

Décembre 2004, VOLUME 1 / NUMÉRO 2

Bulletin d'information de la
Direction de santé publique de
l'Agence de développement
de réseaux locaux
de services de santé et
de services sociaux
de la Montérégie

Le *Clostridium difficile* à la hausse

Depuis l'automne 2002, plusieurs microbiologistes de la région de Montréal et d'autres régions périphériques dont la Montérégie ont constaté une augmentation du nombre de cas et de la sévérité des infections à *Clostridium difficile*. Cette situation a été signalée aux autorités de santé publique en avril 2004. Il s'agit d'un problème sérieux qui est traité avec la plus grande rigueur.

Le *C. difficile* se développe dans l'intestin, souvent suite à un traitement antibiotique. La maladie se développe principalement chez les personnes qui reçoivent des soins dans les établissements et affecte plus sévèrement les personnes de 65 ans et plus.

L'apparition d'une nouvelle souche de la bactérie plus sévère fait partie des hypothèses pouvant expliquer la hausse observée.

Un programme de surveillance provincial spécifique au *C. difficile* existe depuis août 2004 et permettra de mieux comprendre et documenter le problème.

Les établissements de la région ayant documenté une augmentation du nombre de cas d'infection à *C. difficile* ont resserré les mesures connues de prévention et continuent de suivre la situation.

Des lignes directrices provinciales sur la prévention et le contrôle de cette infection en centre hospitalier et en CHSLD ont été récemment diffusées dans le réseau.

Les infections nosocomiales à l'ordre du jour

Par
D^{re} Josée Massicotte et D^{re} Marie St-Amour,
Programme maladies transmissibles

L'éclosion d'une souche plus virulente de la bactérie à *Clostridium difficile* dans certains centres hospitaliers de la province a fait connaître l'existence des infections nosocomiales qui étaient, jusqu'à maintenant, méconnues de la majorité des Québécois.

Acquises lors d'un épisode de soins, que ce soit en externe ou lors d'un séjour dans un établissement de soins, les infections nosocomiales peuvent être reliées à une intervention médicale, comme par exemple, les infections de plaies chirurgicales, les infections urinaires reliées à la présence d'une sonde ou celles secondaires à la prise d'antibiotiques. Il peut aussi s'agir d'infections reliées au partage d'un même environnement avec d'autres personnes malades et du même personnel soignant, telles les éclosions d'influenza ou de gastro-entérites. Les microbes responsables de ces infections peuvent être sensibles ou résistants à un ou plusieurs antibiotiques. Dans le cas de bactéries résistantes à plusieurs antibiotiques, on parle de bactéries multirésistantes.

Les bactéries multirésistantes

La résistance multiple des bactéries aux antibiotiques est une menace de santé publique partout dans le monde et ce phénomène est en augmentation dans les milieux de soins.

Les deux bactéries multirésistantes actuellement les plus préoccupantes au Québec sont le *Staphylocoque aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et les entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)

La santé publique en soutien

La prévention et le contrôle des infections nosocomiales, incluant la surveillance, est une responsabilité d'établissement. Par contre, la santé publique se préoccupe de certaines infections nosocomiales qui peuvent avoir un impact dans la communauté ou qui n'ont pas le profil attendu en terme de nombre ou de sévérité, comme c'est le cas actuellement pour l'infection à *Clostridium difficile*.

Le rôle de la Direction de santé publique (DSP) est de soutenir les établissements pour l'application des mesures préventives.

Afin d'actualiser ce rôle, un comité régional sur les bactéries multirésistantes a été créé par la DSP en 2002 en collaboration avec les microbiologistes et professionnels responsables de la prévention des infections des centres hospitaliers. Ce comité s'occupera dorénavant de l'ensemble des infections nosocomiales, incluant celles à *C. difficile*. Les objectifs du comité sont de mieux documenter la situation qui prévaut dans les centres hospitaliers et de proposer des modalités pour uniformiser et soutenir l'application des mesures de prévention et de contrôle.

Comment contrôler ces infections?

Du point de vue scientifique, nous devons malheureusement souligner qu'il y a toujours eu des infections nosocomiales dans les milieux hospitaliers et qu'il y en aura toujours. Il existe cependant des mesures reconnues efficaces pour limiter leur fréquence et leur sévérité. Le lavage des mains, la désinfection de l'environnement, l'isolement des patients infectés et l'utilisation rationnelle des antibiotiques comptent parmi les principales mesures qui ont été intensifiées dans les établissements. Le réseau poursuit aussi son objectif d'atteindre le ratio d'une infirmière en prévention des infections pour 133 lits de courte durée.



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

Québec
Montérégie



PROGRAMME ÉVALUATION - RECHERCHE

La fonction de surveillance de l'état de santé :

essentielle à l'application de l'approche populationnelle

Par Aimé Lebeau, coordonnateur du secteur Évaluation-recherche

Le premier plan de surveillance de la Montérégie sera disponible au début de l'année 2005. La fonction de surveillance se définit comme étant un processus continu permettant de décrire et d'analyser l'état de santé d'une population, en ce qui concerne les problèmes, les facteurs de risque, les déterminants, les écarts et les tendances. Cette fonction exige de produire et de diffuser de l'information utile, en temps opportun, et de transmettre cette information tant aux décideurs et aux intervenants qu'à la population de notre région. L'objectif ultime est de contribuer ainsi à améliorer l'état de santé et de bien-être de notre population.

En effet, la diffusion d'une telle information fait partie des conditions favorables pouvant permettre aux individus d'agir de manière éclairée sur leur santé. L'identification des problèmes prioritaires et la connaissance des problèmes en émergence permettent aussi de soutenir la prise de décision pour l'organisation des soins et services en faveur d'une adéquation optimale avec l'offre de service.

La fonction de surveillance s'articule à partir de trois champs d'activité. Cette représentation (voir figure)* montre l'interdépendance de ces champs. L'alimentation en données est préalable à l'exercice de la fonction de surveillance. Les productions générales et spécifiques d'information constituent un second champ d'activité qui suppose que les données brutes sont traitées, analysées et interprétées de façon utile et compréhensible pour les utilisateurs. Le troisième champ comprend la diffusion de l'information. À cet effet, il sera important de réaliser des produits de diffusion

diversifiés, de moderniser les moyens et les stratégies de diffusion et d'adapter l'information aux divers publics cibles. Ces trois champs d'activité doivent être soutenus par des actions assurant l'orientation, l'intégration et le développement de la fonction surveillance.

Des problèmes demeurent quant à l'accès aux données en temps opportun, mais l'application de cette fonction pose surtout des défis importants pour le passage de la donnée à une information utile à la prise de décision pour la planification des services sociosanitaires. L'équipe du secteur se prépare donc à relever ces défis.

* A. Lebeau, A. Émond et collaborateurs, (2001). *Cadre conceptuel pour la fonction de surveillance et l'analyse de l'état de santé et du bien-être de la population et de ses déterminants*. Document déposé au Comité élargi du Programme national de santé publique, 10 p.

CHAMPS D'ACTION



PROGRAMME SANTÉ AU TRAVAIL

Les examens médicaux liés à la protection respiratoire :

Simplifiez-vous la vie!

Par Daniel Nadeau, médecin-conseil

La menace posée par le SRAS a mis de l'avant une préoccupation à l'égard de la protection respiratoire des travailleurs de la santé. Or, qui dit protection respiratoire dit programme de protection respiratoire (PPR). Le Règlement québécois sur la santé et la sécurité au travail (RSST) stipule que l'administrateur du PPR doit s'assurer que le travailleur peut porter un appareil de protection respiratoire (APR). Il peut, pour ce faire, demander un avis médical.

Qu'en est-il de la teneur de cet avis médical?

À la demande de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST) a formé un comité scientifique pour donner un avis sur l'évaluation médicale des utilisateurs d'APR. L'auteur de ces lignes a participé à ce comité.

Une revue des avis émis sur le sujet a permis de conclure qu'il existe peu d'évidence quant à l'efficacité des différents examens et tests liés au port d'un APR. De plus, ayant établi le peu de contraintes ajoutées par le port d'un APR chez un travailleur actif, nous avons proposé qu'un test fonctionnel tienne lieu d'évaluation médicale. Ce test fonctionnel consiste en un essai de l'APR qui permet de juger de la capacité à porter et à tolérer l'APR. Trois types de tests fonctionnels sont proposés par l'IRSST : sous encadrement léger, sous encadrement formel et sous supervision médicale.

Dans le cas de l'utilisation d'un APR à épuration d'air (type le plus souvent rencontré en établissement de santé), le **test fonctionnel sous encadrement léger** s'applique. Les grandes lignes de ce test sont les suivantes :

- se réalise au cours d'un quart de travail, en situation réelle;
- se déroule sous la supervision du supérieur qui s'assure que le travailleur ne souffre pas de maladie aiguë;
- un secouriste est disponible;
- le travailleur complète le formulaire et discute avec son supérieur.

Un **test fonctionnel sous encadrement formel** serait nécessaire dans le cas du port d'un APR à approvisionnement d'air (autonome ou à adduction d'air). Ce type d'APR n'est habituellement pas utilisé en milieu de travail. Finalement, un **test fonctionnel sous supervision médicale** serait requis pour un travailleur qui n'a pas réussi l'un ou l'autre des deux tests, qui s'est absenté pour une condition qui peut amener une limitation fonctionnelle ou lorsqu'un médecin le recommande.

Le lecteur intéressé pourra consulter le document suivant : Nadeau Daniel, Perreault Guy. Évaluation médicale des utilisateurs d'appareils de protection respiratoire. Rapport R-360. IRSST, 2004. Disponible sur le site web : www.irsst.qc.ca

Rappelons que l'utilisation d'un des tests fonctionnels ne peut être envisagée que dans le cadre d'un PPR. Le lecteur trouvera une description adaptée aux établissements de santé dans le document « *Orientations sur les mesures collectives et recommandations sur les mesures individuelles de prévention du SRAS pour les travailleuses et travailleurs de la santé du Québec* ».

En établissement de santé, on réfère généralement aux APR à épuration d'air à filtre à particules (masque jetable N-95). C'est le test fonctionnel sous encadrement léger qui pourrait alors s'appliquer. Il faudra attendre à ce sujet l'avis du comité médical provincial en santé au travail, lequel devrait être diffusé sous peu. Rappelons que cette procédure a le mérite d'éviter une multitude d'examen médicaux aussi inutiles que coûteux.

¹ Comité ministériel sur les mesures de précaution contre le SRAS, rapport final, mai 2004. Ce document est disponible sur le site internet du MSSS.

COMITÉ DE RÉDACTION

Éditeur : Jocelyne Sauvé
Éditrice adjointe : Ginette Lafontaine
Rédactrice en chef : Marie-Josée Guilbault
Rédacteurs-collaborateurs : Aimé Lebeau, Julie Loslier, Josée Massicotte, Daniel Nadeau, Yolaine Rioux, Jocelyne Sauvé, Marie St-Amour, Julie Trépanier, Carole Vanier
Révision : Louise Desnoyers, Hélène Giroux

Coordonnées par programme et secteur de la Direction de santé publique
Programme enfance – jeunesse, poste 3011
Programme adultes - personnes âgées, poste 3029
Programme environnement, poste 4036
Programme maladies transmissibles, poste 3137
Programme santé au travail, poste 4217
Secteur évaluation - recherche, poste 3062

Pour information :
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Montérégie
1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3
www.rsss16.gouv.qc.ca

À vos agendas

Décembre 2004

- 1 : Journée mondiale du sida
- 1 au 7 : Semaine nationale de la sécurité routière



PROGRAMME ENFANCE - JEUNESSE

Monitoring des services dentaires préventifs : de quoi se mettre sous la dent!

Par Julie Trépanier, dentiste-conseil

La santé dentaire, particulièrement celle des enfants, représente une importante préoccupation de santé publique en Montérégie. La prévention de la carie dentaire chez les jeunes constitue d'ailleurs une des cibles d'action privilégiées de notre Plan d'action régional 2004-2007.

Plus de cinquante intervenants sillonnent les écoles primaires de la région pour appliquer le Programme provincial de services dentaires préventifs.

Pour une deuxième année consécutive, en 2002-2003, le monitoring des services dentaires préventifs de santé publique en Montérégie révèle des données intéressantes à propos des activités effectuées par ces intervenants. Sans être une enquête de santé, l'analyse des données permet néanmoins de dresser un portrait révélateur de la santé buccodentaire des jeunes écoliers.

Ainsi, un dépistage auprès de 14 250 enfants de maternelle démontre que 18,2 % d'entre eux sont vulnérables à la carie selon le critère provincial utilisé. Ce pourcentage varie d'un territoire de CLSC à un autre, passant de 10 % à 31 %.

Sur l'ensemble des enfants examinés, plus de 1 300, soit 9,2 % d'entre eux, nécessitent une référence au cabinet dentaire pour un besoin évident de traitement de la carie (obturation, traitement de canal, extraction, etc.). Bien qu'une simple observation visuelle de l'état de leurs dents démontre qu'un soin dentaire est requis pour éliminer la carie, plusieurs de ces enfants manifestent peu ou pas encore de douleur, signe de l'aspect insidieux de cette maladie.

Le programme de services dentaires préventifs s'adresse aux enfants de la maternelle à la troisième année dépistés vulnérables à la carie. Pour l'année 2002-2003, 8 450 enfants de ces niveaux scolaires ont bénéficié d'activités dans le cadre de rencontres individuelles. Il s'agit principalement d'interventions visant la prévention de la carie et l'amélioration de l'hygiène buccale du jeune. À l'occasion de visites de l'hygiéniste dentaire en milieu scolaire, un total considérable de **près de 33 000 interventions personnalisées ont été effectuées** pour une moyenne de 3,85 interventions par enfant pendant l'année. Par exemple, au seul chapitre des applications de fluorure topique, ce sont plus de 12 500 interventions qui ont été réalisées.

Une pratique clinique préventive de choix dans la prévention de la carie est la mise en place d'un agent de scellement sur les faces dentaires avec fosses et sillons. En Montérégie, cette mesure est appliquée depuis quelques années dans une dizaine d'établissements auprès des enfants inscrits au programme. En 2002-2003, 726 enfants ont bénéficié de l'application d'agents de scellement. En tout, 4 000 faces dentaires ont été scellées. Cette intervention clinique a contribué à ce que 62 % des enfants inscrits au programme terminent les séances de suivi préventif en 3^e année avec au moins une première molaire permanente scellée.

Le monitoring des activités de santé dentaire en Montérégie nous permet d'apprécier le dynamisme des intervenants dans leur offre de service préventif. Un grand nombre d'enfants à risque de carie en bénéficient chaque année.



PROGRAMME MALADIES TRANSMISSIBLES

Tour d'horizon en maladies transmissibles

Par Yolaine Rioux, coordonnatrice, Programme maladies transmissibles

La syphilis : une épidémie silencieuse!

Depuis septembre 2000, le nombre de cas déclarés au Québec a connu une brusque augmentation, le nombre de cas déclarés triplant chaque année. Depuis le début de l'épidémie jusqu'au 15 août 2004, un total de 375 cas ont été ainsi signalés au Québec. La Montérégie compte 7,2 % des cas. Actuellement, jusqu'à 90 % des personnes touchées sont des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Face à cette épidémie, l'utilisation des moyens usuels de prévention et le dépistage de la maladie chez les personnes à haut risque de la contracter sont les meilleures armes. La campagne de prévention "Je suis PHIL" ciblant les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes rappellera ce message aux personnes visées par des affiches, mais également par divers outils d'information destinés à la clientèle et aux professionnels de la santé.

Influenza

Le MSSS annonçait en août dernier l'ajout d'une nouvelle clientèle dans son programme d'immunisation sélectif, gratuit, contre l'influenza aux personnes les plus à risque de souffrir des complications de l'influenza ainsi qu'aux personnes en contact direct avec ces personnes à risque. Ainsi, à compter du 1^{er} novembre 2004, les enfants de 6 à 23 mois pourront bénéficier de cette vaccination gratuite, tout comme les personnes âgées de 60 ans ou plus, les personnes ayant une maladie chronique les rendant à risque, les personnes susceptibles dans le cadre de leur travail ou de leurs activités de transmettre l'influenza (travailleurs de la santé notamment) et les contacts domiciliaires des personnes à

risque. La vaccination contre l'influenza demeure toujours un outil de prévention efficace et sécuritaire...il faut y penser annuellement.

La campagne de vaccination contre l'influenza a débuté le 1^{er} novembre... il faut y penser annuellement!

Virus du Nil occidental en Montérégie

Contrairement aux deux dernières années, en Montérégie, comme pour le reste de la province, le VNO a été peu actif en 2004 comparativement à 2003.

En effet, les médecins n'ont déclaré aucun patient infecté au VNO alors qu'en 2003, il y en a eu sept pour la Montérégie seulement. Du côté du signalement des oiseaux morts par les Montérégiens, les appels en 2004 n'ont atteint que 20 % de ceux de 2003, tandis que seulement six groupes de maringouins ont été confirmés porteurs du virus. Enfin, la vaccination des chevaux semble avoir porté fruits puisque aucun cas équin infecté au VNO n'a été déclaré pour la Montérégie.

Des experts croient que des facteurs climatiques auraient occasionné un développement moins important des espèces de maringouins réputées porteuses du virus en 2004.

Par rapport au reste du pays, le Québec ne se démarque pas particulièrement en termes d'activité virale, celle-ci ayant surtout été concentrée en Saskatchewan et en Ontario. Notons que la Montérégie demeure la région au Québec où on retrouve le plus de signes d'activité du virus.

ENTREVUE AVEC GILLES MICHAUD



LA TRANSITION DES MODÈLES DE GESTION

Par Marie-Josée Guilbault, agente d'information

Récemment nommé directeur adjoint à la gestion des programmes, Gilles Michaud s'est joint à la Direction de santé publique afin de faire bénéficier celle-ci de sa vaste expérience en gestion des ressources humaines et des opérations.

Q. Pourquoi avoir choisi la santé publique ?

R. J'ai eu la chance, lorsque j'étais consultant, d'effectuer plusieurs mandats avec des équipes en santé publique. J'ai rencontré des gens qui avaient à cœur la santé de la population, qui croyaient et s'impliquaient dans la promotion et la prévention de la santé. Mes contacts avec eux m'ont permis de constater que, malgré le fait que je ne suis pas un spécialiste des contenus de santé publique, mes expériences antérieures dans la coordination d'équipe de travail et la gestion des changements étaient appréciées et considérées complémentaires à leurs actions, ce qui était très motivant pour moi.

Q. Comment se passe votre transition du milieu privé au milieu public? N'est-ce pas tout un changement de culture?

R. Oui et non. L'organisation publique vit essentiellement les mêmes problèmes que les grandes entreprises privées. En effet, elle a de plus en plus l'obligation d'atteindre des résultats, elle doit se centrer sur ses clients ou utilisateurs de ses services et voir à ce que chacun des secteurs d'activités partagent la même vision et que leurs actions convergent vers un même objectif. Toutefois, le réseau de la santé est une organisation très complexe avec des acteurs multiples ayant parfois des intérêts divergents. Apporter des changements peut s'avérer complexe. Il est donc primordial de se préoccuper de la façon d'amener et de gérer ces changements.

Q. Quelles sont les orientations que vous souhaitez prendre au cours de la prochaine année ?

R. J'ai eu la chance, depuis mon arrivée à la DSP de la Montérégie, de rencontrer la majorité du personnel sur un base individuelle de façon à cerner les zones d'amélioration dans le fonctionnement de la Direction. J'ai également effectué une tournée de tous les CLSC de la région afin de connaître leurs attentes envers l'organisation. Mes principales priorités pour la prochaine année sont donc en liens directs avec les préoccupations recueillies soit de :

- Respecter les engagements pris envers les employés de la Direction de santé publique et répondre à leurs attentes;
- démontrer notre performance en tant que service de deuxième ligne et de soutien aux partenaires locaux dans cette première phase d'implantation du PAR et des PAL;
- assumer davantage notre mandat d'intervention auprès de nos partenaires régionaux.

VIRUS DU NIL OCCIDENTAL EN MONTÉRÉGIE : une saison peu active

MONTÉRÉGIENS INFECTÉS

2003	2004
7	0

OISEAUX MORTS SIGNALÉS

2003	2004
1786	395

GROUPES DE MARINGOINS PORTEURS DU VNO

2003	2004
63	6

CHEVAUX INFECTÉS AU VNO

2003	2004
3	0



L'APPROCHE POPULATIONNELLE :

L'implication de la santé publique

Par Jocelyne Sauvé, directrice de santé publique

La présente transformation du réseau de la santé et des services sociaux interpelle les nouveaux centres de santé et de services sociaux (CSSS) afin qu'ils intègrent une « approche populationnelle » dans leur réflexion visant la planification de leur offre de service. De quoi parle-t-on exactement? En quoi cette approche populationnelle est-elle différente des modes de planification des services qui ont cours dans les établissements actuellement?

Les caractéristiques de l'approche populationnelle pourraient se résumer comme suit :

- La responsabilité de répondre aux besoins de la population d'un territoire bien délimité, tant aux besoins qui sont exprimés par la clientèle qui consulte qu'à ceux non exprimés, voire non identifiés explicitement par la population.
- L'obligation de résultats quant au maintien ou à l'amélioration de la santé et du bien-être de sa population.

- L'évaluation rigoureuse de l'impact qui permet de refléter les progrès accomplis et de faire évoluer le projet.

Il s'agit d'une approche classiquement utilisée par les intervenants de santé publique lors de la planification de l'offre de services préventifs. En santé publique, on met l'emphase sur les déterminants de la santé et du bien-être. Toutefois, cette même approche peut s'appliquer à la planification de l'offre de services plus curatifs, en mettant l'emphase sur l'accessibilité, la continuité et la qualité de ceux-ci.

Actuellement, les établissements de type CHSLD et CHSGS planifient leur offre de service en fonction des besoins explicitement exprimés par leur clientèle. Les CLSC quant à eux ont une planification de services qui tient davantage compte de l'approche populationnelle. Avec l'avènement des CSSS, c'est toute la planification locale des services à la population dont les CSSS sont responsables, qui devra être effectuée avec cette approche.

La Direction de santé publique se sent tout à fait interpellée par les changements en cours et vise à y participer en soutenant les CSSS dans l'application de cette approche. Elle pourra plus particulièrement s'impliquer afin d'effectuer un suivi de l'évolution du portrait de santé et de bien-être de la population de chaque territoire et de l'utilisation des services et des ressources.

Selon Léonard Aucoin, le défi important pour les nouveaux gestionnaires sera de s'assurer d'une :

- gestion quotidienne des services tant en matière de qualité que d'accessibilité et de continuité;
- concertation avec leurs partenaires en vue d'organiser les services de santé et les services sociaux de manière à répondre aux besoins de toute la population;
- action sur les déterminants de la santé.

La Direction de santé publique s'engage à s'impliquer activement, dans le cadre de son mandat, afin de contribuer à ce que ce défi soit relevé.



PROGRAMME ENVIRONNEMENT

Le « tueur silencieux »...

Par Julie Loslier, résidente IV en santé communautaire, Programme environnement

L'hiver approche à grands pas et l'arrivée de la saison froide soulève une problématique bien particulière : les intoxications au monoxyde de carbone (CO). Ce gaz inodore, incolore et

sans effet irritant est communément appelé le « tueur silencieux », et ce, à juste titre puisqu'il est responsable au Québec d'environ 600 cas d'intoxication involontaire par année, dont une quinzaine de décès

D'où origine le CO?

Le CO provient de la combustion incomplète de produits tels le gaz naturel, l'huile, le propane, le kérosène, la gazoline, le charbon ou le bois. Les véhicules motorisés, les systèmes de chauffage à combustion ainsi que plusieurs appareils fonctionnant au combustible peuvent être à l'origine d'une intoxication au CO s'ils sont mal entretenus ou utilisés de façon inadéquate.

Quels sont les effets du CO sur la santé?

Une intoxication légère au CO se présente sous forme de symptômes peu spécifiques tels que des céphalées, des nausées et des étourdissements. Une exposition à des concentrations plus élevées peut toutefois occasionner une dépression respiratoire, des convulsions, le coma et même le décès. Les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées ainsi que les personnes souffrant de troubles cardiorespiratoires sont plus susceptibles d'être affectés par le monoxyde de carbone.

Quels sont les moyens de prévenir une intoxication?

La première façon de prévenir les intoxications au CO est d'en éviter les émanations nocives à la source. Les mesures suivantes peuvent être appliquées à cet effet :

- Utiliser les appareils de chauffage à combustion en conformité avec les règles de sécurité et les faire inspecter annuellement par un technicien qualifié.

- S'assurer périodiquement de la vacuité des conduits d'évacuation des gaz de la fournaise ou de la cheminée.
- Ne jamais utiliser dans la maison ou le garage des appareils fonctionnant au combustible ayant été conçus pour être utilisés à l'extérieur (ex. : BBQ, lanternes, tondeuses, scies à chaînes, etc.).
- Ne jamais faire fonctionner un véhicule automobile à l'intérieur du garage, même avec la porte ouverte.

Le deuxième moyen de prévention consiste à se prévaloir d'un détecteur de CO certifié UL ou ULC 2034, qu'on peut se procurer dans la plupart des magasins de rénovation. L'installation devrait se faire selon les modalités recommandées par le fabricant et les piles devraient être vérifiées régulièrement. Des activités de promotion du détecteur de CO auprès de la population montérégienne seront entreprises cet automne. Ces activités viseront à sensibiliser la population quant à la possibilité de prévenir les intoxications au CO, et ainsi contribuer à réduire les méfaits causés par ce « tueur silencieux ».



PROGRAMME ADULTES - PERSONNES AGÉES

Portrait des aidants naturels

Par Carole Vanier, agente de recherche sociosanitaire, secteur Évaluation-recherche

Plusieurs personnes s'occupent de proches qui présentent des problèmes de santé physique ou psychologique et qui nécessitent des soins. Ces aidants naturels jouent un rôle déterminant pour la qualité de vie et le bien-être de leurs proches. Toutefois, selon plusieurs études, l'aide fournie par les aidants naturels ne serait pas sans incidences sur leur propre santé physique et mentale. Le vieillissement de la population et le nombre croissant de personnes âgées souffrant d'incapacités laissent pressentir une augmentation du nombre d'aidants naturels.

Afin de prévenir l'épuisement des aidants, la Direction de santé publique (DSP) s'est associée, depuis 1994, à des organismes communautaires locaux pour la réalisation d'un projet régional de soutien aux aidants naturels. Une récente étude de la DSP, à laquelle ont collaboré les organismes communautaires participant au projet régional, trace un premier portrait des aidants naturels en Montérégie et des personnes auxquelles ces aidants viennent en aide.

Profil des aidants naturels en Montérégie

Les aidants naturels sont majoritairement des femmes (84 %). La moitié d'entre eux (52 %) ont de 45 à 64 ans, la moyenne d'âge étant de

62 ans. Environ le quart des aidants (24 %) occupent un emploi et parmi ceux-ci, plus du tiers (40 %) ont réduit leurs heures de travail pour s'occuper de la personne aidée. Parmi les aidants n'ayant pas d'emploi, environ une personne sur dix (11 %) a quitté son emploi pour s'occuper de la personne aidée. La majorité des aidants (92 %) apporte leur aide à une seule personne. Les autres agissent comme aidants auprès de deux personnes (7 %) ou trois personnes (1 %).

Profil des personnes aidées en Montérégie

Pour leur part, les personnes aidées ont en moyenne 76 ans. Elle sont le plus souvent la mère (33 %) ou encore le conjoint (31 %) de la personne aidante. Les aidants habitent avec la personne aidée dans trois cas sur cinq (60 %). Ils consacrent en moyenne six jours par semaine à la personne aidée, et ce, à raison de 12 heures par jour. Les tâches le plus souvent effectuées comprennent le soutien moral (92 % des aidants), différentes démarches (81 % des aidants) comme prendre des rendez-vous ou faire des recherches de services ou de ressources, et des tâches liées à la vie domestique ou sociale (78 % des aidants), comme faire les courses, préparer les repas ou accompagner la personne aidée dans des activités de loisirs.

Santé physique et santé mentale des aidants

La plupart des aidants (70 %) évaluent leur santé physique comme *bonne, très bonne ou excellente*.

Toutefois, comparativement aux résultats de deux études québécoises, les aidants de 45 à 64 ans et ceux de 65 ans et plus sont proportionnellement plus nombreux à se percevoir en *moyenne* ou en *mauvaise* santé physique.

Par ailleurs, les aidants se considèrent, pour la majorité (75 %), en *bonne, très bonne ou excellente* santé mentale. Néanmoins, comme pour la santé physique, les aidants naturels de 45 à 64 ans et ceux de 65 ans et plus sont proportionnellement plus nombreux que les Montérégiens des mêmes groupes d'âge à percevoir leur santé mentale comme étant *moyenne* ou *mauvaise*.

L'étude a permis de connaître et de mieux comprendre la réalité des aidants naturels. Elle a aussi mis en évidence le besoin de soutien des aidants naturels face aux exigences et aux difficultés de leur rôle.

Les résultats détaillés et les autres résultats de l'étude sont disponibles dans le rapport sur le site Internet de l'Agence, www.rsss16.gouv.qc.ca