

Juin 2004, VOLUME 1 / NUMÉRO 1

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

LES PLANS D'ACTION LOCAUX

Une mission accomplie par la mobilisation du réseau

Par Paul Berger, responsable du soutien à l'élaboration des plans d'action locaux

AU COEUR DU PROCESSUS...

« Nous avons découvert, dans le portrait de santé de la Montérégie, des données qui nous ont ouvert bien grand les yeux par rapport à la connaissance des besoins de notre population. Entre autres, nous avons pris conscience de secteurs plus dégarnis tels que l'organisation communautaire. »

Lise Landry, CLSC Kateri.

« Un travail long, laborieux, ardu... mais constructif! J'avais de nombreux questionnements quant à la mobilisation du milieu au sujet des enjeux de santé publique. Je suis aujourd'hui en mesure d'affirmer que nous avons un milieu très présent et très dynamique, plus que je ne l'aurais imaginé avant le début du processus d'élaboration de notre plan d'action local. »

Maryse Hébert, CLSC-CHSLD de la MRC d'Acton.

« L'élaboration du PAL a permis à différents intervenants de participer à des rencontres de concertation pour lesquelles habituellement leur participation n'était pas interpellée. Entre autres, l'infirmière responsable du CAT, du cancer du sein, la nutritionniste et l'hygiéniste dentaire ont participé aux discussions en regard des résultats attendus en lien avec leur programme. Ces échanges ont permis de développer des nouveaux liens et des contacts pour d'éventuelles collaborations. Un travail ardu certes, mais très certainement un enrichissement de connaissances vers des actions plus ciblées. »

Chantal Gariépy, chef des services de santé courants et préventifs, responsable de l'élaboration du PAL

« Les CLSC et leurs partenaires ont investi beaucoup de temps et d'énergie pour élaborer leur plan d'action local. Nombreux sont ceux qui ont perçu cette démarche comme étant une opportunité pour faire le point sur les actions de santé publique existantes, soulever les enjeux locaux et mettre en évidence les résultats à atteindre sur le territoire tout en consolidant les nombreux partenariats. »

Danièle Moore, conseillère en soutien aux plans d'action, DSP.

« Je considère cette expérience comme une très belle opportunité pour un professionnel de santé publique puisque j'ai eu la chance d'être acceptée comme partie intégrante de l'équipe des CLSC avec laquelle j'ai collaboré et ceci m'a permis de pouvoir connaître la réalité du terrain. »

Brigitte Brossard, conseillère en soutien aux plans d'action, DSP.

Des mois d'analyse de données, de rencontres avec le milieu, de planification et même de labeur auront permis aux CLSC et à leurs partenaires de relever le défi. En effet, les plans d'action locaux (PAL) de chacun des 19 territoires de CLSC de la Montérégie ont été livrés, comme prévu. « Cet exercice d'envergure s'est concrétisé grâce à une volonté commune qui a animé les CLSC tout au long du processus d'élaboration de leur plan. Une mission accomplie avec beaucoup de conviction et de rigueur par nos partenaires du réseau », de reconnaître D^{re} Jocelyne Sauvé, directrice de santé publique de la Montérégie. Cette opération fut effectuée de façon à répondre le mieux aux besoins spécifiques de chacun des territoires. À cet effet, la mobilisation du réseau aura certainement été un élément majeur qui contribuera, dans un avenir prochain, à offrir à la population montérégienne des services de santé publique adaptés à ses besoins spécifiques.

Les énergies ont dû être bien canalisées pour permettre le respect de l'échéancier relativement court. En effet, il y a moins d'un an seulement, soit à l'été 2003, s'amorçait l'élaboration des PAL de santé publique dans tous les CLSC de la Montérégie. Au-delà de l'obligation légale de cet exercice, se trouvait une volonté commune, tant régionale que locale, d'actualiser les résultats visés par le plan d'action régional.

Cette opération a permis de mobiliser un nombre important d'acteurs du réseau des CLSC, mais également du milieu communautaire et de l'intersectoriel.

Alors qu'elles devaient assurer l'appropriation du plan d'action régional, les ressources des CLSC devaient également questionner certaines de leurs pratiques, entrer encore plus en interaction avec leur milieu et même parfaire leurs relations avec certains partenaires locaux comme les municipalités.

Un nombre impressionnant d'acteurs ont été sollicités à différentes étapes des consultations. De nombreux échanges ont porté sur les cibles et les résultats visés dans le PAR, ceux-ci devant être traduits en résultats locaux sur chacun des territoires de CLSC.

Les onze professionnels de la Direction de santé publique affectés aux CLSC ont été à même de constater la rigueur avec laquelle les CLSC et leur milieu se sont attaqués à la tâche.



Bref, une opération laborieuse dont chacun des acteurs de santé publique de la Montérégie peut être fier et qui nous a permis de mieux préciser les actions de santé publique dans notre région.

Des suites à donner...

Maintenant que les plans d'action locaux ont été déposés par les CLSC, c'est avec le plus grand intérêt que les professionnels de la DSP en prennent connaissance. Ceux-ci font effectivement l'objet d'une lecture approfondie et de niveaux d'analyse ayant des finalités différentes.

Un premier niveau d'analyse est réalisé afin de vérifier le lien entre les résultats visés dans les PAL et ceux du PAR. Cette analyse vise d'abord à préparer une rétroaction qui sera transmise à chacun des CLSC lors d'une rencontre qui leur sera proposée à la rentrée de septembre. De plus, au cours de cette étape, des informations sont recueillies afin de dégager une vision globale du potentiel d'atteinte des résultats du PAR en fonction des résultats visés dans les PAL.

Par ailleurs, un deuxième niveau d'analyse est réalisé par les différentes équipes de la DSP en vue d'identifier les ajustements que pourraient susciter les PAL sur les plans de travail des professionnels de la direction. Cette analyse devrait effectivement permettre à la DSP d'ajuster ses productions afin de réaliser le mieux possible son rôle de soutien aux CLSC en vue d'actualiser le PAR et les PAL.

Le dépôt des PAL ne représente donc pas la fin de cet important processus, mais plutôt le passage à une autre étape de collaboration régionale/locale devant nous mener d'ici trois ans, nous l'espérons, à l'atteinte de nos résultats.

Vers une action renouvelée en santé publique

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

Québec
Montérégie



Un futur à assurer

Par Jocelyne Sauvé, directrice de santé publique

Assurer le maintien et le développement des actions de santé publique en Montérégie est le principal défi de la Direction de santé publique pour les prochaines années. Pour y arriver, des outils majeurs sont à notre disposition : la Loi de santé publique adoptée en 2001, le Programme national de santé publique et également notre Plan d'action régional ainsi que les plans d'action locaux des 19 CLSC de la Montérégie qui viennent préciser les actions à déployer sur notre territoire.

L'actualisation des plans d'action locaux se fera toutefois dans un contexte totalement différent de celui prévu initialement. En effet, l'avènement de la Loi 25 et l'implantation des réseaux locaux de services (RLS) viennent modifier considérablement la dynamique du réseau de santé québécois et de la Montérégie. Ce nouveau contexte exige une attention particulière de la part de la Direction de santé

publique en vue d'assurer la place de la promotion et de la prévention au sein de chacun des RLS.

Dans ce contexte, la Direction de santé publique entend se positionner fermement afin de préserver les acquis en prévention - promotion en Montérégie et assurer l'actualisation du PAR et des PAL. Le PAR ainsi que le Plan stratégique 2003-2006 de la Montérégie représentent deux documents ayant été l'objet d'un fort consensus dans la région et sur lesquels devra s'appuyer le développement des RLS.

Les plans d'action locaux représentent, quant à eux, le prolongement du PAR au niveau local et leur actualisation devra être clairement identifiée dans les ententes de gestion entre l'Agence de développement et chacun des RLS.

De plus, au-delà de ces ententes, en raison du faible poids que représentera le budget de santé publique dans chacun des RLS par rapport aux services et à leurs besoins toujours

grandissants, des dispositions devront être prises pour en assurer la protection et le développement.

Par ailleurs, il est de la volonté de la Direction de santé publique de travailler à combler l'écart entre les budgets actuels et les budgets requis pour implanter les actions prévues au PAR et aux PAL. Notre orientation est claire : nous travaillerons à mieux outiller le niveau local pour lui permettre de réaliser ses interventions de santé publique. Pour ce faire, outre le soutien financier, la DSP appuiera la santé publique dans les RLS par son expertise ainsi que par sa présence accrue auprès des « intervenants-terrain ».

Pour assurer le futur des actions de santé publique pour le bénéfice de la population de la Montérégie, nous entendons travailler étroitement avec les acteurs locaux pour actualiser le PAR et les PAL.



PROGRAMME ENVIRONNEMENT

L'ENVERS DE L'ÉTÉ : SMOG ET CHALEUR ACCABLANTE

Par Mathieu Valcke, toxicologue. Collaboration de Geneviève Gravel, étudiante.

Smog et chaleur accablante se veulent deux problématiques que nous réserve chaque saison estivale. Bien qu'il s'agisse de phénomènes distincts, la population

risquant d'être affectée en cas d'épisode de smog ou de chaleur accablante est sensiblement la même. Il s'agit des personnes âgées, personnes aux prises avec des troubles cardiorespiratoires, jeunes enfants et personnes pratiquant une activité physique intensive à l'extérieur.

Pour prévenir les problèmes de santé associés à ces deux phénomènes, la Direction de santé publique de la Montérégie souhaite sensibiliser les professionnels de la santé œuvrant auprès de ces groupes cibles. Les professionnels de la santé pourront intervenir, par la suite, auprès de leur clientèle à risque en leur transmettant l'information concernant les mesures préventives à prendre en cas d'épisode de smog ou de chaleur accablante. À cet effet, des dépliants d'information destinés à la population leur seront fournis à titre d'outil de sensibilisation.

Smog... des avis pour prévenir

Un épisode de smog se produit généralement lors de journées très chaudes, ensoleillées et peu venteuses. Toutefois, la chaleur seule n'est pas synonyme de smog. Elle doit être associée à une concentration suffisante de polluants précurseurs, c'est-à-dire des éléments qui, une fois combinés et sous l'action de la lumière du soleil, produisent de l'ozone au niveau du sol. Les épisodes de smog se traduisent par une brume jaunâtre généralement observée au-dessus des régions urbaines. L'exposition au smog peut aggraver la condition de santé de personnes ayant des troubles cardiaques, respiratoires ou asthmatiques.

Depuis déjà plusieurs années, la Direction de santé publique avise les intervenants d'Info-Santé CLSC lorsqu'un épisode de smog est annoncé par Environnement Canada durant la période estivale. Cette année encore, elle se chargera de diffuser les avis auprès de ceux-ci ainsi qu'auprès d'autres intervenants de première ligne, le plus rapidement possible, soit par courrier électronique ou par télécopieur.

De cette façon, ces intervenants seront mieux préparés en cas d'augmentation de problèmes de santé relatifs au smog et pourront diffuser l'information auprès de la population.

Chaleur accablante : quand elle nous écrase...

Alors que les effets néfastes du smog sur la santé sont bien documentés, l'épisode de chaleur accablante en France, qui a causé de nombreuses victimes l'été dernier, rappelle l'importance de porter une attention particulière à cette problématique. Ainsi, pour une première année, une campagne de sensibilisation à ce sujet sera réalisée.

La chaleur devient accablante lorsque l'air atteint ou dépasse 30° C ou encore que l'indice Humidex (température et taux d'humidité combinés) atteint ou dépasse 40° C. La situation devient particulièrement problématique lorsque la chaleur dure sans répit depuis quelques jours ou quand il fait très humide et qu'il y a absence de vent. Elle risque d'entraîner des coups de chaleur pouvant être mortels.



PROGRAMME ADULTES – PERSONNES ÂGÉES

« MÉNAGE DE LA PHARMACIE » : UNE INTERVENTION À ENCOURAGER EN CLSC

Par Serge Moisan, médecin-conseil

Collaboration : Josée Massicotte, Agathe Lagacé, infirmière bachelière et Christian Viens, agent de recherche sociosanitaire

Pour contribuer à atténuer certains problèmes associés à la consommation médicamenteuse par les aînés, notamment ceux qui reçoivent des soins à domicile, le CLSC Saint-Hubert s'est associé à la Direction de santé publique de la Montérégie pour réaliser un projet pilote d'intervention « Ménage de la pharmacie ». Ce projet vise à éliminer du domicile de la personne âgée recevant des soins infirmiers du CLSC, tout médicament inutile, périmé ou en quantité irrationnelle, à identifier les lacunes dans la façon d'entreposer, de conserver ou de gérer les médicaments et à corriger ces lacunes le cas échéant. Si la situation le requiert, le client est référé au pharmacien ou à son médecin afin de recevoir le soutien professionnel nécessaire.

La démarche évaluative qui a été confiée à la DSP documente la faisabilité du projet, trace le portrait de la clientèle rejointe et fait ressortir les bénéfices ainsi que le coût unitaire de l'intervention qu'effectue l'infirmière.

Au terme de cette étude, 87 sujets, majoritairement âgés de 75 ans et plus, ont accepté volon-

tairement que des infirmières réalisent en leur compagnie un examen systématique des médicaments et produits naturels qu'ils possèdent à domicile. Dans ce groupe, chaque participant comptait en moyenne 15 médicaments ou produits naturels dont 11 médicaments prescrits, 3 médicaments en vente libre et 1 produit naturel. Les problèmes les plus fréquemment rencontrés se rapportent aux médicaments périmés, à ceux qui ne sont plus requis ou à l'entreposage des produits.

D'abord, au moins un problème a été identifié chez 67 % des personnes âgées rencontrées, soit 58 d'entre elles. Les infirmières leur ont proposé 117 interventions dont 78 % ont été réalisées. Les interventions les plus fréquemment réalisées sont : retour des médicaments chez le pharmacien, modification de l'entreposage, rencontre ou contact téléphonique avec son pharmacien ou son médecin et information auprès des proches. Bien sûr, ces interventions ne tiennent pas compte de l'enseignement

que ne manque pas de réaliser l'infirmière concernant l'importance du bon usage des médicaments.

À la lumière de la problématique constatée et des résultats obtenus, les responsables du projet pilote en concluent que l'intervention « Ménage de la pharmacie » possède un potentiel intéressant pour améliorer la conservation et la gestion adéquates et sécuritaires des médicaments et produits naturels à domicile. Cette dernière est facilement réalisable et son coût fort abordable, soit 33 \$ par « ménage ». Ils recommandent donc que soit encouragé ce type d'intervention auprès des aînés recevant des soins à domicile du CLSC.

Par ailleurs, il faut retenir que cette intervention peut représenter une activité viable en autant que les responsables l'appuient et qu'elle soit intégrée aux plans de soins. Bien sûr, une conclusion corollaire est que l'infirmière bénéficie des conditions favorisant cette offre de service, soit une formation pertinente, des outils appropriés, le temps requis et le soutien administratif adéquat.

LES PROBLÈMES LES PLUS FRÉQUEMMENT RENCONTRÉS SE RAPPORTENT AUX MÉDICAMENTS PÉRIMÉS



PROGRAMME ENFANCE - JEUNESSE

Des jeunes moins actifs au prise avec un excès de poids :

des causes multiples, des interventions multiples

Par Andrée Brunet, conseillère Kino-Québec

Jouer une partie de hockey dans la ruelle avec les copains, sauter à la corde ou à l'élastique, faire une partie de cache-cache, jouer au ballon-chasseur, voilà quelques-unes des activités préférées de Louise, 11 ans, et Pierre, 12 ans, au retour de l'école. Après avoir bien joué, ils iront prendre un repas en famille, préparé par leur mère.

Cette histoire idyllique ne se passe pas, vous l'aurez deviné, en 2004 mais bien 30 ans plus tôt.

À notre époque, ces mêmes enfants auraient le choix de pratiquer ces mêmes activités mais aussi de faire une partie de jeu vidéo, clavarder, regarder une des nombreuses émissions diffusées sur un canal jeunesse ou visionner un film sur le grand écran du nouveau cinéma maison. Après, ils iraient souper avec maman ou papa pour partager un repas possiblement préparé par l'industrie. Suivraient les devoirs et un peu de télé avant de se coucher.

Voici un portrait plutôt réaliste de ce que vivent plusieurs jeunes Québécois en 2004. C'est aussi ce qui explique en grande partie la diminution de la pratique de l'activité physique et l'augmentation de l'excès de poids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents.

Même s'il est difficile de mesurer exactement l'ampleur du phénomène sur la base des données existantes, des études québécoises notent une tendance à la hausse de l'excès de poids, et en particulier de l'obésité, chez les enfants et les adolescents, entre le début des années 1980 et la fin des années 1990. Quant à l'activité physique, de nombreuses études québécoises et canadiennes affirment que la plupart des enfants et des adolescents ne sont pas suffisamment actifs pour en retirer la majorité des bénéfices sur la santé.

L'augmentation du nombre de jeunes inactifs et aux prises avec des problèmes liés au poids aura des conséquences néfastes sur leur santé actuelle et future : augmentation de cas de diabète, d'hypertension, de dyslipidémie, d'ostéoporose, faible estime de soi, discrimination sociale, etc. Sachant que **40 % des enfants obèses âgés de 7 ans et près de 70 % des adolescents obèses deviennent des adultes obèses**, il importe de prévenir l'obésité très tôt, d'autant plus que le traitement est très difficile à suivre et rarement efficace à long terme. Pour y arriver, il faut faire appel à la notion de responsabilité partagée entre les individus, les communautés et les gouvernements.

Voici quelques exemples d'interventions visant l'adoption de saines habitudes alimentaires et la pratique de l'activité physique :

■ Aménager la cour d'école et structurer les récréations afin de permettre à un plus grand nombre de jeunes d'être actifs.

■ Offrir une programmation variée d'activités physiques et sportives répondant aux besoins des jeunes qui ne participent pas aux activités déjà mises en place.

■ Favoriser les déplacements à pied ou à bicyclette.

■ Adopter une politique alimentaire qui inclut une série de mesures ciblant les jeunes, leurs parents, le personnel et l'environnement physique.

Plus les interventions seront variées, plus elles auront de l'impact. Pour intervenir efficacement, il importe aussi de comprendre tous les aspects de ces deux problématiques. Grâce à la recherche, nous connaissons de mieux en mieux les déterminants de la pratique d'activités physiques et de l'adoption de bonnes habitudes alimentaires chez les jeunes ainsi que les obstacles et les stratégies prometteuses.



PROGRAMME MALADIES TRANSMISSIBLES

Tour d'horizon en maladies transmissibles

Par Yolaine Rioux, coordonnatrice, Programme maladies transmissibles
Collaboration : Ginette Lagarde, infirmière aux enquêtes,
Julie Picard, agente de planification et de programmation

La rage humaine

La rage est toujours, en 2004, une maladie mortelle. On pourrait croire que c'est une affection rare mais, chaque année, plusieurs dizaines de milliers de personnes en meurent à travers le monde. Par contre, en Amérique du Nord, la rage chez l'humain est peu fréquente.

Depuis 1960, le Canada a connu 9 décès causés par la rage.

La plupart des décès, en Amérique du Nord, sont attribuables aux chauves-souris dont 4 des 5 cas déclarés au Canada depuis 1970.

Dès le moment où les symptômes se manifestent, il n'y a aucun traitement connu. La vaccination le plus tôt possible, après un contact avec un animal qui est atteint de la rage, est la seule alternative.

Des campagnes de sensibilisation auprès des parents et des jeunes sont menées en période printanière, période où les chauves-souris sont plus actives, et ce, afin de rappeler les mesures de prévention.

Ces messages de prévention et l'intervention des professionnels de santé publique, lors des enquêtes épidémiologiques, sont essentiels afin de maintenir à zéro le nombre de décès attribuables à cette maladie sans pardon.

Virus du Nil : Agir pour se protéger

Le VNO est désormais une réalité à laquelle il faut s'adapter. Le meilleur moyen de protection demeure la responsabilisation par l'action individuelle, soit intervenir en éliminant de son envi-

ronnement immédiat les sites de reproduction des maringouins et prendre les mesures de protection personnelles recommandées.

Quelques chiffres au Québec : 17 cas humains d'infection, dont 6 cas confirmés en Montérégie (2003).

Maladie du Hamburger

Avec l'arrivée de la belle saison et des repas sur le barbecue, arrive également l'augmentation des cas de « maladie du Hamburger », ou entérite à Escherichia coli O157 H7. Cette bactérie produit une toxine causant de la diarrhée sévère accompagnée de sang dans les selles et/ou de fortes douleurs abdominales.

Parfois, des complications peuvent survenir et causer des séquelles permanentes et même la mort. Les enfants, les personnes âgées et les personnes dont le système immunitaire est affaibli sont les plus à risque.

Au niveau provincial, 1 038 cas ont été déclarés entre mai 2000 et octobre 2003. Parmi ces cas, 65 % ont été hospitalisés et 9 personnes sont décédées.

En Montérégie, le nombre de cas est passé de 105 en 2000 à 28 cas en 2003.

Pour plus d'informations :
Centre québécois d'inspection des aliments et de santé animale au 1 800 463-5023 ou
consultez le site Web : <http://www.agr.gouv.qc.ca/>

ENTREVUE AVEC LE D^{re} MARYSE GUAY



LA VOCATION UNIVERSITAIRE DE LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Par Marie-Josée Guilbault, agente d'information

Nommée récemment responsable de l'enseignement universitaire de la Direction de santé publique de la Montérégie, D^{re} Maryse Guay coordonne, à l'intention de nombreux étudiants de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke principalement, des activités d'enseignement et de recherche diversifiées visant, entre autres, à assurer la relève ainsi qu'à développer les connaissances et l'expertise au sein de l'organisation.

EN TÊTE À TÊTE

Q. En quoi consiste la mission d'enseignement et de recherche de la Direction de santé publique?

R. D'abord, des ententes ont été établies entre l'Université de Sherbrooke, l'Hôpital Charles LeMoine et l'Agence de santé et de services sociaux. En vertu de ces ententes, la Direction de santé publique constitue un des principaux sites de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke pour l'enseignement et la recherche en médecine préventive et santé publique. C'est pourquoi la DSP regroupe de nombreux professeurs contribuant à assurer cette mission parallèlement à l'exercice de leur fonction dans le cadre du mandat légal de la Direction de santé publique.

Q. Quels sont les programmes de formation offerts aux étudiants?

R. Nous offrons la spécialisation en médecine communautaire, la formation prédoctorale en médecine (unité de médecine préventive et santé publique en 1^{re} année ainsi que des stages d'externat en santé communautaire en 3^e année), la maîtrise et le doctorat en sciences cliniques (volet santé communautaire) de même que la maîtrise et le diplôme en environnement.

Q. Sur quels sujets portent les stages d'externat?

R. Lors de leurs stages, les étudiants font habituellement des enquêtes en soutien à nos interventions de santé publique. Récemment, des enquêtes ont été effectuées sur des sujets tels que l'accessibilité à certains vaccins dans les territoires de CLSC, la notoriété du virus du Nil occidental, la vaccination en garderie et même la salubrité de logements dans certains territoires de la Montérégie.

Q. Combien d'étudiants la Direction de santé publique reçoit-elle annuellement?

R. Je dirais une cinquantaine d'étudiants par année et ce nombre augmentera probablement au cours des prochaines années. Parmi ce nombre, la majorité d'entre eux sont des étudiants de 3^e année de médecine qui viennent effectuer leur stage obligatoire d'un mois en santé communautaire. Nous accueillons également des médecins résidents pour une période de 2 à 4 ans.

Q. Quelle est votre motivation à assumer une telle responsabilité?

R. Il est très stimulant de côtoyer des étudiants. Cela demande de rester à jour et de ne pas avoir peur de se remettre en question. Aussi, c'est ma façon d'influencer le cours des choses dans notre système de santé en travaillant à former les professionnels qui vont y œuvrer. Également, je sais que j'ai pu bénéficier d'une excellente formation en santé communautaire. Ainsi, je pense que je peux maintenant redonner à d'autres ce dont j'ai grandement profité. Enfin, en recherche, on peut contribuer au développement des connaissances en santé publique, ce qui est très intéressant.



PROGRAMME ÉVALUATION - RECHERCHE

MISE À JOUR

du portrait de santé de la Montérégie

Par Yves Sauvageau, agent de recherche

DONNÉES ISSUES DU RECENSEMENT 2001

Le traitement des données officielles du dernier recensement de mai 2001 révèle des tendances intéressantes pour la Montérégie.

Ralentissement de la croissance de la population

Depuis le recensement de 1996, le nombre de Montérégiens continue d'augmenter mais à un rythme plus lent, soit 1,6 % comparativement à la période précédente de 1991-1996 (4,8 %) et aux prévisions (2,9 %).

Vieillessement accentué de la population

Le vieillissement de la population s'accroît avec une hausse de 15 % des personnes âgées de 65 ans et plus alors que la proportion des jeunes (0-14 ans) diminue de 6 % et que celle des adultes (15-64 ans) augmente légèrement de 2 %. Cependant, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus vivant en ménage privé demeure stable avec 91 %.

L'immigration a fléchi légèrement depuis le dernier recensement

Le nombre d'immigrants est à la baisse en Montérégie. Depuis les quinze dernières années, c'est la première fois qu'on observe une diminution de la proportion d'immigrants en Montérégie due à la baisse marquée de 28 % des immigrants récents.

Moins d'adultes vivent en couple et ils adoptent l'union libre

Les structures familiales sont en évolution. Ainsi, moins d'adultes vivent en couple et les modalités de vie commune changent puisque plus du tiers des couples vivent maintenant en union libre, une proportion en hausse de 22 % depuis 1996.

Il y a de plus en plus de personnes qui vivent seules

Les ménages comprenant une seule personne augmentent constamment depuis 10 ans, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes. Ils représentaient, en mai 2001, 12 % de l'ensemble des ménages.

Il y a plus d'aidants naturels prodiguant des soins bénévolement

Avec l'augmentation du vieillissement et des ménages comprenant une seule personne, il n'est pas surprenant de constater, depuis 1996, une augmentation de 11 % des aidants adultes prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées. La proportion de ces derniers est de 18 % en 2001.

L'emploi croît et le chômage diminue

Près des deux tiers des Montérégiens de 15 ans et plus occupaient un emploi au début de mai 2001, en hausse par rapport au taux estimé de 60 % en mai 1996. Le taux de chômage est en baisse constante depuis 10 ans.

Les Montérégiens sont de plus en plus nombreux à être propriétaires de leur logement

Les proportions de propriétaires et de locataires qui consacrent 30 % ou plus de leur revenu brut pour se loger sont plus faibles que jamais en 2001. Ils ont vu leurs proportions respectives diminuer de 19 % et de 17 % depuis 1996.

Diminution de 4 % des personnes vivant sous le seuil de faible revenu

La proportion des personnes vivant sous le seuil de faible revenu a connu sa plus forte baisse entre deux recensements depuis les quinze dernières années, passant de 18 % à 14 %.

Les données détaillées ainsi que des analyses comparées selon le sexe, les groupes d'âge et les territoires de CLSC sont disponibles sur le site Internet de l'Agence, www.rrsss16.gouv.qc.ca.



PROGRAMME SANTÉ AU TRAVAIL

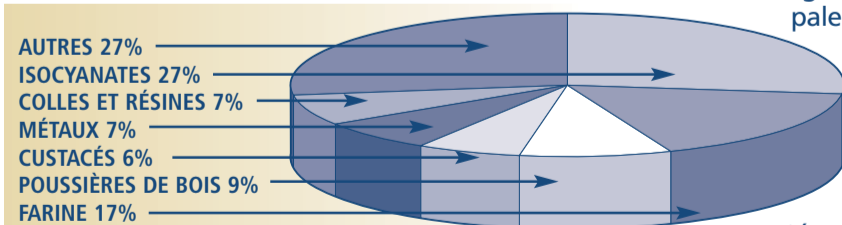
À pleins poumons en milieu de travail

Par Claude Cornellier, agent de planification et de programmation sociosanitaire

L'objectif des équipes de santé au travail est de permettre aux différents milieux de travail de tout mettre en œuvre afin de prévenir le développement de maladies professionnelles telles que l'asthme et ensuite de surveiller l'état de santé des travailleurs afin de minimiser autant que possible les conséquences de ces maladies si elles se présentent.

L'asthme professionnel est une maladie en croissance, mais qui souffre encore de sous-déclaration en raison de la difficulté à faire le lien entre les symptômes et l'exposition en milieu de travail. Certains auteurs relatent que le nombre de cas rapportés par les statistiques serait deux fois moins élevé que le nombre de cas d'asthme professionnel réellement diagnostiqués. La figure suivante présente la répartition, selon l'agent allergène, des 531 cas d'asthme acceptés par la CSST entre 1988-1996.

Répartition des cas d'asthme professionnel selon l'agent allergène 1988-1996



Les actions des équipes de santé au travail

Les équipes de santé au travail interviennent auprès des entreprises où il y a des risques de développer des asthmes professionnels, soit par l'intermédiaire d'un programme d'intervention intégré (PII), soit par le programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE). Les PII sont développés par la CSST, en partenariat avec le réseau de la santé et des services sociaux et diverses associations sectorielles paritaires. Ces programmes sont déployés conséquemment à l'émergence d'une problématique particulière comme les isocyanates. En effet, c'est à la suite de l'augmentation de la déclaration de cas d'asthme professionnel reliés à ces agresseurs (27 % des cas déclarés à la CSST) que la nécessité d'intervenir de façon concertée s'est imposée.

Les isocyanates sont des produits chimiques de plus en plus utilisés en raison de leurs propriétés et de la qualité qu'ils donnent au produit fini. Ils sont utilisés comme durcisseurs dans certaines résines ou peintures.

En Montérégie, dans le PSSE, on retrouve principalement les cas d'asthme professionnel dans l'industrie des scieries et du meuble (poussière de bois) et dans l'industrie des aliments et boissons (poussière de farine).

Dans les deux cas, PII et PSSE, les interventions des équipes de santé au travail se ressemblent. Il y a d'abord une caractérisation du milieu afin de

déterminer le risque pour la santé des travailleurs. Ensuite, les employeurs sont informés des mesures qu'ils devraient prendre pour éliminer ou contrôler ce risque. De leur côté, les travailleurs sont informés des risques à la santé que représentent les agresseurs présents, du processus de développement de la maladie, des moyens à utiliser pour limiter leurs contacts avec les produits incluant la protection personnelle. Dans les cas d'asthme, comme il y a une période de latence, les travailleurs sont informés des symptômes à surveiller et un autoquestionnaire leur est distribué. Il leur est recommandé de contacter l'équipe de santé au travail du CLSC s'ils manifestent des symptômes pouvant être reliés à un asthme professionnel afin de procéder à des examens de santé, si nécessaire, pour permettre le diagnostic d'asthme professionnel.

À VOS AGENDAS

Juillet 2004

19 au 25 : Semaine de la prévention de la noyade

Août 2004

12 : Journée internationale de la jeunesse

Septembre 2004

16 : Journée internationale de la protection de la couche d'ozone
21 : Journée mondiale de l'Alzheimer

Octobre 2004

Mois de sensibilisation au cancer du sein

1^{er} : Journée internationale pour les personnes âgées

1^{er} au 7 : Semaine nationale de l'allaitement maternel

10 : Journée mondiale de la santé mentale

16 : Journée mondiale de l'alimentation

17 : Journée internationale pour l'élimination de la pauvreté

COMITÉ DE RÉDACTION

Éditeur : Jocelyne Sauvé

Éditrice adjointe : Ginette Lafontaine

Rédactrice en chef : Marie-Josée Guilbault

Rédacteurs-collaborateurs : Paul Berger, Andrée Brunet, Claude Cornellier, Geneviève Gravel, Agathe Lagacé,

Ginette Lagarde, Josée Massicotte, Serge Moisan,

Julie Picard, Yolaine Rioux, Yves Sauvageau, Jocelyne Sauvé,

Mathieu Valcke, Christian Viens

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

Tél.: 450-928-6777 / www.rrsss16.gouv.qc.ca