

Plan d'action local de santé publique 2012-2015



TABLE DES MATIÈRES

Sommaire

| | |
|---|----|
| LISTE DES ACRONYMES | 3 |
| Mot du directeur général..... | 5 |
| INTRODUCTION..... | 6 |
| Déterminants de l'état de santé | 9 |
| État de santé de la population de la Matapédia..... | 11 |
| Critères de priorisation des activités à consolider..... | 14 |
| La structure du plan d'action local en santé publique | 15 |
| Orientation 1 : Des enfants qui naissent et se développent en santé..... | 20 |
| Orientation 2 : Des jeunes qui grandissent en santé et réussissent leurs apprentissages scolaires | 26 |
| Orientation 3 : Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces contre la santé | 35 |
| Volet : Programme de prévention et contrôle des infections | 35 |
| Volet : Activités de prévention liées à l'immunisation | 46 |
| Volet : ITSS | 51 |
| Orientation 4 : Un système de santé qui agit aussi à prévenir la maladie chronique pour vivre et vieillir en santé..... | 56 |
| Orientation 5 : Un système qui recherche le mieux-être de sa population et qui travaille à la réduction des problèmes psychosociaux pour vivre et vieillir en santé..... | 69 |
| Orientation 6 : Un système qui agit sur les environnements, la promotion des saines habitudes de vie et l'autonomie des personnes pour vivre et vieillir en santé | 74 |
| Bibliographie :..... | 79 |

LISTE DES ACRONYMES

| | |
|----------------|--|
| AEOR | Accueil, évaluation, orientation et référence |
| AÉS | Approche des écoles en santé |
| AIPI | Association des infirmières en prévention des infections |
| AMV | Aide-maison Vallée |
| ASSS | Agence de santé et de services sociaux |
| BPCO | Broncho-pneumopathie chronique obstructive |
| BSL | Bas St-Laurent |
| c.d | Courte durée |
| CAMEF | Comité action matapédia en forme |
| CAT | Centre d'arrêt tabagique |
| CDC | Corporation de développement communautaire |
| CHSLD | Centre d'hébergement et de soins de longue durée |
| CJ | Centre jeunesse |
| COSMOSS | Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé, Scolarisé et en Santé |
| CPE | Centre de la petite enfance nb |
| CPI | Comité prévention des infections |
| CSSS | Centre de santé et de services sociaux |
| DACD | Diarrhée associée à Clostridium difficile |
| DEP-ADO | Outils de dépistage des toxicomanies auprès de la clientèle adolescente |
| DSP | Direction de la santé publique |
| ERV | Staphylococcus aureus résistant à la Vancomycine |
| FPT | Formation professionnelle et technique |
| IMC | Indice de masse corporel |
| INSQ | Institut national de santé publique du Québec |
| ITSS | Infection transmissible sexuellement et par le sang |
| MADA | Municipalité amis des aînés |
| MADO | Maladies à déclaration obligatoire |
| MELS | Ministère de l'Éducation du loisir et du sport |
| MESS | Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale |
| MPOC | Maladie pulmonaire obstructive chronique |
| MRC | Municipalité régionale de comté |
| MSSS | Ministère de la santé et des Services sociaux |
| NOSOKOS | Logiciel information pour la gestion des infections nosocomiales |
| OLO | Œuf Lait Orange |
| OMH | Office municipal d'habitation |
| PAL | Plan d'action local |
| PAR | Plan d'action régional |
| PCI | Programme de contrôle des infections |
| PCIN | Prévention et contrôle des infections nosocomiales |
| PCP | Pratiques cliniques préventives |
| PECH | Programme éducatif canadien sur l'hypertension |
| PEFSAD | Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestiques |

| | |
|------------------|---|
| PIED | Programme intégré d'équilibre dynamique |
| PIF jaune | Programme d'intervention feu jaune |
| PIQ | Protocole d'immunisation du Québec |
| PNSP | Programme national de santé publique |
| Qc | Québec |
| RDM | Retraitement des dispositifs médicaux |
| RH | Ressources humaines |
| RI | Ressource intermédiaire |
| RLS | Réseau local de services |
| RP | Ressource privée |
| RSI | Réseau service intégré |
| RSIPA | Réseau de services intégrés aux personnes âgées |
| RTP | Ressource de type familiale |
| SAD | Soutien à domicile |
| SARM | Staphylococcus aureus résistant à la Méthicilline |
| SEPRS | Suivi étroit en prévention risque suicidaire |
| SHV | Saines habitudes de vie |
| SIDEP | Services intégrés de dépistage et de prévention |
| SIPPE | Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance |
| SPIJ | Service de psychiatrie infantile et juvénile |
| TRPIN | Table régionale en prévention des infections nosocomiales |
| UDI | Utilisateur de drogue injectable |
| VES | Vieillir en santé |

Mot du directeur général

L'élaboration du plan d'action local en santé publique 2012-2015 du CSSS de La Matapédia marque une étape importante vers l'amélioration de la santé et du mieux-être de la collectivité.

La mise en œuvre de ce plan d'action local permettra aux divers partenaires intersectoriels de collaborer activement vers l'atteinte d'objectifs communs.

Les organisations de santé et de services sociaux doivent assumer un leadership local afin de partager avec les partenaires la responsabilité et l'imputabilité découlant du concept de la responsabilité populationnelle.

L'appropriation de cette responsabilité partagée commande une détermination concertée des priorités à retenir relativement aux actions requises permettant d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et ainsi répondre aux besoins exprimés et non exprimés de la population.

Dans La Matapédia, nous avons choisi d'intégrer le plan d'action local en santé publique à l'intérieur de l'approche Vieillir en santé. Nos actions porteront donc vers des objectifs de résultats permettant de rejoindre la population de 0 à 100 ans.

L'actualisation du plan d'action local en santé publique sera sous la gouverne de la direction des soins infirmiers et de la santé publique du CSSS de La Matapédia qui verra à assurer les liaisons nécessaires et l'atteinte des résultats ciblés.

En terminant, il est de plus en plus évident et nécessaire d'investir en promotion et prévention de la santé afin de permettre à notre population de naître, grandir et vieillir en santé. Ce changement de cap contribuera à l'amélioration de la qualité de vie de notre population.

Alain Paquet
Directeur général
CSSS de La Matapédia

INTRODUCTION

C'est avec plaisir que le Centre de santé et des services sociaux de La Matapédia présente son plan d'action en santé publique 2012 - 2015 (PAL). Le plan d'action local a été élaboré avec la collaboration des gestionnaires et intervenants du CSSS de La Matapédia, ainsi qu'avec les principaux partenaires intersectoriels du milieu.

Bien que plusieurs activités retenues pour l'offre de service soient a priori déjà définies par le plan d'action régionale de santé publique (PAR), les déterminants et l'état de santé de notre population commandent la priorisation de ces activités. Ainsi, le plan d'action local de santé publique s'avère une opportunité privilégiée pour mettre en valeur le portrait de santé de la Matapédia, pour identifier les zones de favorisation et d'inégalités sociales, pour faire l'inventaire des activités que l'on réalise et celles qui sont à réaliser, pour prioriser les actions en développant une approche planifiée et mesurable, et consolider le partenariat déjà présent et fort dans la région, dans l'optique d'un mieux-être pour notre population.

Nous sommes d'avis que l'utilisateur, sa famille et les aidants naturels doivent obtenir le support et l'expertise nécessaires pour mieux assurer leurs propres choix en matière de santé, tout en considérant qu'il est impératif de reconnaître la pleine autonomie de décision de l'utilisateur quant à sa propre santé. Ainsi, l'ensemble des activités du plan d'action local de santé publique 2012-2015 pour la Matapédia doit favoriser l'appropriation du pouvoir d'agir par les citoyens et par les collectivités.

Le CSSS de La Matapédia tient à rappeler l'importance des actions des différents partenaires en vue d'agir sur les déterminants de la santé, afin que chacun, dans ses secteurs d'activité, travaille pour l'amélioration des différents milieux de vie des Matapédiens. À cet effet, plusieurs activités sont assurées par des organismes, traduisant ainsi le partenariat bien développé dans notre région. Cependant, le CSSS de La Matapédia doit s'impliquer dans chacune de ces activités et contribuer à leur réalisation.

Finalement, le CSSS de La Matapédia, tout comme l'agence de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent, s'engage à relever les défis et à mettre en place les conditions favorables identifiées pour la mise en œuvre du PAR et du PAL qui ont pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé, de renforcer la concertation intersectorielle, d'améliorer l'arrimage entre les paliers régionaux et locaux, d'intégrer les pratiques cliniques préventives et d'optimiser les ressources humaines et financières.

Ce qu'est le PAL (Plan local en santé publique)

Le PAL définit les activités de santé publique que le CSSS La Matapédia s'engage à réaliser ou à soutenir selon le cas durant la période 2012-2015 pour atteindre les objectifs socio sanitaires régionaux et ainsi contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population . Il définit aussi les stratégies d'action à compter des quelles plusieurs activités seront mises en œuvre dans les prochaines années. Voici quelques précisions sur les activités de la santé publique selon le MSSS, 2008 :

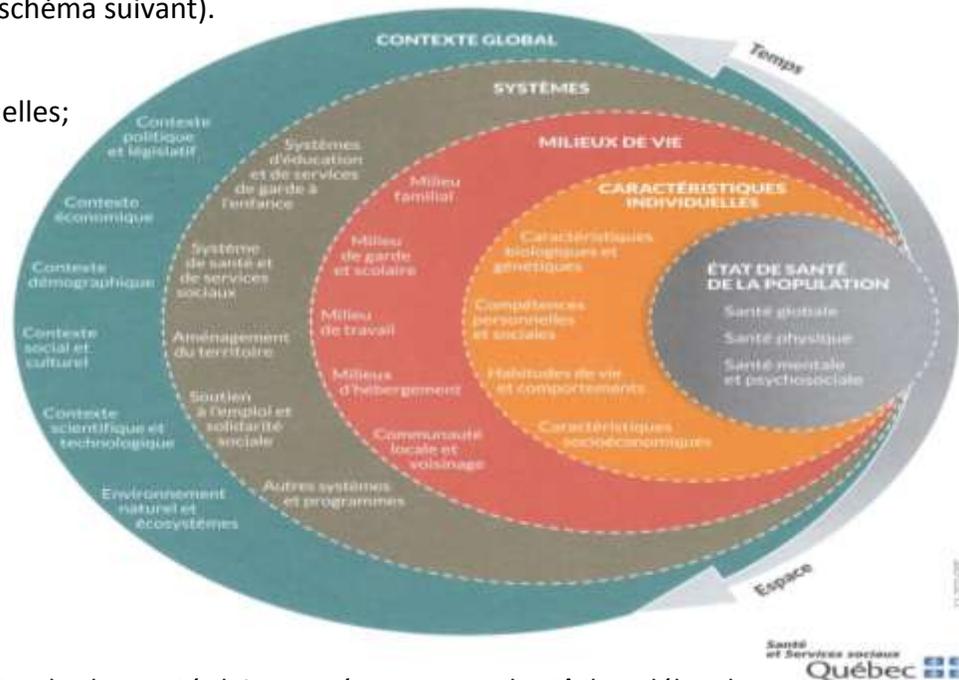
- Les activités de **promotion** de la santé qui consistent à influencer ou renforcer les déterminants de la santé afin de permettre aux individus et aux collectivités d'avoir un plus grand pouvoir sur leur vie (ex : campagne de communication sociétale, activités de sensibilisation et d'information sur les saines habitudes de vie, soutien d'initiatives visant la création d'environnement favorable à la santé).
- Les activités de **prévention** des problèmes de santé et de bien-être qui consistent à réduire les facteurs de risque ou de vulnérabilité associés aux problèmes de santé et de bien-être afin de prévenir ou diminuer la survenue de ces problèmes dans la population (ex : accompagnement des familles vulnérables en postnatal, counselling concernant l'abandon du tabagisme). Les activités de **prévention** regroupent aussi des activités qui visent à détecter le plus tôt possible les problèmes de santé et de bien-être (dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans, identification précoce de la violence conjugale).
- Les activités de **protection** de la santé qui consistent à intervenir auprès d'individus, de groupes ou de toute la population en cas de menace, réelle ou appréhendée, pour la santé afin de contrer ou de lever la menace à la santé.

Les composantes de la carte de la santé et de ses déterminants (MSSS 2012)

La carte de la santé et de ses déterminants comprend quatre champs déployés en cercles concentriques autour de l'élément central, auquel ils contribuent : l'état de santé de la population (voir le schéma suivant).

Ces quatre champs sont :

- les caractéristiques individuelles;
- les milieux de vie;
- les systèmes;
- le contexte global.



La diversité des déterminants de la santé laisse présager que la tâche déborde largement le champ des services de santé. À l'évidence, il s'agit plutôt d'une action qui repose sur l'engagement de plusieurs acteurs : les élus, les administrateurs, les gestionnaires, les professionnels et les intervenants qui travaillent dans différents secteurs d'activité ainsi que les citoyens sensibilisés à la question.

Pourquoi l'engagement de ces acteurs est-il important ? Au-delà de la taille de l'enjeu et de la noblesse de l'objectif, les efforts consacrés à l'amélioration de la santé de la population s'avèrent un investissement pour tous les secteurs d'activité : une population en bonne santé constitue la base d'une société dynamique au sein de laquelle tous les individus peuvent exploiter leur plein potentiel et contribuer au développement collectif.

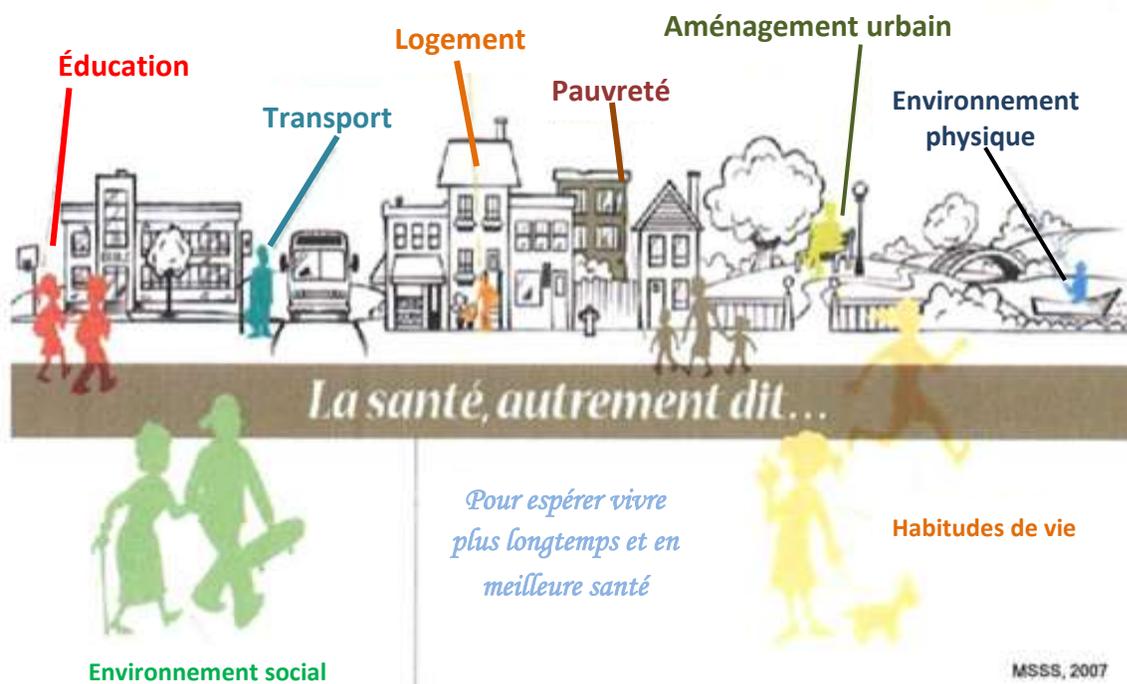
La carte de la santé et de ses déterminants ne fournit pas de mode d'emploi pour améliorer la santé de la population. Elle regroupe plutôt les divers déterminants à prendre en compte. La liste est imposante, la santé étant un domaine complexe qui a de multiples ramifications. L'élu, l'administrateur, le gestionnaire, le professionnel, l'intervenant, le citoyen, chacun aura à choisir les déterminants qui sont pertinents au regard de son secteur d'activité, de son projet ou de son intervention. Il sera ainsi en mesure de mieux tenir compte des effets de ses actions sur la santé de la population.

Ce faisant, l'amélioration de la santé deviendra un objectif partagé plus largement par tous ceux qui peuvent y contribuer, chacun à sa manière et ensemble. C'est là une première garantie de succès.

Voici les principaux déterminants du réseau matapédien en comparaison de celui de la région du Bas-St-Laurent et de la province du Québec selon les fiches socio sanitaires de la dernière mise à jour du 13 février 2013, produit par l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent :

| Déterminants de l'état de santé | | | | | |
|--|----------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|
| État de santé | MRC Matapédia | MRC Matapédia (%) | Bas-St-Laurent | Bas-St-Laurent (%) | Province Québec (%) |
| Indicateurs socioéconomiques | | | | | |
| Taux d'emploi (15 ans et plus) | 7 150 | 45,4 | 89 485 | 53,8 | 60,4 |
| Niveau de scolarité – plus haut certificat, diplôme ou grade (25 à 64 ans) | | | | | |
| • Aucun certificat, diplôme ou grade | 2 805 | 26,7 | 24 410 | 21,9 | 17,1 |
| • Diplôme d'études secondaires | 2 160 | 20,6 | 22 165 | 19,9 | 21,1 |
| • Certificat ou diplôme d'apprenti ou d'une école de métiers | 2 825 | 26,9 | 25 665 | 23,0 | 18,1 |
| • Certificat ou diplôme d'un collège ou d'un cégep | 1 535 | 14,6 | 19 815 | 17,8 | 17,5 |
| • Certificat, diplôme ou grade universitaire | 1 170 | 11,1 | 19 465 | 17,5 | 26,2 |
| Familles vivant sous le seuil du faible revenu (2009) | - | 9,5 | - | 6,9 | 9,8 |
| Revenu moyen des ménages en 2005 | 42 647 \$ | - | - | 48 503 \$ | 58 954 \$ |
| Revenu personnel disponible (après impôts) en 2011 | 20 374 \$ | | | 22 345 \$ | 25 646 \$ |
| Habitudes de vie et comportements | | | | | |
| Excès de poids (IMC = 25,0 à 29,9, 18 ans et plus) | 5 389 | 34,7 | 55 727 | 33,9 | 32,8 |
| Fumeurs réguliers et occasionnels | 3 510 | 20,9 | 38 620 | 22,1 | 24,4 |
| Prise de 5 consommations d'alcool ou plus au cours de la même occasion, 12 fois ou plus, pendant l'année ayant précédé l'enquête (buveurs réguliers et occasionnels) | 2 699 | 21,0 | 26 728 | 19,0 | 20,5 |
| Alimentation saine, consommation fruits/légumes soit 5 fois ou plus par jour | | 52 | | 52 | 52 |
| Accès à un médecin de famille | | 80 | | 84 | 74 |

Déterminants sociaux de la santé



<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/documentation/2006/06-245-02.pdf>

| Population | RLS(n) | RLS (%) | BSL (N) | BSL (%) | QC (%) |
|--------------------------|--------|---------|---------|---------|--------|
| 0-17 ans | 3 355 | 17.9 | 34 062 | 16.9 | 19 |
| 12-17 ans | 1 190 | 6.4 | 11 866 | 5.9 | 6.5 |
| 18-64 ans | 11 693 | 62.5 | 126 667 | 62.9 | 64.8 |
| 12 ans et plus | 16 551 | 88.4 | 179 140 | 89 | 87.5 |
| 65 ans et plus | 3 668 | 19.6 | 40 607 | 20.2 | 16.2 |
| 75 ans et plus | 1 693 | 9 | 18 231 | 9.1 | 7.2 |
| 0-4 ans | 888 | 4.7 | 9 474 | 4.7 | 5.5 |
| 5-9 ans | 911 | 4.9 | 9 122 | 4.5 | 5 |
| 10-19 ans | 2 008 | 10.7 | 19 990 | 9.9 | 11 |
| 20-29 ans | 1 963 | 10.5 | 22 293 | 11.1 | 12.8 |
| 30-39 ans | 1 869 | 10 | 22 000 | 10.9 | 13.6 |
| 40-49 ans | 2 362 | 12.6 | 25 331 | 12.6 | 14.1 |
| 50-64 ans | 5 047 | 27 | 52 519 | 26.1 | 21.7 |
| 65-74 ans | 1 975 | 10.6 | 22 376 | 11.1 | 9.1 |
| 75-84 ans | 1 174 | 6.3 | 12 507 | 6.2 | 5.1 |
| 85 ans et plus | 519 | 2.8 | 5 724 | 2.8 | 2.1 |
| Population totale (2012) | 18 716 | 100 | 201 336 | 100 | 100 |
| Naissances (2010) | 173 | | 1 878 | | 88 436 |
| Décès (2009) | 199 | | 1 886 | | 58 043 |

État de santé de la population de la Matapédia

| État de santé de la population (Réseau local de service) | | | | | |
|---|------------------|-------------------------|--------------------|---------------------------|---------------------------|
| État de santé | MRC Matapédia | MRC Matapédia (%) | Bas-St- Laurent | Bas-St- Laurent (%) | Province Québec (%) |
| Espérance de vie à la naissance (ans) 2007-2009 | 79,6 | - | 81,0 | - | 81,1 |
| Personnes souffrant d'obésité (IMC >= 30,0, 18 ans et plus) | 2 423 | 15,6 | 22 028 | 13,4 | 14,4 |
| Personnes ayant une incapacité (tous les âges) | 2 490 | 13,4 | 24 555 | 12,8 | 12,7 |
| Taux de victime avec blessure graves ou mortelles sur le réseau routier (taux brut annuel sur 10 000 habitants) | 10 | 5,3 | 77 | 3,8 | 2,5 |
| Enfants de 5 ans à risque élevé de développer la carie dentaire en dentition primaire/enfants dépistés | 31 | 24,2% | 264 | 15,5% | - |
| Enfants de 5 ans ayant expérimenté la carie dentaire en dentition primaire/enfants dépistés | 45 | 35,2% | 408 | 23,9% | - |
| Consultation d'un dentiste/orthodontiste (12 ans et +, 12 derniers mois) | | 41,0% | | 48,1% | 57,6% |
| Données sur les problèmes de santé et maladies chroniques | | | | | |
| Nouveaux cas de cancer (taux ajusté annuel moyen sur 100 000 hab.) | | | | | |
| Indice du cancer du sein (moyenne de 2006 à 2008) | 16 | 154,7 | 175 | 147,4 | 138,9 |
| Indice du cancer du poumon (moyenne de 2006 à 2008) | 30 | 128,4 | 227 | 94,4 | 95,5 |
| Indice du cancer de la prostate (moyenne de 2006 à 2008) | 11 | *102,7 | 112 | 101,3 | 122,4 |
| Indice du cancer colorectal (moyenne de 2006 à 2008) | 14 | 59,4 | 183 | 75,3 | 69,7 |
| Maladies chroniques | | | | | |
| Prévalence des maladies cardiaques | 1 120 | *6,7 | 11 880 | 6,8 | 5,1 |
| Prévalence du diabète (20 ans ou plus) | 1 239 | 6,8 | 12 446 | 6,3 | 7,6 |
| Prévalence de l'emphysème, bronchite chronique et BPCO | 780 | *4,7 | 6 010 | 3,5 | 3,3 |
| Prévalence de l'hypertension | 3 060 | 18,3% | 32 810 | 18,8% | 15,1% |
| Prévalence de l'arthrite/rhumatisme | 2 450 | 14,6% | 28 020 | 16,1% | 14,1% |

| Données sur la périnatalité, l'allaitement et la jeunesse | | | | | |
|---|----------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|
| Données | MRC Matapédia | MRC Matapédia (%) | Bas-St-Laurent | Bas-St-Laurent (%) | Province Québec (%) |
| Périnatalité | | | | | |
| Naissance de faible poids (< 2500 g) | 7 | 4,0 | 96 | 5,1 | 5,7 |
| Naissance prématurée (< 37 semaines) | 13 | 7,5 | 134 | 7,1 | 7,2 |
| Allaitement | | | | | |
| Allaitement lors du séjour au service de maternité | - | 81,6 | - | 85,3 | - |
| Allaitement à la sortie du service de maternité | - | 75,4 | - | 77,4 | - |
| Jeunesse | | | | | |
| Taux de diplomation au secondaire après 7 ans, cohorte de 2003-2004 chez les moins de 20 ans (réseau public 2010) | - | 65,1 | - | 69,4 | 67,9 |
| Masculin | - | 53,1 | | 61,8 | 61,1 |
| Féminin | - | 77,0 | | 77,6 | 75,2 |
| <i>Protection de la jeunesse</i> | | | | | |
| Signalements reçus / Total jeunes 0-17 ans | 218 | 6,5 | 2 038 | 6,0 | 5,1 |
| Jeunes suivis à l'application des mesures/Total jeunes 0-17 ans | 98 | 2,9 | 640 | 1,9 | 1,4 |

Données sur la santé mentale et la santé physique

| Santé mentale | | | | | |
|---|--------|--------|---------|--------|--------|
| Personnes satisfaites ou très satisfaites de leur vie en général | - | 94,9 % | - | 94,4 % | 92,9 % |
| Taux ajusté d'hospitalisation c.d. : troubles mentaux (sur 100 000 hab.) | | 757,3 | - | 656,5 | 524 |
| Taux ajusté d'hospitalisation c.d. : suicide (sur 100 000 hab.) | - | *25,9 | - | 48,7 | 29,4 |
| Taux de décès par suicide (sur 100 000 hab.) | 25,1 | | 21 | | 15,2 |
| Santé physique | | | | | |
| Visites à l'urgence (nombre et rapport sur population totale (2011-2012)) | 20 584 | 1,1 | 169 709 | 0,8 | - |
| Taux ajusté d'hospitalisation de courte durée, toutes causes | - | 10,7 | - | 8,7 | 7,6 |
| Durée moyenne de séjour de courte durée santé physique | 5,7 | | 7,2 | | 8,2 |
| Personnes en attente d'hébergement en CHSLD (au 09/02/13) | 1 | - | 37 | - | - |
| Personnes en attente d'hébergement en RI (au 31/03/12) | 5 | - | 59 | - | - |
| Personnes en attente d'hébergement en RTF (au 31/03/12) | 0 | - | 0 | - | - |

Données sur les personnes âgées

| Données | MRC Matapédia | MRC Matapédia (%) | Bas-St- Laurent | Bas-St- Laurent (%) | Province Québec (%) |
|--|------------------|-------------------------|--------------------|---------------------------|---------------------------|
| Personnes de 65 ans et plus | | | | | |
| Personnes recevant le supplément de revenu garanti (paiements actifs) | 2 524 | 71 | 22 951 | 58,6 | 44,6 |
| Personnes ayant bénéficié du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) | 428 | 11,7 | 4 425 | 10,9 | - |
| Personnes de 75 ans et plus | | | | | |
| Personnes vivant en ménages privés | 1 255 | 76,5 | 12 315 | 73,3 | 82,8 |
| Mortalité prématurée chez les moins de 75 ans | | | | | |
| Tumeurs (moyenne pour 2007 à 2009) | 27 | 39,1 | 286 | 44,8 | 45,2 |
| Appareil circulatoire (moyenne pour 2007 à 2009) | 15 | 21,7 | 120 | 18,8 | 19,5 |
| Traumatismes non intentionnels (moyenne pour 2007 à 2009) | 7 | 10,1 | 42 | 6,6 | 5,2 |

Critères de priorisation des activités à consolider

Selon la planification stratégique du MSSS et de l'ASSS, 85 % des activités du PNSP devront être implantées au Bas-Saint-Laurent d'ici 2015. En 2009, 79 % de ces activités étaient implantées. Pour identifier les activités qui nécessitent des efforts d'implantation supplémentaires et pour déployer efficacement les énergies et les investissements, une priorisation a été réalisée selon des critères de sélection :

Voici les 10 CHAMPS D'ACTIVITÉ À CONSOLIDER ENTRE 2012 ET 2015 selon le plan d'action régional de santé publique du Bas-Saint-Laurent.

Pour toute la population :

1. Soutien aux saines habitudes de vie;
2. Soutien aux initiatives en transport actif sécuritaire, particulièrement en milieux urbains;
3. Prévention des chutes;
4. Prévention du suicide;
5. Prévention des dépendances et de la surconsommation de médicaments psychotropes;
6. Lutte aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et service de santé sexuelle;
7. Couverture vaccinale;
8. Lutte aux infections nosocomiales.

Pour les femmes enceintes, nouveau-nés, enfants et adolescents

Promotion de la santé et prévention de la maladie :

9. En périnatalité (Initiative des amis des bébés et SIPPE);
10. En milieu scolaire (approche École en santé).

La structure du plan d'action local en santé publique

LE CONCEPT « NAÎTRE, GRANDIR ET VIEILLIR EN SANTÉ » (0-100 ans)

Le vieillissement en bonne santé de notre société québécoise est la preuve des progrès immenses en termes d'amélioration des conditions de vie et de découvertes scientifiques. Comme société, nous avons donc la responsabilité d'offrir à la population toutes les opportunités qui lui permettront de naître, grandir et vieillir en santé. À cet égard, le réseau de la santé est un acteur de premier plan, non seulement dans son rôle de dispensateur de soins et services, mais aussi en tant que leader de la mobilisation des partenaires intersectoriels dont les actions ont un impact déterminant sur la santé.

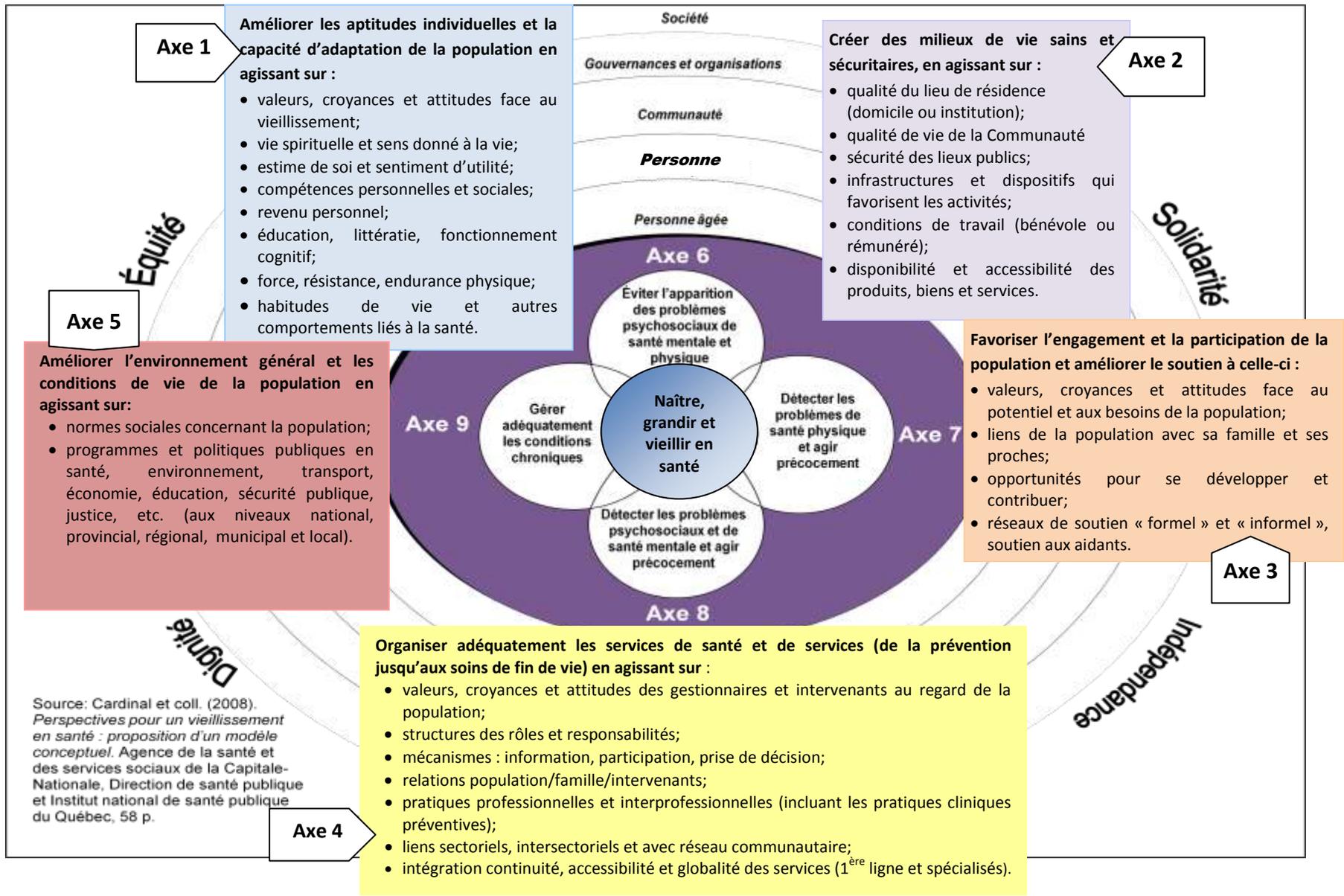
Il est urgent de se donner une vision d'ensemble des besoins et des moyens d'agir favoriser un vieillissement en santé. C'est un moyen d'accroître la qualité de vie, le sentiment d'appartenance et l'implication par et pour tous les groupes d'âge. La promotion de la santé et la prévention auprès de notre population peuvent être rentables au plan social et économique.

« Le concept du vieillissement en santé largement emprunté de Santé Canada (2001) au départ conçu pour les personnes de 50 ans et plus, repris par notre milieu Matapédien comme un concept **naître, grandir et vieillir en santé** qui désigne « un processus permanent d'optimisation des possibilités permettant aux individus et leurs proches d'améliorer et de préserver leur santé et leur bien-être physique, social et mental, et de conserver leur autonomie et leur qualité de vie, tout en favorisant les transitions harmonieuses entre les différentes étapes de leur vie ». Cette notion vise toutes les personnes, en bonne santé ou non, avec ou sans limites ou incapacités. Les termes « optimisation des possibilités » sont fondamentaux dans la définition retenue. L'optimisation signifie donner le rendement le plus favorable possible, en créant les conditions nécessaires ou en tirant le meilleur parti possible des conditions existantes. Le concept Vieillir en santé est également dynamique puisqu'il réfère à une situation qui évolue dans le temps, tant pour les personnes que pour leur environnement. Les capacités d'adaptation de toutes les personnes à un environnement changeant sont continuellement sollicitées, et d'autant plus chez les personnes âgées où des changements importants se suivent à un rythme accéléré.

Le modèle conceptuel propose neuf grands axes d'intervention (voir figure page 16). Cinq d'entre eux (au pourtour du modèle dans les encadrés) sont définis selon une perspective d'action sur les grands déterminants de la santé. Ils influencent la santé et la qualité de vie de toutes individus, quel que soit leur niveau de santé, la présence ou non de maladies, d'incapacités ou de problèmes. Quatre autres axes, regroupés au centre dans les cercles, sont élaborés selon une logique de prévention des problèmes spécifiques vécus par les personnes. Ces neuf axes vont donc, d'une part, dans le sens de créer des conditions favorables à la meilleure santé et qualité de vie possibles et, d'autre part, dans celui de se préoccuper de problématiques plus spécifiques qui demandent des réponses tout aussi spécifiques.

Chacun des axes se décline en un certain nombre d'éléments qui sont autant d'objets ou de thématiques représentant des possibilités d'actions plus concrètes et souvent plus spécifiques ou adaptées pour les personnes.

Dans la Matapédia : Perspectives pour naître, grandir et vieillir en santé : un modèle conceptuel 0-100 ans



En bref, le modèle « Vieillessement en santé (VES) ou plutôt naître, grandir et vieillir en santé » vise à :

- Faire ressortir le caractère multifactoriel et multisectoriel de la santé et du bien-être de la population
- Présenter des axes d'intervention collectivement exhaustifs, qui interagissent et se complètent.
- Soutenir et partager l'application de la responsabilité populationnelle.
- Assumer l'obligation de protéger et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné :
- Rendre accessible un ensemble de services sociaux et de santé répondant de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population.
- Agir en amont, sur les déterminants de la santé.
- Favoriser la collaboration des organisations publiques et communautaires des divers secteurs, les établissements privés de santé et les partenaires sociaux économiques du territoire local ou régional.

Le CSSS de La Matapédia joue un rôle important à titre de leader du réseau local de partenaires sectoriels et intersectoriels qui, ensemble, ont les leviers nécessaires pour maintenir et améliorer de la santé et du bien-être de leur population. L'exercice d'un leadership respectueux de la part du CSSS à l'égard le leadership du CSSS, respectueux des contributions et des missions respectives des partenaires, est une condition gagnante indéniable au plan local pour mettre en place davantage d'actions de promotion de la santé et intégrer le développement des communautés.

Le modèle utilisé identifie des axes d'intervention pour l'ensemble des besoins de santé et de bien-être et non uniquement les habitudes de vie saines, mais aussi sur la participation sociale, les milieux de vie de proximité et les politiques favorables à la santé. Ce qui permet d'illustrer **un continuum de services** (allant des interventions en promotion de la santé, en prévention, curatives et de réadaptation jusqu'aux soins de fin de vie).

Le CSSS déploie son plan d'action local en santé publique en tenant compte de six orientations représentatives de la réalité populationnelle selon un concept de naître, grandir et vieillir en santé (0-100 ans).

Orientations :

1. Des enfants qui naissent et se développent en santé
2. Des jeunes qui grandissent en santé et réussissent leurs apprentissages scolaires
3. Une population vaccinée et protégée des infections et des menaces contre la santé
4. Un système de santé qui agit aussi pour prévenir la maladie chronique pour vivre et vieillir en santé
5. Un système qui recherche le mieux-être de sa population et qui travaille à la réduction des problèmes psychosociaux pour vivre et vieillir en santé

6. Un système qui agit sur les environnements, la promotion des saines habitudes de vie et l'autonomie des personnes pour vivre et vieillir en santé

Pour supporter l'actualisation des orientations énoncées, deux **stratégies transversales** seront considérées soit :

1. Le développement des communautés et actions intersectorielles

Le développement des communautés représente une stratégie d'action collective en santé publique qui vise à favoriser l'empowerment des personnes et des communautés ainsi que la cohésion de ces dernières afin d'avoir un impact sur la distribution inéquitable des déterminants sociaux de la santé. Cette stratégie se présente comme complément aux autres approches en santé publique qui permettent l'amélioration de la santé de la population en général. Puis que les déterminants de la santé débordent, très largement le seul univers de la mission d'intérêt public du système de services sociaux et de la santé, une action efficace sur les déterminants de la santé requiert très souvent la collaboration entre divers secteurs d'activités.

Le constat fait maintenant l'unanimité : pour agir sur la santé et le bien-être de la population et appuyer le développement des communautés, l'engagement des acteurs de plusieurs secteurs d'activité est indispensable. C'est ce qu'on appelle l'action intersectorielle.

2. Les pratiques cliniques préventives (PCP)

Les pratiques cliniques préventives sont des interventions réalisées par des cliniciens de première ligne dans le cadre d'une consultation individuelle avec un client. Les pratiques cliniques préventives en santé publique regroupent les mesures suivantes :

- Le **counselling** sur les habitudes de vie et autres comportements favorables à la santé (ex. : counselling concernant l'abandon du tabagisme, counselling sur les méthodes de contraception auprès des adolescents sexuellement actifs).
- Le **dépistage** de problèmes de santé et de bien-être chez des personnes asymptomatiques (ex. : dépistage du cancer du col utérin par le test de Pap) et la **détection précoce** de problèmes de santé et de bien-être chez des personnes présentant divers symptômes ou signes avant-coureurs (ex. : identification précoce de la violence conjugale, détection des signes avant-coureurs de la dépression).
- **L'immunisation.**

- La **chimio prophylaxie**, c'est-à-dire prescription d'une médication à visée préventive (ex. : prescription d'antiviraux auprès des groupes à risque lors d'une pandémie d'influenza, prescription d'antipaludéens pour les personnes voyageant dans des pays où la malaria est endémique).
- Et autres **interventions individuelles à visée préventive** (ex. : application d'agents de scellement auprès des enfants à risque de carie).

La plupart des pratiques cliniques préventives en santé publique consistent à agir avant que les problèmes de santé n'apparaissent ou ne deviennent symptomatiques. La détection précoce fait exception et vise, quant à elle, à identifier le plus tôt possible les problèmes de santé de manière à intervenir le plus rapidement possible.

Le plan d'action local vise à promouvoir les gestes susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population vivant sur le territoire de la Vallée de la Matapédia. Ces actions devront s'effectuer de façon cohérente, selon une trame claire et dans un engagement collectif en faveur de la population.

Dans le plan d'action local en santé publique nous avons identifié en plus des axes d'interventions du VES d'autres éléments importants à considérer pour chaque action soit:

- L'**indicateur** de suivi;
- Précision concernant chaque action soit celle déjà amorcée donc à **poursuivre** ou à **consolider** ou encore à **développer**;
Ce qui aura pour effet de prioriser les actions en consolidation et en développement dans les deux prochaines années considérant que celles déjà en cours sont bien amorcées.
- L'**échancier** soit de façon continue (C) pour les actions en cours , ou pour délai de moyen terme (M) pour une action réalisée avant fin décembre 2014 ou à long terme (L) pour une action amorcée avant fin décembre 2015;
- Le **porteur principal** du dossier, qui aura à identifier ses partenaires.

P.S : Une révision annuelle sera planifier et partager avec l'ensemble des partenaires.

Orientation 1 : Des enfants qui naissent et se développent en santé

Les actions visent à prévenir les problématiques ou les situations évitables durant la grossesse, au moment de la naissance des tout-petits et de leur famille sur le territoire :

- Les retards de croissance, anomalies congénitales évitables;
- La morbidité et la mortalité évitable;
- L'hospitalisation des nourrissons;
- La surmorbidity et surmortalité des bébés et des enfants vivant dans un contexte de vulnérabilité, notamment : abus et négligence, hospitalisation accrue suite à des blessures et intoxication non intentionnelle, embonpoint, carie dentaire;
- Les troubles du développement cognitif, langagier, moteur ou socio-affectif.

Cibles locales en promotion et prévention de la santé

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|--|-------------------|---|--|---|------------------------------|
| OBJECTIF 1 : Optimiser les activités générales de promotion de la santé et de prévention clinique auprès des femmes enceintes (pré et postnatales) | | | | | | |
| Offre de service de proximité en prénatal en lien avec la politique de périnatalité | <u>LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ</u> | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Actualiser les orientations en périnatalité telles que définies à la politique de périnatalité 2008/2018 | 4 | Proportion(%) de naissances vivantes prématurées | P | C | Chef JEFMS |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Participer à la consolidation d'un système local d'avis de grossesse | 4 | Nombre d'avis | P | C | Chef JEFMS |
| | <u>ACTIVITÉS DE PROMOTION</u> | | | | | |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Poursuivre notre implication dans les activités grand public <ul style="list-style-type: none"> • Dans le cadre de la semaine mondiale de l'allaitement et défi allaitement avec les marraines d'allaitement • Dans le cadre de la semaine québécoise de la famille • Partenaires « Nourrisson-Lait, Maison des Familles et COSMOSS | 3 | Réalisation d'activités prévues début octobre de chaque année | D | L | Chef JEFMS |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|---|-------------------|-------------------------------------|--|---|------------------------------|
| Offre de service en prénatal en lien avec la politique de périnatalité (suite) | 2. Rendre accessible une information prénatale de qualité : <ul style="list-style-type: none"> • Encourager et soutenir l'utilisation par les parents du livre « Mieux vivre avec son enfant » • Promouvoir la participation aux cours prénataux de même que la fréquentation de la « halte allaitement » | 1 | Nombre clients rejoints | P | C | Chef JEFSM |
| | 3. Promouvoir les services de promotion et prévention disponibles au CSSS auprès des médecins et professionnels du territoire (clinique d'allaitement) | 4 | Nombre d'activités | P | C | Chef JEFSM |
| Offre de service en prénatal en lien avec la politique de périnatalité | <u>ACTIVITÉS PRÉNATALES</u> | | | | | |
| | 1. Offrir à l'ensemble des femmes enceintes et de l'autre parent en devenir du territoire du CSSS de La Matapédia des cours prénataux accessibles | 1 et 4 | % participation aux cours prénataux | P | C | Chef JEFSM |
| | 2. Explorer avec les partenaires familles de la Vallée de La Matapédia la mise en place d'une offre de services conjointe à offrir aux familles en attente d'un nouveau-né. Exemples : Moisson-Vallée, Maison des Familles et Aide-maison | 4 | | P | C | Chef JEFSM |
| | 3. Promouvoir au sein de notre établissement, des travailleurs et travailleuses et des partenaires les impacts positifs de l'engagement et l'implication paternelle. | 1 et 4 | % participation des pères | C | M | Chef JEFSM |
| 4. Promouvoir le dépistage des ITSS incluant l'offre systématique du dépistage VIH | 6 | % dépistage | C | M | Chef JEFSM | |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|--|----------------------|------------------------|--|---|---------------------------------|
| Offre de service en prénatal en lien avec la politique de périnatalité (suite) | <u>ACTIVITÉS POSTNATALES</u> 1. Maintenir l'offre de service actualisant la première visite à domicile en deçà de 72 heures après la sortie du centre hospitalier ou de la maison des naissances | 4 | Nombre visites | P | C | Chef JEFSM |
| | 2. Développer de nouvelles modalités pour rejoindre la clientèle dans le besoin qui utilise peu les services | 4 | % clientèle | C | M | Chef JEFSM |
| | 3. Consolider l'offre de service pour répondre aux besoins de soutien des parents : <ul style="list-style-type: none"> • Interventions de groupe (orthophonie, stimulation précoce, etc.) • Alimentation du nourrisson et des enfants de 1 à 5 ans | 1 et 4 | Nombre d'interventions | C | M | Chef JEFSM |
| | 4. Documenter les besoins des familles vulnérables ne correspondant pas aux critères SIPPE | 4 | Besoins identifiés | D | L | Chef JEFSM |
| | 5. Maintenir, lorsque nécessaire, une offre de services professionnels de soutien à court terme aux nouveaux parents visant à mieux outiller ces derniers et à explorer de nouvelles ressources | 4 | % clientèle | C | M | Chef JEFSM |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|--|-------------------|--|--|---|------------------------------|
| OBJECTIF 2 : Optimiser l'accessibilité aux pratiques cliniques préventives | | | | | | |
| Pratiques cliniques préventives reconnues pour la femme enceinte | 1. Offrir à toute la clientèle vulnérable (SIPPE et OLO) des suppléments alimentaires et minéralovitaminiques dès le début du suivi de grossesse incluant, au besoin, l'évaluation et le suivi nutritionnel, psychosocial et infirmier | 4 | Nombre de visites Nombre d'ententes | P | C | Chef JEFSM |
| | 2. Poursuivre une offre de services (rencontres prénatales, références à la nutritionniste) sur l'alimentation de la femme enceinte | 4 | Nombre rencontres et de références | C | M | Chef JEFSM |
| | 3. Offrir de l'information sur les thèmes suivants : allaitement, consommation d'alcool, tabac, alimentation, activités physiques, santé dentaire, immunisation, prévention des traumatismes, importance d'un suivi médical périodique, dépistage trisomie 21 | 1 et 2 | Proportion(%) de naissances vivantes prématurées | C | M | Chef JEFSM |
| La mère et le nourrisson | <u>Vaccination des nouveau-nés et enfants</u> 1. Maintenir la collaboration entre les services généraux et les infirmières du programme SIPPE pour augmenter le taux de pénétration de la vaccination chez les tout-petits, entre autres, par la vaccination des enfants de familles vulnérables | 4 | % participation | P | C | Chef JEFSM |
| | <u>Ordonnance collective</u> 2. Poursuivre le déploiement des ordonnances collectives en favorisant l'intervention combinée auprès de maman et bébé, lorsque requise | 4 | # ordonnance collective | D | L | DSISP |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|--|----------------------|------------------------------|--|---|---------------------------------------|
| OBJECTIF 3 : Augmenter le taux et la durée de l'allaitement maternel et de l'allaitement exclusif à la sortie du service de maternité | | | | | | |
| Promotion et soutien de l'allaitement | 1. Promouvoir la culture de l'allaitement auprès des parents, des intervenants et des partenaires de la communauté | 1 | Taux d'allaitements | C | M | Chef JEFMS |
| | 2. Instaurer des actions pour optimiser le déploiement d'environnements favorables à l'allaitement | 2 | Nombre d'actions déployées | C | M | Chef JEFMS |
| | 3. Poursuivre la formation continue en allaitement auprès de tous les professionnels <ul style="list-style-type: none"> • Formation/sensibilisation selon le titre d'emploi | 4 | Nombre de formations | P | C | Chef JEFMS |
| | 4. Poursuivre les activités visant l'obtention de l'accréditation « Amis des bébés » | 4 | Nombre d'activités réalisées | P | C | Chef méd. jour et hosp. |
| | 5. Recevoir l'équipe pour l'accréditation en 7-8-9 mai 2013 | 4 | Accréditation | C | M | Chef méd. jour et hosp |
| | 6. Consolider la mise en place des haltes allaitements à l'ensemble des points de services | 4 | Nombre d'haltes allaitements | C | M | Chef JEFMS |
| | 7. Poursuivre la participation aux comités locaux et régionaux en allaitement (Nourisson-Lait) | 4 | Nombre de rencontres | P | C | Chef JEFMS |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|--|-------------------|--|--|---|------------------------------|
| OBJECTIF 4 : Consolider les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité | | | | | | |
| SIPPE Services intégrés en périnatalité et petite enfance- pour les familles vulnérables (faible revenu, jeunes parents) | 1. Rejoindre les mères éligibles au programme SIPPE et assurer le suivi recommandé au cadre de référence | 4 | % participation | P | C | Chef JEFMS |
| | 2. Offrir un suivi à la mère, à son enfant et son entourage à partir de la 12 ^e semaine de grossesse jusqu'à l'âge de 5 ans | 4 | Nombre de mères rejointes % des mères rejointes | P | C | Chef JEFMS |
| | 3. Consolider des groupes de soutien et d'intervention pour les mères vulnérables (SIPPE) | 3 | Nombre groupes | C | M | Chef JEFMS |
| | 4. Maintenir les partenariats avec les tables de réseau et de concertation en petite enfance et développer conjointement une offre de services par le biais du programme des environnements favorables (COSMOSS) | 3 | Nombre d'ententes de partenariats conclues | P | C | Chef JEFMS |
| | 5. Assurer la formation de base SIPPE à l'ensemble des intervenants impliqués dans le programme (Santé et communautaire) Exemples : CPE, Maison des Familles | 4 | Nombre de formations | D | L | Chef JEFMS |
| | 6. Développer un réseau de soutien régional à l'ensemble des intervenants locaux en périnatalité | 4 | | P | C | Chef JEFMS |
| Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes | 1. Poursuivre la tenue de la Clinique des sièges d'auto et les activités ponctuelles de vérification des dispositifs de retenue pour les enfants dans les véhicules motorisés | 5 | Proportion de la population ayant subi des blessures | P | C | Chef JEFMS |
| | 2. Intégrer des activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile. Ex : Remise des trousse de sécurité et barrières | 4 | Taux de mortalité liés aux traumatismes | P | C | Chef JEFMS |

Orientation 2 : Des jeunes qui grandissent en santé et réussissent leurs apprentissages scolaires

Au printemps 2003, le ministère de la santé et des Services sociaux (MSSS) et le ministère de l'éducation, du loisir et du sport (MELS) signaient une nouvelle entente de complémentarité des services entre leur réseau autour d'un objectif commun : le développement des jeunes. Cette entente comporte plusieurs axes d'intervention, dont l'un porte sur la promotion de la santé et du bien-être et l'autre sur la prévention. Pour actualiser cet axe d'intervention, l'entente mise sur le développement et le déploiement d'une intervention globale et concertée en promotion et en prévention à partir de l'école. Cette intervention, qu'on nomme dorénavant « Approche École en santé » est également une des mesures retenues dans le Programme national de santé publique :

- L'approche « École en santé » réunit les préoccupations liées à l'éducation et à la santé :
 - En inscrivant la promotion de la réussite éducative, de la santé et du bien-être ainsi que la prévention des problèmes sociaux et de la santé au cœur du projet éducatif et du plan de réussite de l'école;
 - En conviant les partenaires, dont les parents, à conjuguer leurs actions de promotion et de prévention avec celles de l'école;
 - En proposant un appui à l'évolution des pratiques qui va dans le sens du renouveau pédagogique en cours, connu sous le nom de « réforme de l'éducation ».

- L'approche « École en santé » s'inspire de principes reconnus au niveau international. Celle-ci met à profit les expériences fructueuses menées dans plusieurs milieux scolaires québécois au cours des dernières années.

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|---|-------------------|------------------------------|--|---|------------------------------|
| OBJECTIF 1 : Promouvoir et soutenir l'implantation de l'approche globale et concertée École en santé (AÉS) auprès des écoles publiques du territoire de la Matapédia | | | | | | |
| Approche écoles en santé (AÉS) | 1. Maintenir une démarche de partenariat avec la Commission scolaire des Monts-et-Marées visant à : <ul style="list-style-type: none"> • Élaborer des plans d'action concertés • Maintenir des corridors de service école-CSSS visant à offrir une continuité de services aux jeunes et à leur famille • Augmenter le nombre d'écoles inscrites dans la démarche AÉS • | 3 | Entente formelle convenue | D | L | Chef JEFMS |
| | 2. Planifier des rencontres avec les directions d'école afin de présenter l'offre de services du CSSS en prévention et promotion de la santé pour les écoles visant à : <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la santé et le bien-être des jeunes de 5 à 18 ans en ciblant les écoles et leurs partenaires comme lieux privilégiés d'intervention • Développer des environnements favorables à la santé, au bien-être et à la réussite éducative des jeunes • Supporter le plan d'action déjà établi à l'école polyvalente Armand St-Onge d'Amqui • Amorcer une démarche avec les directions des écoles du secteur Est de la MRC | 4 | Nombre de rencontres tenues | D | L | Chef JEFMS |
| | 3. Participer au comité MELS (Ministère de l'Éducation, du loisir et du sport) – MSSS en regard de l'entente de complémentarité | 4 | Participation aux rencontres | C | M | Dir. adj. PAC |
| | 4. Déployer une formule de travail sur tout le territoire visant à optimiser les conditions gagnantes de concertation clinique en inter réseau | 4 | | D | L | Chef JEFMS |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|---|----------------------|--|--|---|---------------------------------------|
| Action communautaire intersectorielle | 1. Identifier un agent pivot AÉS qui participera aux tables de concertation jeunesse du territoire visant à : <ul style="list-style-type: none"> Développer une vision commune de l'approche AÉS Promouvoir l'émergence d'actions concertées | 3 | | D | L | Chef JEFSM |
| | 2. Maintenir une approche de travail concertée regroupant les différents partenaires concernés dans le réseau local (table COSMOSS). Favoriser l'émergence de projets collectifs visant l'amélioration de la santé et le bien-être des enfants du primaire et des jeunes du secondaire | 3 | | P | C | Chef JEFSM |
| Sécurité | Participer à la promotion de l'application de la norme de sécurité concernant l'aménagement des aires et des équipements de jeux | 5 | Proportion (%) de blessures dans les milieux scolaires et municipaux | C | M | Chef JEFSM |
| OBJECTIF 2 : Promouvoir et soutenir l'implantation d'une politique-cadre sur les saines habitudes de vie en milieu scolaire | | | | | | |
| Saines habitudes de vie | 1. Encourager et soutenir les écoles sur le territoire de la MRC, désireuses d'inscrire dans leur plan de réussite une démarche favorable aux saines habitudes de vie <ul style="list-style-type: none"> Maintenir et ajuster l'offre de service des infirmières scolaires et des autres professionnels en fonction des priorités d'action retenues par chacune des écoles | 4 | Proportion d'écoles qui implantent des activités favorables en SHV | D | L | Chef JEFSM |
| | 2. Déployer, avec la participation des partenaires (CAMEF) du réseau local, les connaissances sur les meilleures pratiques <ul style="list-style-type: none"> Promouvoir les pratiques exemplaires de prévention et promotion en lien avec les habitudes de vie | 3 | idem | D | L | Chef JEFSM |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|--|-------------------|--|--|---|------------------------------|
| Saines habitudes de vie (suite) | 3. Élaborer conjointement avec les partenaires un portrait des activités réalisées en promotion, prévention et protection de la santé dans les écoles publiques du territoire | 4 | Nombre d'activités | C | M | Chef JEFMS |
| | 4. Encourager les écoles et les partenaires communautaires à faire la promotion de la campagne régionale 5-30 afin d'encourager les jeunes et leur famille à manger plus de portions de fruits et légumes et à adopter un mode de vie physiquement actif | 3 | Proportion d'écoles participant à la campagne | C | M | Chef JEFMS |
| | 5. Promouvoir et ou supporter l'émergence de projets visant à optimiser le transport actif auprès des jeunes (ex: « mon école à pied, à vélo » de Vélo-Québec) | 2 | % participation en transport actif Nombre projets implantés | C | M | Chef JEFMS |
| | 6. Soutenir les écoles et la commission scolaire dans l'application et la révision de la politique alimentaire en offrant le support de nos nutritionnistes et en favorisant les partenariats entre les organismes | 5 | Proportion d'écoles où la politique alimentaire est appliquée | C | M | Chef Mal Chro |
| OBJECTIF 3: Promouvoir la santé mentale des jeunes et prévenir la détresse psychologique et la violence | | | | | | |
| Estime de soi | 1. Développer une offre de service sur l'estime de soi dans les écoles primaires et secondaires du territoire (ex. : Belle et bien dans sa peau) | 4 | Proportion des actions réalisées | D | L | Chef JEFMS |
| | 2. Soutenir l'offre de service du scolaire pour les jeunes vivants de la détresse psychologique | 4 | Nombre consultations CSSS | C | L | Chef JEFMS |
| | 3. Développer notre collaboration aux projets déployés dans les écoles sur la prévention et la lutte au phénomène de l'intimidation | 3 | % projets implantés | D | L | Chef JEFMS |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|---|-------------------|---|--|---|------------------------------|
| Clinique préventive | 1. Maintenir l'offre de service en intervention psychosociale et éducation spécialisée auprès des jeunes et leurs familles | 4 | | P | C | Chef JEFSM |
| | 2. Maintenir l'intervention de proximité (école, domicile, milieu) | 2 | Nombre d'interventions | C | M | Chef JEFSM |
| | 3. Repérer, dépister, orienter les jeunes vers les services de deuxième ligne afin d'éviter une détérioration de leur état de santé (SPIJ, Estran, CJ...) | 4 | | C | M | Chef JEFSM |
| | 4. Optimiser la pratique professionnelle en services éducatifs en regard de la nouvelle réalité de 1re ligne (dépistage, promotion, prévention au niveau scolaire) | 4 | Nombre d'activités locales de promotions réalisées | C | M | Chef JEFSM |
| OBJECTIF 4: | Consolider l'offre de services de l'hygiéniste dentaire dans toutes les écoles afin de réduire de 50 % les problèmes de carie chez les enfants de 6 à 12 ans | | | | | |
| Mise en œuvre des activités du plan d'action régional en santé dentaire | 1. Démarche de dépistage en maternelle et 3 ^e année <ul style="list-style-type: none"> Processus de référence aux professionnels requis Sélectionner les enfants admissibles au suivi préventif individualisé (critère régional) | 4 | | P | C | Chef JEFSM |
| | 2. Mesures préventives efficaces <ul style="list-style-type: none"> Technique de fluorisation qui est à harmoniser Application d'agents de scellement de puits et fissures | 4 | % d'applications | C | M | Chef JEFSM |
| | 3. Démarche d'information sur l'importance de la prévention en santé dentaire <ul style="list-style-type: none"> Tenue d'activités d'éducation à la santé (brossage des dents, collations saines) Écriture d'articles promotionnels | 1 | Proportion (%) de la population selon la fréquence du brossage des dents et de la soie dentaire | P | C | Chef JEFSM |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|---|-------------------|--------------------------------------|--|---|------------------------------|
| | 4. Demeurer en lien avec le Comité régional de santé dentaire de l'agence visant un meilleur arrimage entre les activités du plan d'action régional et des plans d'action locaux de santé publique, mais également un meilleur soutien de ces activités | 4 | Nombre d'activités réalisées | P | C | Chef JEFMS |
| OBJECTIF 5: Augmenter la proportion de jeunes qui adoptent des comportements sexuels sains et sécuritaires | | | | | | |
| Relations amoureuses des jeunes | 1. Collaborer à la promotion Sexualité saine en partenariat avec les milieux scolaires | 4 | | C | L | Chef JEFMS |
| | 2. Établir des partenariats écrits avec les établissements scolaires et supporter la mise en place des actions | 1 | Nombre d'écoles et classes rejointes | C | L | Chef JEFMS |
| | 3. Élaboration d'un projet d'embauche d'une sexologue ou autre professionnel formé, selon les ententes MESS/MELS | 4 | Embauche d'un professionnel | D | L | Chef JEFMS |
| | 4. Développer, en partenariat avec le milieu scolaire primaire, des actions sur les comportements sexuels sains et sécuritaires | 2 | | D | L | Chef JEFMS |
| | 5. Bonifier l'accessibilité et l'offre de service aux jeunes en clinique jeunesse en incluant l'éducation des adultes et la formation professionnelle | 4 | | D | L | Chef JEFMS |
| | 6. Élaborer et déployer un plan d'action concerté avec les partenaires impliqués (Exemples : Maison des Jeunes, Maison des Familles) pour favoriser une meilleure réponse aux besoins des jeunes sur le territoire <ul style="list-style-type: none"> Maintenir notre participation aux tables de concertation jeunesse dans les milieux | 4 | | D | L | Chef JEFMS |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|--|-------------------|--|--|---|------------------------------|
| Services préventifs liés à la contraception et aux ITSS | 1. Offrir des activités cliniques préventives et de protection auprès des jeunes : <ul style="list-style-type: none"> • Dépistage des ITSS • Déploiement de l'ordonnance collective pour faciliter le dépistage et le traitement des ITSS par les infirmières en scolaire • Vérification du statut et offre de vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B et mise à jour • Counselling individuel et référence appropriée | 4 | Nombre de cas d'infections transmises pour la clientèle d'âges scolaires | C | M | Chef JEFSM |
| | 2. Contribuer aux campagnes nationales sur la contraception et la prévention des ITSS | 3 | | C | M | Chef JEFSM |
| Lutte aux dépendances | | | | | | |
| OBJECTIF 6 : Déployer en partenariat avec les acteurs stratégiques (locaux, régionaux) une approche concertée adaptée à la réalité locale visant le déploiement d'actions favorables au milieu et aux familles sans fumée sur le territoire de la Matapédia | | | | | | |
| Tabac | 1. En collaboration avec la Commission scolaire et la table matapédiennne en Saine Habitude de Vie, documenter un portrait des jeunes fumeurs fréquentant les écoles publiques du territoire en vue de déployer un plan d'action concerté <ul style="list-style-type: none"> • Portrait des jeunes fumeurs • Interventions réalisées • Ressources existantes • Autres | 2 | Réalisation du portrait | D | M | Chef mal. chroniques |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|--|-------------------|--|--|---|------------------------------|
| Tabac (suite) | 2. Encourager l'émergence de projets en cessation tabagique auprès des jeunes fréquentant les écoles publiques du territoire. (Collaboration de la gang allumée et autres partenaires) | 2 | Nombre de projets développés | P | M | Chef mal. chroniques |
| | 3. Diffusion de l'ordonnance collective sur l'arrêt tabagique | 4 | Nombre de références, via l'ordonnance collective, pour des aides pharmacologiques à l'arrêt-tabac | P | M | DSISP |
| OBJECTIF 7 : Prévenir les dépendances et réduire les méfaits chez les jeunes à risque élevé ainsi que chez les consommateurs réguliers de drogue | | | | | | |
| Prévention des toxicomanies | 1. CONCERTATION INTERSECTORIELLE Maintenir notre implication dans les lieux de concertation visant à : <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir l'émergence de projets concertés en prévention de la toxicomanie • Optimiser le réseautage avec les ressources au CSSS, COSMOSS | 4 | | C | L | Chef JEFMS |
| | 2. Les infirmières du CSSS animent des activités sur la toxicomanie en collaboration avec les intervenants des écoles secondaires de la Commission scolaire des Monts-et-Marées | 4 | Nombre d'activités réalisées | D | L | Chef JEFMS |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|-------------------------------------|---|-------------------|--|--|---|------------------------------|
| Prévention des toxicomanies (suite) | 3. DEP-ADO (Grille de dépistage de consommation problématique auprès de la clientèle adolescente) <ul style="list-style-type: none"> • Consolider l'expertise développée lors de la formation DEP-ADO pour professionnels œuvrant en milieu scolaire et partenaires du réseau local • Mettre en œuvre la trajectoire de services premiers et deuxième ligne en dépendances (ESTRAN) | 4 | Nombre clientèles rejointes | D | L | Chef JEFSM |
| | 4. Supporter le déploiement du programme <u>PIF Jaune</u> | 4 | Proportion d'écoles qui déploient le programme | C | L | Chef JEFSM |
| Concertation inter sectorielle | 1. Supporter et poursuivre le projet de travail de rue visant à consolider et optimiser les activités de prévention actuellement déployées : jeunes leaders, animation de soirée, travailleurs de rue et autres 2. Concertation jeunesse <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre les actions sur la persévérance scolaire, les comportements responsables et briser l'isolement des jeunes en prévention des toxicomanies et du décrochage scolaire et social | 2 | Nombre d'activités réalisées | C | L | Chef JEFSM |

Orientation 3 : Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces contre la santé
VOLET : PROGRAMME DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|---|-------------------|---|--|---|------------------------------|
| OBJECTIF 1 : Développer et implanter une culture de prévention et contrôle des infections nosocomiales au CSSS | | | | | | |
| Développer un programme de prévention et contrôle des infections en respect du cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec | 1. Déployer le programme en P.C.I. local en conformité : <ul style="list-style-type: none"> • Avec les lignes directrices des différentes instances (INSQ, DSP, MSSS, Santé Canada, CDC, etc.) • Avec les recommandations de l'Agrément | 4 | Programme mis en œuvre et révisé tous les 5 ans | P | C | DSISP |
| | 2. Implanter un comité PCI multidisciplinaire, réseauté avec les différentes instances stratégiques | 4 | 4 à 6 rencontres par année Actions et recommandations du CPI | P | C | DSISP |
| | 3. Répartir les heures de travail de l'infirmière conseillère en PCI, ainsi que son substitut en cas de besoin, pour assurer sa disponibilité sur place dans les 3 installations du CSSS (CH, CHSLD et CLSC) | 4 | Présence de l'infirmière en prévention des infections | P | C | DSISP |
| | 4. Déployer un budget dédié à la PCI comprenant des activités de formation, l'achat d'équipement, la documentation, la communication et les ressources humaines | 4 | Budget prévu et utilisé pour les activités en prévention des infections | P | C | DSISP |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|--|-------------------|---|--|--|------------------------------|
| OBJECTIF 2 : La surveillance des infections nosocomiales et vigie à l'égard des problèmes infectieux | | | | | | |
| Surveiller les infections nosocomiales | <p>1. Poursuivre, consolider et développer la surveillance des infections nosocomiales par des programmes structurés, systématisés et obligatoires dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolider la surveillance des complications des <i>diarrhées associées à Clostridium difficile</i> (DACD), notamment les décès et les colectomies • Surveillance des bactériémies nosocomiales : Étendre la surveillance pan hospitalière des bactériémies nosocomiales à l'ensemble des centres hospitaliers • Poursuivre la surveillance de Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) afin de connaître les taux d'incidence des bactériémies • Poursuivre la surveillance des entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) afin de connaître les taux d'incidence de colonisation et d'infection ainsi que leur origine d'acquisition (nosocomiales ou communautaires) | 2 | Rapport mensuel (des données d'infections nosocomiales) et outils de surveillance en prévention | P | C | Inf. cl. en prév. infections |
| | 2. Utiliser un système de surveillance informatisée locale afin d'assurer une vigie locale, régionale et provinciale des infections nosocomiales | 2 | Déploiement du système d'exploitation informatique en prévention des infections (NOSOKOS) | D | M | Agence régionale |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|---|-------------------|---|--|---|------------------------------------|
| Surveiller les autres infections | <p>Documenter l'incidence de certaines infections et colonisations autres que celles faisant l'objet d'un programme de surveillance provincial selon les particularités des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), ainsi que dans la communauté à l'égard :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des surveillances des maladies à déclaration obligatoire (MADO) • Des infections de site opératoire • Des colonisations et des infections invasives à SARM (autres que les bactériémies) • Des autres pathogènes ou infections demandées par Agrément Canada ou ceux dont l'incidence ou la sévérité sont significatives • Des risques d'infections reliées aux travaux de construction ou rénovation en milieu de soins • Documenter de façon périodique les facteurs pouvant expliquer les variations de l'incidence des infections nosocomiales dans les centres hospitaliers du Bas-Saint-Laurent par des processus d'évaluation des pratiques exemplaires, comme l'hygiène des mains, l'application des mesures d'isolement, les pratiques en hygiène et salubrité, etc. | 4 | <p>Données de surveillance</p> <p>Les déclarations MADO</p> <p>Rapport des infections</p> | P | C | Inf. cons. en prév. des infections |
| Développer l'antibio-gouvernance | <p>Soutenir la mise en oeuvre d'un programme local visant un usage optimal des antibiotiques et concevoir un programme de surveillance intégré de la résistance aux antibiotiques selon l'épidémiologie locale et régionale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en oeuvre d'un programme et d'un plan d'action d'usage optimal des antibiotiques au palier local. Dans ce programme seront précisées les modalités d'implantation et de suivi à privilégier afin de favoriser une surveillance qualitative et quantitative de l'usage des antibiotiques en collaboration avec les responsables du laboratoire, de la pharmacie, de la microbiologie et de l'équipe de | 4 | <p>Mise en place d'un comité de travail</p> <p>Élaboration du programme</p> | D | M | Directeur général |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|---|-------------------|--|--|--|------------------------------------|
| Développer l'antibio-gouvernance (suite) | médicale locale | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Élaborer un programme intégré de surveillance de la résistance aux antibiotiques basé sur l'utilisation d'un logiciel de surveillance des infections nosocomiales | 4 | Développer des interfaces entre les logiciels de la pharmacie, microbiologie et la prévention des infections | D | M | Directeur général |
| | <ul style="list-style-type: none"> Favoriser le bon usage des antibiotiques dans des conditions cliniques fréquentes | 4 | Modification des prescriptions et utilisation d'antibiotiques | D | L | Directeur général |
| Objectif 3: Politiques, procédures et mesures de soutien en prévention et contrôle des infections | | | | | | |
| Réaliser des activités de prévention et contrôle des infections | 1. Créer des outils promotionnels en PCI adaptés aux résidents, familles, bénévoles ainsi qu'aux différentes clientèles | 4 | Production et diffusion d'outils promotionnels en prévention des infections | C | L | Inf. cons. en prév. des infections |
| | 2. Rechercher et appliquer les pratiques exemplaires | 5 | Mise en application des lignes directrices en prévention des infections | P | C | DSISP |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|---|-------------------|--|--|---|------------------------------|
| Réaliser des activités de prévention et contrôle des infections (suite) | <p>3. Développer des règles de soins ainsi que des politiques et procédures dans le but de prévenir, limiter et contrôler la transmission des infections nosocomiales (les RSI touchent également les directives pour les RI et RP) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratiques de base et précautions additionnelles • Hygiène des mains • Hygiène respiratoire • Politique et procédure en cas de construction, de rénovation et d'entretien dans les établissements • Procédure de soins concernant le SARM • Procédure de soins concernant le C. Difficile • Procédure de soins concernant le ERV • Procédure de soins concernant la gastro-entérite d'origine virale • Procédure de soins concernant l'influenza • Procédure de soins concernant les maladies respiratoires sévères • Procédure de soins concernant la clientèle neutropénique • Procédure de soins en gestion des déchets biomédicaux • Procédure de soins sur la vaccination anti-influenza • Procédure de soins sur la vaccination anti-pneumocoque • Procédure de soins concernant la gestion des risques associés à l'exposition aux liquides biologiques • Procédure de soins concernant les maladies infectieuses au risque de gravité ou transmission élevée (hépatites, infections invasives à méningocoque, infections invasives à streptocoque B hémolytique du groupe A, varicelle, coqueluche, rougeole, rubéole, oreillons, rage humaine, gale, tuberculose, etc. • Etc. | 5 | Développement, mise en application et mise à jour des politiques, procédures et règles de soins en prévention des infections | C | L | DSISP |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|---|-------------------|---|--|---|------------------------------------|
| Favoriser les liens en matière de prévention et contrôle des infections avec le réseau de soutien | 1. Participation de la conseillère en prévention des infections aux comités externes sur les sujets ciblés : soins de longue durée, infections nosocomiales, immunisation | 3 | Présence et participation actives aux comités de travail | P | C | Inf. cons. en prév. des infections |
| | 2. Participation aux événements régionaux, nationaux (colloques, formation, table de concertation régionale) visant le renouvellement de la pratique | 3 | Participation au colloque de l'AIP Rencontre de la TRPIN | C P | M C | Inf. cons. en prév. des infections |
| Acheter de la fourniture en respectant les normes de PCI | 1. Harmoniser les fournitures ciblées et produites en fonction des meilleures pratiques en PCI : <ul style="list-style-type: none"> Évaluer différents produits (ex. : gants, sacs Hygie, thermomètres Tempa Dot etc.) contribuant à des pratiques sécuritaires pour les usagers-résidents, leur famille, les bénévoles, les employés et les médecins Émettre les recommandations nécessaires | 4 | Avis donné à l'acheteur sur les différents produits Avis et recommandations écrites par le comité de prévention des infections | P | C | Le comité de prév. des infections |
| Gérer les déchets biomédicaux | 1. Déchets biomédicaux et articles contaminés (collecte, entreposage, transport et élimination) <ul style="list-style-type: none"> Élaborer et diffuser une procédure sur les déchets biomédicaux et assurer son application | 5 | Élaboration et diffusion de la procédure | D | M | DSISP |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|---|-------------------|---|--|---|------------------------------|
| Valider la conformité des pratiques exemplaires en stérilisation | <p>1. Uniformiser et mettre à niveau les pratiques de retraitement des dispositifs médicaux (RDM) afin de prévenir les infections nosocomiales</p> <ul style="list-style-type: none"> Préciser les rôles et les responsabilités des instances locales et régionales en matière de gestion des risques infectieux reliés au retraitement (y compris la stérilisation) des dispositifs médicaux, et apporter le soutien nécessaire à l'évaluation et à la gestion de ces risques | 4 | Développer une politique précisant les rôles et les responsabilités des personnes impliquées dans le service de stérilisation | D | M | DSISP |
| | <ul style="list-style-type: none"> S'assurer du respect des normes en matière de retraitement des endoscopes | 4 | Document de traçabilité et de conformité du retraitement des endoscopes | P | C | DSISP |
| | <ul style="list-style-type: none"> Encadrer l'utilisation du matériel médical à usage unique (MMUU). | 4 | Vérifier et relever l'ensemble des instruments stérilisés, afin de s'assurer qu'aucun matériel à usage unique n'est retraité | P | C | DSISP |
| | <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un programme de contrôle de la qualité | 4 | Registre de contrôle de la qualité | P | C | Chef de stérilisation |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|--|-------------------|--|--|---|------------------------------|
| Valider la conformité des pratiques exemplaires en hygiène et salubrité | 1. Uniformiser et mettre à niveau les pratiques de nettoyage et de désinfection de l'environnement afin de prévenir les infections nosocomiales (zones grises) | 4 | Attribution des zones grises Audits de prise en charge adéquats des zones grises | C | M | DSISP |
| | 2. Produire des audits de conformité de l'application rigoureuse des routes de travail en hygiène et salubrité | 4 | Audits réalisés | C | M | DSISP |
| Objectif 4 : Formation et éducation | | | | | | |
| Former et éduquer en regard de la prévention des infections | 1. Développer l'expertise en prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN) des intervenants de notre CSSS par de la formation de base et continue principalement au sujet de : <ul style="list-style-type: none"> • Pratiques de base et précautions additionnelles • Étiquette respiratoire • Règles de soins infirmiers | 1 | Formation de l'infirmière en prévention des infections Registre de formations des employés | C | M | DSISP |
| | 2. Soutenir et outiller les établissements et l'agence dans l'investigation de problèmes infectieux complexes (gestion d'éclosion) | 4 | Déploiement du logiciel informatique en prévention et contrôle des infections Gestion d'éclosions | D | M | Agence régionale |
| | | | | P | C | DSISP |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|--|-------------------|---|--|---|------------------------------------|
| Former et éduquer en regard de la prévention des infections (suite) | 3. Soutenir les ressources privées d'hébergement pour personnes âgées en matière de prévention et contrôle des maladies infectieuses dans une perspective de mise à niveau et d'harmonisation des pratiques dans ces milieux. | 4 | Soutien apporté aux ressources | P | C | Inf. cons. en prév. des infections |
| | 4. Soutenir les activités de formation des intervenants en hygiène et salubrité et valoriser leur fonction au sein du programme de PCIN | 1 | Formation donnée aux équipes d'entretien ménager Cahiers d'orientation complétés | C | M | DSISP |
| Objectif 5 : Communication et information | | | | | | |
| Communiquer en lien avec la prévention et le contrôle des infections | 1. Élaborer un plan de communication dans la perspective de poursuivre, tant auprès des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux que de la population générale, les objectifs suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Faire connaître les actions privilégiées par le plan d'action | 1 | Rencontre avec les divers partenaires | P | C | Comité de prév. des infections |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Faire connaître les exigences liées à la sécurité des soins | 4 | Processus d'agrément | P | C | Inf. cons. en prév. des infections |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|---|-------------------|--|--|---|------------------------------------|
| Communiquer en lien avec la prévention et le contrôle des infections (suite) | <ul style="list-style-type: none"> Contribuer à l'actualisation des connaissances Sensibiliser à l'importance d'adopter des comportements responsables en matière de prévention et contrôle des infections nosocomiales Faire connaître les bénéfices des mesures de prévention et contrôle des infections (PCIN) en matière de vies humaines, de ressources financières et d'accessibilité aux soins de santé | 4 | Activités de sensibilisation en prévention des infections | P | C | Inf. cons. en prév. des infections |
| | 2. Produire des avis et faire des recommandations (ou les mettre à jour, le cas échéant) et diffuser ces avis et ces recommandations (à l'interne) auprès des instances et offrir, au besoin, la formation aux acteurs pour en favoriser l'application | 4 | Recommandations émises et diffusion sur le terrain | P | C | Inf. cons. en prév. des infections |
| Objectif 6 : Gestion des éclosions | | | | | | |
| Détecter et gérer les éclosions | <ul style="list-style-type: none"> Détecter les éclosions | 4 | Outils stratégiques : courbe épidémiologique et enquête épidémiologique | P | C | Inf. cons. en prév. des infections |
| | | | Déploiement des outils informatiques (NOSOKOS) | D | M | ASSS |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|---|-------------------|---|--|---|------------------------------------|
| Détecter et gérer les éclosions (suite) | <ul style="list-style-type: none"> Surveiller les processus et colliger les données, rapports des chefs d'activités et autres demandes | 5 | Journal de bord Rapports d'éclosions | P | C | Inf. cons. en prév. des infections |
| | <ul style="list-style-type: none"> Produire des statistiques périodiques et annuelles <ul style="list-style-type: none"> - Production et diffusion de tableaux statistiques pour l'organisation - Accessibilité des données à tous les employés | 5 | Tableaux de surveillance des infections nosocomiales Mise à jour des tableaux sur l'intranet | P | C | Inf. cons. en prév. des infections |
| | <ul style="list-style-type: none"> Processus intégré de gestion des éclosions | 4 | Mise en place de la cellule de crise afin de gérer l'éclosion et plan d'interventions | P | C | DSISP |

ORIENTATION 3 : UNE POPULATION VACCINEE ET PROTEGEE DES INFECTIONS AINSI QUE DES MENACES CONTRE LA SANTE
VOLET : ACTIVITES DE PREVENTION LIEES A L'IMMUNISATION

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|--|-------------------|---|--|---|------------------------------|
| Objectif 1 : Développer un plan d'action local intégré en immunisation | | | | | | |
| Créer un lieu d'échanges interdirection favorables à l'émergence d'action concertée en immunisation | 1. Déployer une vision globale commune de l'offre de service en vaccination | 1 | | D | M | DSISP |
| | 2. Assurer la présence de personnes responsables du dossier immunisation dans chaque installation de notre CSSS | 4 | Nombre de représentants par installation | D | M | Chef JEFSM |
| | 3. Soutenir la pratique vaccinale des infirmières et des infirmières auxiliaires au CSSS de La Matapédia : <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la circulation rapide de l'information aux intervenants concernés • Identifier les besoins en termes de pratique vaccinale • Poursuivre la recherche de pratiques exemplaires et les appliquer en collaboration avec l'ASSS | 1 | Proportion (%) de couverture vaccinale par population cible | C | M | Chef JEFSM |
| | 4. Planifier des activités de promotion ciblant les partenaires professionnels intervenant auprès de la clientèle atteinte de maladies chroniques : médecins, infirmières, pharmaciens, etc. | 9 | Nombre d'activités promotionnelles | C | M | Chef JEFSM |
| | 5. Déployer les règles de soins reliées à la vaccination | 5 | | D | M | DSISP |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|---|-------------------|---|--|---|------------------------------|
| Créer un lieu d'échange interdirection favorable à l'émergence d'action concertée en immunisation (suite) | 6. Documenter le portrait global de l'activité « saisie de données en vaccination » dans l'organisation : <ul style="list-style-type: none"> Maintenir les stratégies déployées afin d'assurer la promotion de l'importance d'une juste saisie de données Développer une vision organisationnelle commune de la gestion de la saisie des données et des enjeux associés visant ainsi à optimiser les pratiques existantes | 4 | Nombre saisies réalisées | C | M | DSISP |
| | 7. Produire un bilan annuel stratégique identifiant les perspectives d'amélioration | 4 | Bilan partagé | C | M | DSISP |
| Objectif 2 : Organiser la campagne annuelle contre l'influenza et le pneumocoque (employés, résidents en milieu de vie, partenaires, population) | | | | | | |
| | 1. Maintenir l'expertise développée en vaccination de masse par le biais des vaccinations saisonnières contre l'influenza et le pneumocoque | 1 | Proportion des personnes vaccinées | C | L | Chef JEFMS |
| | 2. Appliquer la politique et les règles de soins reliées à la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque | 5 | | C | L | Chef JEFMS |
| | 3. Collaborer à la planification des campagnes vaccinales par le biais d'approches concertées | 3 | | C | L | Chef JEFMS |
| Objectif 3 : Participer aux campagnes de promotion de la vaccination | | | | | | |
| | 1. Collaborer à la mise en œuvre d'actions visant le rehaussement des taux de couverture vaccinale : <ul style="list-style-type: none"> Profiter de toutes les occasions pour offrir la vaccination à la clientèle cible Mobiliser le personnel et les populations cibles | 4 | Proportion des personnes vaccinées Taux d'hospitalisations | C | M | DSISP |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|---|-------------------|---|--|---|------------------------------|
| | 2. Renouveler le plan de communication annuel visant la promotion des activités vaccinales auprès de la population, des partenaires, des employés et des médecins | 3 | Communiqués réalisés (Interne et externe) | C | M | DRH |
| Objectif 4 : Offrir des services de vaccination en assurant leur accessibilité et en respectant les recommandations du « protocole d'immunisation du Québec » (PIQ) pour différentes clientèles du CSSS | | | | | | |
| Vaccination (enfants 0-5 ans) | 1. Maintenir le processus de confirmation des rendez-vous actuellement déployé dans les points de services du CSSS | 2 | | C | M | Chef JEFMS |
| | 2. Maintenir l'approche de gestion de proximité des rendez-vous pour la clientèle vulnérable (SIPPE) | 2 | | P | C | Chef JEFMS |
| | 3. Maintenir la promotion de la vaccination du nouveau-né lors de la visite postnatale | 4 | Proportion des enfants vaccinés | P | C | Chef JEFMS |
| | 4. Maintenir l'accessibilité à la vaccination dans le respect des délais prescrits par le PIQ | 5 | Délais respectés | P | C | Chef JEFMS |
| | 5. Assurer un suivi périodique de l'activité vaccinale réalisée auprès des bébés de 2 à 18 mois | 4 | | P | C | Chef JEFMS |
| | 6. Consolider le déploiement aux services généraux d'une offre de service harmonisé d'accessibilité quotidienne en clinique de vaccination | 4 | | P | C | Chef JEFMS |
| Vaccination des jeunes enfants | 1. Consolider l'approche concertée de suivi vaccinal des bébés de mères porteuses de l'hépatite B | 4 | Proportion des enfants vaccinés | C | M | Chef JEFMS |
| | 2. Poursuivre le processus de validation du respect des délais vaccinaux (2, 12, 18 mois) | 2 | Proportion des enfants vaccinés | P | C | Chef JEFMS |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|---|-------------------|------------------------------------|--|---|------------------------------|
| Vaccination des jeunes enfants (suite) | 3. Assurer les activités de sensibilisation sur l'importance de la vaccination des clientèles cibles (ex. : parents) | 4 | | P | C | Chef JEFMS |
| | 4. Consolider l'approche visant le renouvellement de la pratique ou la recherche de pratiques exemplaires en vaccination | 4 | | C | M | Chef JEFMS |
| | 5. Collaborer aux travaux régionaux visant à soutenir le déploiement du PIQ | 4 | | C | M | Chef JEFMS |
| Vaccination en milieu scolaire | 1. Actualiser les activités de vaccination en conformité avec les lignes directrices du PIQ | 4 | Nombre d'activités réalisées | P | C | Chef JEFMS |
| | 2. Intervention de vaccination en 4 ^e année <ul style="list-style-type: none"> • VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN | 4 | Proportion des personnes vaccinées | C | M | Chef JEFMS |
| | 3. Interventions de vaccination en secondaire 3 : <ul style="list-style-type: none"> • Finaliser le rattrapage de la coqueluche et du Gardasil[▲] • Poursuivre les interventions de mise à jour du statut vaccinal | 4 | Proportion des personnes vaccinées | C | L | Chef JEFMS |
| | 4. Maintenir l'actualisation d'une étude de la couverture vaccinale des jeunes | 1 | | C | M | Chef JEFMS |
| | 5. Revoir l'organisation du travail visant à optimiser l'efficacité des interventions à réaliser <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les infirmières auxiliaires aux équipes de vaccination scolaire | 4 | | C | M | Chef JEFMS |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|---|-------------------|----------------------------------|--|---|------------------------------|
| Vaccination travailleurs de santé CSSS et stagiaires demeurant sur le territoire | 1. Offrir les tests de dépistage et la vaccination aux employés du CSSS et aux stagiaires demeurant sur le territoire de La Matapédia | 4 | Proportion des employés vaccinés | P | C | Chef JEFSM |

ORIENTATION 3 : UNE POPULATION VACCINEE ET PROTEGEE DES INFECTIONS AINSI QUE DES MENACES CONTRE LA SANTE

VOLET : ITSS

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME (L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|--|-------------------|------------------------------|--|---|------------------------------|
| Objectif 1 : Augmenter notre capacité à rejoindre les populations vulnérables aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et augmenter l'offre de services sur le territoire de la Matapédia | | | | | | |
| Activités de promotion de la santé | 1. Participer aux campagnes de promotion en lien avec les facteurs de vulnérabilité et les facteurs de protection liés aux ITSS : <ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les différents partenaires concernés (internes-externes) • Assurer la visibilité et l'accessibilité du matériel de promotion et de prévention sur le territoire | 1 | Nombre d'activités réalisées | C | M | Chef JEFSM |
| | 2. Assurer la promotion du programme de lutte aux ITSS par le biais d'une approche concertée et transversale <ul style="list-style-type: none"> • Saisir les occasions de sensibilisation au sein même des activités du CSSS | 2 | | D | L | Chef JEFSM |
| | 3. Soutenir le développement et la consolidation d'une vision commune de la réalité des ITSS dans la Matapédia <ul style="list-style-type: none"> • Mieux connaître la population ciblée et touchée par les ITSS : ses besoins et enjeux en présence • Réaliser un portrait des ressources professionnelles accessibles sur le territoire • Mieux connaître et promouvoir les pratiques gagnantes et les adapter aux besoins des clientèles spécifiques rejointes sur le territoire | 1 | | D | L | Chef JEFSM |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|--|-------------------|----------------------------|--|---|------------------------------|
| Activités de promotion de la santé (suite) | 4. Établir des ententes de complémentarité afin d'intervenir en continuité et en cohérence avec les différents partenaires intersectoriels <ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser et mobiliser les partenaires autour de groupes cibles jugés prioritaires soit : auprès des milieux scolaires et communautaires ou tout autre groupe qui sera identifié • Solliciter la collaboration des partenaires régionaux • Intégrer les expertises reconnues (pratiques gagnantes) en prévention-promotion de la santé | 3 | Ententes réalisées | C | L | Chef JEFSM |
| | 5. Soutenir les partenaires communautaires : <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir l'émergence dans la communauté de projets individuels ou concertés adaptés aux réalités locales • Appuyer les groupes selon leur besoin, et ce, à toutes les étapes du développement de leur projet (de l'identification à la recherche de financement) • Sensibiliser les partenaires œuvrant indirectement avec les groupes ciblés | 3 | | C | L | Chef JEFSM |
| Activités de prévention, de protection et de prise en charge des ITSS | 1. Développer un programme adapté aux réalités locales et respectueuses des orientations ministérielles | 4 | Mise en place du programme | C | L | Chef JEFSM |
| | 2. Mettre en place des conditions organisationnelles favorisant l'intégration des pratiques cliniques de prévention, de protection et de prise en charge des ITSS | 4 | | C | L | Chef JEFSM |
| | 3. Faciliter l'intégration de pratiques reconnues de prévention, de protection et de prise en charge des ITSS dans la pratique professionnelle des intervenants cliniques : <ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les professionnels concernés | 3 | Nombre de cas d'infections | C | L | Chef JEFSM |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|---|-------------------|--------------------|--|---|------------------------------|
| Activités de prévention, de protection et de prise en charge des ITSS (suite) | <ul style="list-style-type: none"> • Déployer la formation des infirmières sur l'utilisation du guide de dépistage québécois des ITSS (théorique et pratique) et favoriser ainsi le maintien d'une expertise locale de qualité • Créer, diffuser et s'approprier les outils de support à la pratique | | | | | |
| | <p>4. Créer un lieu de réflexion et d'échange interne en interdirection visant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le développement d'une vision commune de l'offre de service • La promotion du programme de lutte contre les ITSS dans les activités cliniques du CSSS • Le support à l'implantation de services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP-ITSS) | 1 | Nombre d'activités | C | L | Chef JEFSM |
| | <p>5. Développer une meilleure accessibilité aux services de proximité</p> | 4 | | C | L | Chef JEFSM |
| | <p>6. Poursuivre le déploiement d'une approche intégrée et concertée de soins et services (moins médicalisé)</p> | 4 | | C | L | Chef JEFSM |
| | <p>7. Développer des corridors de services (de 1^{ère}, 2^e et 3^e ligne) afin d'assurer la continuité du service offert à la population vulnérable dans le réseau local :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réviser l'offre de service des cliniques préventives qui est destinée aux jeunes en clinique jeunesse • Organiser une offre de service de prélèvements en ITSS • Optimiser l'offre de service visant à accroître le dépistage des ITSS | 4 | | C | L | Chef JEFSM |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|--|-------------------|----------------------------|--|---|------------------------------|
| Accès au matériel de promotion et de prévention des ITSS auprès des milieux scolaires et communautaires | 1. Mettre en place les conditions favorables à l'augmentation de l'utilisation du matériel de promotion et de prévention des ITSS | 2 | | P | C | DSISP |
| | 2. Augmenter la distribution et le taux de récupération du matériel stérile sur le territoire de la Matapédia <ul style="list-style-type: none"> • Optimiser l'accessibilité au matériel d'injection stérile en pharmacie dans les zones ciblées • Promouvoir le développement du programme d'accès au matériel stérile au CSSS • Assurer une meilleure connaissance des outils et approches souhaités auprès des acteurs stratégiques • Consolider le travail de partenariat local favorable à la récupération des seringues souillées sur le territoire de la Matapédia | 4 | Matériel reçu | P | C | Chef JEFSM |
| Offre de service de dépistage gratuit et de traitement en milieu clinique intra-muros | 1. Fournir des services préventifs et cliniques de 1 ^{ère} ligne aux populations vulnérables et assurer un suivi avec les services de 2 ^e ligne du réseau <ul style="list-style-type: none"> • Dresser un portrait des services de dépistage ITSS de proximité (CSSS, clinique, etc.) • Adopter une approche concertée avec tous les partenaires sur le territoire afin de favoriser un meilleur équilibre entre la demande et l'offre de service • Harmonisation au CSSS des pratiques préventives, de dépistage et de prise en charge de la clientèle visés par les ITSS • Offrir des interventions psychosociales de 1^{ère} ligne à des clients nouvellement diagnostiqués et sans référence à des ressources spécialisées • Déployer l'offre de service SIDEP-ITSS intra-muros | 4 | Nombre de cas d'infections | D | L | Chef JEFSM |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|---|-------------------|----------------------------|--|---|------------------------------|
| Offre de service de dépistage gratuit et de traitement en milieu clinique intra-muros (suite) | 2. Intervention de dépistage des ITSS auprès des populations vulnérables extra-muros a) Développer une offre de service SIDEP ITSS extra-muros visant particulièrement : <ul style="list-style-type: none"> • Les UDI et les consommateurs de substances utilisant un autre mode d'administration • Les milieux scolaires et communautaires • Les clientèles qui auront été identifiées par les présentes mesures b) Développer une approche intégrée favorable à un continuum de soins (corridor de service) | 4 | Nombre de cas d'infections | D | L | Chef JEFSM |

Orientation 4 : Un système de santé qui agit aussi à prévenir la maladie chronique pour vivre et vieillir en santé

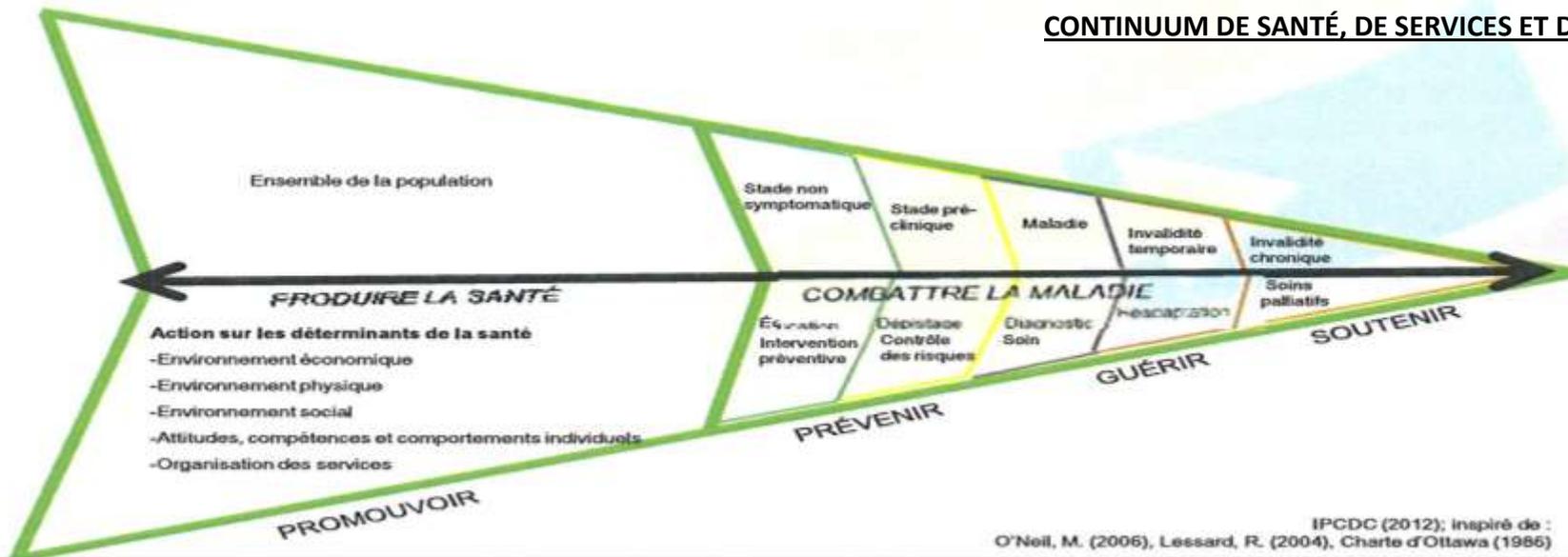
Les objectifs de santé poursuivis au niveau national et auxquels le CSSS de La Matapédia adhère visent à prévenir les problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées et, par le fait même à augmenter la proportion de la population qui adopte de saines habitudes de vie.

Prévenir, guérir et soutenir au réseau local de soins et des services.

La mission, maintenant traduite par les mots Prévenir, guérir et soutenir aide à visualiser le système selon une perspective de réseau et de responsabilité collective et une approche populationnelle. Cette conception permet de promouvoir l'intégration des services, la collaboration ainsi que la mise en place de programmes selon un continuum de services dans le but d'obtenir des résultats significatifs sur l'état de santé des individus et des populations.

Pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population, il est nécessaire que des interventions du territoire soient réalisées efficacement dans les deux axes du **continuum de santé et de services, soit les axes *Combattre la maladie et Produire la santé***. L'axe *Combattre la maladie* comprend les interventions portant sur des facteurs de risque jusqu'aux interventions réalisées lorsqu'il y a invalidité chronique. L'axe *Produire la santé* comprend les actions en amont des problèmes, sur les déterminants de la santé. Cet axe favorise la santé optimale de tous, incluant les personnes à risque ou ayant un problème de santé.

CONTINUUM DE SANTÉ, DE SERVICES ET D'INTERVENTIONS



| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXE D'ACTION VES | INDICATEUR | POURUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER COURT (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|--|------------------|--|---|---|------------------------------|
| Objectif 1 : Réduire la prévalence et l'incidence des maladies chroniques ainsi que leurs complications sur le territoire de la Matapédia | | | | | | |
| Développer un centre de promotion de la santé | 1. Offrir un ensemble d'interventions individuelles et collectives visant à faciliter l'acquisition et le maintien de saines habitudes de vie (SHV) de même que le développement d'environnements favorables à la santé : <ul style="list-style-type: none"> • Volet de promotion, prévention, dépistage, protection • Volet développement et partage des expertises | 4 | - Nombre global d'interventions individuelles - Nombre global d'interventions collectives (groupes / conférences) | C | M | Chef mal. chroniq. |
| | 2. Poursuivre les travaux de la concertation intersectorielle visant le déploiement d'une gestion intégrée des maladies chroniques, favorables au développement de saines habitudes de vie Élaborer un plan d'action visant : <ul style="list-style-type: none"> • Une utilisation pertinente des ressources du CSSS et de celles des partenaires • Une amélioration de la qualité de vie et de l'état de santé des gens présentant une maladie chronique | 2 | Existence du plan d'action | C | M | DSISP |
| | 3. Développer une vision commune des différents projets, comités et ressources actuellement déployés dans l'organisation en regard des maladies chroniques et intervenir collectivement afin d'optimiser leur performance <ul style="list-style-type: none"> • Clinique diabète • Suivi MPOC • Clinique asthme • Centre d'abandon du tabac • Projet de groupe en maladie chronique et autre | 1 | Nombre de rencontres interdisciplinaires | C | M | Chef mal. chroniq. |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXE D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER COURT (C) MOYEN (M) LG TERME (L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|---|------------------|--|--|--|------------------------------|
| Développer un centre de promotion de la santé (suite) | 4. Consolider un continuum de services intégrés qui se veut adapté au profil des maladies chroniques et qui assure des services de qualité (trajectoire de soins, suivi systématique) | 4 | Nombre de suivis systématiques mis en place | C | M | Chef mal. chroniq. |
| | 5. Poursuivre le développement des corridors de services institutionnels avec les services ciblés en 2 ^e ligne visant un continuum de soins et services auprès de la clientèle à risque d'être ou déjà en situation de maladies chroniques | 4 | Nombre de corridors mis en place | C | M | Chef mal. chroniq. |
| Activités de prévention et de promotion | 1. Soutenir l'émergence d'initiatives locales favorables à la santé dans les différents milieux de vie composant la Matapédia avec la table Matapédienne en saine habitude de vie <ul style="list-style-type: none"> • Encourager et collaborer avec les partenaires à la réalisation de projets locaux visant l'adoption de saines habitudes de vie • Soutenir la réalisation du portrait de ce qui existe comme activités de promotion des saines habitudes de vie (SHV) et assurer sa mise à jour annuellement | 2 | Nombre de participations à la table SHV matapédienne | C/D | M | Chef mal. chroniq |
| | 2. Étudier les causes du taux élevés de MPOC dans la MRC de la Matapédia. | 5 | | D | L | Chef mal. chroniq |
| | 3. Initier les actions de prévention de maladies MPOC en fonction des causes identifiées. | 4 | Nombre de clients rejoints | D | L | Chef mal. chroniq |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXE D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER COURT (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---------------|---|------------------|---|--|---|------------------------------|
| Communication | 1. Développer un plan de communication visant à promouvoir l'appropriation de saines habitudes de vie <ul style="list-style-type: none"> • Saisir les opportunités par le biais d'une approche concertée et l'utilisation de médiums variés (vidéo, journaux, informatique, etc.) • Viser une population informée, active et au cœur de la décision (empowerment) | 3 | Nombre de campagnes promotionnelles réalisées | C | L | DSISP |
| | 2. Développer un laboratoire d'observation de l'évolution des déterminants de santé de la population de la Matapédia surveillance des indicateurs en complémentarité au mandat de la DSP | 3 | Nombre de réunions du laboratoire d'observation | D | M | DSISP |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXE D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER COURT (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|--|------------------|--|--|---|------------------------------|
| Objectif 2 : Promouvoir, déployer et soutenir la mise en œuvre des pratiques cliniques préventives | | | | | | |
| Pratiques cliniques préventives | 1. Accroître la connaissance du rôle des acteurs locaux en prévention et promotion de la santé (médecin, Infirmière praticien spécialisée, infirmière-conseil en prévention clinique, infirmière pivot, pharmaciens communautaires, kinésiothérapeutes et nutritionnistes) | 1 | Nombre d'interventions de promotion du « rôle des acteurs locaux en prévention » | C | M | DSISP |
| | 2. Développer des liens stratégiques avec les partenaires locaux (DRMG, pharmaciens, inf. GMF, cliniques réseaux, autres professionnels et dans le communautaire) tant internes qu'externes au CSSS | 1 | | C | M | DSISP |
| | 3. Participer, en collaboration avec la DSI et les programmes concernés, au déploiement concerté de nouvelles pratiques cliniques préventives <ul style="list-style-type: none"> Ex. : implanter un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique et collaborer à la création d'outils cliniques harmonisés (dépistage et suivi) et conformes aux nouvelles règles du PECH | 3 | Nombre de nouvelles pratiques cliniques implantées | C | M | Chef mal. chroniq. |
| | 4. Répertorier et assurer la mise à jour des ressources du CSSS et du réseau local en regard des pratiques cliniques préventives | 4 | | C | M | DSISP |
| | 5. Augmenter le nombre de milieux cliniques sur le territoire qui intègrent des pratiques cliniques préventives dans leurs pratiques courantes en intervention de première ligne (CSSS, GMF, clinique médicale) Ex : L'évaluation médicale périodique | 3 | Nombre de milieux cliniques ayant intégré des pratiques cliniques préventives | P | L | DSISP |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXE D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER COURT (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|---|------------------|---|--|---|------------------------------|
| Pratiques cliniques préventives (suite) | 6. Consolider les actions mises en place en prévention du diabète <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge de la clientèle avec syndrome métabolique - Promotion des campagnes sociétales choisies en collaboration avec la table SHV - Participation aux campagnes sociétales incitantes à l'exercice et à la saine alimentation - Augmenter les références de personnes aux prises avec un syndrome métabolique à la clinique du diabète - Participation de l'infirmière diabète auprès des entreprises de la région : formation/information - Soutenir la mise en place d'un regroupement pour la clientèle diabétique | 4 | Nombre d'actions mises en place % de diabétique dans la population | C | M/L | Chef mal. chroniq |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXE D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|---|------------------|---|--|---|------------------------------|
| Objectif 3 : Planter et déployer les orientations du plan d'action gouvernemental de promotion de SHV et de prévention des problèmes reliés au poids et autre problème de santé (ex : l'ostéoporose) | | | | | | |
| Saines habitudes de vie/ Alimentation saine | <p>1. Développer et mettre en œuvre une politique globale en saine alimentation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adhérer à la vision d'une saine alimentation proposée par la promotion du guide alimentaire canadien • Accentuer la sensibilisation faite aux jeunes par les infirmières scolaires et nutritionnistes • Réaliser une campagne de sensibilisation dans le cadre du mois de la nutrition • Inclure des liens avec les concertations locales (volet sécurité alimentaire) • Inclure des liens avec les autres partenaires locaux visant à encourager le développement d'initiatives et d'environnements favorables à la promotion d'une saine alimentation. Ex : Réglementation dans les aréas (retrait des boissons énergisantes) • Participation aux campagnes sociétales incitantes à l'exercice et à la saine alimentation | 1 | <p>Proportion de personnes qui rencontrent les recommandations du Guide alimentaire</p> <p>Proportion (%) des personnes qui consomment des fruits et légumes cinq fois et plus par jour</p> | C | M | Chef mal. chroniq |
| | <p>2. Développer et implanter un programme visant une saine gestion du poids par une décision éclairée sur le choix de maigrir et ce, dans une démarche de groupe pour adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exemple : programme « choisir de maigrir » | 1 | Nombre de participants au programme implanté | D | M | Chef mal. chroniq |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXE D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|--|------------------|---|--|---|------------------------------|
| Saines habitudes de vie/ Alimentation saine (suite) | 3. Optimiser l'accessibilité à une offre de service gratuite en nutrition sur le territoire de la Matapédia par la présence de nutritionnistes dans la communauté (conférence, soutien aux organismes communautaires) | 4 | Nombre d'interventions communautaires | P | C | Chef mal. chroniq |
| | 4. Consolider la mise en place de la table SHV « 0 à 100 ans » en collaboration avec le CAMEF | 3 | Nombre de rencontres | C | M | Chef mal. chroniq |
| | - Soutenir le développement d'initiatives concertées qui agissent sur les enjeux de la sécurité alimentaire, par exemple, l'accès économique et physique à une quantité suffisante d'aliments sains. (Popote roulante, Moisson-Vallée, desserte sur une base annuelle des paniers alimentaires dans toutes les municipalités de la MRC, ...) | 3 | | P | C | Chef mal. chroniq |
| Saines habitudes de vie/Activités physique | 1. Développer et mettre en œuvre une politique en activité physique - Assurer la présence de parcours de marche sécuritaire dans certaines municipalités du territoire - Participer aux campagnes sociétales incitant à l'exercice (Défi actif 5 – 30 par exemple) - Collaboration avec des partenaires locaux (CAMEF,...) et autres (Kino Qc, ...) visant à encourager le développement d'environnements favorables à la promotion et pratique d'activité physique (parcours de marches sécuritaire, « Défiiez la Vallée », Ma cour un monde de plaisir, zones d'exercices municipales...) | 1 | Proportion (%) de la population âgée de 12 à 17 ans active durant les loisirs | D | L | Chef mal. chroniq |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXE D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|---|------------------|---|--|---|------------------------------|
| Saines habitudes de vie/Activités physique (suite) | 1. Optimiser l'accessibilité à une offre de service gratuite en kinésiologie sur le territoire de la Matapédia par la présence de kinésiologue dans la communauté (conférence, soutien aux organismes communautaires) | 4 | Nombre d'interventions en kinésiologie /an dans la communauté | C | M | Chef mal. chroniq |
| | 2. Populariser les infrastructures sportives déjà existantes (tennis, piscine, gymnase...) en soutenant la création d'événements participatifs à coûts réduits ou gratuits. | 3 | Nombre d'événements participatifs / an | P | C | Chef mal. chroniq |
| | 3. Soutenir le développement d'initiatives concertées qui agissent sur les enjeux de la forme physique | 3 | | P | C | Chef mal. chroniq |
| | 4. Répertorier et assurer la mise à jour des ressources en activités physiques sur le territoire et en soutenir le développement | 4 | Disponibilité du répertoire à jour | C | M | DSISP |
| | 5. Poursuivre et favoriser la tenue de groupes d'exercices dans la communauté et dans chaque centre d'hébergement et centre de jour. Ex : Vie Active, activité de groupe supervisée en hébergement | 3 | Nombre de groupes d'exercices tenus annuellement | C | M | Chef mal. chroniq |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXE D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|---|------------------|--|--|---|------------------------------|
| Tabagisme | 1. Poursuivre les actions déployées dans les installations du CSSS visant le respect des mesures contenues dans la Loi sur le tabac | 4 | | P | C | Chef mal. chroniq |
| | 2. Créer et animer une concertation intersectorielle et multi réseau visant la mise en œuvre d'actions concertées favorables à la cessation tabagique sur le territoire <ul style="list-style-type: none"> • Développer un portrait des ressources et initiatives en cessation tabagique présente dans la Matapédia • Développer une approche globale d'appréciation des actions et activités déployées • Développement d'actions concertées favorisant la diminution du tabagisme et de l'exposition des jeunes à la fumée secondaire • Voir section CAT | 3 | Proportion (%) de fumeurs âgés de 12 ans et plus | P | C | Chef mal. chroniq |
| Services de référence en soutien au milieu clinique | | | | | | |
| Éducation pour la santé | 1. Déployer et consolider l'offre de service de proximité dans les CLSC | 4 | | D | L | DSISP |
| | 2. Faire connaître et optimiser l'offre de service actuelle : <ul style="list-style-type: none"> • Développer une approche de groupe accessible à proximité des différents milieux de vie • Développer une offre de service adaptée aux clientèles suivantes : famille, adolescent, femme enceinte, autres cultures • Développer une offre de service en nutrition | 1 | Nombre d'activités promotionnelles | D | L | DPAC |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXE D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---------------------------------|--|------------------|--|--|---|------------------------------|
| Éducation pour la santé (suite) | 3. Développer des partenariats <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer l'offre de service individuelle au sein de projets locaux dans la communauté • Développer un projet concerté avec les RH sur la promotion des saines habitudes de vie auprès du personnel • Faire partie intégrante des trajectoires de soins et services pour la gestion intégrée des maladies chroniques | 3 | | D | L | DSISP |
| Centre d'abandon du tabac CAT | 1. Développer et mettre en œuvre un projet d'intervention de proximité auprès de la clientèle jeune adulte | 4 | Taux de fumeurs | D | M | Chef mal. chroniq |
| | 2. Faire connaître et optimiser l'offre de service de counselling intensif et de soutien aux fumeurs qui font une demande de service en cessation tabagique | 1 | | C | M | Chef mal. chroniq |
| | 3. Assurer une rétroaction de qualité aux médecins et aux pharmaciens référant | 5 | Taux de satisfaction des médecins et pharmaciens | C | M | Chef mal. chroniq |
| | 4. Soutenir le déploiement de l'ordonnance collective régionale et locale auprès des pharmaciens du réseau local et des infirmières cliniciennes mentionnées dans l'ordonnance collective locale | 4 | | P | C | Chef mal. chroniq |
| | 5. Favoriser la mise en œuvre d'un groupe en cessation tabagique à proximité des milieux communautaires et en collaboration avec la table SHV | 3 | | P | C | Chef mal. chroniq |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXE D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---------------------------------------|---|------------------|--|--|---|------------------------------|
| Centre d'abandon du tabac CAT (suite) | 6. Développer et mettre en œuvre une approche de coaching favorable au transfert d'expertise auprès des intervenants de première ligne ayant à intervenir en promotion de la cessation tabagique | 1 | | P | C | Chef mal. chroniq |
| | 7. Développer des modalités de réseautage afin de s'assurer de l'accessibilité pour la clientèle sans médecin | 4 | | P | C | Chef mal. chroniq |
| Prévention des traumas routiers | Promotion de l'application des mesures efficaces pour améliorer la sécurité routière en concertation des partenaires visés <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un processus d'évaluation environnementale des réseaux routiers afin d'identifier les éléments de risques • Sensibiliser le Ministère des Transports et la MRC sur des tronçons de route plus à risque selon les statistiques • Stimuler l'implantation d'initiatives sur les habitudes sécuritaires pour les utilisateurs de la route tels Nez rouge ou Port du casque à vélo • Démarche intersectorielle avec nos partenaires la Sûreté du Québec et le Ministère des Transports, les Municipalités | 1 | Nombre de traumatismes | D | L | DSISP |
| Formation | 1. Consolider et offrir au personnel, aux partenaires et bénévoles une formation en approche motivationnelle : <ul style="list-style-type: none"> • Visant à bonifier la portée des interventions déployées dans les activités de promotion-prévention • En soutien au développement des communautés pour renforcer notre potentiel d'action au niveau des déterminants de la santé • Au sujet des maladies chroniques dans le but de promouvoir le continuum de services intégrés et d'assurer des services de qualité | 1 | Nombre d'intervenants ayant la formation | D/C | L | DSISP |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXE D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|--|------------------|--|--|---|------------------------------|
| Lutte au cancer Objectif 4 : Promouvoir et déployer des activités de dépistage et de prévention du cancer | | | | | | |
| Information/ sensibilisation | 1. Participer aux campagnes de promotion des saines habitudes de vie et de sensibilisation des comportements à risque en relation avec le cancer <ul style="list-style-type: none"> • Tabac, exposition au tabac • Alimentation • Sédentarité • Exposition aux rayons ultra-violet | 1 | Nombre de participations | P | C | Chef mal. chroniq |
| Dépistage | 1. Poursuivre notre participation aux campagnes régionale et locale de prévention de cancer soit principalement celui du sein, du col de l'utérus et du colorectale ainsi pour le dépistage de l'hypertension artérielle. Exemples : Mammographie, Test de Pap, et autres | 4 | Taux de mortalité Taux de dépistage | P | C | Dir. PAC |
| | 2. Programme québécois de dépistage du cancer (sein et colorectal) <ul style="list-style-type: none"> • Créer et animer un lieu de concertation regroupant les différents partenaires impliqués dans les programmes sur le territoire (local et régional) visant à l'émergence d'actions concertées | 3 | | P | C | Chef mal. chroniq |
| | 3. Développer un plan d'action intersectoriel en prévention du cancer <ul style="list-style-type: none"> • <u>Volet promotion du programme</u> (professionnels, population, communauté) • <u>Volet organisation du programme</u> (offre, accessibilité, rôles des acteurs, portrait local) | 4 | | D | L | Chef mal. chroniq |

**Orientation 5 : Un système qui recherche le mieux-être de sa population
et qui travaille à la réduction des problèmes psychosociaux pour vivre et vieillir en santé**

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POUR SUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME (L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|--|-------------------|---|---|--|------------------------------|
| Objectif 1 : Prévention du suicide | | | | | | |
| | 1. Participer à des activités préventives planifiées en collaboration avec des partenaires du réseau local | 3 | | C | M | Chef JEFMS |
| | 2. Améliorer les compétences des intervenants intersectoriels (santé, communautaire et éducation) en contact avec des personnes suicidaires (Guide des bonnes pratiques) | 1 | | D | L | Chef JEFMS |
| | 3. Favoriser les interventions en matière de promotion de la santé mentale : <ul style="list-style-type: none"> • Initier et soutenir des projets en prévention en contexte scolaire et communautaire; • Collaborer à la promotion du réseau de sentinelles dans la MRC et aux rôles qu'ils assument; • Participer à la diffusion d'outils promotionnels sur l'ensemble des ressources et des services disponibles dans la MRC; • Valoriser la demande d'aide. | 2 | Nombre rencontres Nombre projets en milieu scolaire et communautaire | C | L | Chef JEFMS |
| | 4. Réduire l'accès aux moyens : <ul style="list-style-type: none"> • Collaborer à la promotion des programmes spécifiques aux armes à feu développés dans la région (désistement des armes à feu, verrou de pontet, etc...); • Promouvoir le programme de récupération des médicaments périmés. | 4 | Taux suicide..... | C | M | Chef JEFMS |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|---|-------------------|--|--|---|------------------------------|
| | 5. Assurer le dépistage systématique du risque suicidaire lors d'une demande de services à l'AEOR. | 4 | | P | C | Chef JEFMS |
| | 6. Assurer la diffusion et la promotion des services offerts pour la clientèle à potentiel suicidaire élevé et autres programmes du CSSS Ex : programme suivi étroit en prévention risque suicidaire(SEPRS) | 1 | Nombre promotions communiquées | C | M | Chef JEFMS |
| | 7. Consolider le continuum de soins et de services en collaboration avec les partenaires spécialisés | 4 | | C | M | Chef JEFMS |
| Objectif 2 Dépister les troubles anxieux et dépressifs | | | | | | |
| | 1. Offrir de la formation sur la santé mentale et ses enjeux (comment mieux composer avec ses effets) | 1 | Nombre intervenants formés CSSS et partenaires | D | L | Chef JEFMS |
| | 2. Consolider l'utilisation du guichet d'accès unique en santé mentale au CSSS (AEOR). | 4 | Nombre références | C | M | Chef JEFMS |
| | 3. Développer des corridors de services avec les partenaires concernés visant à favoriser l'accessibilité et la continuité des services à l'intérieur du RLS. | 4 | Entente | D | L | Chef JEFMS |
| | 4. Promouvoir l'implantation des meilleures pratiques en santé mentale (Clinique sans murs, dépression et troubles anxieux) | 1 | | C | M | Chef JEFMS |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|--|-------------------|--------------------------------|--|---|------------------------------|
| Objectif 3 Prévenir et dépister la violence Conjugale et familiale | | | | | | |
| | 1. Maintenir notre implication dans l'application du protocole de référence inter organismes en matière de violence conjugale et familiale | 1 | Taux d'infractions | P | C | Chef JEFMS |
| | 2. Favoriser la poursuite des actions de la table en violence conjugale : <ul style="list-style-type: none"> Assurer la diffusion du bottin des ressources en matière de violence conjugale | 3 | Taux d'infractions | P | C | Chef JEFMS |
| | 3. Consolider les corridors de services avec les organismes en violence conjugale du territoire | 4 | | C | M | Chef JEFMS |
| | 4. Offrir de la formation en matière de violence conjugale et familiale aux intervenants du RLS | 1 | Nombre d'intervenants formés | D | L | Chef JEFMS |
| Objectif 4 Prévenir les dépendances | | | | | | |
| | 1. Promouvoir et rendre accessibles les services de première ligne dans le traitement des dépendances : <ul style="list-style-type: none"> Repérer et dépister Promouvoir alcochoix, PIF jaune | 4 | Nombre de clientèles inscrites | C | M | Chef JEFMS |
| | 2. Participer aux campagnes nationales de prévention des dépendances | 3 | | C | M | Chef JEFMS |
| | 3. Consolider le continuum des services en dépendances dans la MRC | 4 | | C | M | Chef JEFMS |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|--|-------------------|----------------------------------|--|---|------------------------------|
| | 4. Maintenir le programme de formation en dépendances à l'interne du CSSS | 1 | Nombre d'intervenants formés | P | C | Chef JEFMS |
| | 5. Soutenir l'acquisition de connaissances sur les dépendances pour les partenaires communautaires afin d'augmenter le repérage | | Nombre de partenaires rencontrés | D | L | Chef JEFMS |
| Objectif 5 Prévenir les situations d'abus et de négligence chez les personnes vulnérables | | | | | | |
| | 1. Offrir de la formation continue en abus et négligence chez les personnes âgées, aux intervenants du SAD, RI, RNI, hébergement et organismes communautaires | 1 | Nombre formations | C | M | Dir. PAC |
| | 2. Avec le support de la trousse de prévention des abus : <ul style="list-style-type: none"> Élaborer et promouvoir l'utilisation d'une grille commune de dépistage des clientèles à risque Élaborer un protocole d'intervention en matière d'abus et de négligence entre le SAD, les organismes communautaires et autres partenaires Participer à la table de concertation multisectorielle en abus de notre territoire (table des partenaires majeurs en SAD du CSSS de La Matapédia) - Planifier les activités de prévention en collaboration avec les partenaires du milieu – reconnaissance et promotion des projets développés | 4 | | C | M | Dir. PAC |
| | 3. Promouvoir en concertation avec nos partenaires des aménagements urbains sécuritaires pour diminuer les risques de violence et d'agression envers les clientèles vulnérables (aînés, personnes handicapées, etc.) | 3 | Taux déclarations | D | L | Chef JEFMS |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|-------|--|-------------------|--------------------|--|---|------------------------------|
| | 4. Déployer une campagne de sensibilisation au savoir-être faisant la promotion de la tolérance zéro dans les écarts dans l'approche relationnelle en hébergement | 3 | | D | L | DPAC |
| | 5. Favoriser l'accès à des logements adéquats et adaptés pour les clientèles vulnérables (ex. : Un chez nous pour nous) | 2 | Nombre logements | C | M | DPAC |
| | 6. Promouvoir et favoriser l'utilisation des services communautaires et d'économie sociale disponible dans la MRC (OMH, Moisson Vallée, AMV, ACEF, etc...) | 4 | | P | C | Chef JEFMS |
| | 7. Soutenir les initiatives locales favorisant la sécurité et l'intégration sociale des personnes vulnérables | 1 | Nombre initiatives | P | C | Chef JEFMS |
| | 8. Développer l'intensification et le soutien aux pratiques cliniques préventives auprès des médecins et des professionnels afin de détecter, de prévenir et d'agir en cas d'abus et de négligence | 4 | | D | L | Chef JEFMS |
| | 9. Réduire les traumatismes intentionnels en ciblant les populations les plus vulnérables par des stratégies éducatives, un dépistage accru des cas d'abus et de négligence | | Taux déclarations | C | M | Chef JEFMS |

Orientation 6 : Un système qui agit sur les environnements, la promotion des saines habitudes de vie et l'autonomie des personnes pour vivre et vieillir en santé

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|--|-------------------|--|--|---|------------------------------|
| Objectif 1 : Promouvoir les services en promotion de la santé favorables à l'amélioration des conditions de vie de la personne âgée | | | | | | |
| | 1. Offrir des activités de soutien aux changements des habitudes de vie à la clientèle du SAD, Centre de jour et de l'hébergement | 1 | Nombre activités | P | C | Chef SAD |
| | 2. Favoriser une saine alimentation et la pratique de l'activité physique chez la personne âgée | 1 | Espérance de vie en bonne santé | C | L | DSISP |
| | 3. Intégration de contenu auprès des 50 ans et plus dans les campagnes sociétales | 1 et 3 | Nombre campagnes | D | L | Dir. PAC |
| | 4. Établir une démarche d'amélioration de la littératie dans nos mécanismes de communication à l'ensemble de la population particulièrement la personne âgée | 3 et 4 | | D | L | DSISP |
| Objectif 2: Repérer et dépister les personnes en perte d'autonomie | | | | | | |
| ACTIVITÉS DE DÉPISTAGE ET DE RÉPÉRAGE | 1. Poursuivre, à l'aide d'outils standardisés, le dépistage (PRISMA-7) des pertes d'autonomie et du déficit cognitif auprès de la clientèle | 4, 6 et 7 | Population rejointe | P | C | Dir. PAC |
| | 2. Développer des ententes avec des partenaires visant à repérer la clientèle en perte d'autonomie dans la communauté (REPER-ÂGE) | 4, 6 et 7 | Nombre d'ententes Nombre clientèles | P | C | Dir. PAC |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME (L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|---|-------------------|--------------------------------|--|--|------------------------------|
| CONTINUUM DE SOINS ET SERVICES | 1. Poursuivre le développement d'un continuum de soins et de service entre Hébergement et les services du CSSS pour la clientèle en processus de référence et de placement | 4 | Liste d'attente en hébergement | P | C | Dir. PAC |
| | 2. Poursuivre la sensibilisation et outiller les médecins de 1 ^{re} ligne afin d'assurer la prise en charge de la clientèle atteinte de démence | 3 | | P | C | Dir. PAC |
| | 3. Poursuivre les démarches en vue d'assurer une meilleure continuité et une coordination des services entre les réseaux privés et publics | 4 | Liste d'attente en hébergement | P | C | Dir. PAC |
| | 4. Implanter le programme de RSIPA (réseau de services intégrés aux personnes âgées) | 5 | | C | L | Dir. PAC |
| | 5. Implanter l'approche adaptée aux personnes âgées en milieu hospitalier | 5 | | C | L | Dir. PAC |
| | 6. Favoriser une approche multi dimensionnelle | 5 | | D | L | Dir. PAC |
| Objectif 3 : Poursuivre le déploiement de l'approche « Vieillir en santé » sur le territoire de la Matapédia | | | | | | |
| ACTIVITÉS DE PROMOTION | 1. Planifier la tenue d'une activité de consultation sur le « Vieillir en santé » et la politique familiale et le plan d'action en santé publique visant à partager et faire consensus sur les actions communes | 3 | Nombre d'activités | D | L | Dir. PAC |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|---|-------------------|--|--|---|------------------------------|
| ACTIVITÉS DE PROMOTION (suite) | 2. Poursuivre la coordination de la table Vieillir en santé ayant comme mandat principal : <ul style="list-style-type: none"> • Considérer le continuum de services pour les 50 ans et plus. • S'assurer de la représentativité et de la coopération de tous les partenaires du réseau local de services • Favoriser les échanges avec l'ensemble des partenaires pour mettre le vieillissement en santé au cœur de nos préoccupations • S'assurer d'avoir une vue d'ensemble de tous les comités de travail en lien avec les personnes âgées | 3 | | P | C | Dir. PAC |
| | 3. Collaborer aux initiatives collectives en émergence dans le territoire concernant les différents enjeux vécus par les personnes âgées sur le territoire (ex : accessibilité aux services médicaux, méconnaissance des soins et services) | 1 | Accès médecins de famille Prise en charge | D | L | Dir. PAC |
| | 4. Déploiement de la stratégie de communication pour faire connaître la démarche « naître, grandir et vieillir en santé à l'ensemble de notre population matapédienne | 1 | Nombre de communiqués et nombre rencontres | D | L | Dir. PAC |
| | | | | | | |
| Municipalité Amis des Aînés MADA Politique familiale et municipale | 1. Implantation la démarche MADA dans les 11 municipalités de la MRC | 3 | Proportion d'adhésion à la démarche MADA | D | L | Dir. PAC |
| | 2. Détermination des besoins de la population et avoir une vision positive du vieillissement | 4 | | D | L | Dir. PAC |
| | 3. Collaborer à la mise en place d'une politique familiale dans les municipalités et participer au plan d'action régional | 5 | # politique adoptée | D | M | Dir. PAC |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|---|-------------------|--|--|---|------------------------------|
| | 4. Favoriser un aménagement du territoire en fonction des personnes âgées | 2 | | D | L | Dir. PAC |
| | 5. Bonifier le transport collectif et l'adapter pour les personnes âgées | 4 | | C | L | Dir. PAC |
| | 6. Adapter nos modes de communication (forme et langage) aux personnes âgées | | | | | |
| | 7. Développer des logements sociaux et adaptés pour la clientèle spécifique en perte d'autonomie | | | | | |
| Objectif 4 : Prévenir l'épuisement des proches aidants de toute clientèle du RLS | | | | | | |
| CLIENTÈLE À DOMICILE | 1. Promouvoir l'offre de service de soutien et d'entraide aux proches aidants Développer une approche intégrant le counselling individuel <ul style="list-style-type: none"> Assurer un leadership mobilisateur et l'animation de rencontres visant à briser l'isolement et outiller les proches aidants Poursuivre le déploiement d'une offre de service de répit en centre de jour (communautaire et spécialisé) S'assurer d'évaluer les besoins des aidants (soutien, répit, mesures compensatoires, etc.) | 2 | Prise en charge | D | L | Dir. PAC |
| | 2. Promouvoir l'offre de service en Centre de jour (Spécialisé et Communautaire) au niveau de ses activités de nature préventive et thérapeutique (individuel et de groupe) <ul style="list-style-type: none"> Développer une meilleure connaissance de l'offre de service et de ses modalités d'accès | 4 | Nombre de participants aux Centres de jour | D | L | Dir. PAC |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|---|---|-------------------|---|--|---|------------------------------|
| CLIENTÈLE À DOMICILE (suite) | <ul style="list-style-type: none"> Poursuivre les rencontres thématiques dans le but de sensibiliser, informer et briser l'isolement vécu par la personne et ses proches | | | | | |
| | 3. Animer le réseau d'action pour les proches aidants du territoire et la concertation : Identifier, soutenir et instrumenter les proches aidants dans leur rôle | 3 | | D | M | Dir. PAC |
| | <ul style="list-style-type: none"> Collaborer avec le milieu communautaire (ex : Maison des familles et autres..) pour favoriser et soutenir une variété d'approches permettant de diversifier l'offre de service : en intergénérationnel, en développant des solidarités de voisinage, le travail de milieu, etc. | 3 | | C | M | Dir. PAC |
| | <ul style="list-style-type: none"> Offrir le programme d'adaptation à domicile | 4 | | P | C | Dir. PAC |
| | <ul style="list-style-type: none"> Poursuivre l'utilisation des suivis systématiques pour la clientèle du SAD et assurer la mise à jour de celle-ci | 4 | | P | C | Dir. PAC |
| | 4+. Prévention des dépendances et de la surconsommation de médicaments psychotropes | | | | | |
| Objectif 5 : Prévention des dépendances et de la surconsommation de médicaments psychotropes | | | | | | |
| | 1. Organisation de rencontres de sensibilisation auprès de l'équipe médicale avec le Dr Raby <ul style="list-style-type: none"> Faire l'évaluation des profils pharmaceutiques en CHSLD | 4 | Taux de consommation des anxiolytiques et sédatifs chez les personnes âgées | C | L | Dir. PAC |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (c) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--|--|-------------------|------------------|--|---|------------------------------|
| Objectif 6 : Déployer des méthodes de dépistage en regard des facteurs intrinsèques et extrinsèques qui influencent les chutes (RI, RNI hébergement, centre de jour, organismes communautaires, etc.) | | | | | | |
| Prévention des chutes | 1. Implanter la politique-cadre en prévention des chutes : d'abord en centre d'hébergement, Centre de jour, RI et RNI | 4 | | P | C | DSISP |
| | 2. Réaliser une formation sur l'application de la politique offerte à tout le personnel concerné | 1 | | P | C | DSISP |
| | 3. Poursuivre le déploiement du programme de prévention des chutes : <ul style="list-style-type: none"> • Volet I : <ul style="list-style-type: none"> - Programme PIED (programme intégré d'équilibre dynamique) - Offrir des activités d'enseignement de groupe en prévention des chutes à proximité des clientèles à risque - Poursuivre l'utilisation de l'outil de dépistage PRISMA7 à l'urgence et l'implanter au GMF - Programme de Viactive • Volet II : Multifonctionnel personnalisé Poursuivre et adapter la formation du personnel sur ce volet avec les démarches à suivre (protocole) • Volet III : Interventions médicales Impliquer les médecins de première ligne dans le dépistage et la référence de la clientèle à risque de chute | 4 | Nombre de chutes | P | C | DSISP |

| CIBLE | ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION LOCAL | AXES D'ACTION VES | INDICATEUR | POURSUIVRE (P) CONSOLIDER (C) DÉVELOPPER (D) | ÉCHÉANCIER CONTINU (C) MOYEN (M) LG TERME(L) | PORTEUR PRINCIPAL DU DOSSIER |
|--------------------------------------|---|-------------------|--|--|---|------------------------------|
| PRÉVENTION DES CHUTES (suite) | 4. Poursuivre les activités du comité local de travail intersectoriel sur la prévention des chutes <ul style="list-style-type: none"> • Création de guide de sécurité • Guide sur le choix et l'utilisation des aides fonctionnelles • Document «Vous pouvez éviter les chutes » • Que faire en cas de chute... | 3 | | C | M | DSISP |
| | 5. Offrir la télésurveillance à la clientèle à risques | 4 | | P | C | DSISP |
| Mesures de contrôle | 1. Implanter et déployer la politique et procédure sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle et de contention en hébergement et au soutien à domicile | 5 | % de mesures de contrôle dans nos services | P | C | DSISP |
| | 2. Réaliser la formation sur l'utilisation de mesures de contrôle à l'ensemble du personnel de l'hébergement et du SAD | 1 | | P | C | DSISP |
| | 3. Poursuivre les travaux du comité intersectoriel sur l'utilisation des mesures de contrôle et de contention | 3 | | P | C | DSISP |

BIBLIOGRAPHIE

1. Plan d'action régional de santé publique 2010-2015 Bas-St-Laurent
2. Résumé des cibles et activités de santé publique. PAR BSL 2010-2015 pour la Matapédia
3. Fiche socio sanitaire RLS de la Matapédia
4. CSSS du Richelieu Yamaska, <http://www.santemonteregie.qc.ca/richelieu-yamaska/sante-publique/plan-local.fr.html>
5. CSSS Chicoutimi, <http://www.csss-chicoutimi.qc.ca/LinkClick.aspx?fileticket=UMrnOLowCUc%3D&..>
6. CSSS de Charlevoix, http://cssscharlevoix.qc.ca/uploaded/PALSP_10-15.pdf
7. CSSS Jeanne Mance,
http://www.csssjeannemance.ca/fileadmin/csss_jmance/Publications/Publications_diverses/Pdf/Plan_d_action_local_en_sante_publique_2010-2015.pdf
8. CSSS la vieille Capitale, <http://www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=864>
9. CSSS des Iles, <http://www.csssdesiles.qc.ca/docs/PALSP2011-2015-CSSSdesIles.pdf>
10. CSSS de la pointe de l'Île,
http://www.cssspointe.ca/fileadmin/csss_pdi/Image/Publications/Plans_d_action/Document_PAL_2010_-_2015_version_finale_juin_2010.pdf
11. CSSS Baie des chaleurs, <http://www.chbc.qc.ca/csssbc.aspx?sec=156>
12. Réflexions sur le modèle « Vieillesse en santé (VES) » de l'équipe IPCDC
13. La santé et ses déterminants, mieux comprendre pour mieux agir du MSSS