



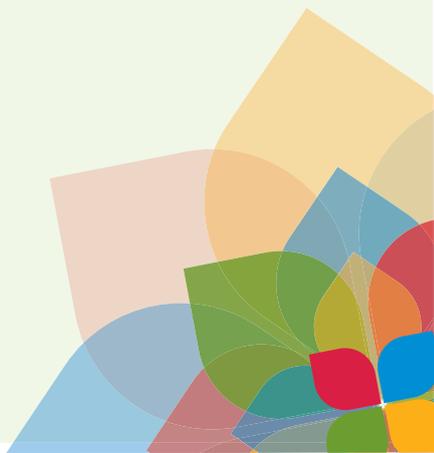
# DES GENS EN DANS DES MILIEUX EN **SANTÉ**

Plan d'action régional de santé publique  
Outaouais 2009-2012

*Agence de la santé  
et des services sociaux  
de l'Outaouais*

Québec 

Direction de santé publique



*Le Plan d'action régional de santé publique 2009-2012* est une publication de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

Sous la direction du docteur Hélène Dupont, directrice de santé publique par intérim

#### **Coordination des travaux**

Hélène Dupont, directrice de santé publique par intérim

Farida Djoudi, coordonnatrice, services de santé au travail et de santé environnementale

Pauline Fortin, coordonnatrice, service de planification

Anne-Marie Ménard, coordonnatrice par intérim d'avril à juillet 2009, service de planification

#### **Responsables de projet**

François Cossette

Geneviève D'Amours

#### **Rédaction**

Josée Charlebois

Lorraine Gagnon

Isabelle Paradis

Carl Cléments

Danielle Guérin

Catherine Plaziac

Mario Corbeil

Maureen Lamy

Louis-Marie Poissant

François Cossette

Danielle Léveillé

Suzanne Rajotte

Geneviève D'Amours

Julie Lévesque

Louiselle Rioux

Gille Delaunais

Jacques Marleau

Micheline Rochon-Laberge

Farida Djoudi

Carol McConnery

Normand Trempe

Hélène Dupont

Anne-Marie Ménard

#### **Relecture :**

Ghislaine Lemay

#### **Conception graphique et mise en page**

Sylvie Bélisle

Nous désirons remercier Normand Trempe pour son importante contribution à l'initiation de la démarche de rédaction. Sa réflexion et les outils qu'il a développés ont teinté l'ensemble de ce document. Merci également à Josée Rochon pour ses réponses promptes à chacune de nos demandes de données. Nous remercions finalement Simone André, Éline Caron, Louise Gaudet, Roseline Laporte et Muriel Rivard pour leur soutien indéfectible.

La production et la mise en page du présent plan d'action régional s'est inspiré de ceux de la Capitale Nationale, des Laurentides et de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Dépôt légal - 2009

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives du Canada

ISBN 978-2-89577-050-3 (version imprimée)

ISBN 978-2-89577-051-0 (version PDF)

Document disponible sur le site Internet de la Direction de santé publique de l'Outaouais

[www.santepublique-outaouais.qc.ca](http://www.santepublique-outaouais.qc.ca)

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

# Table des matières

LISTE DES ACRONYMES	5
MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	7
MOT DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE	8
INTRODUCTION	9
1. VISION RÉGIONALE	11
2. PORTRAIT DE SANTÉ	17
DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES	17
PROBLÈMES DE SANTÉ	18
Santé globale	18
Santé physique	19
Santé psychosociale et mentale	20
DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	20
Habitudes de vie et comportements	20
Environnement social	21
EN RÉSUMÉ	21
3. PRIORITÉS RÉGIONALES ET ACTIVITÉS À DÉPLOYER	23
<i>DOMAINES D'INTERVENTION</i>	25
DÉVELOPPEMENT, ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE	25
Objectifs 2009-2012	26
Priorités régionales	26
Résultats attendus pour toutes les activités à déployer	31
HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES	35
Objectifs 2009-2012	35
Priorités régionales	36
Résultats attendus pour toutes les activités à déployer	39
TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS	43
Objectifs 2009-2012	43
Priorités régionales	43
Résultats attendus pour toutes les activités à déployer	46
MALADIES INFECTIEUSES	49
Objectifs du PNSP 2009-2012	49
Priorités régionales	51
Résultats attendus pour toutes les activités à déployer	56

<b>SANTÉ ENVIRONNEMENTALE</b>	<b>61</b>
Objectifs 2009-2012	61
Priorités régionales	61
Résultats attendus pour toutes les activités à déployer	64
<b>SANTÉ AU TRAVAIL</b>	<b>67</b>
Objectifs 2009-2012	67
Priorité régionale	67
Résultats attendus pour toutes les activités à déployer	69
<b>STRATÉGIES</b>	<b>71</b>
<b>PRIORITÉS RÉGIONALES</b>	<b>71</b>
Soutien au déploiement des pratiques cliniques préventives	71
Soutien à l'action intersectorielle	72
Soutien au développement des communautés	73
<b>RÉSULTATS ATTENDUS POUR TOUTES LES ACTIVITÉS DE SOUTIEN AUX STRATÉGIES</b>	<b>76</b>
Activités de soutien aux pratiques cliniques préventives	76
Activités de soutien à l'action intersectorielle	76
Activités de soutien en développement des communautés	77
<b>4. CONDITIONS DE SUCCÈS</b>	<b>79</b>
<b><i>MOBILISATION RÉGIONALE ET LOCALE AUTOUR DES PRIORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE</i></b>	<b>79</b>
<b><i>MOBILISATION DES RESSOURCES HUMAINES ET FINANCIÈRES</i></b>	<b>79</b>
<b>5. PLAN COMMUN DE SURVEILLANCE ET SUIVI DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL</b>	<b>81</b>
<b><i>FONCTION DE SURVEILLANCE</i></b>	<b>81</b>
<b>SUIVI DES INDICATEURS SOCIO-SANITAIRES</b>	<b>89</b>
<b><i>ÉVALUATION DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL</i></b>	<b>81</b>
<b>SUIVI DE L'IMPLANTATION DES ACTIVITÉS</b>	<b>82</b>
<b>ÉVALUATION DE L'ATTEINTE DES RÉSULTATS VISÉS</b>	<b>82</b>
<b>ÉTUDES ÉVALUATIVES SPÉCIFIQUES</b>	<b>82</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>83</b>
<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>85</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>87</b>

## Liste des acronymes

ASD	Agents de scellement dentaire
CAS	Cote air santé
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
C. Difficile	<i>Clostridium Difficile</i>
CDD	Centre de dépistage désigné
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CLARA	Clinique accréditée de radiologie (unité mobile de mammographie)
CLSC	Centre local de services communautaires
CPE	Centre de la petite enfance
CRÉO	Conférence régionale des élus de l'Outaouais
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DAIS	Développement, adaptation et intégration social
DSP	Direction de santé publique
ÉeS	École en santé
ESSS	Établissements de santé et de services sociaux
GMF	Groupe de médecine familiale
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
HVMC	Habitudes de vie et maladies chroniques
IAB	Initiative des amis des bébés
IMC	Indice de masse corporelle
IMP-SAD	Interventions multifactorielles personnalisées pour la clientèle aînée recevant des soins à domicile
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
ITS	Infections transmissibles sexuellement
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MCV	Maladie cardiovasculaire
MDDEP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MI	Maladies infectieuses
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MRC	Municipalité régionale de comté
PNSP	Programme national de santé publique

PAG	Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids
PAL	Plan d'action local
PAR	Plan d'action régional
PCI	Prévention et contrôle des infections
PCP	Pratiques cliniques préventives
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PIQ	Programme d'immunisation du Québec
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PMR	Plan de mobilisation des ressources
PSSE	Programme de santé spécifique à l'établissement
RPSAT	Réseau public de santé au travail
RRO	Rougeole, rubéole et oreillons
SAT	Santé au travail
SE	Santé environnementale
SFR	Seuil de faible revenu
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité
SIRSAU	Système intégré de récupération des seringues et aiguilles usagées
TB	Tuberculose
TCARO	Table de concertation des aînés et des retraités de l'Outaouais
TNI	Traumatismes non intentionnels
TOD	Thérapie sous observation directe
UDI	Utilisateur de drogues injectables
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

## Mot du président-directeur général



J'ai le plaisir de vous présenter le *Plan d'action régional de santé publique- Outaouais 2009-2012*, de la Direction de santé publique, de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

L'Agence a pour mission de veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de notre région. La prévention des maladies, la protection et la promotion de la santé sont des fonctions essentielles dans l'atteinte de ces objectifs. C'est pourquoi la Direction de santé publique de l'Agence a reçu le mandat d'élaborer un plan d'action qui tienne compte des problèmes spécifiques de notre région et qui propose des interventions pour les résoudre.

Une analyse des dernières données du portrait de santé de la population de l'Outaouais nous a permis de mieux définir nos priorités pour la région au cours des quatre prochaines années. Nous avons ensuite identifié les actions reconnues efficaces les plus susceptibles de nous rapprocher de nos objectifs de santé.

Le réseau de la santé et des services sociaux a connu de profonds changements depuis 2003. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié aux CSSS la responsabilité de prendre en charge la santé de la population de leur territoire. Chaque CSSS doit établir des ententes avec plusieurs instances, groupes de professionnels de la santé, tables et organismes communautaires, en vue d'assurer à la population les services dont elle a besoin. Plusieurs des activités du Plan d'action régional seront donc mises en œuvre par les CSSS.

Le MSSS souhaite par ailleurs l'implication de toute la communauté, pour appuyer les CSSS dans leurs démarches. En effet, la santé et la qualité de vie des citoyens de l'Outaouais, nous concerne tous. Les élus, les municipalités, le milieu de l'éducation, les milieux de garde, les organismes communautaires et les milieux de travail ont tous un rôle à jouer pour favoriser la santé et le bien-être des citoyens. Nous comptons sur eux pour nous soutenir dans nos efforts de prévention et de promotion de la santé.

J'espère que ce document convaincra nos partenaires de l'importance de s'impliquer dans des activités orientées vers la santé et le mieux-être de notre population et qu'il suscitera des collaborations fructueuses.

Guy Morissette, M.D.  
Président-directeur général de l'Agence

## Mot de la directrice de Santé publique



Mandatée par le gouvernement, la Direction de santé publique (DSP) doit surveiller l'état de santé de la population, identifier les principaux risques à sa santé et lui indiquer comment se protéger. Elle doit établir les grandes priorités régionales en matière de santé publique et déterminer quelles actions doivent être prises pour améliorer l'état de santé de la population.

La présent plan d'action, bien que s'inscrivant en continuité avec le précédent, propose deux approches différentes sur lesquelles je voudrais insister ici, soit le travail intersectoriel et les pratiques cliniques préventives. L'importance de la prévention des maladies et la promotion de la santé a depuis longtemps été démontrée. Ce qui est nouveau, c'est que l'on s'entend maintenant pour dire qu'elles sont l'affaire de toute la société et non pas seulement la responsabilité des directions de santé publique et des CSSS.

En effet, le développement des connaissances en matière de promotion de la santé nous a permis de constater que plusieurs des moyens reconnus efficaces pour améliorer l'état de santé de la population débordent le champs d'action du réseau de la santé et des services sociaux. La situation économique et sociale des individus, les lois et règlements, les environnements physiques ont tous un impact sur les habitudes de vie et l'état de santé. Il ne suffit donc pas de lancer des messages de santé aux citoyens pour les inciter à adopter des comportements sains. Il faut faciliter l'adoption de comportements sains en intervenant sur leur environnement, dans différents milieux de vie.

Pour ce faire, il faut une concertation de tous les acteurs aptes à intervenir sur l'environnement des citoyens et donc une approche intersectorielle. La Direction de santé publique et les CSSS veulent susciter de telles concertations sur leur territoire, afin de coordonner les efforts de tous les acteurs en vue d'améliorer la santé et le bien-être des citoyens. Au cours des années qui viennent, nous ferons des efforts particuliers afin de mobiliser les municipalités, l'entreprise privée, le réseau de l'éducation, les organismes communautaires et plusieurs ministères autour d'objectifs communs de santé et de bien-être.

Le présent plan d'action souhaite rallier ces acteurs, en leur démontrant l'importance d'agir ensemble et les moyens de le faire. Nous souhaitons développer une vision globale des problèmes de santé en Outaouais et regrouper toutes les ressources et l'expertise requise pour améliorer l'état de santé de la population. Plusieurs des actions en promotion de la santé seront donc entreprises en partenariat. Les équipes intersectorielles seront invitées à se pencher sur les problématiques, identifier les personnes principalement affectées par les problèmes de santé et s'engager résolument dans des actions susceptibles de les résoudre.

Une deuxième approche retenue dans notre plan d'action 2009-2012 consiste à soutenir les médecins et autres professionnels de la santé dans le rôle qu'ils doivent jouer en prévention et promotion de la santé. On connaît l'influence qu'ils ont sur le comportement de leurs patients et on souhaite les appuyer afin qu'ils puissent intégrer des mesures préventives dans leur pratique.

J'invite tous nos partenaires des différents milieux à consulter le présent document afin de voir de quelle façon ils peuvent se joindre à nous pour contribuer à la santé et au mieux-être de la population de l'Outaouais.

Hélène Dupont, M.D.  
Directrice de santé publique par intérim

# Introduction

Le *Programme national de santé publique 2003-2012*<sup>1</sup> (PNSP), prescrit par la Loi sur la santé publique du Québec en 2002, encadre l'ensemble des activités de santé publique devant être mises en place aux niveaux national, régional et local. Afin de tenir compte des nouvelles connaissances scientifiques et des nouvelles orientations ministérielles en matière de santé publique, le ministère de la Santé et des Services sociaux a procédé à une mise à jour du PNSP en 2008<sup>2</sup>. Cette récente mise à jour fait également suite à plusieurs exercices d'évaluation d'implantation menés au niveau national.

Toujours en conformité avec la Loi sur la santé publique du Québec, la Direction de santé publique de l'Outaouais a adopté, en décembre 2003, le *Plan d'action régional en santé publique 2004-2007 - Pour des gens en santé, dans des milieux en santé*<sup>3</sup>. Le bilan de cet exercice de planification en santé publique révèle que la plupart des activités, prioritaires en 2003, ont été réalisées. On constate également une intensification des actions de santé publique partout sur le territoire. Les centres locaux de services communautaires (CLSC), qui avaient également produit un plan d'action local (PAL) pour la même période, ont été les maîtres d'œuvre de plusieurs de ces actions. Les actions de santé publique se sont intensifiées dans un plus grand nombre de territoires locaux et ont rejoint une plus grande proportion de clientèle<sup>4</sup>.

Le présent plan d'action régional a pour but d'identifier les actions de santé publique qui devront être mises en place dans la région au cours des trois prochaines années, afin de maintenir ou d'améliorer la santé de la population de l'Outaouais. Il fait suite aux actions déjà entreprises en 2004-2007 et se veut une adaptation réaliste des grandes orientations ministérielles à nos particularités régionales.

Le PAR 2009-2012 tient compte également des transformations majeures qu'a connues le réseau de la santé et des services sociaux depuis l'adoption du PAR en décembre 2003. La mise en place des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et la responsabilité populationnelle qui leur est attribuée créent un nouveau contexte pour l'opérationnalisation du plan d'action régional et des plans d'action locaux. Les CSSS ont dorénavant la responsabilité de l'organisation, de la coordination et de la prestation de l'ensemble des services de santé et des services sociaux sur leur territoire. Les CSSS doivent élaborer et mettre en œuvre des projets cliniques dans lesquels s'inscrivent les mesures nécessaires pour garantir l'accessibilité, la continuité et la qualité des services pour chacun de leurs programmes services.

L'articulation des plans d'action locaux (PAL) avec le plan d'action régional (PAR) constitue en ce sens un outil de mobilisation pour l'ensemble du réseau et de ses partenaires. Cependant, les PAL ne sont pas une application systématique du PAR. Chaque territoire de CSSS tient compte des besoins spécifiques de sa population. Comme pour le PAR 2004-2007, un mécanisme de rétroaction sera mis en place pour évaluer les résultats et permettre un réajustement constant des actions prévues.

<sup>1</sup> MSSS (2003)

<sup>2</sup> MSSS (2008a)

<sup>3</sup> RRSSS (2003)

<sup>4</sup> MSSS (2008b)

Le plan d'action régional et conséquemment les plans d'action locaux tiennent compte des quatre fonctions<sup>5</sup> attribuées à la santé publique :

- Surveillance continue de l'état de santé de la population
- Promotion de la santé et du bien-être
- Prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes
- Protection de la santé

La santé publique assume également les fonctions de soutien suivantes :

- Réglementation, législation et politiques publiques ayant des effets sur la santé
- Recherche et innovation
- Développement et maintien des compétences en santé publique

S'appuyant sur les fonctions de la santé publique, le PAR propose une vision de ce que devrait être l'état de santé de la population. Les actions envisagées s'appuient sur cinq stratégies et sont regroupées à l'intérieur de six domaines d'intervention. Le premier chapitre présente la vision régionale sur laquelle est fondée l'action, alors que le second reprend les grandes lignes du portrait de santé de la population de l'Outaouais. Les chapitres suivants énoncent de façon détaillée l'ensemble des actions qui seront mises en place, tout en précisant les priorités ayant été identifiées pour la région. Suivent enfin les chapitres sur les trois stratégies privilégiées en santé publique; les conditions de succès; puis le chapitre sur le plan commun de surveillance et le suivi du plan d'action régional.

# VISION RÉGIONALE

## 1. VISION RÉGIONALE

### À quoi rêvent les gens de santé publique

Le texte qui suit offre une vision, une image idéale de ce vers quoi tendent les activités prévues par le *Programme national de santé publique 2003-2012* et le *Plan d'action régional de santé publique - Outaouais 2009-2012*. Le travail est bien amorcé et doit se poursuivre.

Nous avons voulu dans ces quelques pages partager notre rêve, le rendre tangible et explicite. Nous croyons que s'y reflètent nos valeurs et nos aspirations. C'est ce qui sous-tend toutes nos actions.

**Imaginons un instant que toutes nos activités aient été couronnées de succès. Nous aurons alors...**

### DES ENFANTS QUI NAISSENT ET GRANDISSENT EN SANTÉ

Les bébés naîtront en santé, à terme et avec un poids normal. Durant la grossesse, pendant l'accouchement et après la naissance de leur enfant, les parents seront entourés de professionnels de la santé et d'une communauté qui les soutiendront et les accueilleront. On protégera la grossesse pour les mères qui travaillent à l'extérieur, en les affectant à des tâches sans danger pour elles-mêmes ou pour l'enfant à naître.

Au besoin, les parents pourront recevoir de l'aide pour adopter de saines habitudes de vie, notamment pour cesser de fumer ou bien s'alimenter pendant la grossesse et ainsi, mettre toutes les chances de leur côté pour favoriser la santé du bébé à naître.

Les parents auront accès à des informations utiles, adaptées et fiables et des intervenantes du CSSS visiteront toutes les familles durant les jours suivant la naissance. La plupart des bébés seront allaités et leur santé n'en sera que meilleure. Les mères se sentiront à l'aise d'allaiter n'importe où, n'importe quand. Les parents utiliseront les ressources qui existent dans leur quartier.





Les jeunes enfants seront protégés contre les maladies infectieuses visées par les programmes d'immunisation. Les parents et les responsables des milieux où évoluent les jeunes enfants sauront appliquer des mesures destinées à réduire les risques de blessures, réduisant ainsi le nombre d'accidents.

Des professionnels accompagneront de façon intensive et personnalisée les familles vivant en contexte de vulnérabilité, tant durant la grossesse qu'au cours des premières années de vie de l'enfant. Des activités de stimulation précoce et d'accompagnement parental seront disponibles pour ces familles. Plusieurs de

ces enfants bénéficieront des services de garde. Les jeunes enfants de ces familles seront prêts à s'intégrer au milieu scolaire et auront plus de chance de réussir à long terme.

Enfin, les parents, les citoyens, les CSSS et leurs partenaires participeront ensemble aux efforts pour initier et soutenir des projets qui favorisent des environnements favorables aux familles.

## **DES ENFANTS ET ADOLESCENTS QUI RÉUSSISSENT À L'ÉCOLE ET S'INTÈGRENT BIEN DANS LEUR ENTOURAGE ET DANS LA SOCIÉTÉ**



L'école offrira un milieu cohérent, stimulant et sécuritaire. Les personnes de tous les âges qui la fréquentent ou y travaillent bénéficieront d'activités, de politiques et créeront une culture qui favorisent les bonnes habitudes de vie et intègrent des pratiques de promotion de la santé physique, mentale et sociale. Les jeunes bénéficieront de certains programmes préventifs individuels comme l'immunisation. Les CSSS travailleront de concert avec leurs partenaires des divers secteurs afin de créer, animer et maintenir un tel milieu.



Les jeunes seront à même d'élaborer un projet de vie valorisant et réaliste, de développer une sexualité saine, d'éviter le piège des dépendances, de connaître les risques associés au travail, aux sports, etc. Ils sauront où trouver de l'aide lorsqu'ils rencontreront des difficultés d'adaptation ou de santé, que ce soit par des programmes de groupe ou des services individuels comme les cliniques jeunesse. Les parents et les autres adultes qui entourent les jeunes seront sensibles aux signes de détresse et sauront comment approcher les jeunes et où les diriger au besoin.

## **DES ADULTES DE TOUT ÂGE QUI DÉVELOPPENT ET MAINTIENNENT LEUR « POTENTIEL-SANTÉ » DANS LES SPHÈRES PHYSIQUE, MENTALE ET SOCIALE**

Les adultes de tout âge auront accès à une information simple et utile et seront à même de faire des choix favorables à leur santé. Leurs interactions avec le réseau de la santé et des services sociaux seront autant d'occasions d'information et d'encouragement à cet effet.

Les gens intégreront à leur routine quotidienne des activités physiques et une saine alimentation. Ils seront protégés contre les maladies transmissibles, entre autres, celles visées par les programmes d'immunisation que dispensent les cliniques et les CSSS. Leur participation aux programmes de dépistage permettra d'identifier tôt certaines maladies, notamment le cancer du sein et les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS).

Les personnes de tout âge auront une bonne santé mentale et cultiveront des liens satisfaisants et constructifs avec leurs proches, valoriseront des manières saines de gérer le stress, éviteront les dangers des dépendances. Elles sauront reconnaître les signes de détresse psychologique ou sociale chez elles-mêmes ou chez leurs proches et où obtenir de l'aide au besoin.

Les personnes âgées bénéficieront de programmes spécifiques qui les aideront à rester alertes, actives, mobiles et engagées auprès de leur famille, de leurs amis et de leur communauté. Elles bénéficieront également de programmes d'immunisation et de prévention des chutes.



## **DES QUARTIERS, DES VILLAGES, DES COMMUNAUTÉS, DES ENVIRONNEMENTS QUI FAVORISENT LA SANTÉ ET L'INTÉGRATION DES CITOYENS**

Les citoyens vivront au sein de communautés solidaires où leurs besoins essentiels seront satisfaits dans la dignité. On favorisera leur engagement et leur participation à la vie civique et aux décisions qui les concernent. Des regroupements de citoyens et des organismes ancrés dans les milieux porteront et dirigeront les préoccupations et les projets des communautés. Les acteurs des divers secteurs de la société : éducation, culture, économie, environnement, municipalités, santé et services sociaux, travailleront de concert pour favoriser, entre autres, l'adoption de saines habitudes de vie. Ils conjugueront leurs efforts et reconnaitront l'importance d'impliquer les citoyens dans leurs projets pour en augmenter l'efficacité et les chances de réussite. Les actions seront adaptées aux besoins et aux choix des milieux.



L'aménagement des territoires et des espaces publics, la disponibilité de moyens de transport actifs et sécuritaires, la proximité et l'accessibilité des services publics et commerciaux et des activités culturelles et de loisirs contribueront à la santé de la population. Les décideurs des divers secteurs seront informés de ces enjeux et tiendront compte de l'effet de leurs décisions sur la santé.

Des mesures seront mises en place pour s'assurer que l'air intérieur et extérieur, l'eau potable et l'eau récréative ne constituent pas une menace pour la santé des citoyens. La Direction de santé publique et les CSSS travailleront de concert avec leurs partenaires afin d'évaluer les risques à la santé et de prendre les moyens pour y remédier, surtout lorsque des groupes de personnes y seront potentiellement exposés.

### **DES MILIEUX DE TRAVAIL OÙ EMPLOYEURS ET EMPLOYÉS CONNAISSENT ET ÉLIMINENT OU MINIMISENT LES RISQUES À LA SANTÉ**

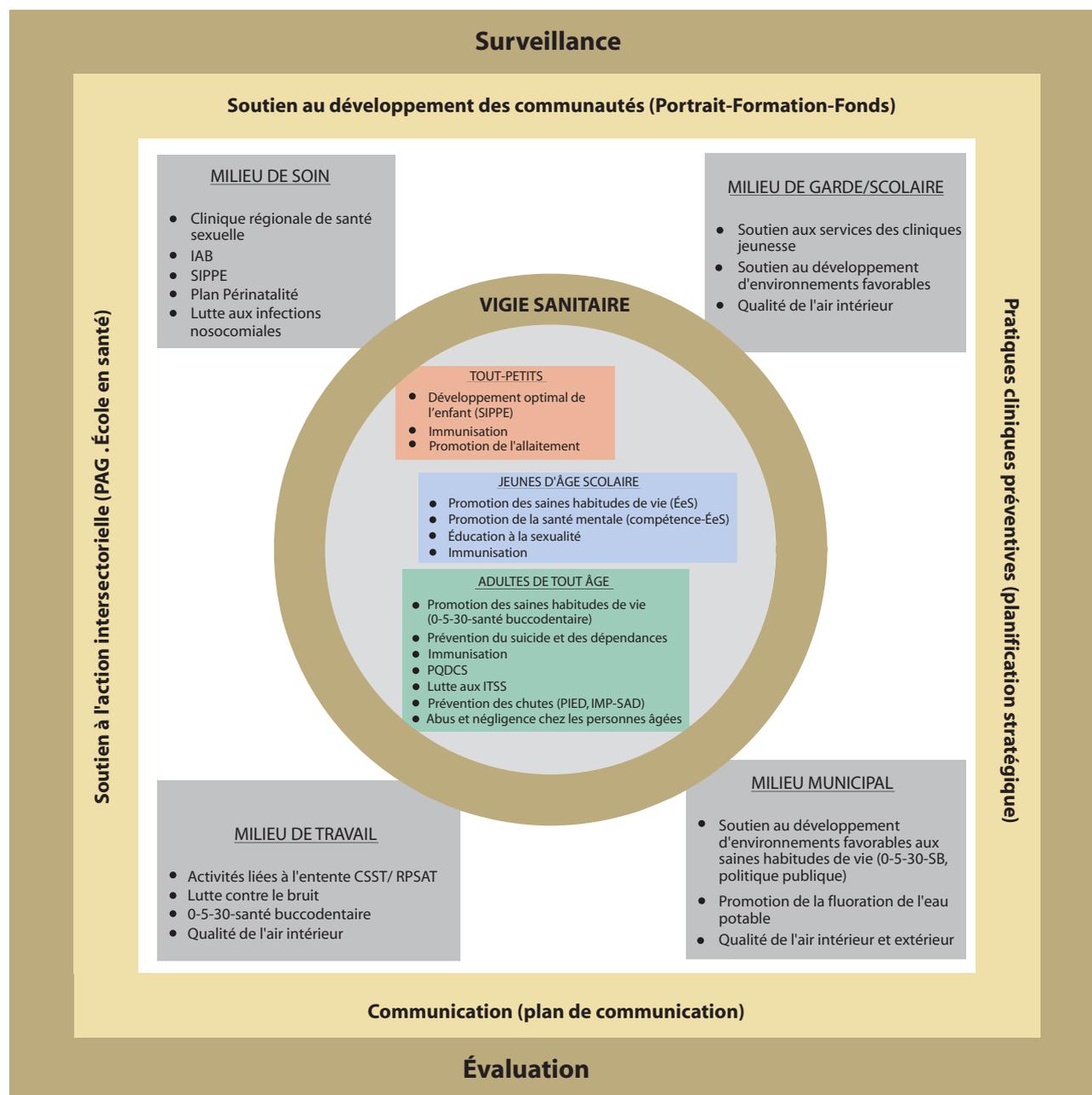


Les employeurs et employés connaîtront mieux les risques dans leur milieu de travail, que ce soit en raison des matières manipulées, du bruit, des processus ou de l'organisation du travail. La Direction de santé publique et les CSSS aideront les milieux de travail à identifier les facteurs de risque en vue de les éliminer à la source ou de mieux les contrôler. S'il n'est pas possible de les éliminer, des mesures efficaces de protection individuelle des travailleurs seront mises en place afin d'en minimiser l'impact sur leur santé.

Les maladies ou intoxications reliées au travail seront portées à l'attention de la Direction de santé publique et des enquêtes seront effectuées afin de mieux comprendre comment elles surviennent et comment le milieu de travail peut les prévenir.

Les activités décrites dans ce document visent la réalisation de notre « rêve ». Les efforts que nous mettrons dans la mise en œuvre du plan d'action régional et des plans d'action locaux devraient nous en rapprocher. La figure qui suit illustre de façon synthétique l'ensemble des activités qui seront mises en œuvre en priorité dans la région de l'Outaouais.

**FIGURE SYNTHÈSE DU PLAN D'ACTION\***



- CSST : Commission de la santé et de la sécurité au travail
- ÉeS : École en santé
- IAB : Initiative Ami des bébés
- ITSS : Infection transmissible sexuellement par le sang
- PAG : Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids
- PQDCS : Programme québécois de dépistage du cancer du sein
- RPSAT : Réseau public de santé au travail
- SIPPE : Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité
- TNI : Traumatisme non intentionnel

\*D'après une idée originale de la DSP de la Mauricie et Centre-du-Québec.



# PORTAIT DE SANTÉ

## 2. PORTRAIT DE SANTÉ

À l'instar des autres régions du Québec, l'état de santé de la population de l'Outaouais s'est amélioré au cours des dernières années. Par contre, on note des particularités que nous évoquerons dans ce chapitre. Ce portrait comporte trois sections. La première section présente des données démographiques de la région. La deuxième section aborde les problèmes de santé que nous subdivisons en trois : santé globale, santé physique, santé psychosociale et mentale. La troisième section traite de certains déterminants qui ont un impact sur la santé.

### DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

#### *UNE POPULATION VIEILLISSANTE*

La population de l'Outaouais croît à un rythme de 7 % entre les périodes de recensement qui ont lieu aux 5 ans. Cet accroissement est deux fois plus rapide que celui de l'ensemble du Québec. En 2008, on estimait la population de notre région à 351 000 habitants<sup>6</sup>. Les jeunes de moins de 18 ans représentaient 21 % de la population, soit environ 72 000 jeunes. Les personnes de 18 à 64 ans constituaient 67 % de la population, avec près de 237 000 personnes. La population de 65 ans et plus représentait 12 % de l'ensemble, soit près de 42 000 personnes. On prévoit qu'en 2026, la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans aura doublé, atteignant 88 000 personnes. À l'heure actuelle, la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans en Outaouais (12 %) est moindre que celle du Québec qui est de 15 %.



#### *DE PLUS EN PLUS SCOLARISÉE*

En 2006, 27 % des personnes âgées de 15 ans et plus de notre région n'avaient pas obtenu de certificat d'études secondaires (DES). Bien que préoccupant, ce chiffre indiquait une amélioration, comparé à 2001, alors qu'il était de 33 %. Les hommes étaient plus nombreux que les femmes à ne pas avoir complété leur secondaire en 2006, soit 28 % d'hommes et 25 % de femmes. De plus, au cours de la période de recensement 2001-2006, on notait une augmentation du nombre de diplômés universitaires, sexes confondus, le taux passant de 15 % à 17,5 %.



<sup>6</sup> Nous avons arrondis les chiffres pour faciliter la lecture.

## DES ÉCARTS SOCIO-ÉCONOMIQUES



Le taux de chômage, lors du premier trimestre de 2009, était de 6,8 % comparativement à 8,0 % pour le Québec. Les taux d'activité et d'emploi pour la même période se situaient respectivement à 69 % et 64 % (vs 65 % et 60 % pour l'ensemble du Québec). En 2006, le pourcentage de personnes avec un faible revenu après impôt était de 10,4 % comparativement à 12,5 % dans la province. Des écarts importants sont constatés entre les CSSS. Le pourcentage de population vivant sous le seuil de faible revenu le plus élevé est à Gatineau (12,4 %). Viennent ensuite le Pontiac (9,2 %) et la Vallée-de-la-Gatineau (8,9 %).

## PROBLÈMES DE SANTÉ

### SANTÉ GLOBALE

#### Une santé globale à optimiser

La santé de la population en Outaouais s'est améliorée au cours des dernières décennies. Par exemple, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 3 ans depuis les années 1980. Mais il y a encore matière à amélioration et plusieurs indicateurs de l'état de santé dans notre région sont moins bons que dans le reste de la province.

Les données pour la période 2000-2004, indiquaient que l'espérance de vie en Outaouais, était inférieure à celle du Québec, soit 78,4 ans comparativement à 79,5 ans. Pour cette même période, le taux de mortalité était plus élevé (786/100 000 personnes)<sup>7</sup> qu'ailleurs au Québec (719/100 000). Le taux ajusté des années potentielles de vie perdues (pour l'ensemble des causes de mortalité) était aussi plus élevé en Outaouais que dans le reste du Québec, indiquant une mortalité prématurée plus importante dans notre région.

La perception qu'ont les gens de leur état de santé est un bon indicateur de l'état de santé réel. En 2005, 14 % des gens interrogés en Outaouais ne se percevaient pas comme étant en bonne santé, contre 10 % au Québec. Cet écart était plus marqué chez les hommes (15 % des hommes en Outaouais contre 9 % au Québec).

<sup>7</sup> Les taux de mortalité présentés sont des taux ajustés en fonction de l'âge. Cette façon de faire permet la comparaison entre deux populations ayant des structures d'âge différentes. Il est important de rappeler que les taux ajustés ne permettent qu'une comparaison et ne représentent pas une mesure réelle de la santé des populations.

## **SANTÉ PHYSIQUE**

### **Des taux de maladies chroniques et de cancers plus élevés**

Pour la période 2000-2004, les taux de mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire (242/100 000) et au cancer du poumon (80/100 000) étaient plus élevés en Outaouais qu'au Québec, chez les femmes et chez les hommes. Ces taux peuvent s'expliquer par une consommation de tabac plus élevée et par un excès de poids plus marqué, qui seront présentés plus loin. De plus, les taux étaient plus élevés chez les hommes, pour la mortalité due aux problèmes de l'appareil respiratoire (68/100 000). Les taux chez les femmes étaient comparables à ceux du Québec. La mortalité pour l'ensemble des cancers est également préoccupante en Outaouais, où on notait un taux relativement plus élevé de décès (246/100 000, soit environ 675 décès par année).

### **Une mortalité infantile à surveiller**

Le taux de mortalité infantile est un bon baromètre de l'état de santé des nouveau-nés. Or, le taux de mortalité infantile de l'Outaouais est l'un des plus élevés au Québec et c'est la région qui a connu l'augmentation du taux de mortalité la plus importante depuis la fin des années 1990. Pour la période 2000-2004, le taux en Outaouais était de 6,7 mortalités pour 1 000 naissances vivantes, contre 4,6 pour le Québec.

### **Autres problèmes de santé prévalents**

En 2005, 28 % des résidents de l'Outaouais affirmaient souffrir d'allergie non alimentaire, 17 % d'hypertension, 17 % d'arthrite ou de rhumatisme, 11 % de migraines et 11 % d'asthme. Ces proportions étaient les mêmes qu'au Québec, sauf pour l'arthrite et les rhumatismes, où les taux étaient plus élevés que dans le reste de la province (17 % vs 14 %). De plus, les hommes déclaraient plus souvent avoir une allergie non alimentaire que ceux du reste du Québec. Enfin, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) sont en augmentation depuis les dernières années. Les cas de chlamydie déclarés ont plus que doublé depuis les dix dernières années ; les jeunes entre 15-25 ans représentent près de 70 % des cas et plus de la moitié sont des femmes. L'infection gonococcique a presque triplé de 1998 à 2008 et pour la première année, le nombre de femmes atteintes a dépassé celui des hommes. Le groupe d'âge le plus touché est celui des 20-24 ans.



## *SANTÉ PSYCHOSOCIALE ET MENTALE*

### **Des données plus encourageantes sur le suicide**

Au cours de l'année 2003, 9 % des personnes de 12 ans et plus ont consulté un professionnel au sujet de leur santé mentale. Le taux de mortalité par suicide et les idéations suicidaires sont un autre indicateur de l'état de la santé mentale d'une population. De ce côté, on assiste à une diminution du taux de suicide qui est passé de 20/100 000 durant les années 1980 à 16/100 000 durant la période 2000-2004. Malgré cette diminution, le problème demeure préoccupant, surtout chez les hommes (27/100 000). En 2005, environ 12 % des personnes de 15 ans et plus déclaraient avoir eu des idées suicidaires au cours de leur vie.

### **Grossesse à l'adolescence**

Depuis plusieurs années, l'Outaouais présente des taux de grossesse à l'adolescence significativement supérieurs aux taux québécois, bien que la tendance soit à la baisse. Durant la période 1999-2003, le taux de grossesse des adolescentes de 14 à 17 ans était de 21 pour 1 000 en Outaouais, contre 18 pour 1 000 au Québec. La situation était la même chez les filles âgées de 18 et 19 ans (79/1000 contre 66/1000). Ces chiffres nous donnent une idée du travail de soutien qui doit être fait dans notre région auprès de cette clientèle.

## **DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**

Les problèmes de santé décrits précédemment sont influencés par de nombreux facteurs, ou déterminants. Les sections suivantes portent sur deux déterminants majeurs, soit les habitudes de vie et les comportements ainsi que l'environnement social.

### ***HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS***

#### **Déclin du tabagisme bien que relativement élevé**



Depuis la mise en place des mesures interdisant l'usage du tabac dans les lieux publics, on note une baisse de consommation chez les personnes de 12 ans et plus en Outaouais. De 39 % de fumeurs réguliers et occasionnels en 2000, nous sommes passés à 30 % en 2005. Le pourcentage régional reste cependant plus élevé qu'au Québec. L'Outaouais compte 24 % de fumeurs réguliers comparativement à 18 % au Québec. Cette différence est significative autant chez les femmes (22 % vs 17 %) que chez les hommes (26 % vs 19 %).

## Un problème de poids

La région de l'Outaouais se démarque, au niveau de sa population de 18 ans et plus qui présente une prévalence de 53 % d'excès de poids (indice de masse corporelle supérieur à 25). Cette prévalence est supérieure à celle de l'ensemble du Québec qui est de 47 %.

L'Outaouais se démarque également par son taux d'obésité (indice de masse corporelle supérieur à 30) qui est de 19 % comparativement à 14 % pour l'ensemble du Québec. Or, on sait que le facteur poids constitue un risque reconnu pour plusieurs maladies chroniques



Deux des facteurs associés au problème d'excès de poids sont la sédentarité et l'alimentation. En Outaouais, en 2005, 23 % des adultes étaient complètement sédentaires durant leurs périodes de loisirs, alors que 15 % des adultes avaient une activité physique limitée. Ceci, tant chez les hommes que chez les femmes. En cela, l'Outaouais ressemble au reste du Québec. La mesure de l'alimentation est beaucoup plus complexe, mais nous savons que plus de 50 % de la population de 12 ans et plus ne consommait pas les cinq portions quotidiennes de fruits et légumes recommandées. Même s'il s'agit d'un indicateur indirect de la qualité de l'alimentation, nous pouvons croire que ces choix peuvent contribuer à l'excès de poids observé.

## *ENVIRONNEMENT SOCIAL*

### Un meilleur soutien social en Outaouais

Le fait de bénéficier d'un bon soutien social a des répercussions positives sur notre santé physique et mentale. De ce côté, on peut dire que la région de l'Outaouais est favorisée, puisque la proportion des personnes âgées de 12 ans et plus qui déplorent un manque de soutien social est inférieure à celle du Québec (respectivement 10 et 15 %), sexes confondus.

## EN RÉSUMÉ

De façon générale, l'état de santé de la population de l'Outaouais s'est amélioré au cours des 20 dernières années. Toutefois, certains aspects de la santé restent plus problématiques que dans l'ensemble Québec. Ceci, bien que notre région soit favorisée au niveau socio-économique, avec un taux de chômage plus bas et un bassin de diplômés universitaires important.

L'espérance de vie à la naissance inférieure à celle du Québec s'explique en grande partie par un plus grand pourcentage de maladies de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire et du cancer du poumon dans notre région.

Le haut taux de tabagisme qui prévaut dans la région peut, en partie, expliquer cette situation. Cependant, l'écart de consommation entre notre population et celle du Québec a diminué au cours des dernières années, ce qui nous permet d'espérer une diminution à long terme des écarts négatifs pour les maladies mentionnées ci-dessus. La proportion de gens ayant un excès de poids peut aussi expliquer des taux plus élevés de certains problèmes de santé que dans l'ensemble du Québec.

En ce qui concerne la santé des nouveau-nés, le taux de mortalité infantile dans la région est l'un des plus élevés au Québec et c'est l'Outaouais qui a connu l'augmentation la plus importante depuis la fin des années 1990.

Chez les jeunes, on observe un taux de grossesse à l'adolescence qui diminue avec le temps, mais qui demeure plus élevé qu'ailleurs au Québec. Ceci, autant chez les adolescentes de 14 à 17 ans que celles de 18 et 19 ans. Les jeunes adultes de la région sont également plus à risque de contracter une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS).

Enfin, le vieillissement de la population dans la région est inéluctable et nous oblige à tenir compte de cette réalité dans un futur rapproché. Compte tenu des différents problèmes liés au vieillissement (ex. les chutes et la prise de médicaments), il est important de s'assurer que les personnes restent en santé et autonomes le plus longtemps possible et que les services dont elles auront éventuellement besoin soient accessibles, efficaces et flexibles.

# PRIORITÉS RÉGIONALES ET ACTIVITÉS

## 3. PRIORITÉS RÉGIONALES ET ACTIVITÉS

Cette section présente pour chacun des domaines d'intervention et chacune des stratégies prévus au *Programme national de santé publique 2003-2012 : mise à jour 2008 (PNSP)*, les objectifs poursuivis, les priorités retenues régionalement ainsi que toutes les activités et leurs résultats respectifs qui seront déployées d'ici 2012. Les priorités régionales et les activités à déployer sont regroupées à l'intérieur de six domaines d'intervention et de trois stratégies.

### Les six domaines d'intervention

1. Développement, adaptation et intégration sociale
2. Habitudes de vie et les maladies chroniques
3. Traumatismes non intentionnels
4. Maladies infectieuses
5. Santé environnementale
6. Santé au travail

### Les trois stratégies retenues

1. Les pratiques cliniques préventives
2. Le soutien aux actions intersectorielles
3. Le soutien au développement des communautés

Les objectifs poursuivis dans le PAR sont les mêmes que ceux du PNSP. Plusieurs activités sont également identiques et certaines ont été modifiées ou ajoutées pour répondre aux spécificités de la région. Une démarche d'appropriation régionale du PNSP a été réalisée au moyen d'un processus de priorisation auquel ont participé la Direction de santé publique et les CSSS. L'outil de priorisation utilisé est présenté à l'annexe 1. Les priorités régionales sont présentées au moyen d'une brève description, d'un portrait de la situation actuelle, d'une justification et des actions prioritaires à mener. Les partenaires envisagés autres que l'Agence et les CSSS sont également indiqués.

Toujours en conformité avec le PNSP et en continuité au PAR 2004-2007, pour chacune des activités, priorisées ou non, des résultats attendus ont été identifiés. Tel qu'illustré dans la figure suivante, les résultats sont classés selon qu'ils sont à développer en priorité (1), à maintenir/consolider en priorité (2), à développer d'ici 2012 (3) ou à maintenir/consolider d'ici 2012 (4). Les responsables de l'atteinte de chacun de ces résultats ont également été identifiés à l'intérieur du tableau.

**Légende :**

1	2	3	4
À développer en priorité	À maintenir ou à consolider en priorité	À développer d'ici 2012	À maintenir ou à consolider d'ici 2012
DSP/CSSS			



Qui a la responsabilité de l'atteinte de ce résultat : DSP, CSSS ou responsabilité partagée (DSP/CSSS)

# DOMAINES D'INTERVENTION

## DÉVELOPPEMENT, ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE

### PRÉVENIR LES PROBLÈMES LIÉS AU DÉVELOPPEMENT, À L'ADAPTATION ET À L'INTÉGRATION SOCIALE DES ENFANTS, DES JEUNES, DES ADULTES ET DES PERSONNES ÂGÉES

OBJECTIFS 2009 - 2012

Réduire le taux de grossesse à moins de 18 pour 1 000 chez les adolescentes de 14 à 17 ans et à moins de 65 pour 1000 chez les jeunes femmes de 18-19 ans.

Réduire la proportion d'enfants qui naissent :

- . prématurément (moins de 37 semaines entières de gestation) à moins de 7,8 %;
- . avec un retard de croissance intra-utérine à moins de 8 %;
- . avec une anomalie du tube neural à moins de 5,1 pour 10,000;
- . avec le syndrome de l'alcoolisation fœtale.

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

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

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

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

Réduire le taux de suicide :

- . à moins de 22 pour 100,000 chez les hommes
- . à moins de 6 pour 100,000 chez les femmes

Réduire les tentatives de suicide :

- . à moins de 3 pour 1 000 chez les hommes
- . à moins de 5 pour 1 000 chez les femmes

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

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

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

Augmenter la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus ayant un niveau élevé de soutien social.

### PRIORITÉS RÉGIONALES EN DÉVELOPPEMENT, ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE

- 1** Promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux, incluant les activités auprès des mères, des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées, de même que des activités visant la prévention du suicide, de la violence et des dépendances (alcool, drogues, jeux de hasard et d'argent).
- 2** Mettre en place des activités d'éducation à la sexualité et de counselling sur santé sexuelle, pour contrer le problème d'hypersexualisation et de grossesses à l'adolescence.
- 3** Assurer le développement optimal de tous les enfants.

DÉVELOPPEMENT, ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE

## PRIORITÉS RÉGIONALES

- 1 Promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux, incluant les activités auprès des mères, des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées, de même que des activités visant la prévention du suicide, de la violence et des dépendances**

### Description

Les activités en promotion de la santé mentale visent le développement psychosocial et l'adaptation sociale des plus jeunes et des moins jeunes, en agissant sur les principaux déterminants de la santé mentale. Les activités de prévention visent les facteurs de risques associés aux problèmes de santé mentale, d'adaptation et d'intégration sociale pour l'ensemble de la population. Elles incluent les activités visant la prévention du suicide, de la violence et des dépendances.

### Situation actuelle

L'Organisation mondiale de la santé estime que d'ici 2020 les problèmes de santé mentale constitueront la principale cause d'incapacité<sup>8</sup>. Depuis une dizaine d'année, le taux de décès par suicide a diminué dans la région comme ailleurs au Québec. La situation demeure tout de même préoccupante car le taux de suicide au Québec est parmi les plus élevés au Canada et au monde.

Les problèmes de dépendances, tant chez les jeunes que chez les personnes âgées, soulèvent des préoccupations. De plus en plus de produits, visant surtout les jeunes, sont accessibles et contribuent à banaliser la consommation de psychotropes (ex. pilules en vente libre, boissons énergisantes). L'offre de jeu est également très développée en Outaouais (bingo, hippodrome, casino, appareils de loterie vidéo, etc.). La consommation abusive ou inappropriée des médicaments anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques est associée à plusieurs problèmes de santé des aînés (déclin des fonctions physiques et cognitives, chute, accident, etc.).

Le taux de jeunes contrevenants chez les 12-17 ans est significativement plus élevé en Outaouais qu'au Québec (7,8 % contre 4,8 %).

Plusieurs actions en santé publique contribuent à promouvoir la santé mentale et à prévenir les troubles mentaux mais elles sont souvent réalisées isolément.

- 5,2 % de personnes de 12 ans et plus en Outaouais ne se perçoivent pas en bonne santé mentale (comparé à 3,6 % au Québec).
- 12 % des adultes de l'Outaouais ont des idées suicidaires et le taux de décès par suicide se situe à 16 par 100 000.
- 15 % des élèves du secondaire consomment de l'alcool de façon régulière ou quotidienne et 14 % présentent des problèmes de consommation de drogues.
- 19,8 % des personnes de 65 ans et plus consomment des médicaments anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques.

<sup>8</sup> OMS (2001)

## Justification

Les mesures de promotion de santé mentale et de prévention des troubles mentaux, incluant celles visant la prévention du suicide et de la dépendance, sont plus efficaces lorsqu'elles sont intégrées à des démarches globales de santé publique (écoles en santé, plan universel en périnatalité, SIPPE, etc.). Selon des écrits scientifiques<sup>9</sup>, il serait également plus efficace d'intervenir tôt dans la vie, de soutenir le développement des habiletés personnelles et sociales des jeunes et de favoriser la création d'environnements favorables à la santé mentale (environnement scolaire, politiques publiques pour restreindre l'accès à l'alcool et aux jeux du hasard, etc.). Il importe enfin de sensibiliser et de former les professionnels aux mesures efficaces et d'accroître la littératie en santé mentale de la population.

## Actions prioritaires

Informar et offrir un counselling auprès des femmes enceintes et leur famille (notamment en ce qui concerne la consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse).

Planifier et mettre en œuvre des interventions de promotion de la santé et du bien-être ainsi que des interventions de prévention en milieu scolaire selon l'approche École en santé (ÉeS).

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

Diffuser l'information sur les mesures efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux, incluant le dépistage de la dépression.

Rechercher des cas d'abus et de négligence dont seraient victimes les personnes âgées.

Favoriser la diminution de la consommation de médicaments anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques auprès des personnes âgées de 50 ans et plus.

Soutenir les campagnes de communication sur la santé mentale, la violence conjugale et les jeux de hasard et d'argent chez les adultes.

Réaliser des interventions visant la prévention du suicide.

## Partenaires envisagés autres que l'Agence et les CSSS

Organismes communautaires, milieu scolaire, sécurité publique et société d'assurance automobile du Québec.

<sup>9</sup> Desjardins et coll. (2008)

## 2 Mettre en place des activités d'éducation à la sexualité et de counselling sur la santé sexuelle, pour contrer les problèmes d'hypersexualisation et de grossesses à l'adolescence

### Description

Pour les jeunes en milieu scolaire, les activités d'éducation à la sexualité s'inscrivent principalement dans le cadre de l'approche École en santé (ÉeS)<sup>10</sup>. Par cette approche, le réseau de la santé et des services sociaux peut agir de concert avec le réseau de l'éducation, au développement chez les jeunes d'une sexualité saine et responsable. Les cliniques jeunesse constituent également des avenues d'action intéressantes. Elles offrent « des services préventifs et curatifs, spécifiquement organisés pour les adolescents ou les jeunes adultes, notamment en matière de santé sexuelle, comme la prévention des ITSS, les saines relations amoureuses, les comportements sécuritaires, etc. »<sup>11</sup>.

### Situation actuelle

Depuis plusieurs années, l'Outaouais présente des taux de grossesses à l'adolescence significativement supérieurs aux taux québécois.

■ Le taux de grossesse des adolescentes de 14 à 17 ans de l'Outaouais est de 21 pour 1 000 adolescentes (comparé à 18 pour 1 000 au Québec).

De plus, l'Outaouais n'échappe pas au courant actuel d'hypersexualisation chez les enfants et les jeunes. Il est difficile d'obtenir des données précises sur l'ampleur du phénomène ; mais un constat d'urgence d'agir émane du milieu scolaire, des intervenants œuvrant auprès des clientèles cibles (enfants, pré-adolescents) et des parents.

Les services de type clinique jeunesse, qui proposent des interventions favorisant l'éducation à la sexualité et la planification des naissances, ne sont pas offerts de manière uniforme sur tous les territoires (intensité et ressources).

Ces services ne rejoignent pas toutes les clientèles, particulièrement celles jugées plus vulnérables.

### Justification

Diverses recherches<sup>12</sup> confirment que l'enseignement en matière d'éducation à la sexualité permet de retarder le moment des premières relations sexuelles. De plus, la prévention de la grossesse à l'adolescence contribue à réduire la prématurité et l'insuffisance de poids à la naissance des enfants ainsi qu'à prévenir les problèmes de développement et d'adaptation sociale. Enfin, l'école constitue un milieu privilégié pour rejoindre les jeunes et leur offrir des services en matière de santé sexuelle et de prévention des ITSS dits de type « clinique jeunesse ». Ces services ne sauraient être complets sans une démarche plus globale d'éducation à la sexualité telle que prévue à l'approche ÉeS.

<sup>10</sup> Martin et Arcand (2005)

<sup>11</sup> MSSS (2008a), p. 44

<sup>12</sup> Zabin et autre (1986); Dawson (1986); Kirby (1985)

## Actions prioritaires

Soutenir l'organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle, adaptés aux adolescents et jeunes adultes, favorisant la planification des naissances et combinés à des interventions d'éducation à la sexualité (notamment par la mise en place de cliniques jeunesse).

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

## Partenaires envisagés autres que l'Agence et les CSSS

Milieu scolaire et organismes communautaires.

### 3 Assurer le développement optimal de tous les enfants

#### Description

Afin d'assurer le développement optimal de tous les enfants un ensemble d'actions doit être mis en place. Ces actions sont reprises dans le plan de services en périnatalité adopté dans la région en 2003. Ces actions consistent à rendre accessible, pour tous les parents de l'Outaouais, des rencontres prénatales universelles et gratuites, un suivi postnatal à domicile systématique et des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (SIPPE). L'*Initiative des amis des bébés* (IAB) vise l'amélioration des pratiques en matière d'allaitement maternel.

#### Situation actuelle

L'accès à un médecin pour le suivi de grossesse demeure un enjeu important dans la région. Environ le quart des femmes de l'Outaouais accouche en Ontario.

L'implantation de l'IAB demande de revoir les pratiques pour les rendre conformes aux standards prescrits afin d'obtenir l'accréditation et de répondre aux objectifs du MSSS. Dans le contexte de pénurie de main-d'œuvre et de réorganisation des services, notamment au CSSS de Gatineau, l'implantation de ce programme constitue un enjeu.

- Il y a eu 3 820 naissances en Outaouais en 2006, ce qui représente 600 naissances de plus qu'en 2000.
- En 2006, le nombre de familles vivant sous le seuil de faible revenu en Outaouais est de 8 960.
- 7 % des naissances en Outaouais sont prématurées et 8 % présentent des retards de croissance intra-utérine.
- À la sortie de l'hôpital 85 % des femmes de l'Outaouais allaitent leur bébé ; ce taux diminue à 3 % à l'âge de six mois pour l'allaitement exclusif.

L'harmonisation des pratiques et des informations transmises pendant la période périnatale, notamment pour l'allaitement demeure un problème important.

La mise en place d'un système de suivi efficace pour les services de périnatalité universels est incontournable pour assurer la qualité des services.

Toutes les femmes éligibles aux SIPPE ne sont pas rejointes ou suivies selon l'intensité et la durée recommandées.

La composante du soutien aux environnements favorables des SIPPE est peu développée dans la région.

Le MSSS a adopté en 2008 une nouvelle politique de périnatalité qui encadrera et harmonisera les activités dans ce domaine.

### Justification

Durant la période périnatale, un grand nombre de problèmes de santé chez la mère et chez le bébé à naître sont évitables, notamment par un suivi de grossesse adéquat, l'accès à de l'information de qualité et l'adoption de saines habitudes de vie. L'offre de services entourant cette période par les médecins/sages-femmes et les CSSS permet de rencontrer les parents sur une base régulière, d'offrir les tests essentiels et de faire du counselling sur les saines habitudes de vie. Selon les associations médicales, l'allaitement permettrait de prévenir plusieurs maladies chez l'enfant, notamment les infections gastro-intestinales et respiratoires. L'Initiative des amis des bébés, programme mondialement reconnu, encourage l'initiation et la durée de l'allaitement maternel en dictant un ensemble de pratiques à mettre en place dans les établissements de santé<sup>13</sup>. Enfin, il est reconnu qu'un accompagnement intensif et la création d'environnements favorables aux familles peuvent prévenir des problèmes de santé, de développement et d'adaptation chez les enfants vivant dans un contexte de vulnérabilité.

### Actions prioritaires

Poursuivre l'implantation de l'*Initiative des amis des bébés* (IAB).

Maintenir et consolider les mesures incluses dans le plan de services universels en périnatalité (en conformité avec les mesures de la nouvelle politique de périnatalité 2008-2018).

Poursuivre les activités d'information et de counselling auprès des femmes enceintes et leur famille.

Maintenir et consolider les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE).

### Partenaires envisagés autres que l'Agence et les CSSS

Organismes communautaires, cliniques médicales, Maison de naissance, CPE, organismes philanthropiques, INSPQ.

<sup>13</sup> MSSS (2001)

# RÉSULTATS ATTENDUS POUR TOUTES LES ACTIVITÉS

## Légende

- 1 À développer en priorité
- 2 À maintenir ou à consolider en priorité
- 3 À développer d'ici 2012
- 4 À maintenir ou à consolider d'ici 2012

POUR QUE NOS ENFANTS NAISSENT ET GRANDISSENT EN SANTÉ		1	2	3	4
<b>1</b>	<b>Implantation de l'Initiative des amis des bébés (IAB)</b>				
	Un plan d'action régional annuel sera mis en œuvre par le groupe de travail en allaitement.		DSP		
	Un plan d'action local pour le déploiement de l'IAB, en fonction de leurs spécificités telles qu'identifiées lors de l'évaluation d'implantation, sera mis en œuvre par tous les CSSS.	CSSS			
	Au moins trois établissements de la région (Maison de naissance, CSLC ou CH) recevront la certification « Ami des bébés ».	CSSS			
	Les intervenantes en périnatalité et petite enfance des CSSS (CH-CLSC-Maison de naissance) ainsi que les médecins seront formés en allaitement maternel.		DSP/ CSSS		
<b>2</b>	<b>Maintien et consolidation des mesures incluses dans le plan de services universels en périnatalité (en conformité avec les mesures de la nouvelle politique de périnatalité 2008-2018), notamment :</b>				
	- Envoi de l'avis de grossesse des cabinets de médecin vers les CLSC dès le premier trimestre de grossesse ;				
	- Série de 6 rencontres prénatales ;				
	- Appel dans les 24 heures suivant le retour à la maison ;				
	- Visite systématique à toutes les mères dans les 72 heures suivant le retour à la maison ;				
	- Couverture des services 7 jours sur 7.				
	Le comité périnatalité et petite enfance sera maintenu ou adapté en fonction du plan de mise en œuvre de la politique de périnatalité (à venir).		DSP		
	Les médecins et les sages-femmes au besoin, transmettront les avis de grossesse aux CLSC.		DSP		
	Tous les CSSS offriront la série de six rencontres prénatales selon la mise à jour de l'INSPQ en respectant un ratio de 20 participants par groupe.		CSSS		
	Les intervenantes des CSSS seront formées sur les thèmes pertinents en périnatalité.		DSP/ CSSS		
	Une visite postnatale sera offerte à toutes les mères et leur conjoint dans les délais prescrits, 7 jrs./sem.		CSSS		
	80 % des futurs parents recevront leur guide <i>Mieux vivre avec notre enfant</i> au CLSC vers la 12 <sup>e</sup> semaine de grossesse.		DSP/ CSSS		
	Les mesures de santé publique prioritaires dans le plan de mise en œuvre de la politique de périnatalité 2008-2012 seront implantées dans la région.	DSP/ CSSS			

- 1 À développer en priorité
- 2 À maintenir ou à consolider en priorité
- 3 À développer d'ici 2012
- 4 À maintenir ou à consolider d'ici 2012

POUR QUE NOS ENFANTS NAISSENT ET GRANDISSENT EN SANTÉ		1	2	3	4
<b>3</b>	<b>Information et counselling auprès des femmes enceintes et leur famille</b>				
	Le thème portant sur l'acide folique sera maintenu dans les rencontres prénatales.		CSSS		
	Le thème sur les habitudes de vie notamment sur la consommation l'alcool pendant la grossesse sera maintenu dans les rencontres prénatales.		DSP/ CSSS		
	Les professionnels de la santé des CSSS œuvrant en périnatalité seront formés à l'intervention brève sur la consommation d'alcool et la cessation tabagique auprès des femmes enceintes.	DSP/ CSSS			
	Les CSSS mettront en place des mesures de cessation tabagique à l'intention des femmes enceintes provenant de milieux vulnérables.	DSP/ CSSS			
<b>4</b>	<b>Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE)</b>				
	Les familles éligibles aux SIPPE seront référées aux CSSS dès la période prénatale.		DSP/ CSSS		
	Les CSSS offriront à toutes les familles éligibles aux SIPPE un accompagnement selon les critères recommandés par le ministère.		CSSS		
	Les intervenantes des SIPPE seront formées selon les besoins identifiés.		DSP/ CSSS		
	Tous les CSSS établiront des ententes avec des CPE de leur territoire afin d'assurer des places pour les enfants suivis dans le cadre des SIPPE.		CSSS		
	Une activité annuelle sera organisée, afin de favoriser des échanges entre les intervenantes (forum, colloque, etc.).	DSP/ CSSS			
	Les CSSS mettront en œuvre des mesures contribuant au développement d'environnements favorables à la santé et au bien être des enfants et de leur famille.	CSSS			
	Une recension des programmes éducatifs précoces doivent être réalisée pour la région.	DSP			
POUR QUE NOS ENFANTS ET ADOLESCENTS SE DÉVELOPPENT, S'ADAPTENT ET S'INTÈGRENT SAINEMENT		1	2	3	4
<b>5</b>	<b>Planification et mise en œuvre des interventions de promotion de la santé et du bien-être ainsi que des interventions de prévention en milieu scolaire selon l'approche École en santé (ÉeS), en partenariat avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport de même que son réseau</b>				
	Les connaissances en lien avec les meilleures pratiques (i.e. les recommandations d'experts en matière de santé sexuelle, de prévention de la violence, de dépendances et de promotion de la santé mentale : formations, outils, communautés de pratiques) seront diffusées.	DSP			
	Ces meilleures pratiques seront intégrées dans l'offre de services préventifs destinés aux jeunes des établissements scolaires notamment dans les cliniques jeunesse et les interventions de « l'équipe scolaire » du CSSS.	CSSS			
	Les milieux scolaires et les partenaires de la communauté seront accompagnés dans l'acquisition des connaissances et l'application de ces meilleures pratiques en vue de favoriser une meilleure collaboration école-famille et école-communauté.	DSP/ CSSS			

POUR QUE NOS ENFANTS ET ADOLESCENTS SE DÉVELOPPENT, S'ADAPTENT ET S'INTÈGRENT SAINEMENT		1	2	3	4
6	<b>Soutien à l'organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle, adaptés aux adolescents et jeunes adultes, favorisant la planification des naissances et combinés à des interventions d'éducation à la sexualité</b>				
	Des services de type cliniques jeunesse <sup>14</sup> en matière de santé sexuelle seront offerts dans tous les CSSS.		CSSS		
	La programmation des cliniques jeunesse inclura la promotion de comportements sexuels sains, sécuritaires et responsables (méthodes de contraception et counselling sur l'activité sexuelle), la prévention des ITSS, la promotion de rapports égalitaires entre les hommes et les femmes, la prévention de l'homophobie, etc.		CSSS		
7	<b>Sensibilisation des décideurs privés et publics concernés à l'importance de l'application des lois et règlements visant la restriction de l'accessibilité à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent pour les jeunes de moins de 18 ans</b>				
	Des activités de sensibilisation seront réalisées auprès des décideurs privés et publics de la région.		DSP		
8	<b>Soutien aux campagnes de communication sur le développement sain et l'acquisition d'habiletés personnelles et sociales chez les enfants et les adolescents</b>				
	Le matériel des campagnes de communication du MSSS sera diffusé dans la région.				DSP/ CSSS
POUR QUE LES ADULTES DE TOUT ÂGE SE DÉVELOPPENT ET MAINTIENNENT LEUR « POTENTIEL-SANTÉ » DANS LES SPHÈRES PHYSIQUE, MENTALE ET SOCIALE		1	2	3	4
9	<b>Diffusion de l'information sur les mesures efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux incluant les mesures de dépistage de la dépression chez les adultes, particulièrement chez les femmes enceintes et en postnatal et les personnes âgées, et référence aux services diagnostiques, de traitement ou de suivi</b>				
	Les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux seront formés sur les mesures efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux incluant le dépistage de la dépression, l'utilisation des outils disponibles et les mécanismes de référence aux services diagnostics, traitements et suivis.	DSP/ CSSS			
10	<b>Recherche de cas d'abus et de négligence dont seraient victimes les personnes âgées</b>				
	La DSP et les CSSS soutiendront le développement d'une trousse de dépistage et d'intervention concernant l'abus et les mauvais traitements aux personnes âgées <sup>15</sup> .	DSP/ CSSS			
	Les intervenants concernés seront formés à l'utilisation à la trousse de dépistage et d'intervention concernant l'abus et les mauvais traitements aux personnes âgées.	DSP/ CSSS			
	Le matériel des campagnes de communication du MSSS sur l'abus et la négligence des personnes âgées sera diffusé dans la région.	DSP/ CSSS			

<sup>14</sup> Les cliniques jeunesse visent à offrir des services préventifs et curatifs, spécifiquement organisés pour les adolescents ou les jeunes adultes, notamment en matière de santé sexuelle - dont la prévention des ITSS (voir domaine maladies infectieuses) -, de saines relations amoureuses, de compétences personnelles et sociales, de santé mentale, d'habitudes de vie, de comportements sécuritaires, etc. Pour les jeunes en milieu scolaire, les interventions d'éducation à la sexualité doivent s'inscrire dans le cadre de l'approche *École en santé*.

<sup>15</sup> La trousse sera élaborée en collaboration avec des CSSS et de la DSP par l'Association québécoise pour la défense des droits des personnes retraitées et préretraitées et le Réseau québécois contre les abus chez les aînés.

- 1 À développer en priorité
- 2 À maintenir ou à consolider en priorité
- 3 À développer d'ici 2012
- 4 À maintenir ou à consolider d'ici 2012

POUR QUE LES ADULTES DE TOUT ÂGE SE DÉVELOPPENT ET MAINTIENNENT LEUR « POTENTIEL-SANTÉ » DANS LES SPHÈRES PHYSIQUE, MENTALE ET SOCIALE		1	2	3	4
<b>11</b>	<b>Augmentation du soutien social chez les personnes âgées de 75 ans et plus</b>				
	La DSP soutiendra et participera aux activités du Comité des partenaires communautaires « aînés et vulnérabilité » dans la mise en œuvre d'un plan d'action qui vise à réduire l'exclusion sociale des aînés de plus de 75 ans.				DSP
	La DSP soutiendra et participera aux activités du Plan d'action de la TCARO pouvant contribuer au soutien aux aînés de plus de 75 ans.				DSP
<b>12</b>	<b>Intervention visant la diminution de la consommation de médicaments anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques auprès des personnes âgées de 50 ans et plus</b>				
	Un portrait de la consommation de médicaments par les personnes âgées de 50 ans et plus sera dressé.			DSP	
	Un plan d'action régional visant la diminution de la consommation de médicaments anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques chez les personnes âgées de 50 ans et plus sera élaboré et mis en œuvre.			DSP	
	Le matériel des campagnes de communication du MSSS sur la consommation inappropriée de médicaments sera diffusé dans la région.			DSP/ CSSS	
<b>13</b>	<b>Soutien aux campagnes de communication sur la santé mentale, la violence conjugale, les jeux de hasard et d'argent chez les adultes</b>				
	Le matériel des campagnes de communication du MSSS sera diffusé dans la région.		DSP/ CSSS		
	Le matériel d'une campagne de communication sur la santé mentale sera diffusé dans tous les établissements du réseau ainsi que dans les cliniques médicales, les pharmacies et les organismes communautaires de la région.		DSP/ CSSS		
POUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION...		1	2	3	4
<b>14</b>	<b>Intervention visant la prévention du suicide</b>				
	La mise à jour de l'outil de prévention des suicides et des homicides par armes à feu sera diffusée dans tous les CSSS et auprès des partenaires.		DSP/ CSSS		
	Tous les professionnels de la santé des CSSS concernés seront formés au sujet de l'outil de prévention des suicides et des homicides par armes à feu.		CSSS		
	Des activités de sensibilisation aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardés à la maison et aux mesures pour en limiter l'accès seront organisées pour le bénéfice de la population et des intervenants.	DSP			
	Tous les CSSS planteront ou amorceront l'implantation d'un réseau de sentinelles dans au moins un milieu à risque.		CSSS		
	La DSP diffusera auprès des CSSS des avis sur les risques que représente le traitement inapproprié du suicide dans les médias (ex. films).		DSP		
<b>15</b>	<b>Soutien à l'élaboration et à l'application de politiques publiques ainsi que de mesures législatives et réglementaires visant la réduction des effets négatifs sur la santé de l'accessibilité économique et physique à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent ainsi que des caractéristiques de certains jeux de hasard et d'argent</b>				
	Les avis, recommandations, et outils reçus lors des diverses rencontres provinciales seront diffusés auprès des CSSS et des partenaires.				DSP/ CSSS

# HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES

## AUGMENTER LA PROPORTION DE LA POPULATION QUI A DE SAINES HABITUDES DE VIE ET RÉDUIRE L'INCIDENCE, LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ DE CERTAINES MALADIES CHRONIQUES

OBJECTIFS 2009 - 2012

Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires.

Réduire le taux de mortalité :

- de 25 % par cancer du sein chez les femmes dépistées de 50 à 69 ans ;
- par cancer du poumon.

Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme.

Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique.

Limiter l'augmentation de la prévalence du diabète chez la population âgée de 20 ans et plus à 30 %.

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

Réduire la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans ou plus.

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

Réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivite et maladies parodontales destructives) chez les personnes âgées de 18 ans ou plus.

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

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

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

Réduire à moins de 4,5 % la proportion de personnes de 12 ans et plus vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire.

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

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

Augmenter la proportion de la population ayant de saines habitudes de vie favorables à la santé bucco-dentaire.

## PRIORITÉS RÉGIONALES EN HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES

- 1 Améliorer l'accès aux services de dépistage du cancer du sein.
- 2 Promouvoir des mesures visant l'adoption d'environnements favorables à la santé (saine alimentation, activité physique, lutte au tabagisme et santé buccodentaire) dans divers milieux dont les milieux municipal, scolaire et de travail.

HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES

## PRIORITÉS RÉGIONALES

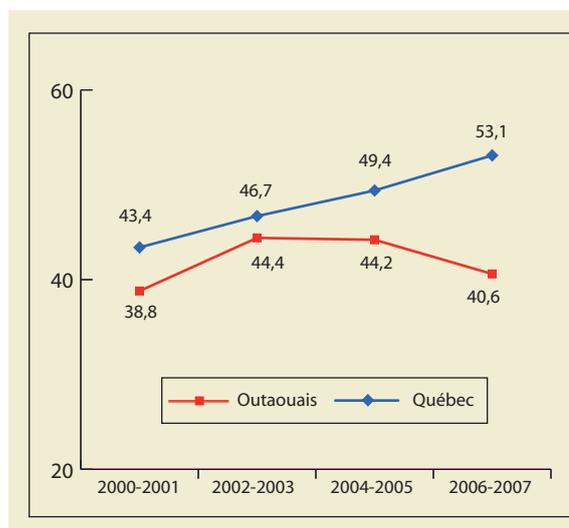
### 1 Améliorer l'accès aux services de dépistage du cancer du sein

#### Description

Le programme de dépistage du cancer du sein s'adresse à toutes les femmes âgées de 50 ans à 69 ans, afin de les inviter à passer une mammographie à tous les deux ans.

#### Situation actuelle

Le taux de participation au programme est en diminution depuis 2002, contrairement au reste du Québec. Une augmentation du nombre de femmes éligibles au programme et un plafonnement de la capacité des centres de dépistage désignés (CDD) explique en partie cette situation. Il y a actuellement trois CDD en Outaouais : deux au CSSS Gatineau (Hull et Gatineau) et un au CSSS Papineau qui desservent ensemble environ 85 % de la population admissible. Il existe un problème d'accessibilité pour la clientèle des CSSS du Pontiac et de la Vallée-de-la-Gatineau, puisque ces derniers ne disposent pas de CDD et doivent compter sur les visites de l'unité mobile de mammographie CLARA.



#### Justification

Le dépistage précoce demeure encore le meilleur moyen pour réduire le taux de mortalité du cancer du sein. En effet, de nombreuses études épidémiologiques ont démontré que le dépistage par la mammographie, appliqué à de larges populations, peut réduire la mortalité causée par le cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans dans une proportion allant jusqu'à 40 % après une période de 7 à 10 ans.

#### Action prioritaire

Consolider le programme québécois de dépistage du cancer du sein pour les femmes âgées de 50 à 69 ans.

#### Partenaires envisagés autres que l'Agence et les CSSS

Cliniques médicales.

**2 Promouvoir des mesures visant l'adoption d'environnements favorables à la santé (saine alimentation, activité physique, lutte au tabagisme et santé buccodentaire) dans divers milieux dont les milieux municipal, scolaire et de travail**

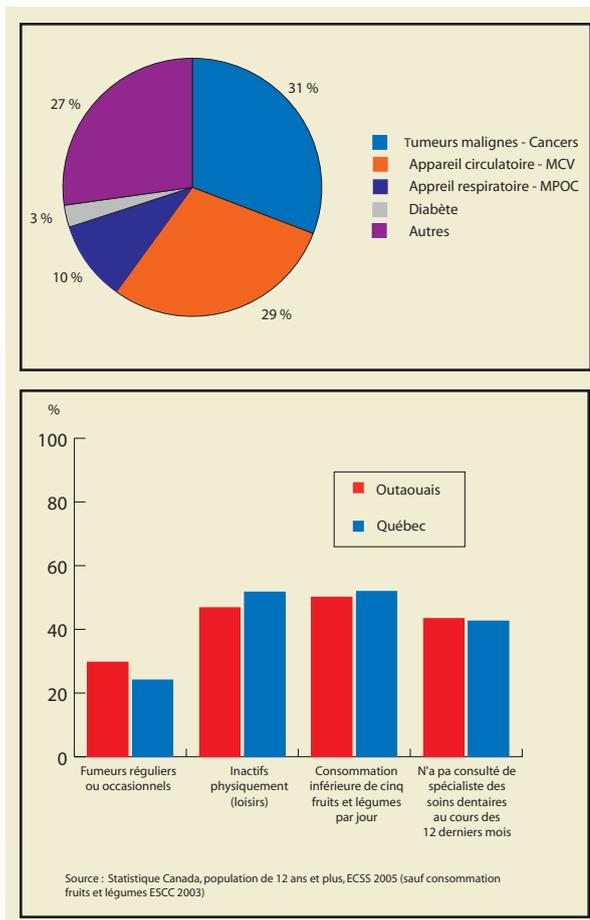
**Description**

L'ampleur de la problématique des maladies chroniques fait appel à des stratégies multifactorielles et intersectorielles. La mise en place d'environnements favorables aux saines habitudes de vie pour soutenir les choix santé des individus constitue une action prioritaire telle que reprise par le *Programme national de santé publique 2003-2012* et le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*<sup>16</sup>. Ces actions ont pour but d'agir sur l'aménagement du territoire, les infrastructures et les installations favorables à la santé, sur la disponibilité et l'accessibilité aux produits et services ainsi que sur la mise en place de politiques publiques saines et de réseaux sociaux. Ces actions contribueront à l'établissement d'un contexte social favorable aux saines habitudes de vie.

**Situation actuelle**

En Outaouais, près de 75 % des décès sont attribuables aux maladies chroniques, ce qui constitue la première cause de mortalité. Comparativement à l'ensemble du Québec, notre région présente une surmortalité due aux maladies chroniques.

D'après les données de 2005 provenant de Statistique Canada, 30 % de la population de l'Outaouais fume; 47 % de la population n'est pas suffisamment active physiquement; plus de 50 % ne consomme pas assez de fruits et de légumes chaque jour; 43 % de la population de l'Outaouais n'a pas consulté de spécialiste de soins dentaires au cours des 12 derniers mois; 26 % des personnes âgées de 12 ans et plus vivent dans un foyer où on fume et 53 % de la population de 18 ans et plus de l'Outaouais présente un excès de poids.



<sup>16</sup> MSSS (2006)

## Justification

Des écrits scientifiques<sup>17</sup> en santé publique et les expériences passées montrent que les facteurs environnementaux agissent sur les comportements en matière de santé. Pour agir efficacement et amener un changement en ce qui concerne les habitudes de vie, il faut intervenir sur les comportements individuels tout en instaurant un environnement et des conditions de vie qui favorisent l'adoption de saines habitudes de vie. L'objectif est de rendre les choix santé durables, conviviaux et faciles à faire.

## Actions prioritaires

Dans le cadre de l'approche École en santé (ÉeS), planifier et mettre en œuvre des activités de promotion et de prévention axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie (le non-usage du tabac, une saine alimentation, l'activité physique et l'hygiène dentaire) visant à la fois les individus et les communautés.

Soutenir le développement et la mise en œuvre de politiques cadres et de mesures en alimentation et en activité physique pour les milieux de garde, de l'éducation et des loisirs.

Soutenir l'implantation du Programme 0-5-30 - santé buccodentaire COMBINAISON PRÉVENTION.

Soutenir les communautés et divers milieux à la création de groupes et de réseaux favorisant un mode de vie physiquement actif.

Promouvoir la fluoration de l'eau potable auprès des municipalités.

## Partenaires envisagés autres que l'Agence et les CSSS

Milieu scolaire, milieu municipal, milieu de garde, milieu associatif, organismes communautaires, milieux de travail et ministères régionaux interpellés par les saines habitudes de vie.

---

<sup>17</sup> Idem

## RÉSULTATS ATTENDUS POUR TOUTES LES ACTIVITÉS À DÉPLOYER

### Légende

- 1 À développer en priorité
- 2 À maintenir ou à consolider en priorité
- 3 À développer d'ici 2012
- 4 À maintenir ou à consolider d'ici 2012

POUR DES QUARTIERS, DES VILLAGES, DES COMMUNAUTÉS ET DES ENVIRONNEMENTS QUI FAVORISENT LA SANTÉ DE NOS ENFANTS ET DE NOS JEUNES		1	2	3	4
1	<p><b>Dans le cadre de l'approche École en santé (ÉeS), planification et mise en œuvre d'activités de promotion et de prévention axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie (le non-usage du tabac, une saine alimentation, l'activité physique et l'hygiène dentaire) visant à la fois les individus et les communautés</b></p> <p>Des connaissances seront diffusées en lien avec les meilleures pratiques, i.e. les recommandations d'experts en matière de non-tabagisme, saine alimentation, mode de vie physiquement actif, saine alimentation, santé buccodentaire.</p> <p>Les milieux scolaires et les partenaires de la communauté seront accompagnés dans l'acquisition des connaissances et l'application de ces meilleures pratiques en vue de favoriser une meilleure collaboration école-famille et école-communauté.</p> <p>Les meilleures pratiques ÉeS seront intégrées dans les plans d'action locaux MELS/MSSS.</p>	DSP			
		CSSS			
		DSP/ CSSS			
2	<p><b>Soutien au développement et à la mise en œuvre de politiques cadres et de mesures en alimentation et en activité physique pour les milieux de garde, de l'éducation et de loisir</b></p> <p>Les CSSS accompagneront le réseau scolaire, sur demande, dans la mise en œuvre de la politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif.</p> <p>Les CSSS soutiendront et outilleront les milieux de garde, sur demande, afin qu'ils intègrent des mesures favorisant la saine alimentation, l'activité physique et la santé buccodentaire.</p>				
		CSSS			
		CSSS			
POUR DES QUARTIERS, DES VILLAGES, DES COMMUNAUTÉS ET DES ENVIRONNEMENTS QUI FAVORISENT LA SANTÉ DES ADULTES DE TOUT ÂGE		1	2	3	4
3	<p><b>Sensibilisation et soutien des milieux de travail et des municipalités à favoriser l'acquisition de saines habitudes de vie auprès de leurs employés ou de leurs citoyens (accès à des lieux pour pratiquer des activités physiques, aménagement urbain favorisant les déplacements actifs, réglementation, etc.)</b></p> <p>Chaque CSSS déploiera toutes les étapes d'implantation du Programme 0-5-30 - santé buccodentaire COMBINAISON PRÉVENTION auprès de leurs employés.</p> <p>Chaque CSSS fera la promotion et soutiendra le Programme 0-5-30-santé buccodentaire COMBINAISON PRÉVENTION dans au moins un nouveau milieu de travail sur son territoire.</p> <p>Chaque CSSS fera la promotion et soutiendra la mise en œuvre du volet municipal du Programme 0-5-30 - santé buccodentaire COMBINAISON PRÉVENTION dans au moins une municipalité de son territoire.</p>	CSSS			
			CSSS		
			CSSS		

- 1 À développer en priorité
- 2 À maintenir ou à consolider en priorité
- 3 À développer d'ici 2012
- 4 À maintenir ou à consolider d'ici 2012

POUR DES QUARTIERS, DES VILLAGES, DES COMMUNAUTÉS ET DES ENVIRONNEMENTS QUI FAVORISENT LA SANTÉ DES ADULTES DE TOUT ÂGE		1	2	3	4
4	<b>Soutien des communautés et de divers milieux à la création de groupes et de réseaux favorisant un mode de vie physiquement actif</b>				
	La DSP maintiendra son soutien à la mise en œuvre de projets régionaux en lien avec les déplacements actifs en milieu municipal (par ex. Réseau vélo-boulot).		DSP		
	Le réseau Viactive destiné aux personnes de 50 ans et plus sera consolidé dans tous les territoires de CSSS.		DSP		
	La stratégie nationale d'incitation à la marche et au vélo comme moyen de transport sera mise en œuvre dans la région.	DSP			
POUR DES QUARTIERS, DES VILLAGES, DES COMMUNAUTÉS ET DES ENVIRONNEMENTS QUI FAVORISENT LA SANTÉ DE L'ENSEMBLE DE LA POPULATION		1	2	3	4
5	<b>Soutien au développement et à la mise en œuvre de politiques cadres et de mesures en alimentation et en activité physique pour les municipalités et les établissements de santé et de services sociaux</b>				
	Une politique alimentaire sera adoptée par tous les établissements de santé et de service sociaux de l'Outaouais.	AGENCE/ESSS*			
	Les CSSS soutiendront et outilleront les municipalités, sur demande, afin qu'elles intègrent dans leur politique un volet favorisant un mode de vie physiquement actif et une saine alimentation.		CSSS		
6	<b>Promotion de la fluoruration de l'eau potable auprès des municipalités</b>				
	Des activités de promotion de la fluoruration de l'eau seront maintenues auprès des municipalités de 5 000 personnes et plus.		DSP		
	Un plan de communication et de relations publiques pour la promotion de la fluoruration de l'eau sera mis en œuvre auprès des groupes cibles.		DSP		
7	<b>Développement et mise en œuvre d'une politique québécoise en alimentation et nutrition</b>				
	La politique sera diffusée auprès des partenaires du réseau.			DSP/CSSS	
8	<b>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</b>				
	Tous les territoires de CSSS auront un projet de concertation intersectorielle en sécurité alimentaire.				CSSS
	La DSP et les CSSS contribueront à l'atteinte des objectifs visés par la table de concertation sur la faim et développement social de l'Outaouais.				DSP/CSSS

\* Établissements de santé et de services sociaux (ESSS)

**POUR QUE TOUS ET CHACUN ADOPTENT DE BONNES HABITUDES DE VIE ET RESTENT EN SANTÉ**

1 2 3 4

**9 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 (CAT)**

Les intervenants des centres d'abandon du tabagisme (CAT) seront formés à la cessation tabagique.

Les services de cessation tabagique seront promus auprès de la population du territoire, auprès des professionnels de la santé et des organismes communautaires offrant des services aux populations en situation de vulnérabilité.

Au moins 340 fumeurs de la région auront reçu annuellement des services en cessation tabagique.

Des activités de promotion de la cessation tabagique seront réalisées aux niveaux régional et local.

Les professionnels de la santé seront formés et outillés au counselling favorisant la cessation tabagique.

DSP/  
CSSS

CSSS

CSSS

DSP

DSP

**10 Application d'agents de scellement dentaire (ASD) en milieu scolaire auprès des enfants de 5 à 15 ans présentant un risque de carie dentaire<sup>18</sup>**

Un rapport d'évaluation des projets pilotes sera diffusé auprès des partenaires du réseau.

Toutes les hygiénistes dentaires des CSSS seront formées à l'application des scellants dentaires.

Tous les enfants de la 2<sup>e</sup> année du primaire bénéficieront d'un dépistage systématique concernant le risque de carie dentaire sur les puits et fissures des premières molaires permanentes.

Les enfants qui en ont besoin recevront une application de scellant dentaire selon la proportion établie dans le plan de déploiement régional.

DSP

DSP/  
CSSS

CSSS

CSSS

**11 Suivi préventif individualisé en milieu scolaire afin que les enfants de la maternelle à la 2<sup>e</sup> année qui répondent aux critères concernant le risque de carie dentaire puissent bénéficier de deux applications topiques de fluorure par année et participer à deux activités d'éducation à la santé buccodentaire**

Tous les enfants de la maternelle bénéficieront d'un dépistage systématique du risque de carie dentaire et du besoin évident de traitement.

Tous les enfants à risque élevé de carie, de la maternelle à la 2<sup>e</sup> année, bénéficieront de deux séances d'éducation à la santé buccodentaire par année scolaire.

Tous les enfants à risque élevé de carie, de la maternelle à la 2<sup>e</sup> année, bénéficieront de 2 applications de vernis fluoré par année scolaire.

Les parents des enfants suivis individuellement recevront, au moins une fois par année, des informations sur la santé buccodentaire de leur enfant et sur les saines habitudes de vie favorisant la santé buccodentaire.

Tous les enfants présentant un besoin évident de traitement de la carie seront référés à un dentiste.

CSSS

CSSS

CSSS

CSSS

CSSS

<sup>18</sup> L'Outaouais vise le déploiement seulement auprès des enfants de 2<sup>e</sup> année pour la période de 2008-2012 et non auprès des 5 à 15 ans.

- 1 À développer en priorité
- 2 À maintenir ou à consolider en priorité
- 3 À développer d'ici 2012
- 4 À maintenir ou à consolider d'ici 2012

POUR QUE TOUS ET CHACUN ADOPTENT DE BONNES HABITUDES DE VIE ET RESTENT EN SANTÉ		1	2	3	4
12	<b>Counselling concernant la consommation d'aliments cariogènes chez les personnes à risque élevé de carie dentaire</b>				
	Tous les intervenants en périnatalité et petite enfance seront formés et outillés pour qu'ils puissent favoriser la santé buccodentaire de leur clientèle SIPPE.				DSP/ CSSS
13	<b>Programme québécois de dépistage du cancer du sein pour les femmes âgées de 50 à 69 ans</b>				
	La région atteindra un taux de participation au PQDCS de 55 %.		CSSS		
14	<b>Soutien aux campagnes de communication sur l'acquisition de saines habitudes de vie, dont la saine alimentation, l'adoption d'un mode de vie physiquement actif, le non usage du tabac et la santé buccodentaire</b>				
	Le matériel promotionnel des campagnes sociétales sur l'acquisition de saines habitudes de vie sera diffusé auprès des milieux visés (ex. milieux de travail, municipalités, milieux de la restauration, population générale, etc.).				DSP/ CSSS

# TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

## ..... RÉDUIRE LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ LIÉES AUX TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

OBJECTIFS 2009-1012

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

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

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

Réduire de 15 % la morbidité et de 40 % la mortalité liée aux traumatismes récréatifs ou sportifs.

### PRIORITÉS RÉGIONALES EN TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

- 1 Prévenir les chutes à domicile chez les aînés de 65 ans et plus.
- 2 Favoriser la sécurité des bébés et des jeunes enfants et prévenir les blessures et les autres traumatismes à domicile.

## PRIORITÉS RÉGIONALES

### 1 Prévenir les chutes à domicile chez les aînés de 65 ans et plus

#### Description

Les activités en prévention des chutes des aînés à domicile visent à réduire l'incidence de blessures liées aux chutes qui sont souvent associées à un recours aux services de santé, à une perte d'autonomie ou au placement en établissement.

Trois volets sont déployés selon les orientations ministérielles<sup>19</sup> :

Le programme intégré d'équilibre dynamique (PIED).

Les interventions multifactorielles personnalisées pour la clientèle aînée recevant des soins à domicile (IMP-SAD).

Les pratiques cliniques préventives par les professionnels de la santé.

<sup>19</sup> MSSS (2004)

### Situation actuelle

On estime qu'environ 30 % des personnes de 65 ans et plus font au moins une chute par année. Pour l'année 2009, on prévoit que le nombre de chuteurs s'élèvera à 13 059 en Outaouais. Parmi eux, on estime que 2 177 personnes devront consulter pour blessures liées aux chutes, 544 seront hospitalisées et 26 en mourront. En 2002-2003, le coût total des hospitalisations pour chute chez les personnes de 65 ans et plus s'élevait à 2 418 325 \$.

Ces chiffres risquent d'augmenter dans les prochaines années avec le vieillissement de la population prévu. Le pourcentage de personnes de plus de 65 ans doublera d'ici 2026. Le nombre des aînés passera de 42 000 à 88 000.

### Justification

Plusieurs facteurs peuvent augmenter les risques de chutes chez les aînés. Pour réduire l'incidence des chutes et la sévérité de leurs conséquences, il est maintenant possible d'agir efficacement sur plusieurs facteurs de risque avec des stratégies multifactorielles telles que retenues et décrites dans le cadre de référence ministériel et les protocoles émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces mesures sont reconnues comme des pratiques efficaces dans la réduction des risques de chutes et des blessures reliées aux chutes.

### Actions prioritaires

Implanter les mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque de chute - volet non personnalisé (PIED).

Soutenir l'implantation des mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées en perte d'autonomie qui ont déjà fait une chute - volet personnalisé.

Réaliser des évaluations multidisciplinaires des facteurs de risque de chute chez les personnes âgées à risque vivant à domicile.

Soutenir l'implantation du réseau Viactive destiné aux personnes de 50 ans et plus vivant à domicile.

### Partenaires envisagés autres que l'Agence et les CSSS

Cliniques médicales, centres d'hébergement et de soins de longue durée privés non conventionnés, organismes communautaires et regroupements Viactive.

## 2 Favoriser la sécurité des bébés et des jeunes enfants et prévenir les blessures et les autres traumatismes à domicile

### Description

Les actions liées à cette priorité ont pour but d'informer et d'outiller les parents sur les mesures à mettre en place afin de prévenir les blessures et autres traumatismes à domicile et favoriser la sécurité de leurs bébés et leurs jeunes enfants. Dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE), une trousse de sécurité et de prévention des traumatismes non intentionnels (TNI) sera distribuée lors des visites à domicile en postnatal.

### Situation actuelle

Le taux d'hospitalisations durant la période 2000-2004 pour traumatismes non intentionnels chez les enfants de 0-4 ans était de 58,4 pour 10 000 en Outaouais.

■ Le taux d'hospitalisations (2000-2004) pour traumatismes non intentionnels chez les nourrissons est significativement plus élevé en Outaouais (93,2 pour 10 000) qu'ailleurs au Québec (67,1 pour 10 000).

Le ministère encourage la prévention des TNI auprès des enfants issus de milieux défavorisés.

Les mères de moins de 20 ans et celles de 20 ans et plus vivant dans un contexte d'extrême pauvreté ont accès à des services intégrés en périnatalité et petite-enfance (SIPPE) qui incluent un suivi auprès de leurs enfants jusqu'à l'âge de 5 ans. Les mesures de prévention des TNI pourraient facilement s'intégrer à la programmation SIPPE.

### Justification

Les écrits scientifiques<sup>20</sup> font état de données probantes sur l'efficacité de la remise de trousse de sécurité gratuites pour la clientèle défavorisée, surtout lorsque cette mesure est accompagnée d'un suivi auprès des parents comme le propose les SIPPE.

### Action prioritaire

Intégrer des activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile (chute, intoxication, suffocation, brûlure, noyade ou quasi-noyade) aux actions préventives, dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE).

### Partenaires envisagés autres que l'Agence et les CSSS

Organismes communautaires et organismes philanthropiques.

<sup>20</sup> Sznajder et coll. (2003)

## RÉSULTATS ATTENDUS POUR TOUTES LES ACTIVITÉS À DÉPLOYER

### Légende

- 1 À développer en priorité
- 2 À maintenir ou à consolider en priorité
- 3 À développer d'ici 2012
- 4 À maintenir ou à consolider d'ici 2012

POUR ASSURER LA SÉCURITÉ DE NOS ENFANTS		1	2	3	4
<b>1</b>	<b>Promotion de l'application d'un continuum d'activités favorisant l'utilisation adéquate du dispositif de retenue pour enfants dans les voitures<sup>21</sup></b>				
	Les CSSS collaboreront avec leurs partenaires intersectoriels à l'organisation des sites de vérification des dispositifs de retenu pour les enfants de 0-8 ans.				CSSS
	Dans chaque territoire de CSSS, la promotion de l'utilisation du siège d'appoint pour les enfants de 4-8 ans fera l'objet d'une intervention ciblée.				CSSS
<b>2</b>	<b>Intégration des activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile (chute, intoxication, suffocation, brûlure, noyade ou quasi-noyade), aux actions préventives dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE)</b>				
	Les CSSS intégreront les mesures à déployer sur la prévention des traumatismes non intentionnels (TNI) à domicile dans le cadre des SIPPE (ex. trousse).		DSP/ CSSS		
	Les intervenants des SIPPE seront formés et outillés en prévention des TNI.		DSP/ CSSS		
	Le matériel promotionnel des campagnes sociétales sera diffusé auprès des milieux visés (ex. : Campagne nationale sur la prévention de la noyade).				DSP/ CSSS
POUR PRÉVENIR LES CHUTES ET LES BLESSURES À DOMICILE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES		1	2	3	4
<b>3</b>	<b>Implantation des mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque de chute - volet non personnalisé (par exemple PIED)</b>				
	Les CSSS mettront en place une offre de services de 32 groupes de 15 participants régionalement aux deux ans.		CSSS		
	Des outils et des formations d'appoint au programme PIED seront disponibles.		DSP/ CSSS		
	La mise à jour du PIED, suite à l'exercice d'évaluation provincial, sera implantée localement.	DSP/ CSSS			
<b>4</b>	<b>Soutien à l'implantation des mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées en perte d'autonomie qui ont déjà fait une chute - volet personnalisé</b>				
	10 % des personnes âgées en perte d'autonomie inscrites en soins à domicile auprès des CSSS recevront des interventions en prévention des chutes.	DSP/ CSSS			
	Les intervenantes IMP-SAD seront formées et auront accès à des outils d'appoint.		DSP/ CSSS		
	Les outils nécessaires seront disponibles en anglais.		DSP		

<sup>21</sup> Ce continuum d'activités a été publié dans un document produit par un comité intersectoriel formé de représentants de la SAAQ, du MSSS et de l'INSPQ. Ce document s'intitule : *Utilisation correcte des sièges d'auto pour enfants ; document d'orientation pour l'élaboration d'un programme de promotion à l'échelle locale.*

POUR PRÉVENIR LES CHUTES ET LES BLESSURES À DOMICILE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES		1	2	3	4
<b>5</b>	<b>Évaluation multidisciplinaire des facteurs de risque de chute chez les personnes âgées à risque vivant à domicile</b>				
	Les médecins et les intervenants de 1 <sup>ère</sup> ligne seront habilités à appliquer de bonnes pratiques en prévention des chutes auprès de leur clientèle de personnes âgées (évaluation des risques de chute, recommandations, interventions, orientations).	DSP			
	Les médecins et les pharmaciens seront sensibilisés aux risques de chute liés à la consommation de médicaments anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques.	DSP			
<b>6</b>	<b>Soutien à l'implantation du réseau Viactive destiné aux personnes de 50 ans et plus tel que prévu au <i>Cadre de référence de la prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile</i><sup>22</sup></b>				
	Le réseau Viactive destiné aux personnes de 50 ans et plus sera consolidé sur les territoires de CSSS.		DSP		
POUR PRÉVENIR LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS DANS L'ENSEMBLE DE LA POPULATION		1	2	3	4
<b>7</b>	<b>Promotion de l'application des mesures efficaces pour améliorer la sécurité routière auprès des partenaires visés</b>				
	La DSP élaborera et diffusera un portrait sur les endroits dangereux auprès de la population et des instances de concertation sur la sécurité routière.			DSP	
	La DSP contribuera à l'atteinte des objectifs visés par les instances de concertation sur la sécurité routière en lien avec l'identification des endroits dangereux.			DSP	
	La DSP contribuera à l'atteinte des objectifs visés par les instances de concertation sur la sécurité routière en lien avec les mesures d'apaisement de la circulation.			DSP	
	La DSP et les CSSS diffuseront les messages de promotion du port du casque à vélo et de dispositifs d'éclairage à vélo.				DSP/ CSSS
	La DSP et les CSSS feront la promotion des notions de sécurité dans les dossiers favorisant le transport actif.				DSP/ CSSS
	Le matériel promotionnel des campagnes sociétales favorisant le contrôle de la vitesse et la réduction de la conduite avec facultés affaiblies incluant les véhicules hors route, sera diffusé auprès des milieux visés (ex. : milieux de travail, municipalités, population générale, etc.).				DSP/ CSSS
	Le matériel promotionnel des campagnes sociétales favorisant la non-utilisation du cellulaire au volant et autres télématiques affectant la conduite, sera diffusé auprès des milieux visés (ex. : milieux de travail, municipalités, population générale, etc.).				DSP/ CSSS
<b>8</b>	<b>Promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle des environnements domiciliaires auprès des partenaires visés, afin de prévenir, notamment, les brûlures, les intoxications dues aux produits toxiques ou médicamenteux ainsi que les risques associés à la présence d'une piscine résidentielle</b>				
	Le matériel promotionnel des campagnes sociétales sera diffusé auprès des milieux visés.				DSP/ CSSS

<sup>22</sup> MSSS (2004)

- 1 À développer en priorité
- 2 À maintenir ou à consolider en priorité
- 3 À développer d'ici 2012
- 4 À maintenir ou à consolider d'ici 2012

POUR PRÉVENIR LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS POUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION		1	2	3	4
<b>9</b>	<b>Promotion de la sécurité sur les plans d'eau par le port du vêtement de flottaison individuel, notamment auprès des municipalités, des propriétaires de camps de vacances et de terrains de camping</b>				
	Le matériel promotionnel des campagnes sociétales sera diffusé auprès des milieux visés.				DSP/ CSSS
<b>10</b>	<b>Promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle portant sur la pratique des sports de glisse au Québec, auprès des partenaires publics et privés visés (ministères, centres de ski, coroner, etc.)</b>				
	Le matériel promotionnel des campagnes sociétales sera diffusé auprès des milieux visés.				DSP/ CSSS
	La DSP contribuera à l'atteinte des objectifs visés par les instances de concertation en lien avec le renforcement des mesures de sécurité et de contrôle portant sur la pratique des sports de glisse.			DSP	

# MALADIES INFECTIEUSES

..... RÉDUIRE LA TRANSMISSION DES MALADIES INFECTIEUSES NOTAMMENT, L'INCIDENCE  
..... DES MALADIES ÉVITABLES PAR L'IMMUNISATION, LA PROGRESSION DE LA TRANSMIS-  
..... SION DES ITSS ET LA TRANSMISSION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES DANS LES  
..... ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

OBJECTIFS DU PNSP 2009 - 2012

## Les objectifs portant sur les maladies à déclaration obligatoire, les manifestations cliniques inhabituelles liées à la vaccination et les signalements

Réduire l'incidence des maladies entériques, particulièrement :

- . les E. Coli O 157 producteurs de vérotoxine;
- . les infections à Salmonella enteritidis.

Réduire le taux d'incidence annuel de la tuberculose active à 2 pour 100 000 personnes.

Réduire le nombre annuel de cas sporadiques de zoonose.

Réduire la progression de la résistance aux antimicrobiens en ce qui concerne :

- . les infections à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline ;
- . les infections nosocomiales ;
- . les infections à pneumocoque ;
- . la tuberculose.

Maintenir l'incidence moyenne annuelle des maladies infectieuses contractées à l'étranger.

## Les objectifs portant sur les maladies évitables par l'immunisation

### *Enfants et adolescents*

Maintenir le nombre moyen de cas d'infection invasive à Haemophilus influenzae de type B sous le seuil de 5 par année chez les enfants de moins de 5 ans.

Réduire à moins de 5 cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à méningocoque de séro groupe C dans la population âgée de 20 ans ou moins.

Réduire de 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans.

Réduire l'incidence de l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale à 0.

Maintenir à 2 ou moins le nombre de cas indigènes d'hépatite B chez les enfants âgés de moins d'un an.

### *Personnes âgées*

Maintenir le taux annuel d'hospitalisation pour influenza et pneumonie des personnes âgées de 65 ans et plus sous le taux moyen de la période 1997 à 2002.

### *Population en général*

Maintenir à 0 l'incidence annuelle de la diphtérie et de la poliomyélite en ce qui concerne les cas indigènes.

Maintenir à moins d'un cas par 5 ans l'incidence du tétanos.

Maintenir à moins d'un cas par 10 ans l'incidence de la rage.

**Population en général (suite)**

Maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole et de la rubéole sous le seuil d'élimination.

Maintenir à moins de 5 % de l'incidence pré-vaccinale, l'incidence annuelle des oreillons.

Réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002.

Réduire à 2,5 pour 100 000 personnes l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A.

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

Réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination.

Réduire de 95 % le taux d'hospitalisation annuel pour varicelle.

**Les objectifs portant sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang**

Maintenir à moins de 2 le nombre annuel d'enfants nés au Québec et infectés par le VIH dans le cadre d'une transmission mère-enfant.

Réduire le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH à moins de 550 par année<sup>23</sup> et plus précisément :

- . le nombre de nouveaux diagnostics chez les HARSAH à moins de 250 cas par année<sup>24</sup> ;
- . le nombre de nouveaux diagnostics chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année<sup>25</sup> .

Réduire l'incidence d'infection par le VIH à moins de 1,1 par 100 personnes - année chez les HARSAH<sup>26</sup> et à moins de 2,7 par 100 personnes - année chez les personnes faisant usage de drogues par injection<sup>27</sup>.

Réduire les taux d'incidence d'infections gonococciques à moins de 12 pour 100 000 personnes et, plus précisément :

- . à 0 les cas d'infections gonococciques chez les enfants de moins d'un an ;
- . à moins de 35 par 100 000 chez les femmes âgées entre 15 et 24 ans ;
- . à moins de 45 par 100 000 chez les hommes âgés de 20 à 39 ans.

Réduire les taux d'incidence d'infections à Chlamydia trachomatis à moins de 120 par 100 000 personnes et, plus précisément :

- . à moins de 1 000 par 100 000 chez les femmes âgées entre 15 et 24 ans;
- . à moins de 7 par 100 000 chez les enfants âgés de moins d'un an (infections oculaires, pulmonaires et génitales).

Maintenir à 0 le nombre de cas de syphilis congénitale chez les enfants âgés de moins de 2 ans.

Réduire à moins de 200 par année le nombre de cas de syphilis infectieuse, particulièrement chez les HARSAH.

Réduire l'incidence du VHC<sup>28</sup> à moins de 23 par 100 personnes - année chez les personnes faisant usage de drogues par injection.

Maintenir à moins de 20 cas par année le nombre de lymphogranulomatose vénérienne chez les HARSAH.

**Objectif portant sur les infections nosocomiales**

Réduire l'incidence des infections nosocomiales dans les établissements de santé et de services sociaux.

<sup>23</sup> Diagnostics déclarés dans le *Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec*.

<sup>24</sup> Source : *Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec*.

<sup>25</sup> Source : *Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec*.

<sup>26</sup> Source : données de surveillance provenant de ARGUS, l'enquête sur l'infection au VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que sur les comportements à risques associés chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

<sup>27</sup> Source : données de surveillance provenant de SurvUDI, le réseau de surveillance du VIH et du VHC chez les utilisateurs de drogues par injection.

<sup>28</sup> Source : données de surveillance provenant de SurvUDI, le réseau de surveillance du VIH et du VHC chez les utilisateurs de drogues par injection.

## PRIORITÉS RÉGIONALES EN MALADIES INFECTIEUSES

- 1 Dépister et prévenir les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).
- 2 Maintenir la surveillance et la vigie pour les maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse, les signalements et les éclosions, ainsi que les manifestations cliniques inhabituelles post-vaccinales.
- 3 Assurer un meilleur respect du calendrier vaccinal et augmenter la couverture vaccinale des groupes ciblés.
- 4 Prévenir et contrôler les infections nosocomiales.

## PRIORITÉS RÉGIONALES

### 1 Dépister et prévenir les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

#### Description

La lutte aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) passe par la mise en place de services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) auprès des personnes vulnérables, dans les milieux de vie et dans les CLSC, ainsi que par la consolidation des cliniques jeunesse (contraception, prévention des ITSS et prise en charge pour le traitement) et l'implantation d'une clinique de santé sexuelle en milieu urbain (contraception, prévention des ITSS et prise en charge pour le traitement).

#### Situation actuelle

Le taux de prévalence de *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes de l'Outaouais de 15 à 25 ans est le plus élevé de la province.

On constate des changements au sujet des populations atteintes de l'infection gonococcique. Il y a maintenant autant de cas chez les hétérosexuels que chez les homosexuels. Les femmes sont autant atteintes que les hommes. Le plus grand nombre de femmes atteintes ont moins de 20 ans.

■ Les ITSS sont en augmentation depuis les dernières années et représentent plus de 75 % de l'ensemble des maladies infectieuses à déclaration obligatoire en Outaouais.

Les jeunes femmes sont particulièrement atteintes de chlamydie génitale, d'infection gonococcique, du virus du papillome humain (VPH) et de l'herpès génital.

Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) représentent le groupe le plus atteint en ce qui concerne le VIH, suivi de près par les utilisateurs de drogues injectables (UDI). Les HARSAH sont aussi très atteints de syphilis aux stades contagieux.

En Outaouais, la disponibilité et l'accessibilité aux services médicaux constituent des enjeux et nécessitent une amélioration afin de diminuer l'utilisation des services médicaux à Ottawa.

### Justification

Un dépistage précoce et bien ciblé des ITSS chez les personnes asymptomatiques permet de briser la chaîne de transmission des infections et de traiter rapidement les personnes affectées. Une intervention précoce permet d'éviter les complications et de réduire la période de contagiosité ainsi que le nombre de partenaires infectés<sup>29</sup>. De plus, des services de proximité, de type SIDEP ou clinique jeunesse, permettent de rejoindre plus efficacement les populations vulnérables qui fréquentent peu les services de santé et qui sont plus susceptibles d'être infectées<sup>30</sup>. Il est démontré que ces types de services contribuent à la diminution des ITSS, du nombre de personnes atteintes de complications des ITSS comme l'inflammation pelvienne, les douleurs pelviennes chroniques, les grossesses ectopiques, l'infertilité, ainsi que du nombre de grossesses non désirées et d'avortements, de la morbidité et mortalité chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et l'hépatite C (PVVHC) et la diminution du risque d'apparition de syphilis infectieuse chez les hétérosexuels et les nouveau-nés.

### Actions prioritaires

Soutenir l'organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle, adaptés aux adolescents et jeunes adultes, favorisant la prévention des ITSS, intégrant les pratiques cliniques préventives et combinés à des interventions d'éducation à la sexualité.

Soutenir les services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP) en faisant la promotion des pratiques cliniques préventives en matière d'ITSS dans les CSSS et au sein des milieux de vie.

Favoriser le dépistage des ITSS et les interventions préventives (counselling, vaccination et traitement) auprès des personnes à risque, des personnes atteintes et de leurs partenaires.

### Partenaires envisagés autres que l'Agence et les CSSS

Cliniques médicales et organismes communautaires.

<sup>29</sup> MSSS (2006b)

<sup>30</sup> MSSS (2003b)

## **2 Maintenir la surveillance et la vigie pour les maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse, les signalements et les éclosions, ainsi que les manifestations cliniques inhabituelles post-vaccinales**

### **Description**

La surveillance et la vigie quotidienne des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuses (MADO) consistent à demeurer disponible pour recevoir tout signalement et à mettre en application les lignes directrices pour assurer l'investigation des cas primaires, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions. Par la suite, une diffusion des recommandations reliées aux différents modes de transmission doit être réalisée auprès des populations ciblées. Afin de faciliter les interventions en vigie sanitaire et d'améliorer l'efficacité de la fonction de protection en santé publique, un système d'information pancanadien, le système PANORAMA, est nécessaire. Ce système permet également de gérer les éclosions et les signalements, documenter la couverture vaccinale et faciliter la gestion des produits immunisants du niveau national jusqu'au niveau local.

### **Situation actuelle**

La situation demeure relativement stable depuis 2004 en ce qui concerne le nombre de MADO reçues (1 148 en 2007), le nombre d'enquêtes épidémiologiques réalisées (649 en 2007), le nombre d'éclosions survenues (20 en 2007) et le nombre de manifestations cliniques post vaccinales (28 en 2007). Il demeure toutefois toujours nécessaire selon la Loi sur la santé publique de diminuer la propagation des maladies infectieuses ainsi que l'apparition des maladies infectieuses par la prévention.

### **Justification**

La surveillance et la vigie des maladies à déclaration obligatoire permettent d'améliorer toutes les interventions en protection de la santé. Elles permettent de gérer les maladies à déclaration obligatoire, les éclosions et les signalements et d'améliorer notre connaissance de la couverture vaccinale et la gestion des produits immunisants. Cette mesure essentielle à la protection de la santé est d'ailleurs inscrite dans la Loi sur santé publique du Québec.

### **Actions prioritaires**

Assurer la vigie sanitaire des menaces biologiques réelles ou appréhendées, incluant les maladies en émergence et les éclosions ainsi que l'application des lignes directrices pour assurer l'investigation des cas primaires, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions.

Implanter le système d'information pancanadien PANORAMA.

Maintenir le programme de surveillance des manifestations cliniques inhabituelles post vaccinales.

### **Partenaires envisagés autres que l'Agence et les CSSS**

Cliniques médicales, milieu scolaire et organismes communautaires.

### 3 Assurer un meilleur respect du calendrier vaccinal et augmenter la couverture vaccinale des groupes ciblés

#### Description

Tous les enfants de moins de 5 ans devraient recevoir leurs vaccins contre les maladies évitables, selon le calendrier régulier de vaccination. Les enfants d'âge scolaire devraient également recevoir les vaccins recommandés selon les programmes spécifiques de vaccination en milieu scolaire. Les clientèles cibles comme les personnes âgées et les clientèles vulnérables doivent pouvoir bénéficier de la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque.

#### Situation actuelle

Un sondage mené dans la région indique qu'il existe des délais de prise de rendez-vous et d'administration des vaccins selon le calendrier vaccinal pour les enfants de moins de 5 ans et il n'existe pas de registre vaccinal régional ni provincial pouvant fournir de données spécifiques à ce sujet. Plusieurs nouveaux vaccins ont été ajoutés au programme d'immunisation du Québec (PIQ) et cela contribue à l'augmentation de la charge de travail en vaccination.

De nouveaux systèmes de gestion des produits immunisants doivent aussi être implantés aux niveaux régional et local.

Le taux de vaccination contre l'influenza chez les travailleurs de la santé demeure encore peu élevé malgré les initiatives mises en place ces dernières années.

#### Justification

Des écrits scientifiques font état de données probantes sur l'efficacité de la vaccination pour soustraire la population aux maladies évitables. Il est également reconnu que la diminution des MADO entraîne une protection accrue de la santé populationnelle.

#### Actions prioritaires

Assurer la 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.

Assurer la vaccination des personnes appartenant à des groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec (PIQ) : hépatites A et B, pneumocoque, influenza.

Développer des stratégies visant à assurer le respect du calendrier vaccinal.

#### Partenaires envisagés autres que l'Agence et les CSSS

Cliniques médicales, centres d'hébergement et de soins de longue durée privés non conventionnés, milieu scolaire et organismes communautaires.

- 41 425 doses ont été administrées aux enfants de moins de 5 ans de la région pour les vaccins DcaT-polio-Hib, pneumocoque, varicelle, méningocoque, RRO.
- 92 % des patients en CHSLD sont vaccinés contre l'influenza.
- Le taux de vaccination contre l'influenza chez les travailleurs de la santé est présentement de 43 %.
- 82 % des élèves de 4<sup>e</sup> année du primaire ont reçu le vaccin contre l'hépatite B.
- 65 % des élèves de 3<sup>e</sup> année du secondaire ont reçu le vaccin DcaT.

## 4 Prévenir et contrôler les infections nosocomiales

### Description

Cette activité consiste à réaliser un suivi de l'incidence des infections nosocomiales dans les établissements de santé et de services sociaux faisant l'objet d'une surveillance provinciale. De plus, lors de situations problématiques, de menaces à la santé ou d'éclotions, il s'agit d'assurer un soutien aux établissements de santé et de services sociaux.

### Situation actuelle

Tous les établissements de santé et de services sociaux de la région ne disposent pas encore des ressources en prévention et contrôle des infections selon le ratio recommandé.

Les ressources en prévention et contrôle des infections (PCI) n'ont pas toutes reçues la formation de base.

Une culture de prévention des infections s'établit progressivement au sein des établissements.

Taux de diarrhées associées au *C. difficile* :

- 8 pour 10 000 patients par jour en 2004-2005 (Qc : 14)
- 12 pour 10 000 patients par jour en 2005-2006 (Qc : 9)
- 9 pour 10 000 patients par jour en 2006-2007 (Qc : 9)
- 8 pour 10 000 patients par jour en 2007-2008 (Qc : 7)

### Justification

La prévention et le contrôle des infections nosocomiales diminuent la durée de séjour des patients dans les hôpitaux, les risques de complications et les coûts associés pour les établissements de santé et de services sociaux. Cela permet également aux patients d'être soignés dans des conditions sécuritaires.

### Actions prioritaires

Suivre l'évolution de l'incidence des infections nosocomiales dans les établissements de santé et de services sociaux faisant l'objet d'une surveillance provinciale.

Soutenir les établissements de santé et de services sociaux lors de situations problématiques, de menaces à la santé ou d'éclotions.

## RÉSULTATS ATTENDUS POUR TOUTES LES ACTIVITÉS À DÉPLOYER

### Légende

- 1 À développer en priorité
- 2 À maintenir ou à consolider en priorité
- 3 À développer d'ici 2012
- 4 À maintenir ou à consolider d'ici 2012

POUR RESTER VIGILANT FACE AUX MENACES BIOLOGIQUES ET RÉAGIR RAPIDEMENT POUR PROTÉGER LA POPULATION		1	2	3	4
<b>1</b>	<b>Vigie sanitaire des menaces biologiques réelles ou appréhendées, incluant les maladies en émergence et les éclosions, et application des lignes directrices pour assurer l'investigation des cas primaires, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions</b>				
	Les signalements des maladies à déclaration obligatoire (MADO) seront traités quotidiennement.		DSP		
	Un service de vigie sanitaire sera disponible 24h/jour, 7jrs/semaine.		DSP		
	Toutes les enquêtes épidémiologiques requises et toutes les interventions à faire seront réalisées.		DSP/ CSSS		
	Tous les cas de tuberculose (TB) contagieux seront placés en isolement et sous thérapie, sous observation directe (TOD) lorsque nécessaire.		CSSS		
	Tous les immigrants avec TB inactive seront rejoints et recevront un traitement préventif lorsque requis.		CSSS		
	Un portrait de santé en maladies infectieuses sera diffusé annuellement.				DSP
	Des infirmières des CSSS seront formées aux enquêtes épidémiologiques.				CSSS
	Des protocoles d'entente seront signés par les partenaires des réseaux locaux de services afin de mettre en place des corridors de services pour la post-exposition à des maladies infectieuses.				DSP/ CSSS
<b>2</b>	<b>Diffusion aux populations ciblées des recommandations liées aux différents modes de transmission</b>				
	Des avis et recommandations seront diffusés aux intervenants du réseau SSS.				DSP/ CSSS
<b>3</b>	<b>Implantation du système d'information pancanadien PANORAMA</b>				
	Le système PANORAMA sera mis en place.	DSP/ CSSS			
<b>4</b>	<b>Mise à jour périodique du volet santé publique du plan de pandémie d'influenza</b>				
	Le volet santé publique des plans régional et locaux de pandémie sera mis à jour.				DSP
<b>5</b>	<b>Soutien aux activités cliniques en santé des voyageurs par :</b> - la diffusion des actualités épidémiologiques ; - des recommandations visant la prévention des maladies infectieuses acquises à l'étranger ; - la promotion des comportements préventifs et de la vaccination.				
	Les professionnels en santé des voyageurs répondront aux questions de leurs clients.				DSP
<b>6</b>	<b>Maintien du programme de surveillance des manifestations cliniques inhabituelles post vaccinales</b>				
	Un portrait des manifestations cliniques inhabituelles à la suite d'une vaccination sera réalisé annuellement.		DSP		

POUR ASSURER UNE COUVERTURE VACCINALE OPTIMALE		1	2	3	4
<b>7</b>	<b>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</b>		CSSS		
	95 % des enfants de moins de 5 ans seront immunisés selon les recommandations du programme d'immunisation du Québec.				
	La DSP participera à une étude de type recherche-action sur le meilleur type d'organisation des services de vaccination à privilégier.	DSP			
	Les professionnels de la santé concernés recevront les formations d'appoint.				DSP/ CSSS
<b>8</b>	<b>Vaccination en milieu scolaire</b>				
	90 % des élèves de 4 <sup>e</sup> année du primaire seront immunisés contre l'Hépatite B.				CSSS
	90 % des filles de 4 <sup>e</sup> année du primaire seront immunisées contre le Virus du papillome humain (VPH).				CSSS
	85 % des filles de 3 <sup>e</sup> année du secondaire seront immunisées contre le Virus du papillome humain (VPH).				CSSS
	90 % des élèves de 3 <sup>e</sup> année du secondaire seront immunisés selon les recommandations du programme d'immunisation du Québec (PIQ).				CSSS
	Les activités d'immunisation en milieu scolaire constitueront une des composantes de l'approche ÉeS.				CSSS
<b>9</b>	<b>Vaccination des personnes appartenant à des groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec : hépatites A et B, pneumocoque, influenza</b>				
	80 % des personnes ciblées seront immunisées contre le pneumocoque.		DSP/ CSSS		
	80 % des résidents des CHSLD seront immunisés contre l'influenza.				CSSS
	80 % des clientèles à risque et leurs contacts vivant en milieu ouvert seront immunisés contre l'influenza.		DSP/ CSSS		
	Le taux de couverture vaccinale pour l'influenza devra augmenter chez le personnel soignant des établissements de santé de 19 % par année pour passer de 40 % à 80 %.		CSSS		
	Les porteurs de l'hépatite C seront vaccinés contre l'hépatite A et B.		CSSS		
<b>10</b>	<b>Dépistage de la rubéole chez les femmes enceintes</b>				
	Tous les médecins accoucheurs et sages-femmes dépisteront la rubéole chez les femmes enceintes.				CSSS
	Tous les médecins accoucheurs et sages-femmes offriront la vaccination contre la rubéole en post partum.				CSSS
<b>11</b>	<b>Mise en place d'un plan de promotion de la vaccination</b>				
	Le plan de promotion sera mis en place dans la région.			DSP/ CSSS	
<b>12</b>	<b>Développement des stratégies visant à assurer le respect du calendrier vaccinal</b>				
	Le respect du calendrier vaccinal sera inclus dans les ententes de gestion avec les CSSS.			DSP/ CSSS	

- 1 À développer en priorité
- 2 À maintenir ou à consolider en priorité
- 3 À développer d'ici 2012
- 4 À maintenir ou à consolider d'ici 2012

POUR ASSURER UNE COUVERTURE VACCINALE OPTIMALE		1	2	3	4
<b>13</b>	<b>Implantation d'un système d'information vaccinale et d'un programme de gestion des produits immunisants visant à assurer la qualité des programmes de vaccination</b>				
	Tous les produits immunisants seront distribués dans toute la région.				DSP
	Il y aura moins de 2 % de perte de produits immunisants.				DSP/ CSSS
	Les vaccinateurs seront formés à la gestion des produits immunisants.				DSP/ CSSS
	Le système PANORAMA sera implanté (volets immunisation et gestion des produits immunisants).	DSP/ CSSS			
POUR LUTTER CONTRE LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS) AUPRÈS DE LA POPULATION DES 12 ANS ET PLUS					
		1	2	3	4
<b>14</b>	<b>Activités d'information et de prévention des ITSS en milieu scolaire et dans les autres milieux de vie</b>				
	Des condoms seront disponibles et accessibles dans différents milieux (ex. : scolaire, maisons de jeunes).				DSP/ CSSS
	Les professionnels et intervenants concernés et leurs partenaires seront formés.				DSP/ CSSS
<b>15</b>	<b>Soutien à une organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle, adaptés aux adolescents et jeunes adultes, favorisant la prévention des ITSS, intégrant les pratiques cliniques préventives et combinés à des interventions d'éducation à la sexualité</b>				
	Tous les CSSS mettront en place un service de consultation en matière de santé sexuelle destiné aux adolescents et aux jeunes adultes, du type clinique jeunesse.		CSSS		
	Une clinique de santé sexuelle sera mise en place dans la région urbaine pour la population de 18 ans et plus.	CSSS			
POUR LUTTER CONTRE LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS) AUPRÈS DES POPULATIONS VULNÉRABLES					
		1	2	3	4
<b>16</b>	<b>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 de services sociaux</b>				
	Une campagne de promotion du programme de prévention du passage à l'injection sera réalisée auprès des clientèles visées.				DSP/ CSSS
	Des activités en lien avec la réduction des méfaits seront réalisées auprès des clientèles visées.				CSSS
	Des activités en lien avec l'utilisation du condom seront réalisées auprès des clientèles visées.				CSSS
	Chaque CSSS localisera ses clientèles vulnérables sur son territoire et les rejoindra.			CSSS	
	Les professionnels et intervenants concernés et leurs partenaires seront formés.				DSP/ CSSS
<b>17</b>	<b>Accès au matériel d'injection stérile et récupération des seringues usagées</b>				
	Les utilisateurs de matériel d'injection et d'inhalation disposeront de matériel sécuritaire.				DSP/ CSSS

POUR LUTTER CONTRE LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS) AUPRÈS DE L'ENSEMBLE DE LA POPULATION		1	2	3	4
18	<b>Promotion du programme de gratuité des médicaments pour le traitement de certaines infections transmises sexuellement (ITS)</b>				
	Des articles dans le bulletin régional Info-Protection seront diffusés aux médecins (pour les informer).				DSP/ CSSS
19	<b>Soutien à l'implantation du système intégré de récupération des seringues et aiguilles usagées (SIRSAU)</b>				
	Les activités du programme SIRSAU seront maintenues dans chacun des territoires.				CSSS
20	<b>Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE), faisant la promotion des pratiques cliniques préventives en matière d'ITSS dans les CSSS et au sein des milieux de vie</b>				
	Chaque CSSS offrira des SIDEPE dans son territoire.		CSSS		
21	<b>Dépistage des ITSS et interventions préventives (counselling, vaccination et traitement) auprès des personnes à risque, des personnes atteintes et de leurs partenaires</b>				
	Les médecins et infirmières intervenant auprès des personnes à risque poursuivront les activités de dépistage des ITSS.		CSSS		
	Les médecins et infirmières des GMF poursuivront les activités de dépistage et d'interventions préventives des ITSS.		CSSS		
22	<b>Dépistage du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et des autres ITS auprès des femmes enceintes</b>				
	Tous les médecins accoucheurs et sages-femmes dépisteront le VIH, la syphilis, l'hépatite B et autres infections transmissibles sexuellement auprès des femmes enceintes.				CSSS
23	<b>Soutien aux campagnes de communication sur l'adoption de comportements préventifs et le dépistage des ITSS, notamment chez les personnes à risque</b>				
	Le matériel des campagnes de communication du MSSS sera diffusé dans la région.				DSP/ CSSS
POUR PRÉVENIR ET CONTRÔLER LES INFECTIONS NOSOCOMIALES		1	2	3	4
24	<b>Suivi de l'incidence des infections nosocomiales dans les établissements de santé et de services sociaux faisant l'objet d'une surveillance provinciale</b>				
	Les données de surveillance et de vigie des infections nosocomiales seront traitées, analysées et diffusées périodiquement.		DSP		

- 1 À développer en priorité
- 2 À maintenir ou à consolider en priorité
- 3 À développer d'ici 2012
- 4 À maintenir ou à consolider d'ici 2012

POUR PRÉVENIR ET CONTRÔLER LES INFECTIONS NOSOCOMIALES		1	2	3	4
<b>25</b>	<b>Soutien des établissements de santé et de services sociaux lors de situations problématiques, de menaces à la santé ou d'écllosion</b>				
	Les établissements mèneront les enquêtes épidémiologiques lors d'éclussions et prendront les mesures nécessaires pour enrayer la transmission.		DSP/ CSSS		
	Les avis, recommandations et outils seront transmis aux professionnels de la santé concernés.				DSP
	La table régionale de prévention des infections nosocomiales mettra en œuvre un plan d'action régional annuel en PCI.		DSP		
	Le tableau de bord de prévention des infections nosocomiales sera complété par chaque établissement du réseau concerné.		CSSS		
	Le programme d'usage optimal des antibiotiques sera implanté selon les directives du MSSS.			CSSS	
<b>26</b>	<b>Soutien aux campagnes de communication sur la prévention des infections nosocomiales</b>				
	Le matériel des campagnes de communication du MSSS sera diffusé dans la région.				DSP/ CSSS

# SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

... RÉDUIRE L'INCIDENCE, LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ DES MALADIES ASSOCIÉES À  
... DES FACTEURS DE RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

OBJECTIFS 2009 - 2012

Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies cardiaques associées à des facteurs de risque environnementaux.

Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies respiratoires associées à des facteurs de risques environnementaux.

Réduire les taux d'incidence et de mortalité liés aux cancers de la peau, des voies respiratoires et autres cancers associés à des facteurs de risque environnementaux.

Réduire la mortalité et la morbidité associées aux maladies d'origine hydrique, aux intoxications d'origine biologique ou chimique.

Prévenir les problèmes de santé reliés à des risques environnementaux émergents dont les événements climatiques extrêmes.

## PRIORITÉS RÉGIONALES EN SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

- 1 Maintenir la surveillance et la vigie pour le smog, les maladies d'origine hydrique, l'eau potable, la qualité des eaux récréatives et des lacs, les maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique, ainsi que la qualité de l'air intérieur et extérieur.
- 2 Soutenir les partenaires intersectoriels dans leurs actions.

## PRIORITÉS RÉGIONALES

- 1 **Maintenir la surveillance et la vigie pour le smog, les maladies d'origine hydrique, l'eau potable, la qualité des eaux récréatives et des lacs, les maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique, ainsi que la qualité de l'air intérieur et extérieur.**

### Description

La surveillance et la vigie en santé environnementale consistent à conduire des enquêtes (épidémiologiques ou autres) et à mettre en place les actions appropriées lorsque sont signalés des problèmes potentiels de santé liés au smog, aux maladies d'origine hydrique, à l'eau potable, à la qualité des eaux récréatives et des lacs, aux maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique, ainsi qu'à la qualité de l'air intérieur et extérieur.

### Situation actuelle

La région compte un très grand nombre de lacs et des bassins versants particulièrement complexes impliquant plusieurs lacs.

En 2008, douze lacs de la région ont été affectés par les cyanobactéries.

La situation frontalière constitue un enjeu car l'Ontario n'a pas toujours les mêmes seuils d'intervention que le Québec. L'arrimage des actions entre les deux provinces demande des ajustements de part et d'autre.

### Justification

La surveillance et la vigie sont des mesures efficaces permettant de protéger la population des risques environnementaux, surtout lorsqu'elles s'inscrivent dans le cadre d'une démarche de gestion des risques axée sur la prévention. Cette démarche débute par l'identification des problèmes les plus importants.

### Action prioritaire

Faire état de la situation régionale en santé environnementale et des problématiques émergentes.

Conduire des enquêtes et organiser des activités appropriées lorsque sont signalés des problèmes de santé liés à la qualité de l'air ou lorsqu'il y a des risques environnementaux à la santé.

Promouvoir le processus de déclaration obligatoire des cas d'intoxication d'origine environnementale auprès des médecins et des laboratoires.

Participer aux activités encadrées conjointement avec d'autres secteurs d'intervention.

### Partenaires envisagés autres que l'Agence et les CSSS

Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP), milieu municipal (incluant la ville d'Ottawa), Conférence régionale des élus de l'Outaouais (CRÉO), cliniques médicales, INSPQ, réseaux privés d'eau potable, Conseil régional de l'environnement et du développement durable de l'Outaouais (CREDDO) et milieu associatif.

- 348 réseaux d'aqueducs sont répertoriés en Outaouais, incluant ceux des campings, restaurants, points de service de CLSC, etc.
- En 2007-2008, il y a eu 273 signalements de problèmes microbiologiques d'eau potable, dont 119 avis d'ébullition, sans compter les dépassements physico-chimiques).
- La DSP reçoit environ 20 déclarations de MADO d'origine chimique chaque année, dont 40 % d'intoxication au monoxyde de carbone.
- 38 % des appels reçus en 2007-2008 concernaient les moisissures dans l'air intérieur et l'insalubrité.

## 2 Soutenir les partenaires intersectoriels dans leurs actions notamment pour l'assainissement de la qualité de l'air intérieur et extérieur et le contrôle de l'herbe à poux

### Description

L'action sur les déterminants environnementaux de la santé repose en grande partie sur le partenariat intersectoriel. La santé publique y contribue notamment en soutenant les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et des autres secteurs dans l'organisation des services publics. Dans le cas de la qualité de l'air intérieur et de la salubrité des logements, par exemple, il faut impliquer les municipalités, différents ministères et les institutions responsables du logement.

### Situation actuelle

L'Outaouais est la 2<sup>e</sup> région, après celle de la Capitale nationale, à implanter une cote air santé (CAS).

La Ville de Gatineau s'est dotée d'un règlement sur la salubrité et des inspecteurs ont été embauchés pour en faire le suivi.

Selon une étude publiée en 2008, la prévalence d'allergie à l'herbe à poux se situe à 17,5 % dans la population québécoise.

- En 2005, 10,5 % de la population de l'Outaouais souffrait d'asthme, ce qui est supérieur au taux de 8,6% pour l'ensemble du Québec.
- Si l'on tient compte du taux de prévalence québécois, dans la ville de Gatineau seulement, près de 43 000 résidents souffrent de rhinite allergique (rhume des foins).

### Justification

L'amélioration de la qualité de l'air intérieur et extérieur exige une action concertée entre les divers acteurs intersectoriels concernés. Il est reconnu que les retombées positives de l'action intersectorielle sont importantes.

### Action prioritaire

Participer aux activités encadrées conjointement avec d'autres secteurs d'intervention lorsqu'il y a des risques environnementaux à la santé.

Soutenir les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des autres secteurs pour le contrôle de l'herbe à poux.

Soutenir les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des autres secteurs pour le développement et l'adoption d'une norme sur la ventilation des bâtiments d'habitation (organismes appartenant aux secteurs de l'habitation et du bâtiment).

### Partenaires envisagés autres que l'Agence et les CSSS

Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP), milieu municipal (incluant la ville d'Ottawa), Conférence régionale des élus de l'Outaouais (CRÉO), INSPQ, associations de quartier, organismes communautaires, CPE et milieu scolaire.

## RÉSULTATS ATTENDUS POUR TOUTES LES ACTIVITÉS À DÉPLOYER

## Légende

- 1 À développer en priorité
- 2 À maintenir ou à consolider en priorité
- 3 À développer d'ici 2012
- 4 À maintenir ou à consolider d'ici 2012

POUR ASSURER UNE VIGIE SANITAIRE DES MENACES À LA SANTÉ D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE		1	2	3	4
1	État de situation régionale en santé environnementale faisant état des problématiques émergentes et des liens entre les risques environnementaux et la santé				
	Le rapport <i>Notre santé et notre environnement en Outaouais</i> <sup>31</sup> sera diffusé.	DSP			
2	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				
	Un système de surveillance et de vigie pour la qualité de l'air intérieur sera implanté.	DSP			
3	Conduite d'enquêtes (épidémiologiques ou autres) et organisation d'activités appropriées lorsque sont signalés : <ul style="list-style-type: none"> <li>- des éclosons ou des intoxications potentiellement liées à l'eau potable ou des eaux de baignade ;</li> <li>- des dépassements de normes ou de problématiques pouvant présenter des risques à la santé relativement à la qualité de l'eau potable ou des eaux de baignade ;</li> <li>- des signalements et des déclarations d'éclosion ou d'intoxication (maladie à déclaration obligatoire, intoxication à déclaration obligatoire), comme le prévoit la Loi sur la santé publique.</li> </ul>				
	Un système de surveillance et de vigie pour la qualité de l'eau potable et les eaux de baignade sera maintenu et consolidé.		DSP		
	La DSP diffusera ou relayera les avis et recommandations requis aux instances appropriées.		DSP		
4	Participation aux activités encadrées conjointement avec d'autres secteurs d'intervention, notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>- la gestion de l'eau potable et des eaux récréatives ;</li> <li>- la gestion des risques d'accidents industriels majeurs, dont les activités liées à la Loi sur la sécurité civile et à la préparation des schémas de sécurité civile ;</li> <li>- l'utilisation adéquate des pesticides ;</li> <li>- l'évaluation des risques pour la santé et l'organisation d'activités appropriées lors de situations d'urgence d'origine environnementale, incluant la collaboration aux missions du plan national de sécurité civile et des plans régionaux de sécurité civile.</li> </ul>				
	La DSP avisera la population des risques pour la santé en relation à la qualité de l'eau potable et des eaux récréatives.		DSP		
	La DSP diffusera ou relayera les avis et recommandations requis aux instances appropriées.		DSP		

<sup>31</sup> ASSO (2009)

POUR ASSURER UNE VIGIE SANITAIRE DES MENACES À LA SANTÉ D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE		1	2	3	4
5	<b>Promotion du processus de déclaration obligatoire des cas d'intoxication d'origine environnementale auprès des médecins et laboratoires</b>				
	Tous les cas d'intoxication d'origine environnementale à déclaration obligatoire seront déclarés au directeur de santé publique.		DSP		
6	<b>Mise à jour de plans d'urgence s'appliquant aux menaces liées aux agents chimiques, biologiques et physiques (par exemple, menaces radiologiques et nucléaires, événements climatiques extrêmes).</b>				
	Le volet santé publique sera revu dans le cadre de la mise à jour des plans d'urgence.			DSP	
POUR ASSURER UNE QUALITÉ DE L'AIR EXTÉRIEUR ET INTÉRIEUR		1	2	3	4
7	<b>Activités d'information et de sensibilisation auprès de la population sur :</b> - les mesures de protection lors des avertissements de smog ; - l'identification de l'herbe à poux et les mesures de contrôle à appliquer dans l'environnement immédiat ; - les moyens de réduire l'exposition aux aéroallergènes ou aux irritants dans l'environnement intérieur.				
	L'information pertinente en lien avec la qualité de l'air extérieur, la qualité de l'air intérieur et les menaces d'origine environnementale sera diffusée auprès de la population.				DSP
	Une vidéo d'information sur l'herbe à poux sera réalisée et intégrée au site internet de la DSP.			DSP	
8	<b>Activités d'information et de sensibilisation auprès des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des autres secteurs sur :</b> - les moyens de réduire l'exposition aux aéroallergènes ou aux irritants dans l'environnement intérieur (intervenants municipaux, intervenants du milieu scolaire, des services de garde, des CSSS et des ministères touchés) ; - les mesures de contrôle de l'herbe à poux (intervenants municipaux et propriétaires de terrains) ; - les moyens efficaces d'assainissement de la qualité de l'air extérieur (par exemple, plan de gestion, réglementation, programme).				
	Les intervenants concernés des CSSS et leurs partenaires seront informés et sensibilisés à la salubrité et à la qualité de l'environnement intérieur.				DSP/ CSSS
	Des ateliers d'information sur les mesures de contrôle de l'herbe à poux seront réalisés auprès des partenaires du réseau et des partenaires intersectoriels.		DSP		
	La DSP participera à différents projets afin de promouvoir les moyens efficaces d'assainissement de la qualité de l'air extérieur.			DSP	
9	<b>Soutien des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des autres secteurs pour :</b> - l'organisation des services publics, sectoriels et intersectoriels sur la qualité de l'air intérieur et l'insalubrité ; - le développement et l'adoption d'une norme sur la ventilation des bâtiments d'habitation (organismes appartenant aux secteurs de l'habitation et du bâtiment).				
	La DSP promouvra et soutiendra les municipalités dans l'adoption d'un règlement sur la salubrité et la qualité de l'environnement intérieur.	DSP			
	Des ententes seront établies avec les milieux afin d'améliorer la qualité de l'air intérieur.	DSP			

- 1 À développer en priorité  
 2 À maintenir ou à consolider en priorité  
 3 À développer d'ici 2012  
 4 À maintenir ou à consolider d'ici 2012

POUR ASSURER UNE QUALITÉ DE L'AIR EXTÉRIEUR ET INTÉRIEUR		1	2	3	4
10	<b>Soutien des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des autres secteurs pour le contrôle de l'herbe à poux</b>				
	La DSP soutiendra les municipalités intéressées à faire la cartographie des colonies d'herbe à poux.		DSP		
	La DSP soutiendra la réalisation de projets de contrôle d'herbe à poux (projets de quartiers ou de groupes ciblés).	DSP			
POUR PRÉVENIR OU RÉDUIRE LES MENACES D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE		1	2	3	4
11	<b>Promotion de l'utilisation d'un avertisseur de monoxyde de carbone, auprès de la population et des responsables de résidences de personnes âgées, de services de garde et des écoles</b>				
	La DSP participera aux campagnes de promotion du MSSS sur l'utilisation optimale d'un avertisseur de monoxyde de carbone.				DSP/ CSSS
12	<b>Activités d'information et de sensibilisation auprès de la population sur les mesures efficaces pour :</b> - contrer les problèmes de santé liés à des risques environnementaux émergents (cyanobactéries, bruit communautaire, pollution agricole, contamination alimentaire, nouvelles technologies, etc.) ; - contrer les effets des événements climatiques extrêmes (par exemple, chaleur accablante).				
	La DSP documentera les problèmes émergents.		DSP		
	Des activités d'information portant sur les problèmes identifiés seront réalisées.		DSP/ CSSS		
13	<b>Activités d'information et de sensibilisation :</b> - auprès de la population et des intervenants afin de réduire les risques liés à l'exposition au radon domiciliaire, en collaboration avec les partenaires (notamment, Société d'habitation du Québec, Société canadienne d'hypothèques et de logement, autres ministères visés) ; - auprès de la population afin de protéger les enfants de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets, et ce, de concert avec les partenaires.				
	Des activités d'information et de sensibilisation seront réalisées au besoin.				DSP/ CSSS
POUR DES MILIEUX DE VIE DE QUALITÉ ET DES ENVIRONNEMENTS SAINS ET SÉCURITAIRES		1	2	3	4
14	<b>Participation aux activités encadrées légalement par d'autres secteurs d'intervention concernant, notamment :</b> - l'évaluation et l'examen des projets ayant des conséquences sur l'environnement ; - l'application de la politique relative à la protection des sols et à la réhabilitation des terrains contaminés ; - la consultation publique concernant les projets d'élevage porcin conformément à la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme ; - la révision des schémas d'aménagement proposés par les MRC et les communautés urbaines.				
	La DSP fournira un avis et une expertise dans divers projets de politique publique, d'études d'impact et d'aménagement du territoire.				DSP

# SANTÉ AU TRAVAIL

• RÉDUIRE LES PROBLÈMES ATTRIBUABLES À L'EXPOSITION À DES AGRESSEURS  
• PHYSIQUES, CHIMIQUES, BIOLOGIQUES ET AUX AUTRES FACTEURS DE RISQUE LIÉS  
• AU MILIEU DE TRAVAIL

OBJECTIFS 2009 - 2012

- Diminuer l'incidence des maladies pulmonaires professionnelles.
- Diminuer l'incidence de l'asthme professionnel ainsi que la sévérité des manifestations de cette maladie.
- Diminuer l'incidence des intoxications professionnelles.
- Réduire la prévalence des atteintes du système nerveux par le plomb et les solvants organiques.
- Diminuer l'incidence de maladies infectieuses professionnelles (hépatites A, B, tétanos et autres).
- Diminuer l'incidence des cancers associés au milieu de travail.
- Diminuer l'incidence des issues défavorables de la grossesse attribuables au milieu de travail (prématurité, avortement, mortinaissance) et des retards de croissance ou des problèmes de santé physique chez l'enfant à naître.
- Diminuer l'incidence de la surdité professionnelle, les conséquences de cette maladie et les autres problèmes de santé associés à une exposition au bruit.
- Diminuer l'incidence des troubles musculo-squelettiques reliés au milieu de travail.

## PRIORITÉ RÉGIONALE EN SANTÉ AU TRAVAIL

- 1 Soutenir les milieux de travail dans la prise en charge de l'élimination ou de la diminution des risques pour la santé notamment dans la lutte contre le bruit**

## PRIORITÉ RÉGIONALE

- 1 Soutenir les milieux de travail dans la prise en charge de l'élimination ou de la diminution des risques pour la santé, notamment dans la lutte contre le bruit**

### Description

La majorité des actions en santé au travail est encadrée par une entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). De cette entente découle un cahier de charges qui sert d'assise à la ratification d'ententes annuelles de gestion et d'imputabilité entre l'Agence et la CSST régionale. Le réseau public de santé au travail planifie annuellement ses activités dans les secteurs économiques r glement s via des programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE). De plus, la région veut mettre l'emphase sur la réduction à la source des niveaux de bruit auxquels les travailleurs sont exposés et souhaite contribuer au développement d'une culture et d'une expertise régionale en matière de réduction du bruit dans nos milieux de travail.

### Situation actuelle

En Outaouais, les secteurs des forêts et scieries et de l'industrie du bois sont des milieux où certaines catégories de travailleurs sont à risque d'être exposés à des niveaux élevés de bruit.

On estime qu'environ 500 000 travailleurs québécois, seront exposés à des niveaux de bruit nocifs pour leur santé et leur sécurité et qu'au moins 100 000 d'entre eux seront aux prises quotidiennement avec les conséquences d'une surdité professionnelle.

En Outaouais entre 2003 et 2006, 3,4 % de l'ensemble des lésions indemnissables par la CSST étaient attribuables à la surdité ou autres problèmes d'audition.

### Justification

La protection des travailleurs et la réduction des risques auxquels ils peuvent être exposés nécessitent une prise en charge du milieu de travail. En matière de lutte contre le bruit par exemple, seule la réduction à la source permet de diminuer les niveaux de bruit et constitue une solution efficace aux problèmes de surdité ou autres problèmes d'audition.

### Actions prioritaires

Réaliser des 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.

Promouvoir, auprès des employeurs touchés, le 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 et de la substitution des solvants organiques et des substances cancérigènes en milieu de travail.

Soutenir et recommander aux entreprises dans leur prise en charge pour le contrôle ou la réduction à la source des agresseurs.

Identifier les risques liés aux troubles musculo-squelettiques et activités de formation et d'information dans les milieux de travail dans le cadre des programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE).

Évaluer la prise en charge des milieux en regard de la santé et de la sécurité au travail.

### Partenaires envisagés autres que l'Agence et les CSSS

CSST, milieux de travail et Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).

# RÉSULTATS ATTENDUS POUR TOUTES LES ACTIVITÉS À DÉPLOYER

## Légende

- 1 À développer en priorité
- 2 À maintenir ou à consolider en priorité
- 3 À développer d'ici 2012
- 4 À maintenir ou à consolider d'ici 2012

POUR ASSURER LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL PAR LES ÉTABLISSEMENTS		1	2	3	4
<b>1</b>	<b>Promotion, auprès des employeurs ciblés, du contrôle à la source des contaminants comme le monoxyde de carbone, l'hydrogène sulfuré, les gaz irritants et les métaux lourds tels que le plomb et de la substitution des solvants organiques et des substances cancérigènes en milieu de travail</b>				
	Tous les établissements couverts par un programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE) seront sensibilisés à la substitution de produit et à la mise en place de ventilation générale ou d'aspiration locale efficaces.		DSP/ CSSS		
	Tous les établissements couverts par un PSSE seront sensibilisés à la substitution de produits tels que des solvants organiques et des substances cancérigènes et à la mise en place de mesures de réduction à la source.		DSP/ CSSS		
<b>2</b>	<b>Soutien et recommandations aux entreprises dans leur prise en charge pour le contrôle ou la réduction à la source des agresseurs</b>				
	Tous les établissements couverts par un PSSE auront été évalués au sujet des agresseurs identifiés.		DSP/ CSSS		
	La DSP et les CSSS recommanderont et suivront la mise en application des recommandations en matière de mesures de réduction à la source ou de protection individuelle.		DSP/ CSSS		
<b>3</b>	<b>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</b>				
	Les actions prévues au Plan d'action de lutte contre le bruit seront réalisées.		DSP/ CSSS		
	Tous les établissements ciblés auront réduit leur niveau de bruit en deçà de 100 dBA.		DSP/ CSSS		
	Les activités et les outils de promotion de la santé auditive seront diffusés dans les établissements à risque.		DSP/ CSSS		
<b>4</b>	<b>Identification des risques liés aux troubles musculo-squelettiques et activités de formation et d'information dans les milieux de travail dans le cadre des PSSE</b>				
	Les risques liés aux troubles musculo-squelettiques seront identifiés lors de la connaissance préalable des établissements ciblés.		DSP/ CSSS		
	Des activités de formation et d'information seront réalisées dans les établissements présentant des risques liés aux troubles musculo-squelettiques.		DSP/ CSSS		
<b>5</b>	<b>Évaluation de la prise en charge de la santé et de la sécurité au travail par les établissements</b>				
	Un outil sera développé pour évaluer la prise en charge de la santé et de la sécurité dans les milieux visés par un PSSE.	DSP			

- 1 À développer en priorité  
 2 À maintenir ou à consolider en priorité  
 3 À développer d'ici 2012  
 4 À maintenir ou à consolider d'ici 2012

POUR LA SURVEILLANCE DE L'EXPOSITION ET DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES TRAVAILLEURS		1	2	3	4
<b>6</b>	<b>Dépistage de l'amiantose en milieu de travail ciblé</b>				
	Les travailleurs qui le souhaitent auront accès à une radiographie pulmonaire de dépistage de l'amiantose.		DSP/ CSSS		
<b>7</b>	<b>Surveillance biologique des travailleurs</b>				
	Toutes les maladies à déclaration obligatoire (MADO) en lien avec une exposition au plomb seront investiguées.		DSP/ CSSS		
POUR LA PRÉVENTION ET LA PROTECTION DES TRAVAILLEURS		1	2	3	4
<b>8</b>	<b>Vaccination contre l'hépatite A, l'hépatite B et le tétanos pour les secteurs visés</b>				
	Les travailleurs encore non immunisés et qui en feront la demande seront vaccinés contre les maladies infectieuses.		DSP/ CSSS		
<b>9</b>	<b>Sensibilisation des milieux de travail sur les moyens de prévention des maladies infectieuses professionnelles</b>				
	Les activités et les outils de sensibilisation seront diffusés dans les établissements à risque.		DSP/ CSSS		
<b>10</b>	<b>Identification, évaluation et documentation des postes de travail pour la travailleuse qui est enceinte ou qui allaite et recommandations aux médecins traitants</b>				
	Toutes les demandes de médecins traitants dans le cadre du programme de maternité sans danger seront traitées.		DSP		
<b>11</b>	<b>Identification des risques psychosociaux en milieu de travail de même que soutien et recommandations aux entreprises sur les mesures de prévention à mettre en place</b>				
	La DSP soutiendra les établissements, qui en feront la demande, dans l'évaluation des facteurs organisationnels de risques psychosociaux.				DSP

## STRATÉGIES

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* identifie cinq stratégies d'intervention qui permettent d'agir efficacement sur les facteurs susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Ces stratégies sont :

- Renforcer le potentiel des personnes
- Soutenir le développement des communautés
- Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être
- Soutenir les groupes vulnérables
- Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces

Plusieurs activités au plan d'action régional reposent sur ces stratégies dites transversales. Elles n'appartiennent pas à un domaine particulier mais peuvent contribuer à l'atteinte des résultats visés dans tous les domaines. Afin d'assurer l'intégration de ces stratégies dans nos pratiques, des activités de soutien doivent être prévues. La section qui suit présente les activités de soutien aux stratégies prioritaires du plan d'action régional de santé publique.

Bien que toutes ces stratégies soient importantes, le plan d'action régional accorde une place privilégiée à trois d'entre elles : les pratiques cliniques préventives, l'action intersectorielle et le soutien au développement des communautés. La promotion de la santé est souvent associée à des approches d'éducation à la santé. Pourtant, tel que l'indique la Charte d'Ottawa<sup>32</sup>, la promotion de la santé repose aussi sur des approches plus globales telles que l'action intersectorielle et le développement des communautés, mais également sur l'intégration de pratiques préventives dans les services de santé. Ces stratégies, encore peu exploitées dans la région, permettent d'agir à la fois sur l'environnement et les déterminants sociaux de la santé et sur l'intégration des pratiques préventives dans les services de première ligne. Étant donnée leur impact sur la santé, une attention particulière est donc accordée à ces stratégies.

## PRIORITÉS RÉGIONALES

### 1 Soutien au déploiement des pratiques cliniques préventives

#### Description

« Les pratiques cliniques préventives (PCP) sont un ensemble d'interventions (counselling, dépistage, immunisation, chimioprophylaxie, etc.) réalisées par un professionnel de la santé (clinicien) auprès d'un patient et visant à promouvoir la santé et prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux<sup>33</sup>. »

<sup>32</sup> Charte d'Ottawa (1986)

<sup>33</sup> Groulx (2007), p. 3

## Situation actuelle

Les professionnels de la santé, qu'ils soient médecins, infirmières ou autres, intègrent déjà un bon nombre de pratiques pouvant contribuer à la promotion de la santé et à la prévention. Le plan d'action régional prévoit d'ailleurs la mise en place de différentes mesures de counselling notamment en périnatalité, en prévention des ITSS et en cessation tabagique.

Il importe toutefois de souligner que les pratiques cliniques préventives demeurent encore des pratiques marginales dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le principal enjeu régional consiste donc à favoriser l'adhésion à ce type de pratique par l'ensemble des cliniciens et des intervenants concernés et de les impliquer dans l'identification des priorités à déployer.

## Justification

L'adoption de pratiques cliniques préventives est reconnue comme un levier très efficace pour agir en amont des problèmes de santé évitables et, ainsi, réduire la morbidité et la mortalité<sup>34</sup>.

## Actions prioritaires

Soutenir les cliniciens pour qu'ils puissent intégrer des mesures préventives dans leur pratique et assurer un soutien dans l'implantation et l'optimisation de pratiques cliniques préventives.

## Partenaires envisagés autres que l'Agence et les CSSS

Cliniques médicales et autres professionnels de la santé en milieu privé.

## 2 Soutien à l'action intersectorielle

### Description

« L'action intersectorielle résulte d'un processus au cours duquel des acteurs issus de plusieurs secteurs s'unissent pour agir sur une situation complexe qu'ils ne peuvent maîtriser seuls. Compte tenu du fait que son développement peut prendre diverses formes, l'action intersectorielle ne suit pas un modèle unique. En fait, elle se définit de façon graduelle en s'appuyant sur les possibilités particulières propres à un milieu donné<sup>35</sup>. »

Plusieurs actions inscrites au PNSP misent sur des actions intersectorielles. Certaines ont pour but de mettre en place des mesures législatives et réglementaires, incluant les politiques publiques saines (ex. l'accès aux armes à feu, l'accessibilité à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent, la politique québécoise en alimentation et nutrition et la Loi sur le tabac). D'autres, qui retiennent d'avantage notre attention, visent la modification de l'environnement et les milieux de vie de manière à favoriser l'adoption de saines habitudes de vie ou le développement optimal des jeunes (ex. le volet environnements favorables des SIPPE, l'approche École en santé, la sensibilisation et le soutien des milieux de travail et des municipalités à la création d'environnements favorables à l'adoption de saines habitudes de vie).

<sup>34</sup> MSSS (2003, 2008a)

<sup>35</sup> MSSS (2008)

## Situation actuelle

Au plan des saines habitudes de vie, la Direction de santé publique coordonne et anime la concertation intersectorielle régionale<sup>36</sup> mise en place pour actualiser le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 - Investir pour l'avenir* (PAG)<sup>37</sup>. Cette concertation régionale a comme mandat, entre autre, d'identifier les orientations et les priorités régionales pour soutenir les concertations locales dans le déploiement du PAG sur les territoires de CSSS. Le premier enjeu régional porte sur l'appropriation des actions du PAG par l'ensemble des ministères concernés et leur réseau respectif. Le second enjeu concerne l'identification et la diversification des sources de financement pour soutenir la réalisation des actions tant régionales que locales.

L'approche École en santé (ÉeS) constitue la stratégie privilégiée pour l'intégration des interventions en promotion de la santé et en prévention auprès des jeunes d'âge scolaire (primaire et secondaire)<sup>38</sup>. Cette approche prône en effet une action globale et concertée sur les déterminants communs à la santé et à la réussite éducative des jeunes. L'approche ÉeS s'inscrit d'ailleurs dans l'*Entente de complémentarité de services*<sup>39</sup> entre les réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation. Des activités d'accompagnement et le développement d'instruments liés au déploiement de l'approche ÉeS sont actuellement en cours : des accompagnateurs ont été désignés puis formés dans chacun des cinq CSSS et certains d'entre eux sont déjà en interaction avec des écoles de leur territoire. Cependant, bien que le MSSS, le MELS et leur réseau aient convenu conjointement de soutenir le développement et le déploiement de cette approche, les efforts ministériels pour en assurer son succès sont toujours attendus. Aussi, il apparaît que les instances régionales, territoriales et locales ont de la difficulté à établir les liens entre les diverses actions, chantiers, politiques et autres approches visant les écoles.

## Justification

L'action intersectorielle est souvent jugée essentielle à la mise en place de politiques publiques saines de même qu'à la mise en œuvre d'actions structurantes pouvant agir sur les principaux déterminants de la santé. Son efficacité repose sur la capacité de l'ensemble des acteurs à travailler en synergie vers l'atteinte d'un but commun. En effet, la promotion de la santé et la prévention de plusieurs maladies ou problèmes sociaux reposent sur des actions diversifiées et concertées, impliquant l'ensemble des secteurs d'une société. Par exemple, il a clairement été prouvé que l'éducation contribue au maintien de la santé et que la santé préserve les conditions nécessaires à l'apprentissage. L'approche École en santé s'inspire de principes reconnus et de résultats de recherches réalisées aux niveaux international et national<sup>40</sup>.

<sup>36</sup> Sept ministères sont interpellés par ce plan d'action : le ministère de la Santé et des Services sociaux; le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport; le ministère de la Famille et des Aînés; le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation; le ministère des Transports; le ministère des Affaires municipales, Régions et Occupation du territoire; et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. De plus, la Conférence régionale des élus et Québec en forme sont deux instances régionales qui se sont jointes à la concertation.

<sup>37</sup> Gouvernement du Québec (2006)

<sup>38</sup> Martin et Arcand (2005)

<sup>39</sup> Gouvernement du Québec (2003)

<sup>40</sup> Martin et Arcand (2005)

## Actions prioritaires

Soutenir la mise en œuvre du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 - Investir pour l'avenir* (PAG).

Soutenir le déploiement de l'approche École en santé (ÉeS), en partenariat avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) de même que son réseau.

## Partenaires envisagés autres que l'Agence et les CSSS

Les représentants des ministères ainsi que leur réseau respectif interpellés par le PAG et l'approche ÉeS, les organismes philanthropiques et les organismes communautaires.

### 3 Soutien au développement des communautés

#### Description

Tel que définit dans le PNSP, le soutien au développement des communautés fait référence aux actions favorisant « *un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur le plan social, culturel, économique et environnemental* »<sup>41</sup>.

Le développement des communautés centre son action sur les liens sociaux au niveau d'un territoire donné (ville, village, quartier ou autre territoire vécu). Il repose sur la participation des populations et des acteurs locaux et sur le partage des responsabilités entre l'ensemble des individus, des groupes et des institutions concernés. L'intervention en développement des communautés se caractérise d'ailleurs par la concertation et le partenariat nécessaires pour assurer une réponse globale et durable aux problèmes complexes identifiés par les communautés.

#### Situation actuelle

Au cours de la dernière année, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais a élaboré, en collaboration avec les CSSS, des orientations régionales en développement social et en développement des communautés<sup>42</sup>. Les travaux ont permis d'identifier les forces et défis de la région ainsi que les principes et les axes d'intervention en matière de développement social<sup>43</sup> et de développement des communautés.

Il en ressort que la région de l'Outaouais n'est pas étrangère à ce type d'approche en promotion de la santé. En effet, depuis la mise en place en 1998 du Fonds de développement social et milieux en santé, l'Agence a soutenu financièrement plus d'une centaine de projets en développement social.

<sup>41</sup> Chavis cité INSPQ (2002), p. 16

<sup>42</sup> ASSSO (sous presse)

<sup>43</sup> Le développement social se distingue du développement des communautés par son champ d'action plus large et plus structurant. En ce sens, les actions en développement social portent davantage sur l'atteinte de résultats tels que l'adoption de politiques publiques favorable à la santé et l'action structurante sur les déterminants sociaux

De nombreux acteurs de développement de la région contribuent par leurs actions à agir sur les déterminants sociaux de la santé. Cependant, certains défis demeurent, notamment en ce qui a trait à la reconnaissance de cette stratégie à l'amélioration de la santé.

Par ailleurs, plusieurs organismes de la région produisent, à intervalle régulier ou non, des portraits de la population dans une perspective de planification. Aucun portrait commun n'a toutefois été réalisé jusqu'à ce jour et les divers portraits réalisés ne permettent pas réellement d'avoir une image précise de l'état de la situation des multiples communautés de la région. Il apparaît donc nécessaire de se doter, régionalement, d'un meilleur dispositif de connaissance de nos communautés afin de développer une vision globale et d'agir de façon concertée.

### **Justification**

Par son soutien au développement de la communauté, le réseau de la santé et des services sociaux peut contribuer à créer des milieux de vie favorables à la santé. Cette stratégie s'est montrée efficace pour agir sur les principaux déterminants sociaux de la santé.

### **Actions prioritaires**

Mettre en place un dispositif de surveillance en développement des communautés.

Soutenir les équipes régionales et locales au regard des meilleures pratiques en développement social et en développement des communautés.

Soutenir les actions collectives issues des communautés qui favorisent la participation citoyenne, le renforcement de la capacité d'agir du milieu, le partenariat et l'action sur les déterminants.

### **Partenaires envisagés autres que l'Agence et les CSSS**

Tous les partenariats intersectoriels concernés par le développement de leur communauté (ex. organismes communautaires, milieu municipal, centre local de développement, centre local d'emploi).

## RÉSULTATS ATTENDUS POUR TOUTES LES ACTIVITÉS DE SOUTIEN AUX STRATÉGIES

### Légende

- 1 À développer en priorité
- 2 À maintenir ou à consolider en priorité
- 3 À développer d'ici 2012
- 4 À maintenir ou à consolider d'ici 2012

### ACTIVITÉS DE SOUTIEN AUX PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

	1	2	3	4
<b>1</b>	<b>Soutien aux cliniciens pour qu'ils puissent intégrer des mesures préventives dans leur pratique et soutien à l'implantation et l'optimisation des pratiques cliniques préventives</b>			
	Un comité de soutien à l'implantation régionale des pratiques cliniques préventives sera mis en place.	DSP		
	Un plan de déploiement des PCP sera mis en œuvre.	DSP		
	Un plan de formation sur les PCP sera réalisé.	DSP		

### ACTIVITÉS DE SOUTIEN À L'ACTION INTERSECTORIELLE

	1	2	3	4
<b>1</b>	<b>Soutien à la mise en œuvre du <i>Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 - Investir pour l'avenir (PAG)</i></b>			
	L'instance de concertation intersectorielle régionale PAG sera maintenue.	DSP		
	La coordination des actions régionales s'actualisera par la mise en œuvre d'un plan d'action régional, élaboré par l'instance de concertation intersectorielle.	DSP		
	Une instance de concertation intersectorielle territoriale PAG sera mise en place ou maintenue dans chaque territoire de CSSS.		CSSS	
	Un plan d'action sera mis en œuvre par les instances de concertation intersectorielle territoriale.	CSSS		
	Un forum régional sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie sera réalisé.		DSP	
	Les intervenants des CSSS seront formés sur les meilleures pratiques en lien avec les environnements favorables aux saines habitudes de vie.		DSP/ CSSS	
<b>2</b>	<b>Soutien au déploiement de l'approche École en santé (ÉeS), en partenariat avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) de même que son réseau</b>			
	L'approche École en santé sera une des composantes des plans d'action conjoints des mécanismes locaux de concertation MSSS - MELS.		CSSS	
	Les accompagnateurs seront outillés et formés à l'approche École en santé.		DSP/ CSSS	
	Les accompagnateurs des CSSS participeront aux communautés de pratiques École en santé.	DSP/ CSSS		

## ACTIVITÉS DE SOUTIEN À L'ACTION INTERSECTORIELLE

		1	2	3	4
<b>3</b>	<b>Participation aux concertations intersectorielles favorisant la mise en place de politiques publiques et d'environnements favorables</b>				
	La DSP et les CSSS concernés maintiendront ou développeront leur participation à la Conférence régionale des élus (CRÉO) et ses instances de concertation territoriales.				DSP/ CSSS
	La DSP et les CSSS concernés maintiendront ou intensifieront leur participation aux instances de concertation issue du réseau Villes et villages en santé.				DSP/ CSSS
	La DSP et les CSSS concernés maintiendront leur participation aux commissions de la Ville de Gatineau qui contribuent à la mise en place de politiques publiques favorables à la santé.				DSP/ CSSS
	La DSP et les CSSS concernés participeront à toutes autres concertations touchant les déterminants sociaux de la santé.				DSP/ CSSS

## ACTIVITÉS DE SOUTIEN EN DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

<b>POUR DES QUARTIERS, DES VILLAGES, DES COMMUNAUTÉS, DES ENVIRONNEMENTS QUI FAVORISENT LA SANTÉ ET L'INTÉGRATION DES CITOYENS</b>		1	2	3	4
<b>1</b>	<b>Mise en place d'un dispositif de surveillance en développement des communautés</b>				
	Des portraits socioéconomiques et sociosanitaires des communautés seront réalisés et diffusés à partir d'indicateurs de développement des communautés.	DSP/ CSSS			
<b>2</b>	<b>Soutien aux équipes régionales et locales au regard des meilleures pratiques en développement social et en développement des communautés</b>				
	Les intervenants et les gestionnaires des CSSS et de la DSP recevront une formation en développement des communautés.	DSP/ CSSS			
	Une communauté de pratique entre les intervenants locaux et régionaux du réseau SSS sera mise en place sur le thème du développement des meilleures pratiques.	DSP/ CSSS			
	La revue Développement social sera diffusée auprès des partenaires du réseau.				DSP/ CSSS
<b>3</b>	<b>Soutien aux actions collectives issues des communautés qui favorisent la participation citoyenne, le renforcement de la capacité d'agir du milieu, le partenariat et l'action sur les déterminants</b>				
	Des projets de développement des communautés seront présents dans tous les territoires de CSSS.				CSSS
	Une révision du fonds de développement social sera réalisée en fonction des nouvelles orientations régionales.	DSP			
<b>4</b>	<b>Soutien à la lutte contre la pauvreté et à l'exclusion sociale en réduisant les inégalités sociales</b>				
	La DSP et les CSSS soutiendront le déploiement de l'approche territoriale intégrée pour la lutte contre la pauvreté et à l'exclusion sociale.			DSP/ CSSS	
<b>5</b>	<b>Promotion et déploiement de l'approche Villes et villages en santé</b>				
	La DSP et les CSSS feront la promotion de l'approche Villes et villages en santé et soutiendront les municipalités qui souhaitent l'adopter.			DSP/ CSSS	

## COMMUNICATION

Bien que les campagnes de communication ne constituent pas une des stratégies d'intervention identifiées dans le PNSP, elles favorisent « l'acquisition de connaissances, la modification d'attitudes, de croyances et de valeurs, l'adoption et le maintien de comportements de même que, ultimement avec l'évolution des mentalités ou la pression populaire, l'émergence de politiques publiques favorables à la santé (MSSS, 2008a, p.75) ».

Plusieurs campagnes de communication sociétale sont prévues au plan d'action régional dans le but de transmettre des messages de santé publique à l'ensemble de la population. Afin de maximiser l'impact de ces campagnes, la région aura à se doter d'un plan de communication cohérent et intégré à la planification de nos actions de prévention et de promotion de la santé.

- 1 À développer en priorité
- 2 À maintenir ou à consolider en priorité
- 3 À développer d'ici 2012
- 4 À maintenir ou à consolider d'ici 2012

### ACTIVITÉS DE SOUTIEN AUX COMMUNICATIONS

		1	2	3	4
<b>1</b>	<b>Planification des activités de communication en santé publique pour la région</b>				
	Un plan de communication régional en santé publique sera mis en œuvre.			DSP	

# CONDITIONS DE SUCCÈS

## 4. CONDITIONS DE SUCCÈS

La réussite de ce plan d'action repose sur un ensemble de facteurs dont certains nous apparaissent particulièrement importants compte tenu du contexte actuel : la mobilisation régionale et locale autour des priorités de santé publique et la mobilisation des ressources humaines et financières.

### MOBILISATION RÉGIONALE ET LOCALE AUTOUR DES PRIORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE

La mise en œuvre de ce nouveau plan d'action régional et des plans d'action locaux constitue une occasion de réitérer l'adhésion des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires, aux priorités régionales de santé publique. En effet, l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux est appelé à travailler à l'atteinte des objectifs poursuivis, soit de maintenir et d'améliorer la santé de la population de l'Outaouais. Le succès de cette entreprise repose donc sur la capacité du réseau d'agir de manière concertée et cohérente afin de réduire les problèmes de santé qui affligent notre région. Ceci implique une intégration des actions de santé publique dans les planifications socio-sanitaires régionales et dans l'élaboration des plans d'action locaux, voir même des projets cliniques.

Le maintien et le renforcement de la collaboration entre les acteurs de santé publique et les partenaires intersectoriels demeurent également essentiels pour maximiser le potentiel de nos actions. Que ce soit les municipalités, les écoles, le milieu communautaire ou tout autre secteur ayant un impact sur les déterminants sociaux de la santé, leur contribution est souhaitée et doit donc être facilitée et soutenue.

### MOBILISATION DES RESSOURCES HUMAINES ET FINANCIÈRES

La mise en œuvre de toutes les activités prévues au plan d'action régional nécessitera bien entendu des ressources récurrentes et supplémentaires. Tout comme en 2003, les actions prévues ne pourront être réalisées si les conditions suivantes ne peuvent être rencontrées :

- Disponibilité d'une masse critique de ressources humaines en santé publique, au niveau régional.
- Disponibilité de ressources dédiées aux activités de santé publique, au niveau local.
- Mécanisme de coordination et de concertation fluide entre les paliers régional et local, incluant un meilleur arrimage dans leurs structures respectives.
- Plus grand investissement dans la formation des ressources humaines en santé publique notamment sur les interventions efficaces pour améliorer la santé et les pratiques de gestion (initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences en santé publique - IPCDC).
- Investissements dans les mesures prioritaires qui auront un plus grand impact sur la santé de la population de l'Outaouais.



## 5. PLAN COMMUN DE SURVEILLANCE ET SUIVI DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL

### FONCTION DE SURVEILLANCE

La surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants est l'une des quatre fonctions essentielles de la santé publique. Ses activités consistent à connaître, décrire et analyser l'état de santé et de bien-être de la population. Sa finalité est d'informer la population sur son état de santé, suivre ses déterminants et soutenir la prise de décision concernant la planification et la réalisation des différentes formes d'interventions visant l'amélioration de la santé. En ce sens, la surveillance continue de l'état de santé de la population représente un moyen efficace pour identifier et anticiper ses besoins sanitaires ainsi que les problèmes en émergence.

Dans une perspective à plus long terme, les activités de surveillance peuvent contribuer à identifier les zones d'amélioration ou de détérioration de l'état de santé de la population et soutenir la planification des actions de santé publique. C'est d'ailleurs pourquoi un plan régional de surveillance sera développé en concordance avec les priorités régionales de santé publique.

### SUIVI DES INDICATEURS SOCIO-SANITAIRES

Le PAR a pour principal objectif d'améliorer et de maintenir l'état de santé et de bien-être de la population et c'est le suivi des indicateurs socio-sanitaires qui permet de mesurer le degré d'atteinte de ces objectifs. Comme la responsabilité du suivi régional de ces indicateurs incombe à la Direction régionale de santé publique, l'élaboration de son plan de surveillance continue de l'état de santé de la population outaouaise doit s'assurer de colliger les données requises au suivi de ces indicateurs. La DSP de l'Outaouais s'engage donc à suivre et à diffuser annuellement, si possible, les informations colligées relativement aux indicateurs en lien avec le PAR.

Il importe toutefois de mentionner que certaines données relatives à des indicateurs socio-sanitaires ne sont pas disponibles annuellement et que leur suivi ne pourra donc qu'être réalisé à long terme, soit à la fin du cycle 2009-2012 du PAR.

### ÉVALUATION DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL

Tel que le prévoit la Loi sur la santé publique du Québec, les plans d'action régionaux et les plans d'action locaux doivent comporter des mécanismes de reddition de compte et un cadre d'évaluation des résultats. L'évaluation constitue en effet une démarche essentielle pour bien saisir le déroulement de l'implantation des programmes ou des activités et pour analyser leurs modalités et leurs capacités d'atteindre les résultats visés. Aussi, les conclusions des démarches évaluatives constituent une source importante d'informations pouvant orienter les décisions et la mise en place des mesures nécessaires à l'amélioration de l'offre de services ainsi qu'à l'atteinte des objectifs socio-sanitaires.

Par ailleurs, étant donné que les paliers régional et local sont imputables de l'évaluation des activités des plans d'action régionaux (PAR) et locaux (PAL) et de leurs effets, les activités d'évaluation seront réalisées selon diverses modalités: le suivi de l'implantation des activités, l'évaluation de l'atteinte des résultats visés et la réalisation d'études évaluatives particulières. Ces trois modalités étant des compléments nécessaires au suivi des indicateurs sociosanitaires afin de soutenir les prises de décision et permettre les ajustements requis aux interventions déployées vers l'atteinte des résultats visés.

## **SUIVI DE L'IMPLANTATION DES ACTIVITÉS**

Le suivi de l'implantation des activités veut vérifier dans quelle mesure les activités prévues sont offertes et décrire les écarts observés entre ce qui a été planifié et ce qui est réellement fait. L'évaluation d'implantation de plusieurs interventions contenues dans le PAR sera coordonnée par le palier national qui, d'une part, développera des outils communs de collecte de données et, d'autre part, déterminera les mécanismes de suivi de gestion. La DSP de l'Outaouais collaborera, autant que possible, à l'application du plan d'évaluation émanant du palier national en s'assurant que les activités du plan régional prennent en compte le volet de collecte et de transmission des données. D'autres activités seront également évaluées aux paliers régional et local selon une priorisation à établir.

## **ÉVALUATION DE L'ATTEINTE DES RÉSULTATS VISÉS**

D'autre part, un mécanisme d'évaluation sera également déployé afin d'apprécier le degré d'atteinte des résultats attendus. Un tableau de bord sera élaboré et permettra de suivre annuellement chacun des indicateurs déjà identifiés pour l'ensemble des résultats. Cet outil facilitera l'observation de l'évolution du déploiement des diverses activités aux niveaux régional et local.

## **ÉTUDES ÉVALUATIVES SPÉCIFIQUES**

Finalement, certains programmes ou activités feront l'objet d'études évaluatives spécifiques et ce, aux paliers national, régional et local. Ces études évaluatives permettront, par exemple, d'analyser plus en profondeur les relations entre les activités et leurs effets, d'identifier les facteurs qui rendent compte de ces effets, de comprendre des éléments de processus comme la mobilisation ou l'implantation d'activités ou d'évaluer la satisfaction de la clientèle. En conséquence, la DSP de l'Outaouais pourra s'impliquer :

- Sur le plan national en collaborant aux recherches évaluatives menées par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ou d'autres équipes de recherche. Dans ce cas, la région pourra se proposer comme « terrain » d'étude de certaines activités ou programmes.
- Sur le plan régional et local en initiant des évaluations d'implantation de programmes ou d'activités particulières.
- Sur le plan régional et local en favorisant et en initiant des études évaluatives des effets du programme ou d'activités particulières sur la santé et le bien être de la population et sur l'organisation des services.

## Conclusion

Le *Plan d'action régional de santé publique - Outaouais 2009-2012* identifie l'ensemble des actions de santé publique qui seront déployées en Outaouais au cours des prochaines années. Les actions prévues se partagent en six domaines d'intervention et reposent sur trois principales stratégies. Bien que le PAR 2009-2012 se situe en continuité au premier PAR 2003-2007, il introduit de nouvelles activités et met l'accent sur de nouvelles priorités.

Ce nouveau PAR tient compte des connaissances scientifiques récentes en matière de promotion de la santé et de la prévention tout en se voulant une adaptation régionale réaliste du document de mise à jour du *Programme national de santé publique 2003-2012*. Son implantation soulève toutefois des enjeux importants au niveau de la mobilisation des ressources humaines et financières.

La collaboration et la concertation entre les différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, tant publics que privés, et des partenaires des milieux, scolaire, municipal, communautaire, ministériel, feront en sorte d'améliorer la santé de la population de l'Outaouais.



## Références

Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (2009). *Notre santé et notre environnement en Outaouais*, Direction de santé publique de l'Outaouais, Gatineau.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (sous presse). *Orientations régionales en développement social et en développement des communautés : orientations du réseau de la santé et des services sociaux*, Direction de santé publique de l'Outaouais, Gatineau.

Charte d'Ottawa (1986) *Charte d'Ottawa en promotion de la santé*, Ottawa.

Dawson, D. A. (1986). The Effects of Sex Education on Adolescent Behavior, *Family Planning Perspectives*, vol. 18, p.162-170.

Desjardins, N, G. D'Amours, J. Poissant et S. Manseau (2008) *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux*, Institut national de santé publique, Montréal.

Gouvernement du Québec (2001). *Loi de la santé publique du Québec*, Québec.

Gouvernement du Québec (2003). *Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation : Deux réseaux, un objectif*, Québec.

Groulx, S. (2007). *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

Kirby, D. (1985). The Effects of Selected Sexuality Education Programs: Toward a More Realistic Goal, *Journal of Sex Education and Therapy*, no 11, p. 28-37.

Martin, C., L. Arcand (2005). *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires : pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Gouvernement du Québec, Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *L'allaitement maternel au Québec: Lignes directrices*, Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Gouvernement du Québec, Québec

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003b). *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le SIDA, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement - orientations 2003-2009*, Gouvernement du Québec, Québec

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence*, Gouvernement du Québec, Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids, 2006-2012 : Investir pour l'avenir*, Gouvernement du Québec, Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006b). *Guide québécois de dépistage : infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Gouvernement du Québec, Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008a). *Programme national de santé publique 2003-2012 : mise à jour 2008*, Gouvernement du Québec, Québec

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008b). *Suivi de l'implantation des activités du Programme national de santé publique 2003-2012, Bilan de la fin du premier cycle*, Gouvernement du Québec, Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008c). *Politique de périnatalité 2008-2018, Un projet porteur de vie*, Québec.

Organisation mondiale de la santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 - la santé mentale*, Organisation mondiale de la santé, Genève.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (2003). *Plan d'action régional en santé publique 2004-2007 - Pour des gens en santé dans des milieux en santé*, Direction de santé publique de l'Outaouais, décembre 2003.

Zabin, L.S. et autres (1986). Evaluation of a Pregnancy Prevention Program for Urban Teenagers, *Family Planning Perspectives*, vol. 18, no 3, p. 119-126.

# ANNEXES



# Annexe 1 : Outil de priorisation<sup>44</sup>

VEUILLEZ COMPLÉTER LES GRILLES SOMMAIRES PAR DOMAINE EN VOUS RÉFÉRANT AUX CRITÈRES SUIVANTS :

## ACTIVITÉS DU PNSP

Se réfère aux activités présentées dans la mise à jour du PNSP pour chaque domaine.

N. B. : Certaines activités ont été regroupées en une seule fiche. D'autres activités du PNSP n'ont pas fait l'objet de fiches (le justificatif est précisé dans la grille sommaire).

**SITUATION RÉGIONALE** : Résumé de la section correspondante de la fiche de l'activité

*Niveau d'implantation* : On indique la cote appropriée

Action déjà en place et résultat atteint : À maintenir : <b>M</b>
Action déjà en place mais résultat non atteint : À maintenir et consolider <b>MC</b>
Action planifiée mais pas encore en place : À développer <b>D</b>
Action non planifiée mais qui le sera d'ici 2012 : À initier <b>I</b>
Action qui ne sera ni planifiée ni mise en place pour 2012 : <b>⊙</b>

Soutien actuellement fourni par la DSP pour la réalisation de l'activité : on indique s'il s'agit d'un soutien, intense (**I**), modéré (**M**), faible (**F**) ou ponctuel (**P**); *c'est ici qu'on tient compte de l'intensité ou l'ampleur de l'intervention (distincte de l'ampleur du problème de santé).*

*Spécificité régionale* : On indique brièvement la particularité régionale relative à cette activité ou différences régionales dans les données sociosanitaires.

**ASPECTS NÉFASTES** : Il est indiqué ici si l'activité comporte des effets néfastes et le qualifie :

**Majeur** : à ce moment, il y aurait lieu de reconsidérer la pertinence de l'activité

**Modéré** : indique qu'il y a des précautions particulières à prendre

**Limité** : il existe des effets néfastes mais des mesures sont en place pour les limiter à un niveau acceptable

**Non** : aucun effet néfaste évident

---

<sup>44</sup> Cet outil de priorisation est une adaptation de celui développé par la Direction de santé publique des Laurentides.

## INSTRUCTIONS POUR COTER LES ACTIVITÉS SELON LES CRITÈRES DE PRIORISATION

**Ampleur (gradation entre 0 et 10) :** Le but ici est d'apprécier l'ampleur des problèmes de santé touchés par les diverses activités du PNSP. Le problème de santé est celui sur lequel l'activité veut agir, selon l'objectif de santé visé. *Attention de ne pas confondre avec l'ampleur de l'activité à réaliser en termes de nombre d'interventions, mais bien du problème de santé qu'on veut prévenir. L'ampleur de l'intervention est présentée dans la situation régionale.* L'ampleur du problème doit tenir compte du nombre de cas, de la morbidité (hospitalisation, consultation médicale, chronicité, incapacité) et de la mortalité (nombre ou taux de décès).

<b>0</b>	ampleur très limitée : très faible nombre de cas, très faible morbidité, peu ou pas de décès
<b>10</b>	problème touchant un grand nombre de personnes causant beaucoup de morbidité (Ex. : haut taux d'hospitalisation) et grand nombre de décès

**Exemple** d'estimation de l'ampleur à partir du nombre de personnes concernées (Adapté de Pineault et Daveluy, p. 306)

Nombre de personnes (taux par 100 000)	Score (max 0-10)	Cote
50 000 ou plus (50 % ou plus)	10	A Très élevé
5 000 à 49 999 (5 % à 49 %)	8	B Élevé
500 à 4 999 (0,5 à 4,9 %)	6	C Moyen
50 à 499	4	C Moyen
5 à 49	2	D Faible
moins de 5	0	D Faible

(On peut faire l'exercice avec le taux d'incidence ou de prévalence, le taux de mortalité et le taux de morbidité et faire une moyenne.)

**Potentiel d'aggravation (gradation entre 0 et 10) :** Pour aider les décideurs à prendre conscience des conséquences des choix de priorisation, la question à répondre ici est « qu'est-ce qui va arriver si, la Direction de santé publique ne fait pas cette activité ou la diminue ? » Il faut donc tenir compte de ce qui se fait à d'autres niveaux par exemple au niveau provincial ou au niveau local.

<b>0</b>	il n'est pas démontré que le fait que la santé publique ne s'implique pas va détériorer la situation, aggraver le problème de santé, augmenter le facteur de risque ou diminuer l'effet protecteur, permettre l'émergence de problèmes, etc.
<b>10</b>	il a été démontré ou on peut prévoir de façon raisonnable que le fait que la santé publique ne s'implique pas va aggraver ou faire resurgir le problème de santé, etc.

**Efficacité (gradation entre 0 et 10) :** On réfère ici à l'efficacité de l'intervention en lien avec l'activité : Est-ce que l'activité qu'on veut soutenir, implanter ou réaliser est efficace ? Sur quoi se base-t-on pour dire qu'elle est efficace ?

0	aucune donnée probante sur l'efficacité de l'activité (niveau I)
1-2	données insuffisantes sur l'efficacité de l'activité
3-4	opinion d'experts sur l'efficacité de l'intervention (niveau C)
5-6	existence d'études non randomisées de qualité acceptable (niveau B)
7-8	existence d'études randomisées de bonne qualité (niveau A)
9-10	efficacité documentée dans la région

**Effet simultané (gradation entre 0 et 5) :** Est-ce qu'on constate que l'activité a des retombées sur un large éventail de problèmes de santé ou de facteurs de risque ?

0	l'intervention est très spécifique et n'agit que sur un problème de santé ou un facteur de risque
5	l'intervention touche directement un ensemble de problèmes de santé ou de facteurs de risque

**Impact sur l'environnement (gradation entre 0 et 5) :** Il s'agit ici d'estimer jusqu'à quel point l'activité va apporter des modifications, transformations qui peuvent contribuer à améliorer la prévention ou la santé dans une communauté, un milieu de vie, un groupe de personnes. Par exemple, les activités impliquant des stratégies de développement des communautés, d'intersectorialité ou de soutien aux cliniciens pour l'adoption de pratiques cliniques préventives ont souvent un tel impact positif sur l'environnement. *Ne pas confondre avec un impact négatif sur l'environnement comme l'inquiétude, la charge de travail, etc. qui devrait plutôt être souligné dans la section Aspects néfastes.*

0	aucun impact direct et significatif et ne réfère pas à des stratégies d'action impliquant un impact sur l'environnement
5	apporte de façon directe et persistante des changements significatifs dans l'environnement. Réfère habituellement à au moins une des stratégies d'action impliquant un impact positif sur l'environnement

**Disponibilité des ressources régionales (gradation entre 0 et 5) :**

0	aucune ressource disponible
5	ressources suffisantes et compétentes déjà en place

**Disponibilités des ressources locales (gradation entre 0 et 5) :**

0	aucune ressource disponible
5	ressources suffisantes et compétentes déjà en place



## Annexe 2 : Plan de mobilisation

Parmi les mesures prévues pour protéger la santé de la population, la Loi de la santé publique impose à certaines personnes ou organismes l'obligation de signaler aux directeurs de santé publique les situations qui constituent une menace pour la santé de la population [25]. Elle accorde au ministre de la Santé et des Services sociaux et aux directeurs de santé publique les pouvoirs d'enquête et d'intervention requis pour empêcher que ne s'aggrave une menace à la santé de la population, en diminuer les effets ou l'éliminer.

La Loi accorde aussi, au gouvernement, le pouvoir de déclarer un état d'urgence sanitaire dans tout ou une partie du territoire québécois lorsqu'une situation grave exige une action immédiate pour protéger la santé de la population. Il est donc prévu que chaque plan d'action régional comporte un plan de mobilisation des ressources (PMR) :

*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. (Article 12, LSP)*

### LIENS AVEC LES PLANS DE MESURES D'URGENCE

Le PMR fait partie des plans de sécurité civile - mission santé - volet santé. Parmi les différentes phases de réponse qu'on identifie dans ces plans (à savoir : veille ou vigie, alerte, intervention et désactivation), le PMR s'inscrit dans la phase d'intervention, en définissant spécifiquement la réponse du réseau de la santé aux aspects « santé publique » d'une situation d'urgence.

Par exemple, lors de l'écllosion de cas d'infections invasives à méningocoque C à l'hiver '91-'92, la Direction de santé publique de l'Outaouais a dû mobiliser les ressources d'autres établissements du réseau, soit les anciens centres locaux de santé communautaire (CLSC), qui ont réussi à vacciner environ 72 000 jeunes de 6 mois à 20 ans en moins d'un mois. Ce processus de mobilisation de ressources, fait jusqu'à présent de façon informelle, est désormais légitimé par la Loi et formalisé par le plan présent.

### Les notions de *menace et d'épidémie*

Concernant la définition de menace à la santé de la population, l'article 2 de la Loi de santé publique précise :

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

La menace peut être réelle, c'est-à-dire exister de fait, parce qu'on a observé une transmission de personne à personne ou une exposition de personnes à un contaminant soit par l'eau, l'air, les aliments ou autre. Ou elle peut être appréhendée, c'est-à-dire attendue ou possible, parce qu'on a noté une fuite, un déversement, un animal malade ou mort, des personnes malades à proximité d'autres personnes sans qu'il n'y ait encore eu de transmission ou d'exposition.

Quant à la notion d'épidémie, on retient la définition classique du terme, c'est-à-dire qu'il y a épidémie si le nombre de cas observés dépasse le nombre de cas attendus habituellement. Pour certaines maladies, un seul cas devient une épidémie parce qu'aucun cas n'a été rapporté depuis des années, comme par exemple pour la variole. Le mot épidémie fait également référence à la rapidité et à l'ampleur de la transmission ou de l'exposition par rapport à un ensemble de personnes.

#### CONDITIONS D'APPLICATION

Le directeur de santé ne déclenchera le plan de mobilisation des ressources qu'à certaines conditions qui sont décrites à l'article 97 c'est-à-dire lorsqu'il ne peut intervenir avec efficacité et dans les délais requis. Cela implique que l'intervention déborde les capacités habituelles de l'organisation pour répondre à une situation, ce qui est exceptionnel.

*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 (Art. LSP).*

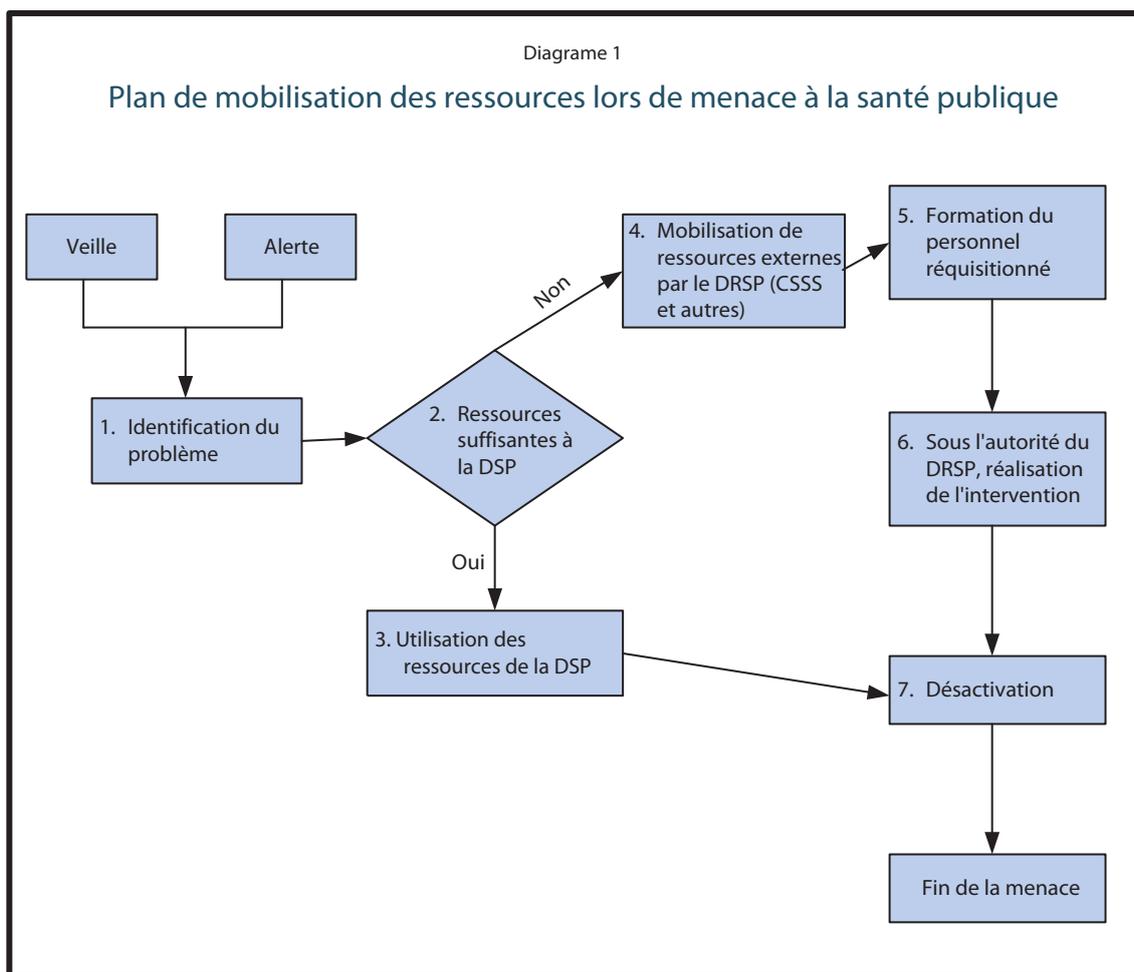
Par mobilisation des ressources, on entend l'entrée en action des ressources nécessaires pour réaliser une intervention de santé publique soit pour faire une enquête épidémiologique, soit pour appliquer les mesures visant à protéger la santé de la population comme la prophylaxie. Le directeur de santé publique peut d'abord mobiliser les ressources d'un service, c'est ce qui se fait habituellement. Si c'est insuffisant pour réaliser l'intervention de manière efficace et dans les délais requis, il peut faire appel à celles d'un autre service ou aux ressources de l'ensemble de la Direction de santé publique ou d'autres directions de l'Agence. Finalement, si la situation se détériore davantage ou si l'ampleur de l'intervention le nécessite, il peut faire appel aux ressources d'autres établissements ou organismes du réseau de la santé et des services sociaux, en particulier les CSSS, pour y répondre. Il y a donc une gradation dans la mobilisation des ressources en fonction de l'ampleur de la réponse à apporter.

#### ÉTAPES PRÉVUES DANS LA MOBILISATION

La mobilisation se fait selon les étapes suivantes (voir diagramme 1) :

1. On identifie d'abord une menace à la santé causée ou pouvant être causée par un agent biologique, chimique ou physique.
2. On évalue la capacité de répondre du service concerné.
3. Si l'intervention dépasse la capacité de répondre du service concerné, on évalue la capacité de répondre des autres services de la Direction de santé publique ou des autres directions de l'Agence.

4. Si la capacité de répondre de l'ensemble des services de la Direction de santé publique et de l'Agence est dépassée, le directeur de santé publique déclenche le plan de mobilisation des ressources en réquisitionnant du personnel d'autres établissements de la région, en commençant par ceux du CSSS du territoire concerné.
5. La Direction de santé publique assure au personnel réquisitionné une formation intensive.
6. Le personnel mobilisé réalise l'intervention de santé publique : enquête épidémiologique et application de mesures de protection.
7. Le plan de mobilisation est désactivé à la fin de l'intervention de santé publique et celle-ci est évaluée avec les personnes impliquées et les gestionnaires.



La réquisition du personnel d'autres établissements du réseau se fait par le directeur de santé publique qui en fait la demande au directeur général ou au cadre assurant la garde pour l'établissement, en lui indiquant la catégorie et le nombre de travailleurs nécessaires. Il revient au cadre de l'établissement d'aviser les ressources humaines de son organisation. Une fois ses démarches accomplies, le cadre informe le directeur de santé publique du nombre et de la catégorie de travailleurs pouvant être mobilisés et il veille à transmettre aux employés les modalités de l'opération (compétences requises, formation incluant les modalités, tâches à accomplir, lieux, etc.).

Une fois mobilisées, les ressources sont tenues de se conformer aux directives du directeur de santé publique. Cela signifie qu'elles relèvent de l'autorité du directeur de santé publique et qu'elles doivent accomplir les tâches ou fonctions qu'il leur confie. Mais cela implique que le directeur de santé publique planifie l'intervention, qu'il encadre les ressources et qu'il s'assure qu'elles soient formées pour réaliser ce qu'on attend d'elles.

La formation organisée par la Direction de santé publique portera sur le problème identifié, les solutions recommandées et les tâches à accomplir. On y présentera : la nature de l'agent en cause, la source, les modes de transmission, les moyens de protection personnelle, l'enquête épidémiologique, les mesures préventives pour les patients et leurs contacts (isolement, vaccination, antibiothérapie, antidotes, etc.), le suivi après l'événement, etc.

Le plan de mobilisation des ressources vient donc officialiser une pratique qui existe déjà sur une base informelle dans le réseau de la santé publique et qui a déjà fait ses preuves dans le passé en termes d'efficacité et de délai de réponse.