gaspésien, serait responsable de 50 à 90 % de tous les cas de rhinites allergiques (Masson et Grignon, 1998; tiré de MSSS, 2003).

La pollution atmosphérique est, quant à elle, à l'origine du développement ou de l'exacerbation de maladies respiratoires et cardiovasculaires particulièrement chez les personnes vulnérables comme les enfants, les asthmatiques et les personnes âgées (Ministère de l'Environnement de l'Ontario,

2005, tiré de Dubé, Parent et coll., 2006). À ce sujet, une diminution de plus de 80 % des émissions de polluants générées par les industries, notamment le monoxyde de carbone et les oxydes de soufre, a été notée en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine entre 2000 et 2003 de sorte qu'en 2003, la région contribue pour 1,2 % des émissions produites par les industries du Québec (7,3 % en 2000). Cette réduction est attribuable à la fermeture de trois usines qu'a connue la région durant cette même période. Le transport routier constitue une autre source importante d'émissions de contaminants atmosphériques. En 2000, les véhicules légers et lourds immatriculés en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine ont produit 2,3 % de toutes les émissions d'oxyde d'azote générées par le transport routier au Québec.

La qualité de l'eau

L'ingestion d'eau contaminée ou le contact avec une eau contaminée peut engendrer des gastro-entérites et des dermatites notamment (MSSS, 2003). En Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, les déclarations d'infections d'origine hydrique attribuables à une contamination de l'eau de consommation ou à l'eau de baignade sont très rares et constituent des cas isolés.

Les intoxications environnementales

L'utilisation inadéquate d'appareils de combustion (ex. : poêle à bois, système de chauffage au gaz, appareil de cuisson au gaz propane) ou l'utilisation d'appareils de combustion défectueux peut causer des intoxications au monoxyde de carbone (CO). Dans la région, d'un à deux cas d'intoxications à ce contaminant sont déclarés en moyenne chaque année.

Les rayons ultraviolets

Finalement, le lien entre une exposition prolongée aux rayons ultraviolets et les cancers de la peau est bien démontré (MSSS, 2003).

L'organisation des services de santé et des services sociaux

Le système de services de santé et de services sociaux est reconnu depuis longtemps comme un déterminant important de la santé de la population. Sur les quelque trente années gagnées en espérance de vie au cours du dernier siècle en Occident, huit seraient attribuables aux interventions du système de santé et de services sociaux (Rodham-Clinton, 2004, tiré de MSSS, 2005). Plus près de nous, la mise en place du régime d'assurance public en 1970, a permis de réduire la morbidité et la mortalité évitables (MSSS, 2005). De plus, en assurant l'ensemble des citoyens sans égard à leur santé et situation économique, le régime d'assurance public permet un meilleur accès aux soins de santé, notamment pour les plus démunis, et contribue ainsi à atténuer les effets de la pauvreté sur la santé (MSSS, 2008). En ce sens, l'accès aux services de santé et de services sociaux demeure un enjeu majeur. Cela dit, il faut cependant noter que :

« ... dans les pays riches où de nombreuses causes d'incapacité et de décès sont déjà maîtrisées, l'impact de l'organisation des soins et des services sur l'état de santé de la population devient moins visible (OMS, 2000). En clair, cela signifie qu'on ne pourrait espérer obtenir des gains importants, sur le plan de l'amélioration de la santé, avec de nouveaux investissements massifs dans les services de santé. »
(MSSS, 2005, page 60)

C'est donc ailleurs qu'il faut désormais trouver les moyens pour prévenir les

problèmes évitables et améliorer la santé de la population. Selon la littérature scientifique, les éléments de l'organisation des soins et des services qui offrent actuellement le plus de potentiel pour prévenir les problèmes de santé et les problèmes psychosociaux sont de :

- Consolider les services de première ligne, plus précisément s'assurer de leur accès à toute la population et du cheminement adéquat des personnes à travers les services.
- Accorder une plus grande place à la prévention au sein du système de santé et de services sociaux, notamment en intégrant les interventions préventives prescrites par le PNSP dans la pratique des professionnels oeuvrant en première ligne.
- Favoriser l'adoption de bonnes pratiques (MSSS, 2005, 2008).

De par sa mission, la santé publique est donc directement interpellée par ces défis qui confrontent l'organisation du système de santé. C'est pourquoi, la DSP entend continuer à travailler, avec ses partenaires, au déploiement des activités de santé publique requises de manière à rendre accessibles les services préventifs auxquels la population a droit. Il s'agit là d'un défi majeur pour la santé publique, mais aussi pour l'ensemble du système de santé et de services sociaux de la région, car des décisions importantes, notamment au plan financier, devront être prises en faveur de la prévention et de la place à lui accorder au sein du système.

Ce portrait de santé et de bien-être fait, nous voyons dans la prochaine partie les activités de santé publique requises ainsi que les stratégies d'action à privilégier pour contribuer à améliorer la santé de la population gaspésienne et madelinienne.

Partie 3

Les activités de santé publique et les stratégies d'action

Cette troisième partie se divise en deux sections. Dans la section 3.1, nous présentons les grandes activités de santé publique que la DSP s'engage à réaliser ou à soutenir selon le cas au cours de la période 2009-2012, et ce, à compter des activités prescrites par le *PNSP 2003-2012 – Mise à jour 2008*. Ensuite, à la section 3.2, nous définissons les stratégies d'action qui influenceront la façon de mettre en œuvre plusieurs des activités de santé publique et les actions plus concrètes qu'elles impliquent à l'échelle régionale.

3.1

Les activités de santé publique requises

Cette section se divise en sept sous-sections, les six premières correspondant aux grands domaines d'intervention de la santé publique proposés dans le *PNSP 2003-2012 – Mise à jour 2008*, à savoir :

- Domaine 1 : Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale
- Domaine 2 : Les habitudes de vie et les maladies chroniques
- Domaine 3 : Les traumatismes non intentionnels
- Domaine 4 : Les maladies infectieuses
- Domaine 5 : La santé environnementale
- Domaine 6 : La santé en milieu de travail

La septième sous-section traite, pour sa part, de la surveillance de l'état de santé et de la recherche, deux fonctions transversales en quelque sorte aux six domaines d'intervention énumérés précédemment puisque les connaissances qu'elles génèrent permettent de soutenir et d'orienter les acteurs de santé publique dans la planification et le choix de leurs actions.

Cela dit, pour chacun des six domaines d'intervention, nous rappelons d'abord les principaux défis et enjeux que nous envisageons pour les prochaines années. Ensuite, nous indiquons les grandes activités de santé publique que la DSP s'engage à réaliser ou à soutenir en 2009-2012, lesquelles correspondent, pour une large part, à celles prescrites à l'échelle nationale dans le *PNSP 2003-2012 – Mise à jour 2008*. Seulement quelques activités ont été ajoutées de manière à tenir compte de notre réalité régionale ou encore de ce que nous faisons déjà en santé publique dans la région. Précisons ici que les activités prescrites dans le *PNSP 2003-2012 – Mise à jour 2008* sont des activités reconnues efficaces pour agir sur les déterminants de la santé et ainsi prévenir les problèmes de santé que nous avons vus à la partie 2. À ce sujet, nous rappelons au tableau 2 les grands déterminants de la santé et donnons des exemples d'activités de santé publique qui agissent sur chacun d'eux.

Il importe cependant de souligner que l'action sur les déterminants de la santé ne

relève pas strictement du système de santé et de services sociaux et encore moins de la santé publique seulement. Elle exige la contribution de tous parce qu'elle repose notamment sur un ensemble de choix sociaux, comme le partage de la richesse, la préservation de l'environnement physique, l'adoption de politiques publiques favorables à la santé et l'accès à des services éducatifs de qualité (MSSS, 2005). C'est d'ailleurs pourquoi, la santé publique agit souvent, comme l'indiquent plusieurs exemples au tableau 2, à titre de soutien ou de participante à la réalisation des activités puisque plusieurs d'entre elles ne relèvent

pas directement de sa responsabilité, mais d'autres secteurs d'activité (éducation, municipalités, transports, économie, etc.). Il faut donc comprendre que les activités de santé publique proposées ne sont pas suffisantes à elles seules pour atteindre les objectifs sociosanitaires. Le plus souvent, elles ne seront qu'une contribution à leur atteinte; bien d'autres actions réalisées par le système de services de santé et de services sociaux et par d'autres secteurs d'activité étant nécessaires pour améliorer la santé et le bien-être de la population (MSSS, 2005).

Tableau 2

LES DÉTERMINANTS MODIFIABLES DE LA SANTÉ SUR LESQUELS AGISSENT LES ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE

Déterminants de la santé	Exemples d'activités de santé publique agissant sur le déterminant
Les conditions de vie et l'environnement social	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien à l'adoption de politiques publiques favorables à la santé. • Soutien à la mise en œuvre de l'approche École en santé.
Les habitudes de vie et les autres comportements liés à la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion du non-usage du tabac auprès de la population. • Soutien à l'aménagement de lieux sécuritaires pour la pratique d'activités physiques. • Soutien aux écoles pour la mise en place de machines distributrices offrant des aliments sains. • Soutien aux campagnes nationales de communication sur la réduction de la vitesse au volant. • Promotion de la vaccination. • Activités de prévention des ITSS, notamment l'accès aux condoms et l'éducation sur la réduction des risques liés aux relations sexuelles et à l'injection de drogues.
L'environnement physique	<ul style="list-style-type: none"> • Participation avec d'autres secteurs d'intervention aux activités concernant : <ul style="list-style-type: none"> ○ l'application de la politique relative à la protection des sols et à la réhabilitation des terrains contaminés, ○ la gestion de l'eau potable et des eaux récréatives. • Conduite d'enquêtes et organisation d'activités lorsque sont signalés des problèmes de santé liés à la qualité de l'air intérieur dans les services de garde.
L'organisation des services de santé et des services sociaux de nature préventive	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives auprès des cliniciens de première ligne. • Mise à jour du volet de santé publique du plan de pandémie d'influenza. • Soutien aux établissements de santé et de services sociaux lors de situations problématiques, de menaces à la santé ou d'éclousions.

Avant de passer au premier domaine d'intervention, rappelons que le lecteur trouvera dans le cahier *Offre de service et activités structurantes* les partenaires qui devront être invités à s'associer à la réalisation des activités de santé publique de

même que les actions plus précises que réalisera la DSP pour assurer ou soutenir le déploiement de chaque activité de santé publique retenue régionalement ainsi que celles que devraient mener les CSSS à cette fin.

Domaine 1 :

Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale

Ce premier domaine d'intervention en santé publique regroupe les activités et interventions visant à prévenir et à détecter les problèmes et situations de nature psychosociale pouvant entraver le développement des individus et nuire à leur adaptation et leur intégration sociale. Ces problèmes sont nombreux et varient selon la période de la vie. Par exemple, déjà à leur entrée dans la vie, le développement de certains bébés est compromis du seul fait qu'ils sont nés avant terme. La maltraitance dont sont victimes plusieurs tout-petits représente aussi une menace à leur développement et leur bien-être, et même plus tard, à leur intégration à l'école et à la vie adulte. Rappelons par ailleurs les conséquences néfastes que peut avoir une consommation abusive d'alcool sur le fonctionnement personnel, familial et social des individus. Quant aux ravages de la violence conjugale, tant sur la vie des enfants qui en sont témoins que sur celle des femmes qui en sont victimes, ils ne sont plus à démontrer. Finalement, le suicide est, à tout âge, la traduction d'une souffrance et d'un mal-être qui ne cesse de préoccuper et pour lequel nous devons poursuivre nos efforts de compréhension et de prévention.

Les activités et interventions proposées à l'intérieur de ce premier domaine témoignent de notre volonté et engagement de contribuer à :

Prévenir les problèmes qui menacent ou entravent le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des enfants, des jeunes et des adultes de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine.

Cela dit, la plupart des activités et interventions retenues dans ce qui suit ne sont que la continuité des efforts déjà consentis depuis plusieurs années dans la région; il s'agit de les maintenir ou de les consolider selon le cas. Quelques autres activités sont nouvelles, notamment en matière de pratiques cliniques préventives et dans le domaine de la prévention du suicide, et constituent donc en soi autant de défis à relever pour la santé publique. D'autres défis attendent évidemment la région dans les prochaines années dont voici les principaux.

Les défis et enjeux pour les prochaines années⁶

En **périnatalité et petite enfance**, dans le cadre plus spécifiquement des services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE), les CSSS (mission CLSC) devront implanter la supervision clinique pour les équipes qui travaillent auprès des familles vulnérables de même que développer et mettre en œuvre une politique sur les plans

⁶ Le contenu de cette section sur les défis et enjeux est tiré presque intégralement de Dubé et coll. (2008).

d'intervention. Une attention particulière devra aussi être portée dans les années à venir sur le soutien qu'apporteront les CSSS à la création des environnements favorables à la santé et au bien-être des familles. L'intégration des organisateurs communautaires dans les équipes de périnatalité constitue sans doute une clé à cet égard. L'augmentation des places en garderie pour les enfants des familles vulnérables et la consolidation des programmes de stimulation précoce sont d'autres défis pour lesquels nous devons investir des efforts de manière à améliorer la santé et le bien-être des enfants les plus démunis de la région. Ces efforts pour rejoindre les plus démunis ne doivent toutefois pas nous éloigner des autres familles et des mesures universelles qu'il nous faut continuer à déployer pour répondre aux besoins de toutes les familles. Par ailleurs, le taux d'allaitement maternel, un mode d'alimentation des tout-petits reconnu pour avoir des effets bénéfiques pour le nourrisson et la mère, devra être rehaussé dans les années à venir. Pour y arriver, les CSSS devront entre autres s'assurer que les mesures contenues dans leur politique d'allaitement maternel s'inscrivent véritablement dans les pratiques cliniques de leur établissement.

En ce qui a trait à l'implantation de l'approche **École en santé (ÉES)**, l'enjeu principal est que la promotion de la santé et la prévention dans les écoles ne soient pas négligées en raison des nombreux autres programmes et mesures que les écoles doivent aussi déployer. Le défi sera donc de deux ordres. D'abord, que la démarche et les outils proposés par ÉES intègrent et harmonisent l'ensemble des mesures et programmes avec lesquels les écoles doivent composer. Ensuite, qu'ÉES devienne l'approche retenue pour soutenir les écoles dans la réalisation d'actions appropriées en

matière de promotion de la santé et de prévention auprès des jeunes et que ces actions s'inscrivent dans le projet éducatif et le plan de réussite des écoles.

En matière de prévention de la **violence conjugale** et des **agressions sexuelles**, un des principaux enjeux est de susciter la responsabilité sociale eu égard à ces problèmes. Les campagnes sociétales de sensibilisation devront donc se poursuivre en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine.

Finalement, rappelons que le taux de **suicide** de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine a poursuivi sa hausse dans les dernières années alors que celui du Québec a amorcé une baisse au tournant des années 2000. Qui plus est, en 2001-2003, la région affichait pour la première fois en 25 ans un taux de suicide supérieur à celui du Québec, une situation qui s'est maintenue en 2004-2006. Le défi des prochaines années sera donc de réduire l'augmentation du taux régional de décès par suicide, particulièrement chez les hommes. Pour contribuer à l'atteinte de ce défi, la DSP propose, comme nous le disions plus tôt, quelques activités préventives nouvelles dans ce PAR 2009-2012.

LES ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE À DÉPLOYER EN 2009-2012

La périnatalité et la petite enfance :

- Diffusion d'information prénatale et postnatale (par exemple, le guide « Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans ») à l'intention de tous les futurs et nouveaux parents.
- Implantation de l'*Initiative des amis des bébés* dans les établissements de santé offrant des services pré-, per- et postnatal.
- Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité incluant les composantes suivantes :
 - Accompagnement des familles;
 - Soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être.
- Mesures universelles, c'est-à-dire activités et services en périnatalité et petite enfance s'adressant à l'ensemble des futurs et nouveaux parents et leurs enfants.
- Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives suivantes :
 - Recommandation de la prise d'une dose d'acide folique par les femmes en âge de procréer.
 - Recherche de cas et counselling sur la consommation d'alcool et le tabagisme auprès des femmes enceintes.
 - Counselling en matière d'allaitement maternel.
 - Recommandation aux familles défavorisées de bénéficier des SIPPE et orientation des enfants défavorisés vers les CPE pour des interventions éducatives précoces.
 - Counselling en matière d'alimentation auprès des femmes enceintes et pour les enfants de 0 à 5 ans.
 - Counselling auprès des pères pour les encourager à s'impliquer envers leur jeune enfant.
 - Repérage de la dépression chez les femmes enceintes et les femmes en postnatal et référence aux services diagnostiques, de traitement ou de suivi.
- Intégration, dans les mesures universelles et dans les SIPPE, d'activités favorisant l'utilisation adéquate du dispositif de retenue pour enfants dans les voitures.
- Intégration, dans les mesures universelles et dans les SIPPE, d'activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile (qu'ils soient causés par une chute, une intoxication, une suffocation, une brûlure, une noyade ou une quasi-noyade).
- Intégration, dans les mesures universelles et dans les SIPPE, d'activités portant sur l'alimentation des 0-5 ans.
- Intégration, dans les SIPPE, d'activités portant sur la santé buccodentaire des parents et des enfants. *(Activité mentionnée ici à titre indicatif car sa réalisation relève du dossier de la santé dentaire dans le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques).*
- Déploiement de programmes de stimulation précoce.
- Déploiement des autres programmes suivants : Programme canadien de nutrition prénatale, Programme OLO, Programme d'éveil à la lecture et à l'écriture et Programme Y'APP.

L'approche École en santé :

- Planification et mise en œuvre des interventions de promotion de la santé et du bien-être et de prévention en milieu scolaire selon l'approche ÉES, en partenariat avec le MELS de même que son réseau.

La santé sexuelle et les grossesses précoces :

- 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. *(Activité mentionnée ici à titre indicatif car sa réalisation relève du dossier des ITSS dans le domaine des maladies infectieuses).*

LES ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE À DÉPLOYER EN 2009-2012 (SUITE)

La violence envers les jeunes et entre jeunes :

- Consolidation et développement d'activités de prévention de toutes formes de violence envers les enfants.
- Consolidation et développement d'activités de prévention de la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes.
- Consolidation et développement d'activités de prévention en matière d'agression sexuelle chez les jeunes.

La violence conjugale et les agressions sexuelles :

- Promotion et soutien de la recherche de cas de violence conjugale chez les adultes.
- Campagne nationale de communication sur la violence conjugale.
- Campagne régionale de sensibilisation et de prévention en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle.

L'abus et la négligence envers les aînés :

- Concertation multisectorielle pour contrer l'abus et la négligence envers les aînés et en vue d'offrir des services appropriés aux aînés.

Les problèmes de consommation d'alcool et de participation aux jeux de hasard et d'argent :

- Réalisation périodique de campagnes régionales de promotion des services en dépendances, principalement *Alcochoix+*.
- Réalisation d'une étude portant sur les jeux de hasard et d'argent en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine.

Le suicide :

- Soutien à l'élaboration et à l'application de mesures législatives et réglementaires visant à réduire l'accessibilité aux armes à feu.
- Organisation d'activités de sensibilisation aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardées à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès.
- Établissement des réseaux de sentinelles.
- Activités favorisant le traitement approprié du suicide dans les médias.
- Promotion et soutien du repérage de la dépression et référence aux services diagnostiques, de traitement ou de suivi.
- Réalisation d'activités favorisant le soutien social auprès des personnes suicidaires.
- Poursuite de la mise en œuvre des programmes de prévention du suicide en milieu scolaire primaire, secondaire et collégial.
- Développement de pratiques d'intervention adaptées à la réalité de la détresse masculine.
- Développement et consolidation des pratiques en matière de postvention (interventions à la suite d'un suicide).
- Formations adaptées à la problématique du suicide auprès des partenaires concernés.

Les activités de promotion et de prévention en matière de santé mentale

En mai 2008, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) rendait public un avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale

et en prévention des troubles mentaux. La production de cet avis fait notamment suite au constat de revoir le PNSP en matière de santé mentale (INSPQ, 2008). Avant de présenter les principaux constats issus des travaux de l'INSPQ, rappelons que la promotion de la santé mentale réfère :

« ... aux mesures qui permettent de maximiser la santé mentale et le bien-être des individus et des collectivités. Elle cible l'ensemble de la population et centre son action sur les déterminants de la santé mentale qui contribuent à accroître le pouvoir d'agir et les capacités d'adaptation des communautés ainsi que celle des individus (Wood et Wise, 1997, cité dans Herman et Jané-Liopis, 2005). » (INSPQ, 2008, page 10).

Quant à la prévention des troubles mentaux :

« ... elle vise à réduire l'incidence de la maladie en agissant sur les facteurs de risque qui menacent la santé mentale des individus avant l'apparition des problèmes (Blanchet et coll., 1993a; World Health Organization, 2004a). » (INSPQ, 2008, page 11)

Ces précisions faites, l'INSPQ conclut son avis en mentionnant qu'il existe de nombreuses mesures efficaces pour soutenir le développement d'une bonne santé mentale ou réduire les risques associés aux troubles mentaux, dont plusieurs sont déjà inscrites dans le PNSP ainsi que dans notre PAR. On pense par exemple :

- Aux visites à domicile pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité (mesure intégrée dans les SIPPE) qui contribuent à la qualité de la relation parent-enfant, à la bonne santé physique de l'enfant et à la bonne santé psychologique de la mère.
- Aux interventions nutritionnelles auprès des femmes vivant en contexte de vulnérabilité (mesure intégrée dans les SIPPE) qui contribuent entre autres à la réduction de l'insuffisance pondérale chez les nouveau-nés.
- Au counselling en tabagisme chez les femmes enceintes (mesure intégrée dans les pratiques cliniques préventives) dont les effets sont largement démontrés sur

la prématurité et le faible poids à la naissance.

- À plusieurs interventions réalisées en milieu scolaire, soit pour améliorer l'environnement scolaire; pour prévenir la violence entre jeunes ou dans les relations amoureuses; pour renforcer l'estime de soi et le développement d'habiletés sociales comme la résistance aux pressions des pairs, et ainsi réduire la consommation de drogues (toutes des mesures qui peuvent être intégrées selon le choix des écoles à l'approche ÉES).

Ainsi, plusieurs des activités retenues dans le PAR 2009-2012 contribueront à la bonne santé mentale de la population gaspésienne et madelinienne; les exemples énumérés plus tôt en faisant foi. Par ailleurs, d'autres mesures examinées dans le cadre de l'avis scientifique semblent prometteuses, mais nécessitent d'être adaptées à la réalité québécoise ou de faire l'objet d'autres recherches pour mieux connaître leurs effets sur la santé mentale et sur la réduction des troubles mentaux ou des facteurs de risque leur étant associés (INSPQ, 2008). Finalement, les travaux réalisés par l'INSPQ font ressortir différents constats importants à prendre en compte dans le choix de nos actions en ce domaine. Parmi eux, mentionnons⁷ :

- L'importance d'intervenir tôt dans la vie des enfants; la période prénatale et les premières années de vie étant des moments cruciaux pour l'établissement des fondements de la santé mentale.
- La nécessité de développer les habiletés personnelles et sociales des enfants et des jeunes, compte tenu de leur effet protecteur pour la santé mentale.
- L'importance de soutenir les adultes dans leurs rôles de parents et de travailleurs.

⁷ Le texte suivant sur les constats est tiré presque intégralement de la conclusion de l'avis scientifique de l'INSPQ (2008).

- Le besoin d'agir précocement auprès de certains groupes à risque, dont les enfants des parents ayant un trouble mental et les individus à risque de dépression ou d'anxiété.
- La pertinence de favoriser la création d'environnements favorables à la santé mentale.

Nous invitons le lecteur à consulter l'avis scientifique produit par l'INSPQ pour en connaître davantage sur les mesures efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. Nous passons maintenant au deuxième domaine d'intervention portant sur les habitudes de vie et les maladies chroniques.

Domaine 2 :

Les habitudes de vie et les maladies chroniques

Le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques regroupe les interventions et activités ayant trait essentiellement à la promotion de saines habitudes de vie et au dépistage des maladies chroniques de manière à :

Augmenter la proportion de la population gaspésienne et madelinienne qui a de saines habitudes de vie et réduire l'incidence, la mortalité et la morbidité des maladies chroniques suivantes : les maladies cardiovasculaires, les cancers, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), le diabète, l'obésité, l'ostéoporose et les maladies buccodentaires.

Les défis et enjeux pour les prochaines années⁸

Dans les dernières années, nous avons assisté en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine de même qu'au Québec à une baisse importante de la mortalité par maladies circulatoires et inversement à une hausse de la mortalité par cancers. Bien que ce dernier résultat soit essentiellement attribuable au vieillissement de la population, il reste que de plus en plus de gens décèdent de cancer avec les

conséquences que cela génère sur leur vie et celle de leur famille et les pressions que cela exerce sur le système de soins. Également, faut-il le rappeler, le taux d'incidence du cancer du poumon chez les femmes est en progression, et ce, dans la région comme au Québec. Par ailleurs, des spécialistes craignent que les gains que nous avons faits au cours des dernières décennies relativement à l'espérance de vie soient compromis dans les années à venir en raison de l'augmentation de l'obésité, un problème qui affecte maintenant aussi les enfants. Au Québec, la hausse du pourcentage de personnes atteintes de diabète serait d'ailleurs associée à l'augmentation de l'obésité. À ce sujet, est-il besoin de rappeler que l'obésité est, selon les données de l'ESCC 2005, un problème plus fréquent au sein de la population gaspésienne et madelinienne que dans celle du Québec et qu'il en est de même pour l'embonpoint.

Cela dit, plusieurs facteurs sont associés au développement ou à l'aggravation des maladies chroniques. Parmi les facteurs se trouvent certes les habitudes de vie, mais aussi les conditions de vie des individus, les contextes et environnements dans lesquels ils évoluent ainsi que la capacité à détecter précocement ces maladies, tous des facteurs sur lesquels il faudra continuer à agir en prévention au cours des prochaines années.

⁸ Le contenu de cette section sur les défis et enjeux est tiré presque intégralement de Dubé et coll. (2008).

Au chapitre des habitudes de vie, plus particulièrement de l'**activité physique** chez les jeunes ainsi que chez l'ensemble de la population, la question de l'accessibilité aux infrastructures sera au cœur des préoccupations. Il est en effet primordial que les Gaspésiens et les Madelinots puissent améliorer leur condition physique en ayant accès à des environnements sécuritaires et favorables à la pratique d'activités physiques. De plus, un effort particulier devra être fait dans les prochaines années par les équipes locales pour cibler, par leurs activités, les milieux de travail de leur territoire. Également, il sera important de poursuivre les activités de promotion de l'activité physique auprès des aînés de la région. Il s'agit en effet d'une population grandissante qui doit demeurer active pour qu'elle reste autonome le plus longtemps possible.

Pour ce qui est du **tabagisme**, l'éducation de la population devra se poursuivre, notamment auprès des personnes plus défavorisées et celles âgées de 25 à 44 ans, deux groupes où les taux de tabagisme sont particulièrement élevés.

Concernant l'**alimentation**, des actions sont amorcées, depuis quelques années, dans certains milieux au niveau de l'environnement alimentaire, dans le but de rendre les choix sains plus accessibles. Il reste encore beaucoup de travail à faire à ce niveau ainsi qu'en ce qui a trait à l'éducation à la population et aux actions visant la saine gestion du poids. Les efforts en ce sens devront donc se poursuivre de façon soutenue dans les prochaines années.

Par ailleurs, la mise en place d'équipes locales responsables du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION est une avenue à préconiser pour la région afin d'intervenir plus globalement et de façon mieux intégrée sur le **tabagisme, l'alimentation et**

l'activité physique, et ainsi obtenir des gains plus substantiels sur la réduction des maladies chroniques. De plus, toutes les campagnes de promotion des saines habitudes de vie, que ce soit le concours *École active*, le *Défi 5/30* ou la *Tournée Viactive* pour ne nommer que celles-là, pourraient être inscrites, le cas échéant, dans la programmation du 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION des équipes locales des CSSS. Toujours en matière de promotion des saines habitudes de vie, le déploiement dans toutes les régions du Québec du programme de soutien financier de *Québec en forme*, devrait permettre la réalisation d'actions locales concertées en faveur de l'activité physique et de la saine alimentation pour les jeunes et les familles.

Comme nous le mentionnions plus tôt, les conditions de vie des individus sont parmi les facteurs associés au développement des maladies chroniques. Rappelons à ce sujet que selon l'ESCC 2005, 4,3 % des personnes de 12 ans et plus dans la région vivent dans un ménage en situation d'**insécurité alimentaire**, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas suffisamment de nourriture ou craignent de ne pas en avoir assez à cause du manque d'argent, ou ne mangent pas des aliments de qualité ou de la variété désirée faute d'argent. Pour ces personnes aux prises avec des difficultés liées à la pauvreté, il est clair que les activités de promotion d'une saine alimentation ne sont pas suffisantes et que d'autres actions doivent être menées dans une optique d'amélioration des conditions de vie des plus démunis. D'ailleurs, les nombreuses fermetures d'entreprises qu'a connues la région dans les dernières années, les faibles revenus de plusieurs familles ainsi que la difficulté d'accès à la nourriture pour les personnes démunies en raison de l'absence de transport en commun, des coûts plus élevés des aliments en région éloignée et de l'augmentation constante du prix de l'essence, sont autant d'obstacles

pour assurer à tous et à toutes une sécurité alimentaire. Le défi est donc de taille ne serait-ce que pour éviter que ne progresse au-delà de 4,3 % le pourcentage de personnes de la région vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire. Pour sa part, la DSP tentera de contribuer à l'atteinte de cet objectif en soutenant le développement et 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.

Dans un autre ordre d'idées, conformément aux prescriptions du PNSP, un accent particulier devra être mis sur la promotion et le soutien auprès des cliniciens des **pratiques cliniques préventives** reconnues efficaces pour réduire le tabagisme, promouvoir la pratique de l'activité physique ou encore dépister certaines formes de cancer et l'HTA. À ce

sujet, un des défis que la DSP aura à relever au cours des prochaines années sera de clarifier avec ses partenaires les responsabilités qui lui incombent effectivement dans le domaine des pratiques cliniques préventives et celles relevant d'autres champs d'expertise. Par ailleurs, dans le cas plus spécifiquement du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, il faudra travailler à réduire les délais d'attente pour un rendez-vous, augmenter la saisie des rapports de confirmation diagnostique (formulaire AH-509) et appliquer les nouvelles modalités exigées par le programme relativement à la prise en charge des femmes entre le moment où le dépistage est positif et celui où le diagnostic final est posé. De même, afin de réduire le taux initial de référence des femmes, il faudra envisager la centralisation de la lecture des mammographies auprès d'un nombre réduit de lecteurs experts.

LES ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE À DÉPLOYER EN 2009-2012

Les habitudes de vie en général :

- Dans le cadre de l'approche École en santé, activités de promotion et de prévention axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie visant à la fois les individus et les environnements.
- Concertation régionale intersectorielle visant la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (PAG) afin de permettre à la population de la GÎM de vivre dans des environnements qui favorisent l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie, soit le non-tabagisme, de saines habitudes alimentaires et un mode de vie physiquement actif.
- Sensibilisation et soutien des milieux de travail à promouvoir et à favoriser l'acquisition de saines habitudes de vie auprès de leurs employés.
- Sensibilisation et soutien des municipalités à la création d'environnements propices aux saines habitudes de vie (ex. : accès à des lieux pour pratiquer des activités physiques, aménagement urbain favorisant les déplacements actifs, réglementation).

L'alimentation :

- 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.
- 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?*).
- Promotion et soutien du counselling en faveur d'une saine alimentation.
- Campagne nationale de communication sur la saine alimentation.

LES ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE À DÉPLOYER EN 2009-2012 (SUITE)

L'activité physique :

- Soutien des communautés et de divers milieux à la création de groupes d'activités physiques pour les aînés pour favoriser l'accès à des activités physiques.
- Promotion et soutien de la recommandation d'une pratique régulière d'activités physiques.
- Campagne nationale de communication sur la pratique régulière d'activités physiques.

Le tabagisme :

- Activités de promotion et de prévention axées sur le non-usage du tabac visant à la fois les individus et les environnements.
- Services de counselling et de soutien concernant l'arrêt tabagique par les services « J'arrête » : ligne téléphonique, site Internet et centres d'abandon du tabagisme.
- Promotion et soutien du counselling concernant l'abandon du tabagisme.
- Campagne nationale de communication sur le non-usage du tabac.

La santé dentaire :

- Application d'agents de scellement dentaire en milieu scolaire auprès des élèves du primaire présentant un risque de carie dentaire.
- Suivi préventif individualisé en milieu scolaire afin que les enfants de la maternelle à la 3^e année 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.
- Promotion et soutien du counselling sur l'utilisation optimale de fluorure dans la prévention de la carie dentaire.
- Promotion et soutien du counselling concernant la consommation d'aliments cariogènes chez les personnes à risque élevé de carie dentaire.
- Formation s'adressant aux médecins et aux infirmières sur l'impact des maladies parodontales sur la santé.
- Campagne nationale de communication sur l'acquisition de saines habitudes de vie en santé buccodentaire.
- Intégration, dans les SIPPE, d'activités portant sur la santé buccodentaire des parents et des enfants.
- Réalisation d'une étude épidémiologique sur la condition buccodentaire des résidents en CHSLD de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine.

Les maladies chroniques :

- Promotion et soutien du dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans (par le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*) et de la prise en charge des femmes positives jusqu'au diagnostic.
- Promotion et soutien du dépistage du cancer du col utérin (par le test de Papanicolaou).
- Promotion et soutien du dépistage du cancer colorectal.
- Promotion et soutien du dépistage de l'ostéoporose.
- Promotion et soutien du dépistage de l'hypertension artérielle.

Domaine 3 :

Les traumatismes non intentionnels

Les traumatismes non intentionnels, appelés aussi blessures accidentelles, sont des lésions corporelles qui résultent d'accidents

survenus sur les routes, hors route, à domicile ou durant des activités récréatives ou sportives. Cela dit, ce troisième domaine

rassemble les interventions et activités de santé publique visant la prévention des accidents eux-mêmes ou visant la prévention des blessures qui résultent des accidents, et ce, afin de :

Réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes non intentionnels (ou aux blessures accidentelles) chez la population gaspésienne et madelinienne.

Les défis et enjeux pour les prochaines années⁹

Le vieillissement de la population constitue, on le sait, un défi de taille auquel la région doit faire face et qui aura pour conséquence notamment d'augmenter les maladies chroniques, mais aussi les traumatismes non intentionnels, les aînés étant particulièrement vulnérables aux chutes. Ainsi, le défi relatif au poids démographique de plus en plus important des aînés consiste :

« ... à ce que les aspects positifs liés à l'amélioration de leur santé et de leur bien-être limitent le plus possible les effets négatifs résultant d'une demande plus forte en soins de santé et en régimes de pension. » (INSPQ et MSSS, 2006)

C'est pourquoi il faut plus que jamais poursuivre et intensifier les efforts de promotion de la santé et de prévention auprès de ce groupe, notamment dans le domaine de la **prévention des chutes**. Plus précisément, il faudra déployer des mesures multifactorielles de prévention des chutes (volet personnalisé et volet non personnalisé) à la grandeur de la région et consolider les activités de promotion déjà initiées par certains établissements. Pour ce faire, sans doute devra-t-on envisager

d'apporter un soutien suffisant et récurrent aux CSSS. Ce soutien permettra aux directions d'établissement d'intensifier leur offre de service. Il s'agit là d'un préalable au déploiement des activités et à l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être en cette matière.

Par ailleurs, la réduction des **traumatismes routiers** ne pourra se réaliser sans la poursuite des activités de sensibilisation à l'intention des jeunes, ces derniers occupant, rappelons-le, le premier rang des hospitalisations et des décès par accidents de la route. Les **accidents de véhicule hors route** sont aussi une préoccupation à laquelle il faudra apporter une attention particulière au cours des prochaines années. À cet égard, la promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle prévues par les lois et règlements concernant la conduite de ces véhicules pourrait être une voie à privilégier.

⁹ Le contenu de cette section sur les défis et enjeux est tiré presque intégralement de Dubé et coll. (2008).

LES ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE À DÉPLOYER EN 2009-2012

Les traumatismes chez les usagers du réseau routier et les usagers de véhicules hors route

- Intégration, dans les mesures universelles et dans les SIPPE, d'activités favorisant l'utilisation adéquate du dispositif de retenue pour enfants dans les voitures. *(Activité mentionnée ici à titre indicatif car sa réalisation relève du dossier de la périnatalité et de la petite enfance dans le premier domaine d'intervention).*
- Promotion de l'application des mesures efficaces pour améliorer la sécurité routière chez les usagers de véhicules hors route auprès des partenaires visés, notamment en favorisant l'aménagement sécuritaire des sentiers, le contrôle de la vitesse, la réduction de la conduite avec facultés affaiblies et le port d'équipements de protection.
- Activités d'information et de sensibilisation sur la sécurité routière auprès des usagers du réseau routier et des usagers de véhicules hors route.

Les chutes et les blessures à domicile

- Intégration, dans les mesures universelles et dans les SIPPE, d'activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile (qu'ils soient causés par une chute, une intoxication, une suffocation, une brûlure, une noyade ou une quasi-noyade). *(Activité mentionnée ici à titre indicatif, car sa réalisation relève du dossier de la périnatalité et de la petite enfance dans le premier domaine d'intervention).*
- Implantation des mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque de chute – volet non personnalisé (ex. : programme PIED).
- Soutien à l'implantation de mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées en perte d'autonomie qui ont déjà fait une chute – volet personnalisé (IMP).

Les traumatismes récréatifs ou sportifs

- Promotion, auprès des municipalités et des écoles, de l'application de la norme de sécurité existante concernant l'aménagement des aires et des équipements de jeux.
- Promotion, auprès des centres de ski de la région, du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle portant sur la pratique des sports de glisse au Québec.

Domaine 4 :

Les maladies infectieuses

Nous regroupons dans ce domaine d'intervention l'ensemble des activités de santé publique visant à contribuer à :

Réduire la transmission des maladies infectieuses, notamment l'incidence des maladies évitables par l'immunisation, la progression de la transmission des ITSS et la transmission des infections nosocomiales dans les établissements de santé et de services sociaux de la région.

Les défis et enjeux pour les prochaines années¹⁰

La vaccination et la promotion de mesures d'hygiène ont permis et permettent encore de prévenir et de contrôler plusieurs maladies infectieuses et même d'en éradiquer. Il faut cependant demeurer vigilant puisque les dernières années ont été marquées par l'émergence de nouvelles maladies infectieuses, mais aussi par la

¹⁰ Le contenu de cette section sur les défis et enjeux est tiré presque intégralement de Dubé et coll. (2008).

résurgence de maladies qu'on croyait avoir contrôlées. C'est pourquoi il faut poursuivre sans relâche les efforts de prévention et même les intensifier dans certains cas, et surtout ne rien tenir pour acquis.

C'est ainsi qu'au cours des prochaines années, des mesures devront être déployées dans tous les territoires de CSSS pour implanter le programme de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) et contre l'hépatite A et l'hépatite B auprès des élèves de 4^e année, ainsi que le programme de vaccination contre le VPH auprès des élèves des 3^e, 4^e et 5^e secondaire. Des efforts devront aussi être consentis pour diminuer les retards dans le calendrier régulier chez les enfants de 1 an et pour améliorer les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque chez les groupes vulnérables. À cette fin, la DSP entend continuer à offrir l'expertise régionale et la formation aux intervenants concernés, puis plus spécifiquement, évaluer le respect du calendrier régulier, faire la promotion auprès des vaccinateurs de l'efficacité du vaccin contre le pneumocoque. Également, l'implantation d'un plan de promotion de la vaccination, d'un système d'information vaccinale et d'un système informatisé pour la gestion des produits immunisants fait partie des travaux que la DSP devra mener afin d'améliorer les activités en ce domaine. Dans le même ordre d'idées et de l'avis d'un CSSS, il faudrait envisager la réalisation d'une campagne de sensibilisation à l'intention des parents sur les bienfaits de la vaccination. Pour sa part, un CSSS considère que la mise à jour du plan de lutte contre une éventuelle pandémie ainsi que les vaccinations de masse constituent des défis majeurs au cours des prochaines années.

En matière de prévention des ITSS, deux grands défis attendent la région dans les années à venir : d'une part, assurer la pérennité de l'éducation à la sexualité en

milieu scolaire et d'autre part, déployer les services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE) dans et hors les murs de tous les CSSS, les services hors les murs étant particulièrement importants pour rejoindre les clientèles les plus vulnérables. Pour relever le premier défi, la DSP devra pour sa part consolider les services reliés à l'éducation à la sexualité et aux cliniques jeunesse dans les écoles, poursuivre la formation des intervenants et les actions visant l'accès au condom. Également, la DSP entend revoir les services que devraient offrir les cliniques jeunesse aux jeunes fréquentant les écoles secondaires de la région. De leur côté, certains CSSS suggèrent à la DSP de renforcer ses actions pour encourager les milieux scolaires à adhérer au programme d'éducation à la sexualité dans le cadre de la réforme scolaire. Des efforts supplémentaires devront aussi être déployés pour offrir les services d'éducation à la sexualité aux jeunes anglophones. Un CSSS suggère également d'accentuer dans les écoles et les cliniques jeunesse l'accès aux services sociaux et de santé pour les adolescents d'orientations homosexuelle et bisexuelle. Par ailleurs, localement, les CSSS devront, selon les responsables concernés à la DSP, protéger les budgets reliés à la prévention des ITSS et aux SIDEPE.

Les domaines de l'hygiène et de la salubrité et de la stérilisation, bien que connexes à la prévention des infections nosocomiales, requièrent des connaissances et une expertise particulières et distinctes de celles inhérentes à la prévention des infections. Au plan de la responsabilité de coordination régionale, la DSP est d'avis que ces deux domaines spécialisés relèvent d'autres directions de l'agence. L'expertise ne devra pas relever des équipes en prévention des infections, mais bien des experts de ces domaines aux niveaux national et local. Par ailleurs, pour faciliter l'application des

mesures de prévention et de contrôle des infections nosocomiales et ainsi atteindre les résultats souhaités en cette matière, les milieux de soins auront avantage partout au Québec à faire l'objet de rénovations importantes dans les prochaines années (ex. : augmenter le nombre de chambres individuelles). Finalement, pour assurer la surveillance épidémiologique des infections nosocomiales à l'échelle régionale, un projet commun de surveillance devra être développé en collaboration avec les CSSS, et

ce, en cohérence avec les systèmes déjà existants au local et au national.

En terminant, il faut prévoir investir temps et énergie dans les prochaines années au déploiement local et régional de PANORAMA, un système d'information portant sur la fiche vaccinale des individus, la gestion des produits immunisants et les données d'enquêtes épidémiologiques reliées aux MADO.

LES ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE À DÉPLOYER EN 2009-2012

Les maladies à déclaration obligatoire, les manifestations cliniques inhabituelles liées à la vaccination et les signalements :

- Vigie sanitaire des menaces biologiques réelles ou appréhendées, incluant les maladies en émergence et les éclosions.
- Application des lignes directrices pour assurer l'investigation des cas primaires, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions.
- Diffusion aux populations ciblées des recommandations liées aux différents modes de transmission.
- Implantation d'un système d'information pancanadien.
- Mise à jour du volet santé publique du plan de pandémie d'influenza.
- Soutien aux activités cliniques de 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 la vaccination.
- Maintien du programme de surveillance des manifestations cliniques inhabituelles postvaccinales.

Les maladies évitables par l'immunisation :

- 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.
- Vaccination en milieu scolaire :
- Hépatites A et 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.
- Vaccination des personnes appartenant à des groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec : hépatites A et B, pneumocoque, influenza, rage.
- Mise en place d'un plan de promotion de la vaccination.
- Développement des stratégies visant à assurer le respect du calendrier vaccinal.
- Implantation d'un système d'information vaccinale et d'un programme de gestion des produits immunisants visant l'assurance qualité des programmes de vaccination.
- Promotion et soutien du dépistage de la rubéole chez les femmes enceintes.

LES ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE À DÉPLOYER EN 2009-2012 (SUITE)

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang :

Activités s'adressant aux jeunes en milieu scolaire et dans leurs autres milieux de vie :

- Activités d'information et de prévention des ITSS en milieu scolaire et dans les autres milieux de vie des jeunes de 12-24 ans.
- Soutien à une organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle, services adaptés aux adolescents et aux jeunes adultes – du type clinique jeunesse – favorisant la prévention des ITSS, intégrant les pratiques cliniques préventives et combinés à des services d'éducation à la sexualité.
- Soutien à une organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle, services adaptés aux adolescents et aux jeunes adultes – du type clinique jeunesse – favorisant la planification des naissances et combinés à des services d'éducation à la sexualité.
- Promotion et soutien au counselling sur l'activité sexuelle et les méthodes de contraception auprès des adolescents actifs sexuellement.

Activités s'adressant à la population générale et plus spécifiquement aux groupes vulnérables socialement :

- 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, destinées aux populations vulnérables socialement (notamment accès aux condoms, prévention du passage à l'injection et éducation sur la réduction des risques reliés aux relations sexuelles et à l'injection de drogues).
- Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE), promouvant les pratiques cliniques préventives en matière d'ITSS dans les CSSS et dans les milieux de vie.
- Promotion du programme de gratuité des médicaments pour le traitement de certaines ITS.
- Promotion et soutien du dépistage des ITSS et des interventions préventives (counselling, vaccination et traitement) auprès des personnes à risque, des personnes atteintes et de leurs partenaires.
- Campagnes nationales de communication sur l'adoption de comportements préventifs et le dépistage des ITSS, notamment chez les personnes vulnérables socialement.

Autres activités :

- Soutien à l'implantation du système intégré de récupération des seringues et aiguilles usagées.
- Accès au matériel d'injection stérile et récupération des seringues usagées.
- Promotion et soutien du dépistage du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et des autres ITS auprès des femmes enceintes.

Les infections nosocomiales :

- Suivi de l'incidence des infections nosocomiales dans les établissements de santé et de services sociaux faisant l'objet d'une surveillance provinciale.
- Soutien des établissements de santé et de services sociaux lors de situations problématiques, de menaces à la santé ou d'éclosions, par :
 - la diffusion des lignes directrices, guides de pratiques et autres;
 - l'expertise en épidémiologie;
 - l'investigation des éclosions.
- Campagnes nationales de communication sur la prévention des infections nosocomiales.
- Prophylaxie postexposition aux liquides biologiques.

Domaine 5 : La santé environnementale

Ce cinquième domaine d'intervention en santé publique regroupe les activités et interventions visant à prévenir ou réduire les expositions de nature environnementale, et ce, dans l'esprit d'assurer la protection de la santé de la population et de contribuer à :

Réduire au sein de la population gaspésienne et madelinienne l'incidence, la morbidité et la mortalité des maladies associées à des facteurs environnementaux.

Essentiellement, les interventions de santé publique consistent à identifier les sources de contamination, à surveiller certains problèmes de santé pouvant être liés à des facteurs environnementaux, à informer et sensibiliser les populations exposées ou vulnérables sur les moyens de se protéger ou d'éviter l'exposition, et à évaluer les conséquences possibles de certaines situations sur la santé de la population (MSSS, 2003). Rappelons que les problèmes de santé en lien avec ce domaine regroupent les problèmes et maladies qui sont causés ou aggravés par la contamination biologique, chimique ou physique de l'air, de l'eau ou du sol. Aussi, la plupart des interventions de santé publique sont réalisées de concert avec différents partenaires dont le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP), le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ), le ministère des Transports et les municipalités.

Les défis et enjeux pour les prochaines années¹¹

L'un des principaux défis auxquels devra faire face le domaine de la santé

environnementale dans les prochaines années sera de composer avec des situations en émergence dont les répercussions ne sont pas encore bien connues et définies. On pense ici plus particulièrement aux **changements climatiques** qui peuvent entraîner des inondations, l'érosion des berges et des vagues de chaleur.

De plus, jusqu'à récemment, la région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine a été relativement épargnée par le problème de l'exposition au pollen de l'**herbe à poux**. En effet, une campagne massive d'éradication de cette plante à la fin des années 30 a contribué à réduire l'exposition de la population gaspésienne à cet allergène. Or, on risque d'assister dans les années à venir à une réapparition de cette plante en Gaspésie due aux transports routiers. À titre d'exemple, la région fait de plus en plus appel à des entreprises de l'extérieur pour différents travaux de constructions et de réfections. La machinerie lourde utilisée par ces entreprises peut amener avec elle des semences d'herbe à poux (dans la terre qui adhère aux pneus), lesquelles peuvent ensuite prendre racine sur le sol gaspésien.

Par ailleurs, dans plusieurs des dossiers réalisés en ce domaine, la collaboration avec le MDDEP est un atout précieux pour la DSP. Or, on assiste actuellement à une réorganisation des fonctions de ce Ministère pour certaines problématiques. Les municipalités se retrouvent donc avec des responsabilités pour lesquelles elles n'ont ni l'expertise ni les ressources pour les assumer adéquatement. De plus, aucun territoire local ne dispose d'un technicien spécialisé en santé environnementale. Dans le contexte actuel, la présence d'au moins une de ces ressources par MRC serait importante et

¹¹ Le contenu de cette section sur les défis et enjeux est tiré intégralement de Dubé et coll. (2008).

permettrait d'offrir des services directs à la population, particulièrement pour les

problèmes liés à la **qualité de l'air intérieur**.

LES ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE À DÉPLOYER EN 2009-2012

Les activités liées à la qualité de l'air intérieur et extérieur

- 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.
- Activités d'information et de sensibilisation auprès de la population sur :
 - les mesures de protection lors de conditions atmosphériques potentiellement néfastes pour la santé;
 - 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.
- 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 activités liées aux menaces d'origine environnementale

- Conduites d'enquêtes (épidémiologiques ou autres) et organisation d'activités appropriées lorsque sont signalés :
 - des éclosions ou des intoxications potentiellement reliées à l'eau potable ou récréative;
 - des dépassements de normes ou de problématiques pouvant présenter des risques à la santé relativement à la qualité de l'eau potable ou récréative;
 - des éclosions ou des intoxications (MADO, IADO), comme il a été prévu dans la Loi sur la santé publique.
- Promotion du processus de déclaration des cas d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine environnementale auprès des médecins et laboratoires.
- 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 reliée 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 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.
- Application des mesures prévues au plan d'urgence national s'appliquant aux menaces reliées aux agents chimiques, biologiques et physiques (ex. : radiologiques, nucléaires, événements climatiques extrêmes).
- Activités d'information et de sensibilisation auprès de la population sur les mesures efficaces pour :
 - contrer les problèmes de santé reliés à des risques environnementaux émergents (cyanobactéries, bruit communautaire, pollution agricole, contamination alimentaire, nouvelles technologies, etc.);
 - contrer les effets des événements climatiques extrêmes (exemple : chaleur accablante).
- 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).

LES ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE À DÉPLOYER EN 2009-2012 (SUITE)

Les activités liées aux cancers pouvant être attribuables à l'environnement

- Activités d'information et de sensibilisation :
 - auprès de la population et des intervenants afin de réduire les risques reliés à l'exposition au radon domiciliaire, en collaboration avec les partenaires (notamment SHQ, SCHL et autres ministères);
 - auprès de la population afin de protéger les enfants de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets, et ce, en concertation avec les partenaires.

Les activités visant à améliorer la qualité de vie et à promouvoir des environnements sains et sécuritaires

- 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 municipalités régionales de comté (MRC) et les communautés urbaines.
- Soutien aux communautés (exemples : conférence régionale des élus, municipalités régionales de comté, comités environnementaux, villes et villages en santé) dans des approches de développement durable notamment en ce qui concerne l'aménagement urbain et le transport durable.

Domaine 6 :

La santé en milieu de travail

Ce sixième et dernier domaine regroupe les activités et interventions qui ont pour objectif de contribuer à :

Réduire les problèmes attribuables à l'exposition à des agresseurs physiques, chimiques ou biologiques et aux autres facteurs de risque liés au milieu de travail.

La santé en milieu de travail est un domaine particulier en santé publique en ce sens que les interventions ou activités se font principalement en vertu d'un contrat confié aux agences de santé et de services sociaux et aux CSSS (mission CLSC) par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), ainsi qu'en vertu du mandat légal de protection de la santé publique qu'ont les directeurs de santé publique et le directeur national de santé publique (MSSS,

2003). Précisons aussi qu'en général, ce sont les équipes locales en santé au travail dans les CSSS (mission CLSC) qui réalisent les interventions dites terrain. Pour sa part, la DSP apporte un soutien professionnel et administratif aux équipes locales et ne va intervenir directement sur le terrain que pour des situations plus pointues ou plus stratégiques.

Les défis et enjeux pour les prochaines années¹²

On reconnaît de plus en plus le rôle des conditions et de l'organisation du travail sur la survenue de problèmes tels que les maladies chroniques, le suicide et la

¹² Le contenu de cette section sur les défis et enjeux est tiré presque intégralement de Dubé et coll. (2008).

consommation de drogues et d'alcool. Pensons ici au lien entre le stress généré par le travail et les maladies cardiovasculaires, ou encore aux conséquences des conflits mal gérés, de la précarité d'emploi ou du harcèlement en milieu de travail, sur la santé physique et mentale des travailleurs (MSSS, 2003). Ainsi, la santé publique devra se pencher plus sérieusement, au cours des prochaines années, sur des problèmes comme les maladies chroniques et les problèmes de santé mentale en raison de leurs liens potentiels avec le travail, et ce, même s'ils ne sont pas visés par les interventions prioritaires de la CSST. Plus précisément, une attention particulière devra être portée sur le stress au travail ainsi que sur différents facteurs associés à l'organisation du travail qui ont une incidence sur la charge psychologique des travailleurs et donc sur leur santé.

Par ailleurs, en matière de prévention des lésions musculosquelettiques, la région comporte des secteurs d'activité qui lui sont propres et qui ont des besoins en matière de santé et de sécurité au travail, dont les secteurs éolien et des pêches. Or, ces secteurs ne font pas partie des groupes prioritaires de la CSST de sorte que les équipes de santé au travail ne peuvent actuellement pas intervenir auprès des travailleurs de ces secteurs. Il serait donc pertinent d'examiner la possibilité d'adapter les groupes prioritaires en fonction de la réalité régionale. Bien que la DSP reconnaisse la légitimité d'intervenir dans ces secteurs, les ententes de gestion actuelles qui nous lient à la CSST ne nous autorisent pas à le faire.

LES ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE EN LIEN AVEC L'ENTENTE MSSS-CSST À DÉPLOYER EN 2009-2012

- Dépistage de l'amiantose en milieu de travail ciblé.
- Promotion auprès des employeurs concernés, 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.
- Surveillance biologique des travailleurs exposés au plomb.
- Promotion auprès des employeurs concernés de la substitution des solvants organiques et des substances cancérigènes en milieu de travail.
- Soutien aux entreprises dans leur prise en charge et recommandations pour le contrôle ou la réduction à la source des agresseurs.
- Vaccination en regard de l'hépatite A, l'hépatite B et du tétanos pour les secteurs concernés.
- Sensibilisation des milieux de travail sur les moyens de prévention des maladies infectieuses professionnelles.
- Identification, évaluation et documentation des postes de travail pour la travailleuse enceinte ou qui allaite et recommandations aux médecins traitants.
- 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 » qui serviront d'assise aux activités dans ce domaine, notamment les suivantes :
- Interventions et recommandations auprès des employeurs concernés afin qu'ils réduisent le bruit à la source;
- Activités de promotion de la santé auditive auprès des travailleurs et des employés.
- Identification des risques liés aux troubles musculosquelettiques et activités de formation et d'information dans les milieux de travail dans le cadre des PSSE.
- Activités de formation aux entreprises sur la gestion du stress au travail.

La surveillance et la recherche

La Loi sur la santé publique reconnaît la surveillance de l'état de santé comme une fonction essentielle en santé publique au même titre que le sont la promotion de la santé, la prévention et la protection de la santé publique. La recherche est, pour sa part, une fonction dite de soutien en ce sens qu'elle vient appuyer l'exercice des fonctions essentielles (MSSS, 2003) (réf. : encadré page 2 du présent cahier). Cela dit, tant la surveillance que la recherche sont des fonctions transversales en quelque sorte à l'offre de service en santé publique puisque les connaissances qu'elles génèrent permettent de soutenir et d'orienter les acteurs de santé publique dans la planification et le choix de leurs activités et services à offrir à la population. Nous voyons dans ce qui suit en quoi consistent plus précisément ces deux fonctions, comment elles s'exercent régionalement et les activités que la DSP mènera en 2009-2012 en lien avec ces deux fonctions.

La surveillance de l'état de santé

La fonction de surveillance de l'état de santé s'exerce en analysant et en décrivant, de façon régulière ou continue selon le cas, l'état de santé de la population à compter des données provenant de diverses sources existantes, à savoir :

- des fichiers administratifs (ex. : décès, naissances, hospitalisations);
- d'enquêtes sociosanitaires (ex. : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, enquêtes sur la santé dentaire);
- ou d'autres sources (ex. : recensement de Statistique Canada, données du Centre jeunesse, rapport du ministère de la Sécurité publique sur la violence conjugale, rapport statistique du MELS).

L'analyse des données provenant de ces différentes sources permet ainsi, et ce, conformément à la Loi sur la santé publique, de :

- dresser un portrait global de l'état de santé de la population;
- identifier quels sont les problèmes de santé les plus importants et les groupes ou territoires les plus touchés;
- détecter les nouveaux problèmes de santé publique qui affectent la population ou certains groupes;
- suivre l'évolution des principaux problèmes de santé qui affectent la population et leurs déterminants;
- et enfin, de comparer la population régionale à celle du Québec eu égard à sa santé et son bien-être (MSSS, 2003).

Les informations produites sont ensuite diffusées par divers médias (électroniques, télévisuels, radiophoniques, dépliants, bulletins thématiques, rapport régional de l'état de santé et de bien-être, etc.). Selon la nature des informations, celles-ci sont diffusées à la population ou aux partenaires régionaux et locaux de la DSP de manière à enrichir la réflexion de ces derniers sur les questions de santé qui les préoccupent et à les soutenir dans leur choix d'actions.

Cela dit, la Loi sur la santé publique confie l'exercice de la fonction de surveillance exclusivement au ministre et aux directeurs de santé publique. Pour leur part, les CSSS peuvent être appelés à fournir des renseignements nécessaires à l'exercice de la surveillance :

« Le ministre et les directeurs de santé publique peuvent exiger des médecins, des laboratoires médicaux, publics ou privés, des établissements de santé et de services sociaux ou de tout

ministère ou organisme, qu'ils leur fournissent des renseignements nécessaires à l'exécution d'un plan de surveillance sous une forme qui ne permet pas d'identifier les personnes que ces renseignements concernent, mais qui permet d'obtenir l'information recherchée par territoire desservi par un établissement de santé et de services sociaux exploitant un centre local de services communautaires, par municipalité, par arrondissement ou par quartier. » (Article 38 de la Loi sur la santé publique, à jour le 1^{er} août 2008)

Les activités en surveillance de la DSP en 2009-2012

Pour la période 2009-2012, la DSP continuera ainsi à s'acquitter de ces responsabilités légales en suivant et en mettant à jour régulièrement ou de façon continue selon le cas les informations dont elle dispose sur différents problèmes de santé qui affectent la population, notamment l'incidence et la mortalité par cancer, le suicide, les maladies infectieuses, ainsi que les habitudes de vie et les autres informations de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*.

De plus, la DSP produira les rapports suivants pour informer la population et ses partenaires sur la santé et le bien-être de la population de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine :

- Rapport annuel sur les maladies infectieuses (production annuelle diffusée au printemps).
- Mise à jour des données les plus récentes sur le suicide (diffusion prévue à l'été 2009).
- Rapport sur la santé et le bien-être de la population de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (diffusion prévue en 2011-2012).

Par ailleurs, toujours dans l'esprit d'informer la population, les intervenants et les décideurs sur l'état de santé de la population, la DSP complètera l'élaboration de fiches synthèses sur les principaux indicateurs sociosanitaires, les intégrera au site Internet de l'agence et verra à les mettre à jour régulièrement. Également, elle continuera, dans la mesure de ses capacités, à répondre aux demandes d'analyses de données provenant de ses partenaires ainsi qu'aux demandes de présentation de données sur différents aspects du portrait de santé. Mentionnons finalement que pour soutenir la stratégie du développement des communautés, la DSP produira une cartographie de l'indice de défavorisation matérielle et sociale des communautés locales de chaque territoire local. Nous reviendrons plus loin, à la section 3.2, sur cette activité de surveillance.

La recherche en santé publique

Comme nous le disions, le MSSS situe la recherche comme une fonction de soutien à l'exercice des autres fonctions du programme :

« La fonction désignée par les termes recherche et innovation comprend un ensemble d'activités axées sur la production, la diffusion et l'application des connaissances scientifiques nécessaires à l'exercice des autres fonctions de santé publique ainsi qu'à l'innovation et au développement de l'expertise en santé publique. » (MSSS, 2003, p. 19).

À l'échelle régionale, cette fonction s'exerce par le programme de recherche en santé publique, celui-ci permettant la conception et la réalisation d'études et d'évaluations¹³. Les

¹³ Ce qui suit est tiré et adapté de : Direction de santé publique Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. *Guide régional de procédures 2007-2008*, septembre 2007.

études visent à documenter ou à mieux comprendre :

- les déterminants de la santé et du bien-être de la population;
- un problème de santé ou de bien-être qui affecte la population, que ce soit une maladie, un problème psychosocial ou un traumatisme;
- les facteurs de risque ou de protection à l'origine d'un ou des problèmes de santé et de bien-être.

Quant aux **évaluations**, elles visent à porter un jugement critique sur :

- des expérimentations d'interventions nouvelles en matière de promotion de la santé ou de prévention de problèmes de santé ou de bien-être;
- des programmes de promotion de la santé ou de prévention;
- des services de prévention;
- des processus de mobilisation et de concertation.

De plus, les objectifs du programme de recherche en santé publique sont :

- Optimiser les interventions de promotion de la santé et du bien-être et de prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes.
- Renforcer les habiletés des intervenants et des chercheurs à appliquer de façon rigoureuse les méthodes particulières aux projets d'étude ou d'évaluation en matière de promotion de la santé et du bien-être et de prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes.
- Établir et développer des alliances entre les milieux de la recherche et ceux de l'intervention pour la conception et la réalisation des projets de recherche et pour les suites à donner aux résultats obtenus.

De façon ultime, la recherche effectuée par la DSP vise à développer les connaissances et les compétences régionales pour la réalisation d'interventions efficaces ou prometteuses en matière de promotion de la santé et de prévention des problèmes de santé publique. C'est pourquoi les thématiques de recherche sont déterminées à partir des besoins de connaissance qui nous sont exprimés par nos principaux partenaires (établissements de santé et services sociaux, organismes communautaires, directions cliniques de l'agence de la santé et des services sociaux) ou par les professionnels de la DSP.

Les activités en recherche de la DSP de 2009 à 2013

Nous présentons au tableau 3 les recherches qui seront effectuées au cours de la période 2009 à 2013; après quoi, nous passons aux grandes stratégies d'action privilégiées par la DSP.

Tableau 3

CALENDRIER DES RECHERCHES RÉALISÉES PAR LA DSP EN 2009-2013

Titre du projet d'étude	Partenaires principaux et/ou promoteur du projet	Durée prévue	Échéancier prévu
Point de vue des acteurs sociaux locaux sur la santé des communautés de la MRC du Rocher-Percé	CSSS du Rocher-Percé	14 mois	Du 1 ^{er} novembre 2008 au 31 décembre 2009
État de santé et habitudes de vie des enfants fréquentant l'école primaire en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine	CSSS de la région Comm. scolaires	14 mois	Du 1 ^{er} février 2010 au 31 mars 2011
La santé buccodentaire des résidents des CHSLD de la région Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	CHSLD de la région	14 mois	Du 1 ^{er} avril 2011 au 31 mai 2012
L'hypersexualisation chez les jeunes en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine. (À confirmer)	CALACS La Bôme-Gaspésie	14 mois	Du 1 ^{er} juin 2012 au 31 juillet 2013

3.2

Les stratégies d'action

Nous avons vu à la section précédente les diverses activités de santé publique que la DSP réalisera ou soutiendra selon le cas dans les prochaines années de manière à agir sur les grands déterminants de la santé, en amont des problèmes de santé. La mise en œuvre de plusieurs de ces activités commande en elles-mêmes l'utilisation de stratégies d'action reconnues en santé publique, à savoir :

- Le développement des communautés,
- L'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être,
- Les pratiques cliniques préventives,
- Le soutien aux groupes vulnérables,
- Le renforcement du potentiel des personnes.

L'accent que l'on mettra sur l'une ou l'autre de ces stratégies variera selon la nature du

problème à prévenir, les déterminants de la santé en cause, le contexte dans lequel s'inscrit l'activité et la nature même de l'activité (MSSS, 2003). Par exemple, dans les SIPPE, les activités visant la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être des enfants et des familles reposent sur l'action intersectorielle, utilisent une approche de développement des communautés et misent sur le renforcement du potentiel des personnes, notamment des personnes vulnérables. Ces mêmes stratégies d'action sont aussi généralement privilégiées dans le cadre d'activités axées sur la sécurité alimentaire. De son côté, une stratégie visant à encourager le recours aux pratiques cliniques préventives permet d'intégrer des activités comme le counselling antitabagique dans la pratique courante des cliniciens de première ligne. Par ailleurs, plusieurs activités dans le domaine de la

santé environnementale font appel à l'action intersectorielle, la DSP étant souvent une partenaire des municipalités, du MDDEP et du MAPAQ.

Ce ne sont là que quelques exemples pour illustrer les façons ou les stratégies selon lesquelles les activités de santé publique peuvent s'implanter dans les milieux. Dans ce qui suit, nous reprenons une à une ces cinq stratégies d'action en indiquant, pour chacune d'elles, en quoi elle consiste plus précisément, ses contributions possibles à l'amélioration de la santé et du bien-être, de même que la façon selon laquelle la DSP entend la déployer ou la soutenir au cours des prochaines années.

Avant de passer à la première stratégie, mentionnons que le rôle des CSSS en ce qui a trait aux pratiques cliniques préventives et à l'action intersectorielle, est indiqué dans le cahier *Offre de service et activités structurantes* sous la rubrique des actions

précises qu'ils doivent réaliser pour les activités de santé publique utilisant l'une ou l'autre de ces stratégies. Il en va de même des activités de santé publique qui s'appuient sur les stratégies de renforcement du potentiel des personnes et de soutien aux groupes vulnérables comme les SIPPE, les activités en sécurité alimentaire ou les activités de prévention des ITSS s'adressant à des groupes vulnérables, pour ne nommer que celles-là. Évidemment, les CSSS pourront lors de la révision de leur PAL se positionner de façon encore plus précise, s'ils le souhaitent et le jugent nécessaire, en ce qui a trait au rôle qu'ils veulent jouer eu égard à ces différentes stratégies d'action. Pour ce qui concerne le développement des communautés, les travaux réalisés au cours des prochains mois fourniront, comme nous le voyons dans ce qui suit, des orientations plus claires en ce sens.

Le développement des communautés

Selon l'INSPQ (2002), la stratégie de développement des communautés fait appel aux cinq éléments fondamentaux suivants :

- La participation des citoyens à l'amélioration de leur qualité de vie au quotidien;
- L'*empowerment*, c'est-à-dire le processus conférant à chacun une capacité d'agir concrètement et de façon autonome;
- La concertation et le partenariat entre les organismes pouvant agir sur l'un ou l'autre des déterminants de la santé;
- La réduction des inégalités au regard de la santé et du bien-être;
- L'harmonisation et la promotion de politiques publiques favorables à la santé.

La stratégie de développement des communautés implique donc une capacité collective à cerner et, ultimement, corriger des réalités sociales ou environnementales qui portent atteinte à la santé et au bien-être d'individus, de groupes, voire d'entités sociales entières (quartier, village, ville, MRC, région, etc.).

Le développement des communautés est une stratégie qui, de par sa nature même, doit être réfléchi et abordée avec modestie et précaution car elle met en jeu des transformations sociales hautement polémiques concernant, notamment, l'idéal démocratique et ses fondements de représentativité, ainsi que la légitimité et les limites de l'action des institutions au nom du

bien commun. Bien que depuis toujours la santé publique ait cherché et soit parvenue à influencer la société, une application du développement des communautés dans un milieu localisé commande préalablement un positionnement éclairé sur différentes questions fondamentales. En effet, de qui parle-t-on lorsque l'on parle de la communauté et qui est autorisé à en définir l'identité et les caractéristiques? Qui peut représenter la communauté et parler en son nom? Par quels procédés légitimes cette représentation est-elle déterminée? Autant d'interrogations essentielles et préliminaires à toute programmation d'activités dans un champ d'intervention encore à l'état de structuration. Faire l'économie d'une préparation basée solidement sur les connaissances sociologiques reviendrait à banaliser la complexité de la vie sociale et s'exposer à des erreurs évitables.

Le développement des communautés comporte assurément un potentiel positif pour la santé publique dans l'avenir, mais il comporte aussi à court terme des risques bien réels de précipitation et d'improvisation, que des motifs idéologiques si louables soient-ils ne peuvent en aucun cas justifier. La prise en compte des déterminants de la santé, parmi lesquels figurent l'environnement social et les conditions de vie dans leur complexité et leurs aspects les plus tenacement négatifs (pensons par exemple à la pauvreté et à l'exclusion sociale), exige des autorités de santé publique une perspective critique et une modération capables de préserver le plus possible les efforts en vue du développement des communautés de la désillusion et des dérives. Bien que la santé publique participe indéniablement de la dynamique sociale, elle n'a pas et ne doit pas avoir pour prétention de créer la communauté à partir de critères d'intervention et pour des fins qui lui sont propres. C'est pourquoi il importe, d'abord et avant tout, de bien poser les premiers jalons

de notre contribution à la stratégie de développement des communautés, lesquels consistent en une réflexion critique sur ce champ d'intervention et une exploration éclairée des différentes avenues d'action envisageables.

Le rôle de la DSP

Compte tenu de ce que nous venons d'exposer, la DSP ne saurait actuellement définir son rôle en matière de développement des communautés dans la région. Toutefois, la DSP réalisera trois grandes activités dans les prochaines années en lien avec cette stratégie d'action dont la première pourra éventuellement permettre de préciser son rôle en cette matière, et éventuellement celui des CSSS. Nous présentons ces trois activités dans ce qui suit.

Élaboration d'orientations régionales en matière de développement des communautés

Au cours de l'année 2007, un sous-comité de travail a été créé par le comité régional sur le programme de santé publique. Le mandat confié au sous-comité était le suivant :

- Mieux cerner ce qui fait problème au regard de l'action communautaire et de la place de celle-ci dans le cadre du programme de santé publique et des plans d'action locaux de santé publique;
- Formuler au comité régional sur le programme de santé publique des recommandations en lien avec la problématique cernée au point précédent.

Parmi les recommandations découlant des travaux du sous-comité (voir : *Rapport du sous-comité sur l'action communautaire* adopté par le comité régional du programme de santé publique le 14 novembre 2007), la

suivante attire plus particulièrement notre attention : *Développer des orientations régionales en matière de développement des communautés, d'action communautaire et quant aux fonctions de l'organisateur communautaire, en tenant compte des travaux du sous-comité.*

À cet effet, voici les principaux travaux qui s'amorceront au cours de l'année 2009 en vue de donner suite à cette recommandation :

- Recension des approches et des pratiques en développement des communautés dans la région de manière à :
 - Faire ressortir le tronc commun des pratiques en développement des communautés sur le territoire;
 - Situer et définir l'action de la DSP (rôle et responsabilités) en développement des communautés en soutien et en complémentarité des pratiques ayant cours dans le secteur de la santé et services sociaux et par rapport aux pratiques des autres secteurs concernés.
- Portrait régional de la situation au regard de l'organisation communautaire dans les CSSS;
- Orientations au regard de la contribution des CSSS en matière de développement des communautés;
- Rédaction d'un cadre régional de référence en matière de développement des communautés et d'action communautaire dans les CSSS.

Pour accompagner ces travaux, un comité des partenaires a été mis sur pied et sera animé par la DSP.

Étude portant sur le point de vue des acteurs sociaux locaux de la MRC du Rocher-Percé sur la santé des communautés

À l'automne 2009 paraîtront les résultats d'une étude financée par la DSP portant sur le point de vue des acteurs sociaux locaux de la MRC du Rocher-Percé sur la santé des communautés. Cette étude campée dans une perspective de développement social fournira des éléments de réflexion très attendus sur les enjeux inhérents au développement des communautés, tant sur le plan conceptuel que pratique.

Documentation de l'indice de défavorisation pour la région et pour les territoires de CSSS

Lorsque les données de 2006 sur l'indice de défavorisation seront disponibles au MSSS, la DSP les analysera pour la région de manière à soutenir les démarches de développement des communautés. Plus précisément, un document pour chaque territoire de CSSS sera produit, lequel comprendra entre autres une cartographie de l'indice de défavorisation des communautés locales du CSSS par rapport à l'ensemble des communautés locales du CSSS. Pour chaque communauté locale du CSSS, une fiche synthèse présentant des indicateurs tels que le revenu moyen, le pourcentage de personnes sans DES et le pourcentage de personnes vivant seules sera aussi produite.

L'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être

Puisque les déterminants de la santé débordent, comme nous le disions au début de la section 3.1, très largement le seul univers de la mission d'intérêt public du système de services sociaux et de santé, une action efficace sur les déterminants de la santé requiert très souvent la collaboration entre divers secteurs d'activité. Ces divers secteurs d'activité peuvent être, selon les circonstances, de nature publique, privée ou associative.

Le rôle de la DSP

On pourra constater à la lecture du cahier *Offre de service et activités structurantes* du PAR 2009-2012 que de très nombreux partenaires sont conviés à collaborer à la réalisation de très nombreuses activités visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Le tableau 4 présente quelques exemples à titre d'illustration. Au moment opportun, la DSP invitera les partenaires concernés à collaborer à la réalisation des activités de santé publique.

Tableau 4

EXEMPLES DE COLLABORATEURS À IMPLIQUER POUR LA RÉALISATION D'ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE

Dossier	Activité	Collaborateurs
Périnatalité et petite enfance	Intégration, dans les mesures universelles et dans les SIPPE, d'activités favorisant l'utilisation adéquate du dispositif de retenue pour enfants dans les voitures.	<ul style="list-style-type: none"> o Organismes communautaires famille, o Sûreté du Québec, o CPE.
École en santé (ÉES)	Planification et mise en œuvre des interventions de promotion de la santé et du bien-être et de prévention en milieu scolaire selon l'approche ÉES.	<ul style="list-style-type: none"> o Le MELS et son réseau. Éventuellement, selon les priorités retenues par chaque école : <ul style="list-style-type: none"> o Organismes communautaires, o Clubs sociaux, o Municipalités.
Habitudes de vie	Sensibilisation et soutien des municipalités à la création d'environnements propices aux saines habitudes de vie.	<ul style="list-style-type: none"> o Municipalités, o Ministère des Affaires municipales et des Régions.
Santé environnementale	Participation aux activités encadrées conjointement avec d'autres secteurs d'intervention, dont : <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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. 	<ul style="list-style-type: none"> o Municipalités, o MRC, o Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, o Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, o Ministère de la Sécurité publique.

Les pratiques cliniques préventives

Les professionnels de la santé, c'est-à-dire les médecins, les infirmières, les dentistes, les travailleurs sociaux et les nutritionnistes, pour ne nommer que ceux-là, ont en général une grande crédibilité auprès de la population. Ainsi, les informations qu'ils donnent et les conseils et recommandations qu'ils prodiguent ont une influence positive auprès des personnes qui les consultent sur l'adoption de comportements favorables à la santé (MSSS, 2008). De plus, selon le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (1994), les cliniciens de première ligne assurent la prestation de la majorité des services de prévention auprès de la population. Qui plus est, les deux tiers de la population de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine ont consulté un médecin de famille, un pédiatre ou un omnipraticien, soit pour un trouble physique, émotif ou mental, au cours des douze mois précédant l'ESCC 2005. De ce fait, ces intervenants occupent une place privilégiée pour intervenir en prévention auprès des personnes qu'ils rencontrent dans le cadre de consultations individuelles. Mais, comme le remarque Groulx (2007), « ... beaucoup d'occasions sont manquées pour intégrer la prévention dans la pratique quotidienne. »

Pour le MSSS, l'intégration des pratiques préventives dans les activités cliniques des professionnels de la santé demeure donc un défi, et ce, en dépit du fait que l'efficacité de ces pratiques soit démontrée et que les cliniciens aient en général une perception positive de la prévention :

« Les cliniciens disent ne pas avoir la formation, les outils ou les ressources nécessaires; ils jugent que leurs patients ne sont pas réceptifs ou encore qu'ils résistent; ils ne se sentent pas efficaces et considèrent qu'ils n'ont pas le temps dans le contexte actuel (pénurie de médecins, multiples

demandes des patients, vieillissement et alourdissement de la clientèle); ils trouvent enfin la rémunération de ces activités insuffisante. D'autres professionnels de la santé considèrent que ce n'est pas leur rôle de prévenir la maladie; ils n'intègrent pas eux-mêmes, dans leur quotidien, les comportements préventifs, ne connaissent pas les guides de pratique, les trouvent peu crédibles, inadaptés à leur pratique ou même contradictoires. » (MSSS, 2008, page 72)

Ces éléments constituent autant de barrières individuelles et organisationnelles à l'intégration des pratiques cliniques préventives dans les activités de clinique et c'est entre autres pourquoi, le MSSS a retenu dans son PNSP cette stratégie d'action qu'est le soutien des cliniciens dans l'intégration de certaines pratiques cliniques préventives. Et c'est aussi pour cette raison et conformément aux prescriptions du PNSP que nous avons retenu cette stratégie d'action dans notre PAR 2009-2012.

Les pratiques cliniques préventives en santé publique

Les pratiques cliniques préventives sont des interventions réalisées par des cliniciens de première ligne dans le cadre d'une consultation individuelle avec un client. Les pratiques cliniques préventives en santé publique ont toutes en commun d'agir en amont des problèmes de santé, c'est-à-dire avant qu'ils n'apparaissent ou ne deviennent symptomatiques, et ce, afin de favoriser la santé, de prévenir les problèmes de santé et à terme, de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité leur étant associées. Ainsi, les pratiques cliniques préventives en santé publique regroupent les mesures suivantes :

- Le **counselling** sur les habitudes de vie et autres comportements favorables à la santé (ex. : counselling sur la pratique d'activités physiques, counselling en matière d'allaitement maternel auprès des femmes enceintes, counselling sur les méthodes de contraception auprès des adolescents sexuellement actifs).
- Le **dépistage** des problèmes de santé chez des personnes asymptomatiques (ex. : dépistage du cancer du col utérin par le test de Pap) et la **détection des facteurs de risque et des signes avant-coureurs** de problèmes psychosociaux (ex. : détection des signes avant-coureurs de la dépression, détection des signes de violence conjugale).
- **L'immunisation.**
- La **chimio prophylaxie**, c'est-à-dire prescription d'une médication à visée préventive (ex. : prescription d'antiviraux auprès des groupes à risque lors d'une pandémie d'influenza, prescription d'antipaludéens pour les personnes voyageant dans des pays où la malaria est endémique).
- Et autres **interventions individuelles à visée préventive** (ex. : application d'agents de scellement auprès des enfants à risque de carie).

Cela dit, à compter des travaux réalisés principalement par le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique et le groupe d'étude américain U.S. Preventive Services Task Force, le MSSS a retenu dans le *PNSP 2009-2012 – Mise à jour 2008* près de trente pratiques cliniques préventives en raison de leur efficacité démontrée à prévenir les problèmes de santé.

Le rôle de la DSP

Il importe avant tout de souligner que la réalisation des pratiques cliniques préventives est avant tout une responsabilité

des cliniciens de première ligne. Ainsi, le succès de l'intégration et de l'optimisation des pratiques cliniques préventives dans les activités cliniques dépend d'abord de la volonté des professionnels de la santé (Groulx, 2007). Le MSSS a aussi un rôle important en cette matière puisque c'est lui qui doit assurer, au niveau national, la coordination de la mise en œuvre de cette stratégie d'action. Plus précisément, il envisage de :

- Produire des avis sur les pratiques cliniques préventives et les moyens efficaces de les promouvoir auprès des milieux cliniques et de favoriser leur intégration.
- Soutenir la diffusion de l'information sur ces pratiques.
- Collaborer avec les ordres professionnels pour développer ces pratiques.
- Examiner la pertinence de mettre en place de nouveaux incitatifs financiers pour favoriser l'intégration de ces pratiques dans les activités cliniques régulières des cliniciens de première ligne. (MSSS, 2008)

Les DSP et les CSSS ont pour leur part un rôle de soutien des milieux cliniques dans la planification et la mise en œuvre locale des pratiques cliniques préventives (MSSS, 2008; Groulx, 2007). Ainsi, conformément aux attentes du MSSS, la DSP a amorcé la planification de son offre de service en matière de pratiques cliniques préventives en indiquant, dans chacun des domaines d'intervention à la section 3.1, les pratiques cliniques préventives qu'elle soutiendra en 2009-2012. Également, nous présentons dans le cahier *Offre de service et activités structurantes* les actions plus précises que la DSP envisage mener pour soutenir chacune des pratiques cliniques préventives, ainsi que celles que devraient réaliser les CSSS à cette fin. Pour faciliter le repérage des pratiques cliniques préventives retenues par

la DSP, nous les avons regroupées au tableau 5.

Tableau 5

LES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES QUE PRÉVOIT SOUTENIR LA DSP EN 2009-2012 SELON LES DIFFÉRENTS DOSSIERS DU PAR

Périnatalité et petite enfance :

- Recommandation de la prise d'une dose d'acide folique par les femmes en âge de procréer.
- Recherche de cas et counselling sur la consommation d'alcool et le tabagisme auprès des femmes enceintes.
- Counselling en matière d'allaitement maternel.
- Recommandation aux familles défavorisées de bénéficier des SIPPE et orientation des enfants défavorisés vers les CPE pour des interventions éducatives précoces.
- Counselling en matière d'alimentation auprès des femmes enceintes et pour les enfants de 0 à 5 ans.
- Counselling auprès des pères pour les encourager à s'impliquer envers leur jeune enfant.
- Repérage de la dépression chez les femmes enceintes et les femmes en postnatal et référence aux services diagnostiques, de traitement ou de suivi.

Santé sexuelle et grossesses précoces :

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

Violence conjugale et agression sexuelle :

- Recherche de cas de violence conjugale chez les adultes.

Suicide :

- Repérage de la dépression et référence aux services diagnostiques, de traitement ou de suivi.

Alimentation :

- Counselling en faveur d'une saine alimentation.

Activité physique :

- Recommandation d'une pratique régulière d'activités physiques.

Tabagisme :

- Counselling concernant l'abandon du tabagisme.

Santé dentaire :

- Application d'agents de scellement dentaire en milieu scolaire auprès des élèves du primaire présentant un risque de carie dentaire.
- Suivi préventif individualisé en milieu scolaire afin que les enfants de la maternelle à la 2^e année 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.
- Counselling sur l'utilisation optimale de fluorure dans la prévention de la carie dentaire.
- Counselling concernant la consommation d'aliments cariogènes chez les personnes à risque élevé de carie dentaire.

Tableau 5 (suite)

LES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES QUE PRÉVOIT SOUTENIR LA DSP EN 2009-2012 SELON LES DIFFÉRENTS DOSSIERS DU PAR

Maladies chroniques :

- Dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans (par le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*) et prise en charge des femmes positives jusqu'au diagnostic.
- Dépistage du cancer du col utérin (par le test de Papanicolaou).
- Dépistage du cancer colorectal.
- Dépistage de l'ostéoporose.
- Dépistage de l'hypertension artérielle.

Maladies infectieuses* :

- Dépistage de la rubéole chez les femmes enceintes.
- Dépistage du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et des autres ITSS auprès des femmes enceintes.
- Dépistage des ITSS et interventions préventives (counselling, vaccination et traitement) auprès des personnes à risque, des personnes atteintes et de leurs partenaires.

* Le *PNSP 2003-2012 – Mise à jour 2008* n'a pas inscrit les activités en immunisation et en chimioprophylaxie faites par les cliniciens de 1^{re} ligne dans les pratiques cliniques préventives à promouvoir et à soutenir; c'est pourquoi nous ne les indiquons pas ici. Précisons toutefois que la DSP poursuivra, comme par les années passées, son soutien auprès des cliniciens concernés pour la réalisation de ces activités dans leur pratique.

Le soutien aux groupes vulnérables

On le sait, plusieurs problèmes de santé ne se distribuent pas de façon uniforme dans la population; certains groupes étant plus touchés que d'autres en raison de leur genre, de leur âge, de leur condition économique ou de toute autre condition les rendant plus vulnérables à vivre ou à développer certains problèmes psychosociaux ou de santé physique. On a qu'à penser à l'infection par le VIH et au sida, aux maladies cardiovasculaires, aux maladies respiratoires, aux problèmes de santé mentale ainsi qu'aux problèmes de développement chez les enfants, pour ne nommer que ceux-là, qui affectent davantage les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique. Également, les femmes sont encore aujourd'hui plus souvent victimes de violence conjugale que ne le sont les hommes, tandis que ces derniers meurent davantage que les femmes de cancers, de maladies cardiovasculaires, dans des accidents de transport et de suicide. De leur côté, les personnes âgées

constituent un groupe particulièrement vulnérable aux chutes. Ce ne sont là que quelques exemples qui illustrent les écarts de santé existant encore aujourd'hui entre différents groupes de la société.

Or, il est possible d'atténuer les écarts de santé attribuables aux différentes formes de vulnérabilité (MSSS, 2003) et de contribuer à ce que les gains de santé que nous ferons au cours des prochaines années profitent au plus grand nombre. Pour y arriver, il importe d'assurer l'accessibilité des services aux groupes vulnérables et de les adapter aux caractéristiques de ces groupes. Également, des efforts doivent être consentis pour continuer à offrir des interventions s'adressant spécifiquement à ces groupes de manière à répondre à leurs besoins spécifiques. Outre les interventions et services individuels, d'autres mesures doivent être soutenues pour assurer la création d'environnements favorables à la santé de tous.

Le rôle de la DSP

Plusieurs des activités de santé publique que la DSP s'engage à réaliser ou à soutenir dans les prochaines années s'adressent à des groupes vulnérables et traduisent de ce fait sa volonté et son engagement à contribuer à réduire les inégalités de santé au sein de la

Le renforcement du potentiel des personnes

Rappelons d'abord que la santé se définit comme :

« ... la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie. » (Loi sur les services de santé et les services sociaux)

Ainsi, en 1992, dans sa *Politique de la santé et du bien-être*, le MSSS stipulait que toute action, intervention ou service visant à améliorer la santé devrait prendre en compte tant les capacités ou le potentiel des individus à faire des choix et à exercer un certain contrôle sur leur vie, que les ressources du milieu dans lequel les individus évoluent. Encore aujourd'hui, le MSSS réitère cette position à l'intérieur de son PNSP et la DSP y adhère totalement.

Le rôle de la DSP

Comme nous le disions, la DSP reconnaît le potentiel des personnes et l'importance d'orienter ses actions et ses approches d'intervention pour renforcer ce potentiel. Certaines activités de santé publique

population gaspésienne et madelinienne. De même, les actions que nous entendons mener pour soutenir le développement des communautés et les actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être s'inscrivent dans la poursuite de cet objectif de réduction des écarts de santé.

s'adressant à la population et retenues dans le PAR 2009-2012 préconisent déjà spécifiquement cette approche qu'on appelle *l'empowerment* pour favoriser le renforcement du potentiel des personnes dont les services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles vulnérables, le soutien à l'allaitement maternel, les activités en sécurité alimentaire, plusieurs activités de promotion de saines habitudes de vie et les activités auprès des proches de personnes suicidaires.

C'est donc à travers son soutien (coordination régionale, expertise-conseil, formations, financement, etc.) aux organismes communautaires et aux CSSS notamment dans la réalisation d'activités de santé publique privilégiant une approche axée sur *l'empowerment* que la DSP entend soutenir concrètement cette stratégie qu'est le renforcement du potentiel des personnes.

Ceci termine cette troisième partie du *Cadre de référence*. Nous passons à la quatrième partie portant sur les modalités de mise en œuvre du PAR 2009-2012.

Partie 4

Les modalités de mise en œuvre du PAR 2009-2012

Nous l'avons vu dans la première partie de ce document, la santé publique fait face à de nombreux enjeux dont, rappelons-le, celui de la capacité même de réaliser la mission de santé publique à l'échelle régionale et locale au cours des prochaines années. Cet enjeu pose bien sûr plusieurs défis si l'on veut que la population gaspésienne et madelinienne continue d'avoir accès aux services de santé publique dont elle a besoin et dont elle est en droit de s'attendre. Dans ce contexte, le soutien qu'apportent les professionnels de la DSP aux partenaires locaux dans leur dossier respectif, bien que nécessaire et même essentiel au déploiement des activités de santé publique à l'échelle locale (Dubé et coll., 2008), n'est pas suffisant. D'autres modalités doivent être initiées pour assurer la mise en œuvre du PAR et à terme assurer à notre population l'accès aux services de santé publique. Ces modalités, dont le choix repose sur les résultats du bilan d'implantation du PAR 2004-2007, sont les suivantes :

- Diffusion du PAR 2009-2012.
- Planification et bilan annuels de la DSP.
- Poursuite des travaux du comité régional sur le programme Santé publique.
- Soutien aux CSSS dans la révision de leur PAL.
- Évaluation du PAR au terme de son cycle 2009-2012.

Nous reprenons dans ce qui suit chacune de ces modalités de mise en œuvre du PAR 2009-2012 en les précisant davantage.

Diffusion du PAR 2009-2012

Le PAR 2009-2012 a été largement diffusé aux partenaires locaux et régionaux avec lesquels la DSP sera appelée à travailler au cours des prochaines années pour la mise en œuvre des activités de santé publique définies dans le PAR. De même, les professionnels de la DSP, dans leurs dossiers respectifs, ainsi que le directeur régional de santé publique, continueront à faire connaître le PAR, les objectifs qu'il poursuit, les activités de santé publique à déployer et plus largement, ce qu'est la prévention et sa contribution à l'intérieur du système de santé et de services sociaux.

Planification et bilan annuels de la DSP¹⁴

Pour chacune des trois années couvertes par le PAR 2009-2012, les professionnels de la DSP élaboreront, comme par les années passées, leur planification annuelle en précisant les activités de santé publique qu'ils entendent réaliser à compter des engagements pris dans le PAR, ainsi que les principaux partenaires à mobiliser, les échéanciers et, s'il y a lieu, les résultats attendus en termes de production de services. Cet exercice de planification permettra ainsi d'actualiser le PAR annuellement et de maintenir le sens et la cohérence des actions de chacun et de celles de toute l'organisation. Dans le contexte où les demandes adressées à la DSP augmentent constamment et où de nombreuses activités non prévues s'ajoutent

¹⁴ Le texte qui suit est tiré presque intégralement de Dubé et coll. (2008).

en cours d'année, la planification annuelle permet aussi à la DSP de maintenir le cap sur ses engagements pris dans le PAR et ainsi assurer le déploiement des activités de santé publique que requiert la population de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine.

Le bilan annuel vient compléter si on veut l'exercice de la planification en offrant l'occasion de rendre compte des activités effectivement réalisées en cours d'année (des partenaires impliqués et dans certains cas, des résultats obtenus), mais aussi de faire une analyse critique et de réajuster, s'il y a lieu, le choix de nos orientations. Un bilan annuel sera donc produit par la DSP à la fin de chacune des années financières couvertes par le PAR 2009-2012, lequel sera intégré au bilan annuel de l'agence.

Poursuite des travaux du comité régional sur le programme Santé publique¹⁵

Le comité régional de santé publique a été créé à l'automne 2004 par la table PDG-DG de l'agence. Composé des cadres responsables du programme de santé publique dans les CSSS, des représentantes du ROCGÎM et de représentants de la DSP dont le directeur régional de santé publique, le comité a pour mandat :

- De s'assurer d'une compréhension commune du plan d'action régional de santé publique et de l'appropriation de celui-ci par les acteurs régionaux et locaux concernés;
- D'assurer à l'échelle régionale la concertation et la coordination pour les aspects du programme de santé publique relevant des établissements de santé et de services sociaux, en stimulant et soutenant l'élaboration des plans locaux

de santé publique et la mise en œuvre de ceux-ci;

- De conseiller le comité de gestion régionale PDG-DG sur les actions nécessaires à la mise en œuvre des plans d'action locaux de santé publique;
- En lien avec les plans locaux de santé publique, de favoriser le partage des expériences vécues dans les établissements et les réseaux locaux, et ce, en vue de tendre vers l'accès, la qualité, l'efficience et l'efficacité des activités et programmes requis dans le domaine de la santé publique;
- De donner son avis sur le bilan du PAR et sur toute mise à jour de celui-ci. (DSP, avril 2007)

Depuis sa création, le comité régional a réalisé divers travaux qui, du point de vue de la DSP, ont contribué à renforcer la position stratégique de la santé publique au sein des services sociaux et de santé de la région. Parmi eux, mentionnons la tenue de l'événement local de santé publique, l'élaboration du *Cadre de référence balisant le mandat du cadre en charge du programme de santé publique dans un CSSS* (septembre 2006) et le rapport produit par le sous-comité sur l'action communautaire (novembre 2007).

Également, les rencontres du comité sont, de l'avis de plusieurs participants au bilan, des occasions privilégiées pour mieux connaître et comprendre les préoccupations et les réalités des parties le composant et d'ajuster, au besoin, les actions en vue de garantir à l'échelle locale l'accès à des services de santé publique efficaces et de qualité. Finalement, dans le contexte des transformations que nous avons connues dans les dernières années, notamment l'intégration de la mission CLSC dans les CSSS et les risques de délestage des budgets de santé publique aux dépens des activités curatives, les échanges au sein du

¹⁵ Le texte qui suit est tiré presque intégralement de Dubé et coll. (2008).

comité régional enrichissent et alimentent un argumentaire en faveur de la santé publique à l'intention notamment de la table PDG-DG de l'agence et des comités de direction des CSSS. Voilà pourquoi la DSP entend poursuivre les travaux du comité régional de santé publique.

Soutien aux CSSS dans la mise à jour et la mise en œuvre de leur PAL

Rappelons d'abord que c'est principalement par la mise en œuvre des PAL à l'échelle locale que se déploient le PAR et plus largement le PNSP; la dispensation de la plupart des activités de santé publique s'adressant à la population relevant en effet des équipes locales. Il est donc important, comme le stipule d'ailleurs la Loi sur la santé publique, d'assurer une cohérence entre les activités prescrites dans le PNSP et celles retenues dans le PAR et ultimement dans les PAL. C'est pourquoi la DSP envisage encore d'apporter un soutien concret aux CSSS dans la mise à jour et la mise en œuvre de leur PAL. Pour ce qui est d'abord de la mise à jour des PAL, la DSP a conçu différents outils à l'intention des CSSS dont un canevas à compter duquel les CSSS pourront réviser leur plan d'action. Ce canevas reprend pour une large part le contenu du présent PAR, lequel a été ajusté pour la réalité des CSSS, et définit notamment les activités de santé publique que devraient réaliser les CSSS dans les prochaines années (conformément au contenu du cahier *Offre de service et activités structurantes*). Puis, les professionnels de la DSP continueront de soutenir comme par le passé, dans leur dossier respectif, les CSSS dans la mise en œuvre des activités.

Cela dit, il y aura par ailleurs une réflexion à faire à l'avenir sur la capacité, à l'échelle locale, de réaliser les activités de santé publique et sur l'organisation des services qui permettront d'y arriver. La DSP entend

mener cette réflexion avec le concours des CSSS et les modalités pour ce faire sont à définir.

Évaluation du PAR au terme de son cycle 2009-2012

Au cours de l'année 2012-2013, nous ferons le bilan d'implantation de ce PAR 2009-2012 et évaluerons l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être qui y sont définis.

Essentiellement, le bilan d'implantation que nous amorcerons en début d'année 2012-2013 portera sur les mêmes aspects que ceux abordés dans le bilan du PAR 2004-2007, à savoir : évaluer le niveau de déploiement des différentes activités de santé publique prévues à l'échelle régionale, déterminer les conditions favorables et les obstacles au déploiement des activités, ainsi que l'impact des modalités de mise en œuvre du PAR sur le déploiement des activités de santé publique.

Pour ce qui est de l'évaluation des objectifs de santé et de bien-être, nous la ferons à compter des données les plus récentes qui seront disponibles en 2012-2013. Mentionnons à ce sujet que la plupart des données sur les indicateurs sociosanitaires accusent un délai entre le moment où elles sont mesurées et celui où elles sont disponibles. À titre d'exemple, en 2012-2013, nous devrions avoir les données sur les décès survenus en 2010 et durant les années antérieures. Ceci ne nous permet donc pas de mesurer les indicateurs associés aux objectifs en temps réel.

Malgré cette limite imposée par la disponibilité des données, l'évaluation des objectifs sociosanitaires fournira des indications pertinentes et utiles sur la situation la plus récente de la santé et du bien-être de notre population ainsi que sur les tendances qu'ont suivies les grands

indicateurs depuis le début des années 2000. Car non seulement allons-nous mesurer en 2012-2013 les indicateurs les plus récents associés à chacun des objectifs du PAR, nous analyserons aussi comment ils ont évolué au cours des quelque dix dernières années,

période globale qu'auront couverte nos deux PAR (2004-2007 et 2009-2012). Cela dit, les modalités précises pour évaluer l'implantation et les objectifs du PAR 2009-2012 seront définies ultérieurement.

Partie 5

La contribution de la santé publique aux autres programmes-services du MSSS

Dans le contexte de l'élaboration des projets cliniques à l'échelle locale, il est apparu nécessaire de bien situer le programme Santé publique parmi les autres programmes-services et plus précisément encore, la contribution possible de la santé publique à la réduction des problèmes de santé et de bien-être couverts par les autres programmes. De plus, cet exercice permet de clarifier et de situer la place de la prévention dans le continuum des services et ainsi de marquer le caractère distinctif et essentiel du programme Santé publique (ou le PAR) parmi les autres programmes-services du MSSS. Avant de présenter en quoi la santé publique contribue aux autres programmes, nous faisons un bref rappel de ce qu'est la nouvelle architecture des programmes au MSSS.

L'architecture des programmes

En 2004, le système de services de santé et de services sociaux passait d'un mode de gestion par programme-clientèle à celui par programme-services afin, rappelons-le, de :

« ... s'assurer que des critères comme l'âge, le sexe, l'appartenance à une catégorie sociale ou autre ne puisse être appliqués pour déterminer le contour d'un programme ». (Comité sur la définition des programmes, 2004)

Neuf nouveaux programmes-services ont donc été créés, lesquels se divisent en deux catégories, soit les programmes destinés à toute la population et les programmes répondant à des problématiques

particulières. Ces derniers programmes ne comprenant que des services spécifiques, nous les appelons, dans ce qui suit, les programmes-services spécifiques par souci d'alléger le texte.

Cela dit, les programmes s'adressant à l'ensemble de la population sont :

- Le programme Santé publique;
- Le programme Services généraux - Activités cliniques et d'aide.

Rappelons que le programme Santé publique comprend à la fois des services s'adressant à toute la population et des services destinés à des groupes vulnérables en raison des caractéristiques qu'ils présentent et qui les rendent plus à risque de développer certains problèmes de santé et de bien-être.

Quant aux programmes-services spécifiques, dont les services s'adressent aux personnes déjà aux prises avec des problèmes de santé et de bien-être particuliers comme la perte d'autonomie ou la déficience intellectuelle, ils comportent des services curatifs ou de traitement, de suivis intensifs, de réadaptation ou de soutien en fin de vie. Ces services visent à traiter, à soulager, à compenser, à soutenir ou à prévenir les complications et la détérioration de l'état de santé. Font partie des programmes-services spécifiques :

- Le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement;
- Le programme Déficience physique;

- Le programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (TED);
- Le programme Jeunes en difficulté;
- Le programme Dépendances;
- Le programme Santé mentale;
- Le programme Santé physique.

Rappelons ici que ces sept derniers programmes ne contiennent par ailleurs aucune activité ni aucun service de promotion de la santé, de prévention des problèmes de santé (c'est-à-dire avant qu'ils ne surviennent) et de protection de la santé; ces activités et services appartenant au programme Santé publique (Comité sur la définition des programmes, 2004). À titre d'exemple, la vaccination contre l'influenza chez les personnes âgées en perte d'autonomie, qui vise à prévenir l'influenza dans ce groupe plus vulnérable à ce problème, appartient au programme Santé publique et non au programme Perte d'autonomie liée au vieillissement¹⁶.

La contribution de la santé publique

Ces précisions faites, nous illustrons au tableau 6 la contribution possible des activités du programme Santé publique aux sept programmes-services spécifiques. Plus précisément, pour chacun des programmes, nous donnons quelques exemples d'activités du PAR 2009-2012 (le PAR correspondant au programme Santé publique) pouvant contribuer à :

- Prévenir les problèmes de santé et de bien-être faisant partie du programme;
- Ou même, dans certains cas, pouvant contribuer à l'atteinte des objectifs dudit

programme (dans le tableau 6, ces objectifs sont suivis d'un astérisque).

Pour ce qui est du programme Services généraux - Activités cliniques et d'aide, rappelons d'abord qu'il embrasse, à peu de chose près, l'ensemble des problèmes de santé auxquels peuvent être confrontés les individus de façon ponctuelle. Ce qui le caractérise c'est la nature des services qu'il offre, à savoir des services de proximité, généralement offerts sur une base individuelle et visant à répondre aux besoins de toute personne présentant des problèmes ponctuels et aigus quel qu'en soit le type (Comité sur la définition des programmes, 2004). Selon cette conception, toutes les activités préventives en santé publique peuvent contribuer à prévenir les problèmes faisant partie de ce programme.

Mentionnons enfin que si les exemples inscrits au tableau 6 permettent de mieux situer le champ particulier de la prévention dans le continuum des services, ils ne rendent toutefois pas compte des activités de promotion de la santé qui appartiennent aussi au programme Santé publique. Ces activités, qui visent à influencer les déterminants de la santé de façon à permettre aux individus et aux collectivités d'avoir un plus grand pouvoir sur leur santé, se situent bien en amont de la survenue des problèmes de santé, mais contribuent de façon importante à la bonne santé et au bien-être de la population.

¹⁶ Pour plus de détails sur les programmes-services du MSSS, consulter le rapport du Comité sur la définition des programmes *L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien*, MSSS, janvier 2004, 30 pages.

Tableau 6

CONTRIBUTION DES ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE AUX PROGRAMMES-SERVICES SPÉCIFIQUES OU RÉPONDANT À DES PROBLÉMATIQUES PARTICULIÈRES

Programme	Objectifs auxquels peuvent contribuer les activités de santé publique	Exemples d'activités de santé publique pouvant contribuer à l'atteinte de l'objectif
Perte d'autonomie liée au vieillissement	Prévenir les problèmes de santé liés à l'avancement en âge et pouvant entraîner une perte d'autonomie (ex. : ostéoporose, MPOC, cancers).	<ul style="list-style-type: none"> o Sensibilisation et soutien des milieux de travail à la promotion et l'acquisition de saines habitudes de vie. o Counselling concernant l'abandon du tabagisme. o Dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans.
	Assurer la sécurité des personnes en perte d'autonomie dans leur résidence.*	<ul style="list-style-type: none"> o Implantation de mesures multifactorielles de prévention des chutes chez les personnes en perte d'autonomie ayant déjà chuté.
Déficience physique	Prévenir les problèmes de santé pouvant entraîner une déficience physique et éventuellement une incapacité.	<ul style="list-style-type: none"> o Intégration, dans les services en périnatalité, d'activités favorisant l'utilisation adéquate du dispositif de retenue pour enfants dans les voitures. o Vaccination de base : diphtérie, poliomyélite, rougeole, rubéole, etc. o Activités de lutte contre le bruit en milieu de travail, la surdité professionnelle et leurs conséquences sur la santé et la sécurité.
Déficience intellectuelle et TED	Prévenir la déficience intellectuelle et les TED.	<ul style="list-style-type: none"> o Dépistage de la rubéole chez les femmes enceintes.
	Réduire l'impact de la déficience intellectuelle et du TED.*	<ul style="list-style-type: none"> o En garantissant l'accès des activités de santé publique à toute la population. o En accompagnant les mères et les pères ayant un enfant avec une DI ou un TED dans le cadre des mesures universelles en périnatalité et des services intégrés en périnatalité et petite enfance.
Jeunes en difficulté	Prévenir les problèmes de développement et d'adaptation sociale chez les jeunes ainsi que la violence à leur endroit.	<ul style="list-style-type: none"> o Programme de stimulation précoce et infantile. o Approche École en santé. o Soutien à l'organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle. o Programme de prévention de la violence entre jeunes et envers les jeunes (ESPACE, SAISIR, etc.)
	Soutenir les familles des jeunes en difficulté.*	<ul style="list-style-type: none"> o Services intégrés en périnatalité et petite enfance (accompagnement des familles vulnérables ayant un enfant présentant un trouble du développement).

* Les objectifs suivis d'un astérisque sont des objectifs propres au programme-service spécifique.

Tableau 6 (suite)

CONTRIBUTION DES ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE AUX PROGRAMMES-SERVICES SPÉCIFIQUES OU RÉPONDANT À DES PROBLÉMATIQUES PARTICULIÈRES

Programme	Objectifs auxquels peuvent contribuer les activités de santé publique	Exemples d'activités de santé publique pouvant contribuer à l'atteinte de l'objectif
Dépendances	Prévenir les problèmes d'abus et de dépendances.	<ul style="list-style-type: none"> o Réalisation périodique de campagnes régionales de promotion des services en dépendances, principalement <i>Alcochoix+</i>.
	Réduire les méfaits.*	<ul style="list-style-type: none"> o Vaccination des personnes appartenant à des groupes vulnérables (dont les toxicomanes) contre les hépatites A et B.
Santé mentale	Réduire les troubles mentaux transitoires, plus précisément les conduites suicidaires.	<ul style="list-style-type: none"> o Établissement des réseaux de sentinelles. o Activités favorisant le traitement approprié du suicide dans les médias. o Repérage de la dépression et références aux services diagnostiques, de traitement ou de suivi. o Programmes de prévention du suicide en milieu scolaire primaire, secondaire et collégial.
Santé physique	Prévenir la survenue des maladies, des symptômes et des traumatismes.	<ul style="list-style-type: none"> o Counselling en faveur d'une saine alimentation. o 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. o Campagne de communication sur la santé buccodentaire. o Dépistage de l'hypertension artérielle. o Activités d'information et de prévention des ITSS en milieu scolaire. o Promotion, auprès de la population et des responsables de résidences pour personnes âgées, de services de garde et d'écoles, de l'utilisation d'un avertisseur de monoxyde de carbone. o Surveillance biologique des travailleurs exposés au plomb.

* Les objectifs suivis d'un astérisque sont des objectifs propres au programme-service spécifique.

Conclusion

L'état de santé et de bien-être de la population s'est grandement amélioré au cours des dernières décennies. Malgré cela, plusieurs problèmes demeurent préoccupants et pourraient, dans bien des cas, être évités ou prévenus en agissant sur les déterminants leur étant associés.

Ainsi, conformément à la Loi sur la santé publique et aux prescriptions du *PNSP 2003-2012 – Mise à jour 2008*, nous avons défini à l'intérieur de ce *Cadre de référence* du PAR 2009-2012 les activités et les stratégies d'action reconnues efficaces en santé publique que nous nous engageons à réaliser de manière à prévenir les différents problèmes de santé qui confrontent notre population. De plus, dans le cahier *Offre de service et activités structurantes*, nous avons défini de façon plus précise encore, les activités à offrir à la population et les activités structurant l'offre de service devant être réalisées régionalement par la DSP et localement par les CSSS. Le contenu de ce dernier cahier permet ainsi de voir quelles activités doivent être concrètement réalisées pour rendre accessible l'ensemble des services requis en santé publique dans la région. Ce cahier devrait ainsi constituer, selon nous, un instrument utile pour la mise à jour des PAL et leur mise en œuvre.

Cela dit, si les activités définies dans notre PAR sont effectivement nécessaires pour contribuer à améliorer la santé et le bien-être de notre population, elles sont loin d'être suffisantes. De par sa mission, le système de santé publique a effectivement un rôle à jouer en prévention, mais il ne

saurait d'aucune manière en être l'unique responsable; bien d'autres secteurs d'activité ayant aussi une responsabilité en ce sens. Nous l'avons dit à maintes reprises, la santé est une responsabilité à la fois individuelle et collective de sorte que son amélioration passe inévitablement par des actions individuelles et collectives, dont le partage équitable de la richesse, l'accès à des services d'éducation de qualité pour tous, l'adoption de politiques publiques favorables à la santé et la préservation de l'environnement dans lequel nous vivons.

Par ailleurs, la capacité de réaliser la mission de santé publique est un enjeu important au cours des prochaines années, principalement en raison de son financement de plus en plus incertain. Ainsi, si on veut rendre accessibles les services de santé publique requis pour la population et contribuer à atteindre les objectifs sociosanitaires que nous nous sommes fixés, un choix en faveur de la prévention devra être fait et des gestes concrets devront être posés en ce sens, notamment au chapitre du financement, de la répartition des budgets et de leur protection. Voilà sans doute un des plus grands défis qui attend le système de santé et de services sociaux, un défi que la DSP entend relever en continuant à investir des efforts dans le domaine de la prévention comme en fait foi le présent PAR.

Annexe

Le plan de mobilisation des ressources

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

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

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

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

La DSP avait répondu à cette obligation légale lors de l'élaboration de son PAR 2004-2007. Le plan de mobilisation des ressources alors rédigé étant encore valide aujourd'hui,

c'est essentiellement le contenu de ce plan que nous reproduisons ici. Mais avant de présenter les grandes étapes de mise en œuvre du plan de mobilisation, nous définissons d'abord les notions de menace à la santé, de menace appréhendée à la santé et de demande d'aide formelle.

Quelques définitions

Menace à la santé

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

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

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

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

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

« 2. ... Les autorités de santé publique visées par la présente Loi sont le ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur national de santé publique nommé en vertu de la Loi sur

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

Menace appréhendée à la santé

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

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

Demande d'aide formelle

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

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

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

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

Les étapes de mise en opération du plan de mobilisation

Le mécanisme de mise en opération du plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux se divise en quatre étapes, à savoir :

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

Étape 4 : Désactivation du plan de mobilisation et évaluation de l'intervention de santé publique.

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

**Étape 1 :
Identification d'une menace à la santé dont la gestion dépasse les capacités de réponse de la DSP**

L'expérience des années passées n'a pas démontré de cas où les capacités de la DSP se sont avérées dépassées pour la prise en charge efficace des situations de menace à la santé. Il faut cependant admettre que le recours aux équipes de santé publique des CLSC, sur une base informelle, a souvent permis d'éviter de telles éventualités. Bien sûr, il n'est pas dans l'esprit du présent document de faire table rase de cette tradition de bonne collaboration.

Dans la conjoncture actuelle d'émergence de phénomènes nouveaux tel le SRAS, ou de la réapparition de certains autres tels qu'une pandémie d'influenza ou de variole, il apparaît plus prudent de prévoir des mécanismes plus formels de mobilisation des ressources, dans la mesure où le caractère urgent ou l'ampleur de ce qui pourrait survenir, pourraient n'être d'aucune commune mesure avec ce que nous avons connu jusqu'à maintenant. Ceci est d'autant plus important que la quantité de personnel requis pourrait être d'une ampleur débordant largement ce qu'on a généralement connu.

En fonction de l'évaluation qu'en fera le directeur de la santé publique ou son représentant, il pourrait donc conclure que les capacités d'intervention de la DSP sont dépassées et déclencher alors le plan de mobilisation des ressources, selon le degré

d'intensité requis par la situation à laquelle faire face.

**Étape 2 :
Déclenchement du plan de mobilisation et réquisition du personnel nécessaire**

Conditions de déclenchement du plan

Avant de recourir au plan de mobilisation, un effort sera fait afin de mettre à contribution tous les employés œuvrant au sein de la DSP, et même dans les autres directions de l'agence de la santé et de services sociaux, en tenant compte de leurs compétences respectives. Toutes les tâches n'exigeant pas d'expertise médicale peuvent, en effet, être partagées avec le personnel professionnel et de bureau, après une formation intensive adéquate. Par contre, les tâches exigeant une expertise médicale doivent être déléguées aux infirmières et aux médecins, et parfois uniquement aux médecins (prescriptions médicales, tests diagnostiques, etc.).

Par ailleurs, l'application du plan de mobilisation des ressources touchera d'abord les établissements de santé et de services sociaux du territoire concerné par la menace à la santé de la population. La mobilisation de personnel visera plus spécifiquement les établissements ayant une mission CLSC au sein desquels se tiennent la plupart des activités de première ligne en santé publique. S'il advenait que le personnel de la mission hospitalière de courte durée d'un CSSS devait être réquisitionné, on prendrait alors soin de s'assurer de ne pas le priver d'un nombre trop grand d'effectifs, de manière à ce qu'il soit lui-même en mesure de continuer à réaliser les activités découlant de sa propre mission.

Dans l'éventualité d'une menace touchant plus d'une MRC, les autres établissements de la région pourraient aussi être mis à

contribution. La séquence de mobilisation pourra suivre l'ordre de proximité géographique par rapport au site de la menace, et pourra aussi viser les établissements pouvant libérer leurs professionnels avec le moindre impact sur les services à la clientèle.

Procédure de déclenchement du plan

En termes de cheminement de la demande auprès des établissements concernés, il est convenu que la réquisition doit être acheminée au cadre assurant la garde, en lui indiquant la catégorie et le nombre de professionnels et autres personnels nécessités pour la gestion de la menace ayant conduit au déclenchement du plan de mobilisation. Ce cadre aura ensuite la responsabilité de communiquer cette réquisition de ressources humaines aux gestionnaires de son établissement en mesure de répondre à cette demande. La DSP fournira, par ailleurs, l'information sommaire à transmettre aux employés mobilisés quant aux modalités d'opération (date, heure et lieu de la formation intensive, nature des tâches à accomplir, etc.).

D'un point de vue pratique, les établissements devront fournir à la DSP, le numéro de téléphone à composer permettant de rejoindre en tout temps une personne responsable pour mettre en marche le plan de mobilisation. Dans la mesure du possible, ce numéro devrait être permanent et ne pas être attaché à un individu en particulier, de manière à limiter les besoins de mise à jour périodique. Malgré cet énoncé de principe, la DSP s'assurera tout de même de vérifier auprès des établissements, sur une base semestrielle, la validité des coordonnées à utiliser en cas de déclenchement du plan de mobilisation. De leur côté, les établissements seront responsables d'aviser la DSP dans

l'éventualité de modifications apportées aux numéros de téléphone à composer en cas de besoin.

Étape 3 : Réalisation de l'intervention de santé publique

Coordination et liens d'autorité

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

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

Selon la nature des tâches à effectuer, la contribution du personnel de l'établissement se fera à l'établissement même, dans la communauté ou même aux bureaux de la DSP. Quel que soit le scénario retenu, la supervision étroite des opérations devra être assurée afin que l'ensemble de l'intervention soit coordonné.

Formation

La DSP a la responsabilité d'organiser dans les plus brefs délais les activités de

formation nécessaires afin que les membres du personnel dont les services sont réquisitionnés soient habilités à remplir les tâches qui leur seront confiées.

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

Étape 4 :
Désactivation du plan de mobilisation et évaluation de l'intervention de santé publique

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

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

Références

et sources de données

Les références

- COMITÉ SUR LA DÉFINITION DES PROGRAMMES. *L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien*, MSSS, janvier 2004, 30 pages.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE GASPÉSIE—ÎLES-DE-LA-MADELEINE. *Programme de recherche en santé publique : guide régional de procédure 2007-2008*, septembre 2007.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE GASPÉSIE—ÎLES-DE-LA-MADELEINE. *Comité régional sur le programme de santé publique : Mandat*, avril 2007, 8 pages.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE GASPÉSIE—ÎLES-DE-LA-MADELEINE. *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 pour la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine*, 2004, 156 pages.
- DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *L'état de santé et de bien-être de la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Évolution, situation actuelle et comparaison avec le Québec*, Direction de santé publique Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, 2007, 103 pages.
- DUBÉ, Nathalie et coll. *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 : Rapport sur le bilan d'implantation*, Direction de santé publique Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, 2008, 89 pages.
- DUBÉ, Nathalie, PARENT, Claude et coll. *Le cancer du poumon dans la Baie-des-Chaleurs*, Direction de santé publique Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, juin 2006, 20 pages.
- DUBÉ, Nathalie, PARENT, Claude et Wilber DECK. *La situation du cancer aux Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, octobre 2005, 41 pages.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur la santé publique*, site Internet à jour 1^{er} août 2008.
- GROULX, Stéphane. *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*, Québec, MSSS, 2007, 72 pages (Collection L'intégration des pratiques cliniques préventives)
- GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Santé Canada, 1994, 1136 pages.
- HAIEK, NEILL, PLANTE ET BEAUVAIS. *L'allaitement maternel au Québec : coup d'œil sur les pratiques provinciales et régionales*, Zoom Santé, santé et bien-être, Institut de la statistique du Québec, octobre 2006, 4 pages.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des*

troubles mentaux, Développement des individus et des communautés, mai 2008, 162 pages.

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*, 2002, 50 pages.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 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*, gouvernement du Québec, octobre 2006, 131 pages.

JALBERT, Lisa-Marie et Lyne JUDD. *Rapport annuel 2007 des maladies à déclaration obligatoire Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine*, Bulletin Diffusion-Protection, Édition spéciale, juin 2008, 8 pages.

LADOUCEUR, Robert et autres. *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002*, Québec et Montréal, Université Laval et Institut national de santé publique, 2004, 83 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique du Québec 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Direction générale de la santé publique, 2008, 103 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Produire la santé*, Direction du programme de santé publique, 2005, 120 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique du Québec 2003-2012*, Direction générale de la santé publique, 2003, 133 pages.

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, Direction générale de la santé publique, Novembre 2004, 61 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'allaitement maternel au Québec, lignes directrices*, Septembre 2001, 75 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, 1992, 192 pages.

Les sources de données du portrait de santé et de bien-être

Pour chaque indicateur traité à la partie 2, nous indiquons par des nombres la ou les sources de données utilisées. La liste des sources de données suit tout de suite après.

Indicateurs globaux

Chiffres de population et projections démographiques	1
Espérance de vie	1,3
Mortalité infantile	2,3

Problèmes de santé

Prématurité et retard de croissance intra-utérine	2
Grossesses précoces	20
Maltraitance envers les enfants	14
Violence conjugale	15
Agressions sexuelles	16
Consommation élevée d'alcool	20
Décès par suicide	3
Santé mentale (perception)	11
Maladies chroniques :	
Décès	3
Hospitalisations	4
Incidence du cancer	5
Prévalence diabète	19
Prévalence autres maladies chroniques	11,20
Traumatismes non intentionnels :	
Accidents routiers au Québec	24
Décès	3
Hospitalisations	4
Maladies infectieuses	18
Problèmes de santé attribuables au milieu de travail	20

Déterminants de la santé

Scolarité	6
Taux d'emploi	6,7
Prestataires assistance sociale	21
Prestataires Sécurité de revenu garanti	12
Revenu personnel	7
Stress relié au travail	20
Insécurité alimentaire	11
Soutien social	11
Sentiment d'appartenance à sa communauté	11
Allaitement maternel	13
Tabagisme	8,11
Alimentation	10
Activité physique	9,20
Hygiène buccodentaire	23
Mammographie de dépistage	17
Test de Pap	20
Utilisation de la ceinture de sécurité	20
Vaccination contre la grippe	20
Exposition à la fumée de tabac	20
Pollution atmosphérique	12
Intoxications au CO	22

1. Estimations et projections de population diffusées par le Service de développement du MSSS en février 2005.
2. Fichier des naissances vivantes, MSSS.
3. Fichier des décès.
4. Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS.
5. Fichier des tumeurs, MSSS.
6. Recensements de Statistique Canada.
7. Institut de la statistique du Québec.

8. Enquête Santé Québec 1987, Institut de la statistique du Québec.
9. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Statistique Canada
10. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003, Statistique Canada.
11. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, Statistique Canada.
12. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, INSPQ et MSSS avec la collaboration de l'ISQ.
13. Enquête sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006, Institut de la statistique du Québec.
14. Nombre de prises en charge compilées à l'automne 2006 par Michel Laflamme, analyste responsable de l'informatique, Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles.
15. Statistiques 2007 et années antérieures sur la criminalité commise en contexte conjugal au Québec, Ministère de la Sécurité publique.
16. Statistiques 2007 et années antérieures sur les agressions sexuelles au Québec, Ministère de la Sécurité publique.
17. Compilation effectuée par Wilber Deck, médecin-conseil à la DSP GÎM, à compter des données du PQDCS.
18. Rapport annuel 2007 des maladies à déclaration obligatoire Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, JALBERT et JUDD de la DSP GÎM.
19. Description des données de prévalence du diabète, Institut national de santé publique, 2008.
20. Institut national de santé publique du Québec.
21. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.
22. Système MADO-chimiques, Institut national de santé publique du Québec.
23. Compilation effectuée par Sylvie Gagnon, dentiste-conseil à la DSP GÎM.
24. Bilan 2006 : accidents, parc automobile et permis de conduire, Société de l'assurance automobile du Québec.

L'état de santé globale de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a connu des progrès remarquables au cours des dernières décennies. Malgré cela, plusieurs problèmes de santé demeurent préoccupants. Or, dans bien des cas, il est possible de prévenir les problèmes de santé qui touchent la population en agissant sur les déterminants de ces problèmes ou, autrement dit, avant qu'ils ne surviennent. C'est ce que vise la Direction de santé publique avec ce *Plan d'action régional de santé publique 2009-2012 pour la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine* (PAR) en proposant des activités reconnues efficaces pour promouvoir la santé et le bien-être de la population, pour prévenir les problèmes de santé et pour protéger la santé publique.

Le PAR se divise en deux cahiers : Le *Cadre de référence* et l'*Offre de service et activités structurantes*.

Le *Cadre de référence* présente :

- les enjeux stratégiques de la santé publique au cours des prochaines années dans la région et les défis que ceux-ci posent pour la DSP et ses partenaires;
- un portrait de santé et de bien-être de la population gaspésienne et madelinienne et les objectifs sociosanitaires à atteindre d'ici 2012;
- les activités de santé publique retenues pour la région ainsi que les stratégies d'action privilégiées pour déployer certaines activités de santé publique;
- les modalités de mise en œuvre du PAR 2009-2012;
- et la contribution de la santé publique aux autres programmes-services du MSSS.

Le cahier *Offre de service et activités structurantes* indique pour sa part :

- les actions plus précises que s'engage à réaliser la DSP en 2009-2012 pour assurer le déploiement des activités de santé publique ainsi que celles que devraient réaliser les CSSS à cette fin;
- et tous les partenaires qui devraient être invités à s'associer à la réalisation des activités de santé publique.

Le PAR 2009-2012 témoigne de l'engagement de la Direction de santé publique à continuer à œuvrer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population gaspésienne et madelinienne et invite tous les partenaires concernés à relever ce défi.