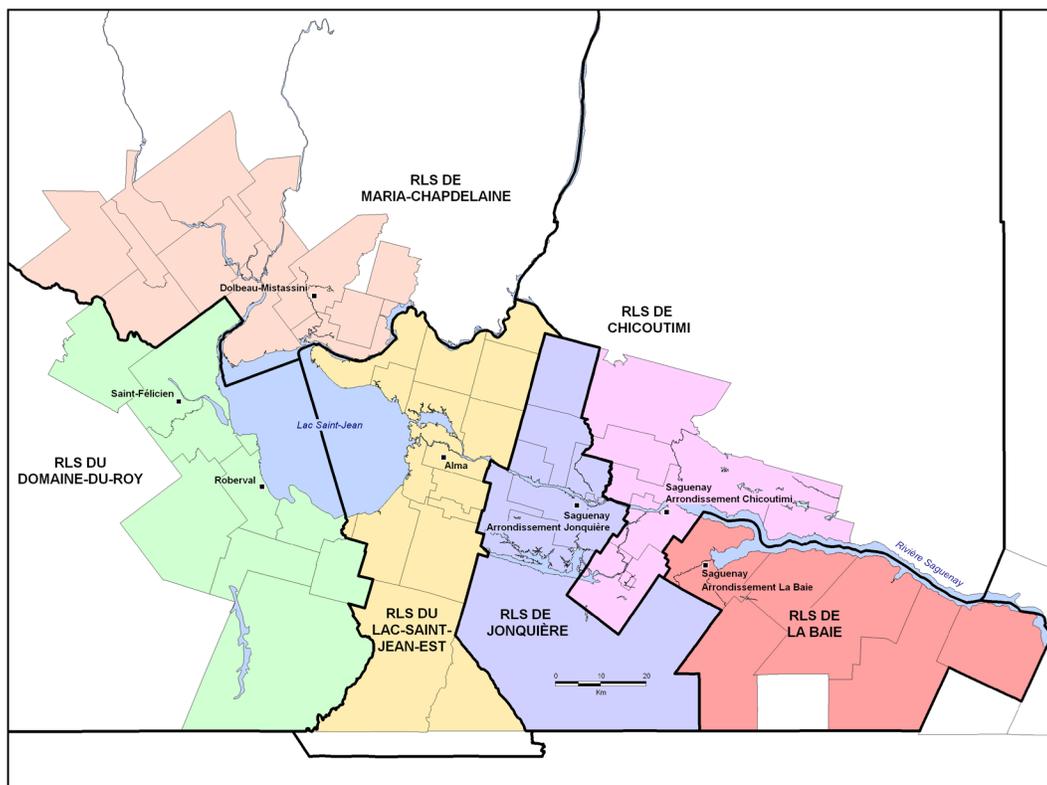




# LE PLAN RÉGIONAL DE SURVEILLANCE EN SANTÉ PUBLIQUE DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN 2014-2020



**AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX  
DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN**

**DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE  
L'ÉVALUATION**

**Novembre 2014**

## **COORDINATION DU PROJET**

René Lapierre, Service surveillance, recherche et évaluation

## **ANALYSE ET RÉDACTION**

René Lapierre, Service surveillance, recherche et évaluation

## **TRAITEMENT DES DONNÉES**

Maxime Lévesque, Service surveillance, recherche et évaluation

René Lapierre, Service surveillance, recherche et évaluation

## **RELECTURE DU CONTENU**

Ann Bergeron, médecin-conseil, coordonnatrice du Service surveillance, recherche et évaluation

## **COLLABORATION**

Ann Bergeron, médecin-conseil, coordonnatrice du Service surveillance, recherche et évaluation

Marie-Claude Clouston, Service surveillance, recherche et évaluation

Emmanuelle Arth, Service surveillance, recherche et évaluation

Fabien Tremblay, Service surveillance, recherche et évaluation

Mario Brisson, médecin-conseil, Service maladies infectieuses

Patrick Lapointe, Service santé au travail

Michel Savard, Service santé environnementale

Jean-François Betala Belinga, médecin-conseil à la Direction de la santé publique et de l'évaluation

## **MISE EN PAGE**

Anne-Pascale Maltais, Service surveillance, recherche et évaluation

## **RÉVISION LINGUISTIQUE**

Anne-Pascale Maltais, Service surveillance, recherche et évaluation

Johanne Tremblay, Direction générale

## **CE DOCUMENT EST DISPONIBLE À L'ADRESSE SUIVANTE :**

[www.santesaglac.com](http://www.santesaglac.com)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-923962-45-0 (version imprimée)

ISBN : 978-2-923962-46-7 (version PDF)

Toute reproduction partielle ou totale de ce document est autorisée à la condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec

## TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux.....	5
Liste des figures.....	7
Liste des sigles et acronymes.....	9
Mot du directeur.....	11
Introduction.....	13
1. Le cadre légal.....	15
2. Le cadre opérationnel.....	17
2.1 Le <i>Plan national de surveillance</i> .....	17
2.1.1 Le <i>Plan commun de surveillance</i> .....	17
2.1.2 Le <i>Plan ministériel de surveillance multithématique</i> .....	19
2.2 L'accès aux données du <i>Plan national de surveillance</i> .....	20
3. La surveillance à la Direction de la santé publique et de l'évaluation du Saguenay–Lac-Saint-Jean.....	21
3.1 Le territoire.....	21
3.2 L'organisation de la surveillance.....	22
3.2.1 La surveillance générale.....	22
3.2.2 La surveillance spécifique.....	24
3.2.3 Le comité de surveillance en santé publique.....	30
3.3 La sécurité des données.....	30
3.3.1 Les extraits des fichiers statutaires du MSSS.....	31
3.3.2 Les données issues de l'Infocentre de santé publique.....	33
3.3.3 Les données des enquêtes de santé.....	34
3.3.4 Le cas des stagiaires en médecine.....	34
3.3.5 Les mesures d'ordre général.....	34
3.4 La diffusion des données.....	35
3.4.1 La diffusion en surveillance générale.....	37
3.4.2 La diffusion en surveillance spécifique.....	41
3.4.3 Le rapport annuel du directeur de la santé publique et de l'évaluation.....	41
3.5 Les aspects éthiques liés à la surveillance.....	41

4. Les orientations.....	43
4.1 Les domaines d'intervention privilégiés .....	43
4.2 Les angles d'analyse privilégiés.....	44
4.2.1 Le soutien à la responsabilité populationnelle des CSSS .....	44
4.2.2 Les milieux de vie.....	48
4.3 Les orientations de nature opérationnelle .....	49
4.3.1 La poursuite d'enquêtes de santé à portée locale .....	50
4.3.2 L'amélioration des produits et activités de diffusion .....	52
4.3.3 Le développement des méthodes d'analyse des données .....	53
4.3.4 Le maintien et le développement des systèmes d'information.....	54
4.4 Les orientations de nature organisationnelle .....	56
4.4.1 La poursuite des travaux du comité de surveillance.....	56
4.4.2 Le maintien du recours aux stagiaires en médecine .....	57
4.4.3 La formation .....	57
Conclusion .....	59
Bibliographie .....	61
Annexe 1 Les mandats du comité de surveillance en santé publique.....	63
Annexe 2 La démarche d'élaboration du <i>Plan régional de surveillance en santé publique</i> .....	67
Annexe 3 Description de l' <i>Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012</i> .....	79
Annexe 4 Principales thématiques couvertes par l' <i>Enquête québécoise sur la santé de la population</i> et l' <i>Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire</i> .....	89
Annexe 5 Liste des municipalités par territoire de réseau local de services (RLS) .....	93
Annexe 6 Algorithme de réflexion pour la transmission de données .....	97
Annexe 7 Liste des indicateurs inclus au <i>Tableau synoptique des indicateurs sociosanitaires du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2014</i> .....	101

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Domaines couverts et exemples d'indicateurs inclus au <i>Plan commun de surveillance</i> .....	18
Tableau 2	Systèmes d'information utilisés pour la surveillance générale .....	24
Tableau 3	Systèmes d'information utilisés pour la surveillance en maladies infectieuses .....	26
Tableau 4	Systèmes d'information utilisés pour la surveillance en santé au travail .....	27
Tableau 5	Systèmes d'information utilisés pour la surveillance en santé environnementale .....	28
Tableau 6	Conformité de la DSPE aux mesures de sécurité en vigueur au MSSS .....	32
Tableau 7	Classification des droits d'accès à l'Infocentre de santé publique.....	33
Tableau 8	Produits de surveillance générale diffusés de 2008 à 2013 .....	38
Tableau 9	Productions prévues en soutien aux orientations privilégiées, 2014 et 2015.....	46
Tableau 10	Principales enquêtes de santé utilisées pour documenter l'état de santé de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 1997 à 2012.....	50
Tableau 11	Principales enquêtes de santé prévues pour documenter l'état de santé de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012 à 2018 .....	52
Tableau 12	Liste des indicateurs inclus dans l' <i>Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012</i> .....	82
Tableau 13	Pertinence des indicateurs de l' <i>Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012</i> non inscrits au <i>Plan commun de surveillance</i> .....	85
Tableau 14	Principales thématiques couvertes par l' <i>Enquête québécoise sur la santé de la population 2008</i> .....	90
Tableau 15	Principales thématiques couvertes par l' <i>Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011</i> .....	91
Tableau 16	Liste des municipalités par territoires de RLS.....	94



## LISTE DES FIGURES

Figure 1	La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean et ses territoires de RLS .....	21
Figure 2	Schéma des systèmes d’information en santé publique au Saguenay–Lac-Saint-Jean .....	29
Figure 3	Schéma du processus d’élaboration du plan régional de surveillance, résultats des étapes I et II .....	36
Figure 4	Schéma du processus d’élaboration du plan régional de surveillance .....	72
Figure 5	Schéma du processus d’élaboration du plan régional de surveillance, étape 1 .....	74
Figure 6	Schéma du processus d’élaboration du plan régional de surveillance, étapes 1 et 2.....	76
Figure 7	Algorithme de réflexion pour la transmission de données .....	99



## **LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES**

CAI	Commission d'accès à l'information
CAMI	Centre d'accès au matériel d'injection
CDC	Centers for Disease Control
CESP	Comité d'éthique en santé publique
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIOSC	Canadian Integrated Outbreak Surveillance Centre
CLD	Centre local de développement
CLSC	Centre local de services communautaires
COS	Cadre d'orientation pour le développement et l'évolution de la fonction surveillance
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DSP	Direction de santé publique
DSPE	Direction de la santé publique et de l'évaluation
DSQ	Dossier Santé Québec
ÉCOBES	Le Centre d'Étude des Conditions de vie et des Besoins de la population
EQDEM	Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle
EQSJS	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
ESPRI	Registre de surveillance des effets secondaires possiblement reliés à l'immunisation
GMF	Groupe de médecine de famille
GPI	Gestion des produits immunisants
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPCDC	Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences
ISQ	Institut de la statistique du Québec
LSP	Loi sur la santé publique
MADO	Maladies à déclaration obligatoire
MAMROT	Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire
MDDEFP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs
MED-ÉCHO	Système de maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MESS	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MI	Maladies infectieuses
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NOSOKOS	Système de surveillance régionale des infections nosocomiales
PCI	Prévention et contrôle des infections

PCS	Plan commun de surveillance
PMSM	Plan ministériel de surveillance multithématique
PNS	Plan national de surveillance
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PRS	Plan régional de surveillance
PSSE	Programmes de santé spécifiques aux établissements
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
RLS	Réseau local de services
RSPSAT	Réseau de santé publique en santé au travail
SADC	Société d'aide au développement des collectivités
SE	Santé environnementale
SIDVS-VNO	Système intégré des données de vigie sanitaire, volet surveillance provinciale des infections dues au virus du Nil occidental
SIGAT	Système d'information et de gestion en aménagement du territoire
SIP	Système d'intervention en protection
SI-PMI	Système d'information pour la protection en maladies infectieuses
SIREAU	Système d'information sur la surveillance sanitaire des réseaux de distribution d'eau potable au Saguenay–Lac-Saint-Jean
SISAT	Système d'information en santé au travail
SISMACQ	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec
SI-SPIN	Système d'information sur la surveillance provinciale des infections nosocomiales
SIV	Système d'information sur la vaccination
SRE	Surveillance, recherche et évaluation
SUPREME	Système de surveillance et de prévention des impacts sanitaires des événements météorologiques extrêmes
SURV-UDI	Système de surveillance des utilisateurs de drogues injectables
SurvUdi/I-TRACK	Surveillance de l'épidémiologie de l'infection par le VIH et l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues injectables
TCNS	Table de concertation nationale en surveillance
UDI	Utilisateur de drogues injectables
VIGIE MADO	Rapports hebdomadaires des maladies à déclaration obligatoire
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VNO	Virus du Nil occidental

## MOT DU DIRECTEUR



La surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants constitue une des fonctions essentielles de la santé publique au Québec. Cette fonction est confiée exclusivement au ministre et aux directeurs de santé publique.

La surveillance vise en premier lieu à permettre au directeur de santé publique d'informer la population sur son état de santé. De plus, par une diffusion d'informations pertinentes aux décideurs et intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et à leurs partenaires, la surveillance favorise des décisions éclairées en matière de planification sociosanitaire. Ultiment, l'objectif visé est l'amélioration de l'état de santé de la population et des conditions qui l'influencent.

Le plan régional de surveillance a été conçu dans une optique de transparence envers la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean. L'objectif est de décrire le plus fidèlement possible comment s'organise et se réalise cette surveillance dans la région. Il s'agit en quelque sorte de mettre cartes sur table afin de rendre compréhensible ce qui, de l'extérieur, peut apparaître à première vue hermétique et complexe.

Le plan décrit donc en détail comment est organisée et structurée la surveillance de l'état de santé de la population, tant au Québec qu'au sein de l'Agence. Le lecteur pourra ainsi constater qu'au fil des ans, les acteurs en surveillance des divers paliers se sont dotés collectivement de structures et de mécanismes qui ont favorisé le développement et l'essor de cette fonction essentielle en santé publique.

Ce travail de consolidation concernait en grande partie l'accès à un vaste ensemble de données, provenant de diverses sources, essentielles pour mieux décrire et suivre l'état de santé de la population. Parallèlement, de nombreuses mesures ont été mises en place depuis plusieurs années pour sécuriser ces données et en protéger la confidentialité.

Enfin, toujours dans cette optique de transparence, le plan régional de surveillance présente les principales orientations régionales qui guideront le travail des professionnels dans ce domaine au cours de la période 2014-2020.

**Donald Aubin, M. D.**

Directeur de la santé publique et de l'évaluation



## INTRODUCTION

Dans le *Plan commun de surveillance en santé publique*, la surveillance est définie comme « un processus continu d'appréciation de l'état de santé de la population et de ses déterminants par la collecte, l'analyse et l'interprétation des données sur la santé et ses déterminants à l'échelle d'une population »<sup>1</sup>. Afin de soutenir la décision, tant dans le secteur sociosanitaire que dans les autres secteurs d'activités qui influencent la santé, l'exercice de la surveillance implique aussi la diffusion, en temps opportun, de l'information à ceux qui ont besoin de la connaître (décideurs, intervenants et population) en vue d'améliorer la santé de la population.

Au Québec, la surveillance s'inscrit dans un cadre très structuré, tant au plan légal qu'au plan organisationnel. L'élaboration d'un plan régional de surveillance (PRS) constitue d'ailleurs une des obligations découlant de cet encadrement que se sont donné les acteurs en surveillance.

Selon le Comité d'éthique en santé publique (CESP), ce plan doit être considéré comme un contrat de transparence entre une direction de santé publique et la population qu'elle dessert. Il s'agit donc de rendre « explicites et transparents la collecte et le traitement de très nombreux renseignements au sujet d'une population donnée en précisant les finalités poursuivies. Cette transparence est un corollaire de l'imputabilité des autorités de la santé publique auxquelles est accordé le pouvoir de colliger et de traiter de l'information à partir de données individualisées. »<sup>2</sup>. En ce sens, le PRS doit décrire de quelle façon le mandat de surveillance est exercé et réalisé régionalement en mettant l'accent sur les données requises pour réaliser ce mandat, les moyens d'y accéder et de les rendre disponibles à la population.

Le PRS en santé publique du Saguenay–Lac-Saint-Jean constitue un premier jalon dans une démarche évolutive. Son contenu ne peut être figé et devra s'adapter à un contexte susceptible de changer au fil des ans, que ce soit au niveau de l'alimentation en données, des orientations concernant la fonction de surveillance ou des demandes provenant des différents partenaires.

Dans un premier temps, le document présente le cadre légal dans lequel évolue la surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants. Le cadre opérationnel est ensuite décrit brièvement en insistant sur les infrastructures mises en place au niveau national pour assurer la réalisation des mandats de surveillance inscrits dans la Loi sur la santé publique.

La section 3 décrit de façon détaillée l'organisation de la surveillance à la Direction de la santé publique et de l'évaluation (DSPE) de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean\*. Les principaux éléments concernant la sécurité des données, la diffusion des données et les aspects éthiques liés à la surveillance sont aussi présentés.

La dernière section du document présente les orientations retenues pour assurer de façon optimale la réalisation des mandats de surveillance, compte tenu des changements survenus au cours des dernières années dans l'organisation de la surveillance au Québec et dans la réorganisation des services de santé.

1. DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2005), *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007*, Québec, Gouvernement du Québec, février 2005, Partie I, p. 6. Définition inspirée de THACKER, S.B. et al. « A Method to Evaluate Systems of Epidemiologic Surveillance », *Comprehensive Plan for Epidemiologic Surveillance*, Centers for Disease Control, Atlanta, Centers for Disease Control, 1986, p. 3 A.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale de santé publique (2007), *Cadre d'orientation pour le développement et l'évolution de la fonction de surveillance au Québec*, p. 22.

\*Ci-après, désignée « l'Agence »



## 1. LE CADRE LÉGAL

Adoptée en 2001, la Loi sur la santé publique (LSP)<sup>3</sup> « a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général. » (article 1)

Cette loi inclut entre autres des mesures qui « visent [...] à ce que soit effectuée une surveillance continue de l'état de santé de la population en général et de ses facteurs déterminants afin d'en connaître l'évolution et de pouvoir offrir à la population des services appropriés. » (article 4)

L'article 34 de la LSP stipule que « la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population est confiée exclusivement au ministre et aux directeurs de santé publique. »

Selon cette même loi (article 33), cette surveillance « doit être exercée de façon à pouvoir :

1. dresser un portrait global de l'état de santé de la population;
2. observer les tendances et les variations temporelles ou spatiales;
3. détecter les problèmes en émergence;
4. identifier les problèmes prioritaires;
5. élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population;
6. suivre l'évolution au sein de la population de certains problèmes spécifiques de santé et leurs déterminants. »

Pour ce faire, le directeur de santé publique doit avoir accès à un ensemble de données dans divers domaines. À ce sujet, la LSP précise ce qui suit :

article 38 Le ministre et les directeurs de santé publique peuvent exiger des médecins, des laboratoires médicaux, publics ou privés, des établissements de santé et de services sociaux ou de tout ministère ou organisme, qu'ils leur fournissent des renseignements nécessaires à l'exécution d'un plan de surveillance sous une forme qui ne permet pas d'identifier les personnes que ces renseignements concernent, mais qui permet d'obtenir l'information recherchée par territoire desservi par un établissement de santé et de services sociaux exploitant un centre local de services communautaires, par municipalité, par arrondissement ou par quartier.

article 39 Des enquêtes sociosanitaires doivent être faites régulièrement auprès de la population afin d'obtenir, de manière récurrente, les renseignements nécessaires à la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population.

Cet accès aux données, nécessaires à la réalisation du mandat de surveillance, est cependant balisé par la LSP :

article 35 Le ministre et les directeurs de santé publique, chacun pour leur fin, doivent élaborer des plans de surveillance de l'état de santé de la population qui spécifient les finalités recherchées, les objets de surveillance, les renseignements personnels ou non qu'il est nécessaire d'obtenir, les sources d'information envisagées et le plan d'analyse de ces renseignements, qui leur sont nécessaires pour pouvoir exercer leur fonction de surveillance.

---

3. *Recueil des lois et des règlements du Québec*, chap. S-2.2.

article 36 Les projets de plan de surveillance doivent être soumis pour avis au comité d'éthique.

article 37 Le ministre et chaque directeur de santé publique doivent réévaluer périodiquement la nécessité de maintenir chacun de leurs plans de surveillance ou d'y apporter des changements.

La surveillance de l'état de santé de la population est de plus encadrée par des éléments concernant la sécurité des données. En tant qu'organisme public, chaque direction de santé publique est en effet soumise aux obligations prévues dans la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. À titre d'exemple, dans le cadre de la mise en œuvre du *Plan commun de surveillance* (PCS), le ministère de la Santé et des Services sociaux transmet aux directions de santé publique des extraits de fichiers statutaires qui contiennent des renseignements personnels. Celles-ci doivent héberger ces données de façon sécuritaire, en appliquant les mesures de sécurité et le calendrier de conservation en vigueur au MSSS et en respectant les conditions d'utilisation des données inscrites dans l'entente de communication des données MSSS-DSP. Par ailleurs, les données communiquées dans le cadre de cette entente doivent être utilisées uniquement à des fins de surveillance que prévoient les articles 4, 33, 34 et 35 de la LSP.

## 2. LE CADRE OPÉRATIONNEL

La surveillance touche tous les domaines de la santé publique. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean comme dans la majorité des régions, on distingue :

- la surveillance dite générale, associée plus étroitement aux activités de promotion de la santé et de prévention des maladies. Elle concerne entre autres les indicateurs de santé en général (mortalité, espérance de vie, etc.), les habitudes de vie, les maladies chroniques et les traumatismes;
- la surveillance dite spécifique, davantage en lien avec les activités de protection de la santé, qui couvre les domaines des maladies infectieuses, de la santé environnementale et de la santé au travail.

Ce mode d'organisation de la surveillance à deux niveaux (générale, spécifique) et les différences pouvant exister d'une région à l'autre ont, entre autres, incité les acteurs en surveillance à se doter progressivement d'un cadre opérationnel commun. Ce cadre, décrit sommairement dans cette section du document, vise à assurer de façon harmonieuse la réalisation des différentes fonctions de surveillance prévues au cadre légal, notamment en ce qui a trait à l'alimentation en données requises pour la fonction surveillance.

### 2.1 Le Plan national de surveillance

Le *Plan national de surveillance* (PNS), en cours de développement, précisera et priorisera les besoins en surveillance pour le Québec. Il intégrera le *Plan commun de surveillance* (PCS) et le *Plan ministériel de surveillance multithématique* (PMSM).

#### 2.1.1 Le Plan commun de surveillance

Le PCS de l'état de santé de la population et de ses déterminants a été adopté en 2005, dans le cadre de l'application de la Loi sur la santé publique. Le PCS présente une structure à deux niveaux : objets de surveillance et indicateurs. Les premiers ont été définis, entre autres, en relation avec les objectifs du *Programme national de santé publique 2003-2012*, chacun de ceux-ci portant sur l'état de santé ou sur un de ses déterminants. Pour chaque objet de surveillance, un ou plusieurs indicateurs ont été sélectionnés en se basant entre autres sur leur pertinence et leurs qualités psychométriques.

Le PCS cible plus de 500 mesures/indicateurs de l'état de santé et des facteurs l'influençant (les déterminants), lesquels ont été identifiés comme étant nécessaires aux niveaux national et régional pour remplir le mandat de la surveillance continue de l'état de santé de la population. Ce plan identifie également les renseignements à obtenir pour suivre ces objets de surveillance. Ceux-ci proviennent d'environ 70 sources de données différentes<sup>4</sup>.

Les indicateurs du PCS servent à soutenir les intervenants et les décideurs dans les processus de planification sociosanitaire, incluant l'élaboration de politiques, de programmes ou de plans d'action ainsi qu'à informer la population sur son état de santé et à l'éclairer quant à ses choix en matière de santé. Ils ont été retenus par consensus des acteurs de santé publique selon deux principaux critères :

- leur caractère nécessaire au suivi systématique de l'état de santé de la population;
- leur comparabilité à l'échelle du Québec, des 18 régions sociosanitaires et de différents territoires sous-régionaux.

4. DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2005), *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007*, Québec, Gouvernement du Québec, février 2005.

Le tableau 1 illustre le champ couvert par le PCS et présente quelques exemples de thématiques ou d'indicateurs dans chacune des catégories de déterminants ou d'état de santé.

**Tableau 1**  
**Domaines couverts et exemples d'indicateurs inclus au *Plan commun de surveillance***

<b>Déterminants de la santé</b>	<b>Exemple de thématique ou d'indicateurs</b>
Conditions démographiques	Répartition de la population selon l'âge et le sexe, accroissement, taux de grossesse et de fécondité
Conditions socioculturelles	Statut matrimonial, structure familiale, population vivant seule, immigrants
Conditions socioéconomiques	Revenu, scolarité, emploi, chômage, insécurité alimentaire
Environnement physique	Qualité de l'eau potable, qualité de l'air, situations à risque en milieu de travail, risques environnementaux
Environnement social	Délinquance, violence, soutien social, aidants naturels, protection de la jeunesse
Habitudes de vie et comportements	Alimentation, activité physique, tabagisme, consommation d'alcool et drogues
Services de santé	Services préventifs (mammographie, vaccination, etc.), services de 1 <sup>re</sup> ligne
<b>État de santé</b>	
État de santé globale	Espérance de vie, incapacité, mortalité selon la cause, incidence du cancer
État de santé physique	Santé des nouveau-nés, traumatismes non intentionnels, maladies chroniques, maladies infectieuses, maladies liées au milieu de travail
État de santé psychosociale ou mentale	Perception de sa santé mentale, détresse psychologique, stress, taux de suicide

Depuis 2005, plusieurs activités de mise en œuvre du PCS ont été entreprises, dont la production centralisée de mesures et d'indicateurs à l'Infocentre de santé publique et les démarches d'acquisition des renseignements nécessaires au calcul de ces indicateurs.

Le contenu du PCS est progressif : sa mise en œuvre permet d'identifier les zones où une adaptation est essentielle à l'évolution de la fonction de surveillance au Québec. Ces adaptations se traduisent par des mises à jour ponctuelles et, à terme, par une révision complète.

### 2.1.2 Le Plan ministériel de surveillance multithématique

À cet égard, le ministère a produit, en complément au PCS, un *Plan ministériel de surveillance multithématique* (PMSM). Ce plan est l'occasion d'identifier et d'explorer des problèmes ou déterminants de santé (les objets) relatifs à des domaines moins bien couverts ou mis de côté au moment des travaux sur le PCS, par exemple, tout le domaine psychosocial.

Pour mesurer adéquatement ces objets, des indicateurs devront être mis au point. La majorité des indicateurs du PMSM sont distincts du PCS et viennent enrichir le dispositif de surveillance. Ces indicateurs sont regroupés en huit thématiques. Compte tenu de l'état d'avancement des travaux propre à chaque thématique, les responsables du projet ont convenu de déployer les travaux d'élaboration en deux phases. Ainsi, dans le cadre de la première phase d'élaboration, six des huit thématiques sont présentées, soit :

1. habitudes de vie, comportements et maladies chroniques;
2. traumatismes non intentionnels (chutes chez les personnes âgées);
3. environnement social et état de santé psychosociale;
4. santé environnementale;
5. santé en milieu de travail;
6. déterminants socioéconomiques et état de santé globale.

Chacune de ces thématiques, retenues dans la première phase, présente aussi un état d'avancement différent allant d'un premier stade de planification, voire d'un stade exploratoire, à un stade d'opérationnalisation plus avancé.

À titre d'exemple, la planification du volet sur les maladies chroniques permet sa mise en œuvre à court terme. Depuis 2002, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) effectue la surveillance du diabète au Québec à partir de données issues du jumelage des fichiers administratifs de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et du MSSS. Dans le contexte du PMSM (volet maladies chroniques), l'élargissement de la surveillance à d'autres maladies chroniques est en cours à l'INSPQ, ce qui s'est traduit par la mise en place du *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec* (SISMACQ). Ce système fournit actuellement des données d'incidence et de prévalence du diabète, de l'hypertension artérielle et de certains troubles mentaux par groupe d'âges et sexe, et ce, pour chaque territoire de RLS. Des données similaires sur les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, l'ostéoporose et les maladies ostéoarticulaires ainsi que sur l'Alzheimer et les maladies apparentées seront disponibles à court terme.

Par contre, en ce qui a trait aux indicateurs relatifs à l'environnement social, l'état de santé psychosociale de même que les déterminants socioéconomiques et l'état de santé globale, il reste d'importants travaux à faire pour établir plus précisément les développements à réaliser et la manière de le faire.

## 2.2 L'accès aux données du Plan national de surveillance

En excluant les données accessibles par le biais d'extraits de fichiers statutaires du MSSS, les données du *Plan national de surveillance* (PNS) sont rendues accessibles principalement par le biais de l'Infocentre de santé publique. L'Infocentre de santé publique offre une gamme de produits permettant d'apprécier les indicateurs de santé et d'en faciliter l'analyse. On cherche ainsi à accroître les activités de production d'analyse dans le réseau de la santé publique dans un environnement qui offre les garanties optimales de protection des renseignements personnels.

L'Infocentre de santé publique héberge un portail général qui donne accès aux indicateurs du PCS ainsi qu'à ceux du *Portrait de santé du Québec et ses régions* et conséquemment, à plusieurs des indicateurs du PRS. On y trouve notamment les données tirées des fichiers statutaires du MSSS et celles issues du *Plan ministériel d'enquêtes de santé* (EQSJS, EQSP). Les droits d'accès sont attribués par les directeurs de santé publique aux professionnels en surveillance en fonction de leurs tâches et responsabilités (voir tableau 7, p. 33).

L'Infocentre de santé publique héberge en plus trois portails spécifiques, soit MADO-Chimique, PQDCS et Influenza.

Le portail des maladies à déclaration obligatoire attribuables à un agent chimique (MADO-Chimique) propose un lien vers le système provincial d'enregistrement, de surveillance et de vigie sanitaire du système MADO-Chimique et vers ses rapports statistiques. L'accès aux données et aux produits de surveillance est réservé aux personnes ayant reçu l'autorisation de leur directeur régional de santé publique.

Le portail du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) donne accès à certains indicateurs qui permettent d'évaluer la performance du programme. L'accès à ces informations est réservé aux personnes dont le mandat est associé à l'évaluation et à la coordination du PQDCS, lesquelles ont été identifiées en collaboration avec le MSSS en vertu des autorisations légales d'accès aux renseignements personnels.

Le portail Influenza contient l'information relative à la surveillance de l'influenza afin de soutenir les autorités de santé publique dans la réalisation de leur mandat de vigie et de surveillance. Les personnes réalisant des activités courantes de la fonction de surveillance de l'influenza peuvent avoir accès à ce portail.

### 3. LA SURVEILLANCE À LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

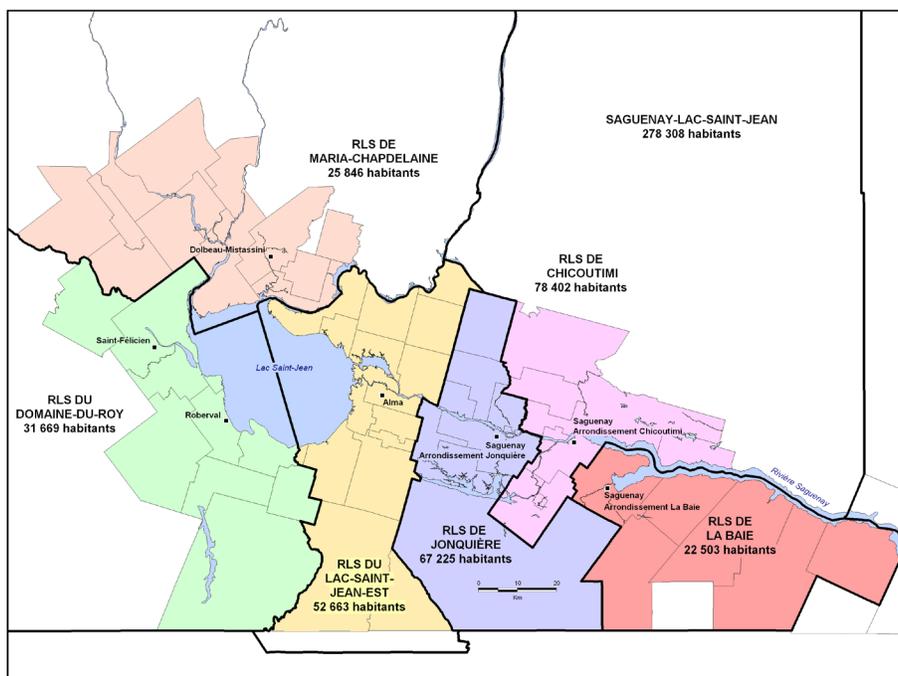
#### 3.1 Le territoire

La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean est formée de deux plans d'eau majeurs, le lac Saint-Jean et la rivière Saguenay, autour desquels se concentre la population. La région s'étend sur une superficie totale de plus de 104 000 kilomètres carrés dont seulement 11 % est municipalisée. On y dénombre 49 municipalités. En 2014, la population régionale comptait 278 300 personnes selon les plus récentes perspectives démographiques disponibles<sup>5</sup>. Environ les trois quarts de cette population se concentrent dans l'une des cinq villes de plus de 10 000 habitants. Le reste se disperse dans 44 municipalités rurales dont la taille varie d'environ 200 à 5 000 personnes.

Sur le plan de la santé, la région est divisée en six territoires de réseaux locaux de services (RLS). Au Lac-Saint-Jean, les trois territoires de RLS correspondent en gros à ceux des MRC et portent le même nom, soit Maria- Chapdelaine, Domaine-du-Roy et Lac-Saint-Jean-Est. La seule différence est que depuis avril 2011, un changement a été apporté au découpage territorial officiel (dénommé M-34) utilisé par le MSSS pour tenir compte de l'entente de services conclue entre les CSSS Maria-Chapdelaine et Lac-Saint-Jean-Est. Selon cette entente, les résidents de Saint-Ludger-de-Milot sont desservis par le CSSS Maria-Chapdelaine pour les services de santé et services sociaux. Conséquemment, les données produites par le MSSS (décès, naissances, tumeurs, enquêtes de santé, etc.) concernant la population du territoire de Maria-Chapdelaine incluent celles relatives aux résidents de Saint-Ludger-de-Milot. Au Saguenay, les trois territoires de RLS se confondent avec la MRC Le Fjord-du-Saguenay et la ville de Saguenay et portent le nom des anciennes municipalités urbaines, soit Jonquière, Chicoutimi et La Baie (voir figure 1 et annexe 5 pour une liste des municipalités incluses dans chacun des territoires).

**Figure 1**

**La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean et sa population par territoires de RLS en 2014**



Source : Institut de la statistique du Québec, Projections de population pour le découpage géographique en vigueur en avril 2014, série produite en novembre 2014.

5. Institut de la statistique du Québec (2014), *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061*, Québec, 123 p.

Au cœur de chacun des six RLS, se trouve un centre de santé et de services sociaux (CSSS) né de la fusion d'un centre hospitalier, d'un centre local de services communautaires (CLSC) et d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Le réseau régional comprend de plus deux autres établissements publics, soit le Centre Jeunesse et le Centre régional en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement, et un établissement privé conventionné.

### 3.2 *L'organisation de la surveillance*

Dans la région, la surveillance générale est sous la responsabilité du Service surveillance, recherche et évaluation (SRE). La surveillance dite spécifique est effectuée au sein de trois services de la DSPE, soit les services des maladies infectieuses (MI), de santé au travail (ST) et de santé environnementale (SE).

Compte tenu des mandats et responsabilités de chaque service, les professionnels et le personnel qui y sont rattachés n'ont pas accès aux mêmes systèmes d'information. Certains de ces systèmes sont provinciaux, d'autres ont été développés dans la région, pour répondre à des besoins spécifiques. Les paragraphes qui suivent décrivent la situation dans chacun des services.

#### 3.2.1 *La surveillance générale*

La surveillance dite générale est alimentée à même les indicateurs du PNS, qui proviennent principalement de trois sources :

- les données produites de façon statutaire par le MSSS;
- les données du *Plan ministériel d'enquêtes de santé*;
- celles produites par le *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec* (SIS-MACQ) développé par l'INSPQ.

En vertu d'une entente de communication de données MSSS-DSP, les dix-huit directions de santé publique régionales reçoivent des extraits de données des fichiers statutaires portant sur les hospitalisations (MED-ECHO), les tumeurs, les naissances, les mortinaissances et les décès. Ces extraits et les mises à jour qui en découlent permettent la réalisation des mandats de surveillance, en rendant possible la production récurrente de portraits descriptifs portant sur divers problèmes de santé.

En outre, l'enquête de santé constitue une source majeure de données pour documenter les objets de surveillance, et souvent la seule source permettant de documenter la prévalence des comportements à risque pour la santé, les facteurs de protection, ou certains problèmes de santé. Conséquemment, la DSPE du Saguenay–Lac-Saint-Jean a privilégié depuis une quinzaine d'années le recours systématique aux enquêtes de santé régionales tant auprès des adultes (2000, 2007, 2012) qu'auprès des jeunes du secondaire (1997, 2002 et 2008). Cette orientation, conséquente avec l'article 39 de la LSP, permet, de façon récurrente, de fournir aux intervenants régionaux et locaux :

- des données offrant une bonne précision à l'échelle des territoires de RLS;
- des données complémentaires à celles des enquêtes québécoises et canadiennes;
- des données qui permettent un suivi temporel;
- des informations répondant aux préoccupations et besoins régionaux et locaux.

Par ailleurs, le MSSS s'est doté depuis quelques années d'un *Plan ministériel d'enquêtes de santé*. Ce plan inclut trois enquêtes, récurrentes tous les cinq ans et visant chacune une population spécifique :

- *l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)*, qui cible les adultes de 15 ans et plus, réalisée pour une première fois en 2008 et dont la 2<sup>e</sup> édition aura lieu en 2014;
- *l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS)*, dont la première édition a eu lieu en 2010-2011;
- *l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM)*, réalisée en 2012-2013.

Autre source importante, le *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ)* fournit, à partir des fichiers administratifs MED-ÉCHO et RAMQ, des données très précises sur l'incidence et la prévalence de certaines maladies chroniques. Les premières données disponibles portaient sur le diabète et l'hypertension. S'y ajouteront progressivement des données sur les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, les maladies ostéoarticulaires, l'ostéoporose, les troubles mentaux et les démences, qui ont toutes été retenues au volet « Maladies chroniques » du PMSM. Ces données sont ou seront disponibles à l'échelle des régions et des territoires de RLS.

Parmi les types de données présentées précédemment, les extraits des fichiers statutaires du MSSS, les données d'enquêtes de santé réalisées dans la région ainsi que les données de l'EQSP 2008 sont hébergées à la DSPE du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Les autres types de données ne sont accessibles que par le biais de requêtes à l'Infocentre de santé publique.

Outre les données provenant des trois sources principales mentionnées précédemment, les professionnels affectés à la surveillance générale dans la région ont accès à quelques autres systèmes d'information dédiés à des problématiques spécifiques (grippe, influenza, urgences) (voir tableau 2).

Enfin, il est important de souligner que dans la presque totalité des cas, les données auxquelles ont accès le personnel du Service surveillance, recherche et évaluation sont dénominalisées.

**Tableau 2**  
**Systèmes d'information utilisés pour la surveillance générale**

Système d'information	Type de données	Personnel ayant accès
<i>Provinciaux</i>		
Infocentre de santé publique	Dénominalisées	3 agents de planification, programmation et recherche 1 coordonnatrice du service (niveau 30) 1 agent de planification, programmation et recherche 1 analyste en informatique (niveau 20)
Infocentre de santé publique Portail PQDCS	Dénominalisées	1 agent de planification, programmation et recherche
Infocentre de santé publique Portail Influenza	Dénominalisées	1 agent de planification, programmation et recherche 1 analyste en informatique
RQSuch <sup>1</sup>	Dénominalisées	1 agent de planification, programmation et recherche 1 analyste en informatique
Portail Info-Santé et Info-Social	Dénominalisées	1 agent de planification, programmation et recherche 1 analyste en informatique
<i>Régionaux</i>		
Extraits des fichiers statutaires du MSSS	Dénominalisées	1 analyste en informatique
Banques de données d'enquêtes de santé régionales	Dénominalisées	4 agents de planification, programmation et recherche 1 analyste en informatique
Système d'information sur la grippe <sup>2</sup>	Dénominalisées	1 agent de planification, programmation et recherche 1 analyste en informatique

1. RQSuch : Relevé quotidien de la situation en urgence et en centres hospitaliers.

2. Système activé au besoin, si la situation grippale le justifie.

### 3.2.2 La surveillance spécifique

À la surveillance générale décrite précédemment s'ajoutent, ici comme ailleurs au Québec, des domaines spécifiques de surveillance en santé au travail, en maladies infectieuses et en santé environnementale. Chacun de ces domaines dispose de systèmes d'information spécifiques différents de ceux décrits pour la surveillance générale.

#### *Les maladies infectieuses*

En maladies infectieuses, plusieurs systèmes d'information existent (voir tableau 3). Ces systèmes concernent principalement les maladies à déclaration obligatoire (MADO), les effets secondaires possiblement reliés à l'immunisation (ESPRI), la surveillance des infections nosocomiales, la surveillance de certaines problématiques spécifiques (VIH et hépatite, VNO, Influenza, rougeole, utilisateurs de drogues injectables [UDI]) et enfin, la protection des maladies infectieuses (SI-PMI). Bien que conçu pour des fins de protection, SI-PMI est aussi utilisé pour la surveillance des MADO.

Pour plusieurs de ces systèmes, existent simultanément une banque régionale de données, le plus souvent nominales, et une banque provinciale de données validées et dénominalisées.

À titre d'exemple, les données concernant toutes les MADO sont saisies régionalement et transmises au MSSS. Ce dernier les incorpore à son système d'information VIGIE-MADO et produit des rapports hebdomadaires des maladies à déclaration obligatoire. Ce rapport contient les données sur les MADO, disponibles par maladie, sexe, groupe d'âges, période CDC, mais non par territoire de RLS. Autre exemple de cette façon de procéder, les données concernant les centres d'accès au matériel d'injection pour les UDI sont saisies régionalement puis transmises à l'INSPQ qui les valide et maintient une banque de données provinciale.

Dans un proche avenir, certains systèmes d'information se retrouveront à l'Infocentre de santé publique, notamment SI-PMI et ses composantes.

**Tableau 3**  
**Systèmes d'information utilisés pour la surveillance en maladies infectieuses**

Système d'information	Type de données	Personnel ayant accès
MADO - Système d'information sur les maladies à déclaration obligatoire		
Banque de données régionales	Nominales et dénominalisées	5 agents de planification, programmation et recherche 1 chef de service 2 médecins
Banque de données provinciales	Dénominalisées	
Rapports hebdomadaires des maladies à déclaration obligatoire (VIGIE MADO)	Dénominalisées	5 agents de planification, programmation et recherche 1 chef de service 3 agentes administratives 4 médecins
Surveillance des éclosons (entérites, influenza, etc.)	Nominales	
Registre de surveillance des effets secondaires possiblement reliés à l'immunisation (ESPRI)	Nominales Dénominalisées	5 agents de planification, programmation et recherche 1 chef de service 2 agentes administratives 2 médecins
Banque de données régionales Banque de données provinciales		
Surveillance des infections nosocomiales		
BD régionale (NOSOKOS) BD SI-SPIN régionale (Système à venir)	Nominales	1 responsable régional PCI 1 agent de planification, programmation et recherche 1 médecin
BD provinciale SI-SPIN	Dénominalisées	
Surveillance provinciale des infections dues au virus du Nil occidental (SIDVS - VNO)	Nominales	1 médecin 1 chef de service 1 agent de planification, programmation et recherche
Infocentre de santé publique du Québec (Portail Influenza, Système d'information sur la vaccination contre l'influenza H1N1, Système d'information sur la vaccination contre la rougeole)	Dénominalisées	5 agents de planification, programmation et recherche 1 chef de service 4 médecins
Réseau canadien de renseignements sur la santé publique (RCRSP - CNPHI)	Nominales	5 agents de planification, programmation et recherche 1 chef de service 4 médecins
Les alertes de santé publique (CIOSC)	Nominales	
SI-PMI (Système d'information pour la protection en maladies infectieuses)		
Système d'information sur la vaccination (SIV) (travaux en cours)	Nominales	5 agents de planification, programmation et recherche 1 chef de service 3 agentes administratives 4 médecins
Système d'intervention en protection (SIP)	Nominales	5 agents de planification, programmation et recherche 1 chef de service 3 agentes administratives 4 médecins
Surveillance de l'épidémiologie de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues injectables (survUDI/I-TRACK)	Dénominalisées	1 organisateur communautaire 1 agent de planification, programmation et recherche
Centre d'accès au matériel d'injection (CAMI)	Dénominalisées	1 organisateur communautaire 1 agent de planification, programmation et recherche

## La santé au travail

En santé au travail, le personnel a accès à divers systèmes d'information (voir tableau 4). Le principal d'entre eux, le *Système d'information en santé au travail* (SISAT), permet une meilleure systématisation des interventions réalisées par les équipes de santé au travail des CSSS et de l'Agence. Le SISAT enregistre l'information à l'étape de planification, de réalisation ou de suivi pour chaque établissement arrimé à son système. Il recueille des données de surveillance médicale, de surveillance environnementale, de demande de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite, de soutien à la gestion de la santé et de la sécurité au travail, d'activités de formation ou d'information et enfin, d'organisation des premiers soins et premiers secours.

Le SISAT cumule des données concernant plus de mille agresseurs provenant de sources chimiques, physiques, biologiques, ergonomiques, psychosociales, d'accidents ou autres. L'accès aux données brutes est restreint sous un système de clés octroyées aux intervenants du réseau public québécois en santé au travail. Le SISAT est administré et détenu par l'INSPQ.

**Tableau 4**  
**Systèmes d'information utilisés pour la surveillance en santé au travail**

Système d'information	Type de données	Personnel ayant accès
<i>Provinciaux</i>		
Système d'information en santé au travail (SISAT)	Nominales	3 agents de planification, programmation et recherche 1 hygiéniste du travail 2 agentes administratives 1 chef de service
Portail santé au travail (Réseau de santé publique en santé au travail)	Dénominalisées	3 agents de planification, programmation et recherche 1 hygiéniste du travail 2 agentes administratives 1 chef de service
Infocentre de santé publique	Dénominalisées	1 agent de planification, programmation et recherche (niveau 20) 1 hygiéniste du travail (niveau 30)
Infocentre de santé publique Portail MADO-chimique	Nominales	1 agent de planification, programmation et recherche 2 agentes administratives
Guichet CSST sécurisé	Nominales	3 agents de planification, programmation et recherche 1 hygiéniste du travail
<i>Régionaux</i>		
Fichier Access : liste des PSSE <sup>1</sup> réalisés annuellement	Nominales	3 agents de planification, programmation et recherche 1 hygiéniste du travail

1. PSSE : Programme de santé spécifique à un établissement.

Les professionnels en santé au travail ont aussi accès à l'Infocentre de santé publique et au portail des maladies à déclaration obligatoire attribuables à un agent chimique (MADO-Chimique). Ce portail propose un lien vers le système provincial d'enregistrement, de surveillance et de vigie sanitaire du système MADO-Chimique et vers ses rapports statistiques. Les professionnels ont de plus accès à certaines données de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) par l'entremise d'un guichet sécurisé. Enfin, un fichier régional permet le suivi des programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE).

Plusieurs des systèmes d'information utilisés en santé au travail contiennent des données nominales comme, par exemple, le nom et l'adresse d'entreprises ou de travailleurs. Ces données nominales sont requises pour la planification, la réalisation et l'évaluation d'interventions en milieu de travail, afin de protéger la santé des travailleurs et de prévenir certains problèmes de santé associés au milieu de travail.

## La santé environnementale

En santé environnementale, les professionnels ont, à des fins de surveillance, accès à un système régional (SIREAU) et à trois systèmes d'information provinciaux : le portail MADO-Chimique décrit précédemment, le Géoportail de santé publique de l'INSPQ et le système SUPREME (voir tableau 5).

Le *Système d'information sur la surveillance sanitaire des réseaux de distribution d'eau potable au Saguenay-Lac-Saint-Jean* (SIREAU) est un système régional qui vise à répondre aux objectifs de santé du Règlement sur la qualité de l'eau potable sous la responsabilité du ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs (MDDEFP). Le système réunit l'ensemble des données et informations utiles à la prise de décision et aux interventions (certificats d'analyse d'eau potable, déclarations de non-conformité, répertoire [réseaux d'aqueduc, normes et contaminants, laboratoires accrédités]).

Le système de surveillance et de prévention des impacts sanitaires des événements météorologiques extrêmes (SUPREME) a été développé dans le cadre du *Plan d'action 2006-2012* sur les changements climatiques par une équipe de l'INSPQ. SUPREME est utilisé actuellement pour des activités de protection, mais pourrait être éventuellement utilisé pour des activités de surveillance. Pour les professionnels concernés, le système, accessible à travers un portail *Web* sécurisé, fournit en temps réel :

- une image météorologique complète (conditions réelles, prévisions et alertes);
- des données sur l'état de santé de la population (données sur les décès et les hospitalisations, admissions quotidiennes à l'urgence, transport ambulancier, appels à Info-Santé);
- diverses données cartographiques utilisées pour des activités de prévention en situation de chaleur ou de froid extrême, d'inondation ou d'incendie de forêt et pour prendre des décisions quant au lancement de mesures d'urgence.

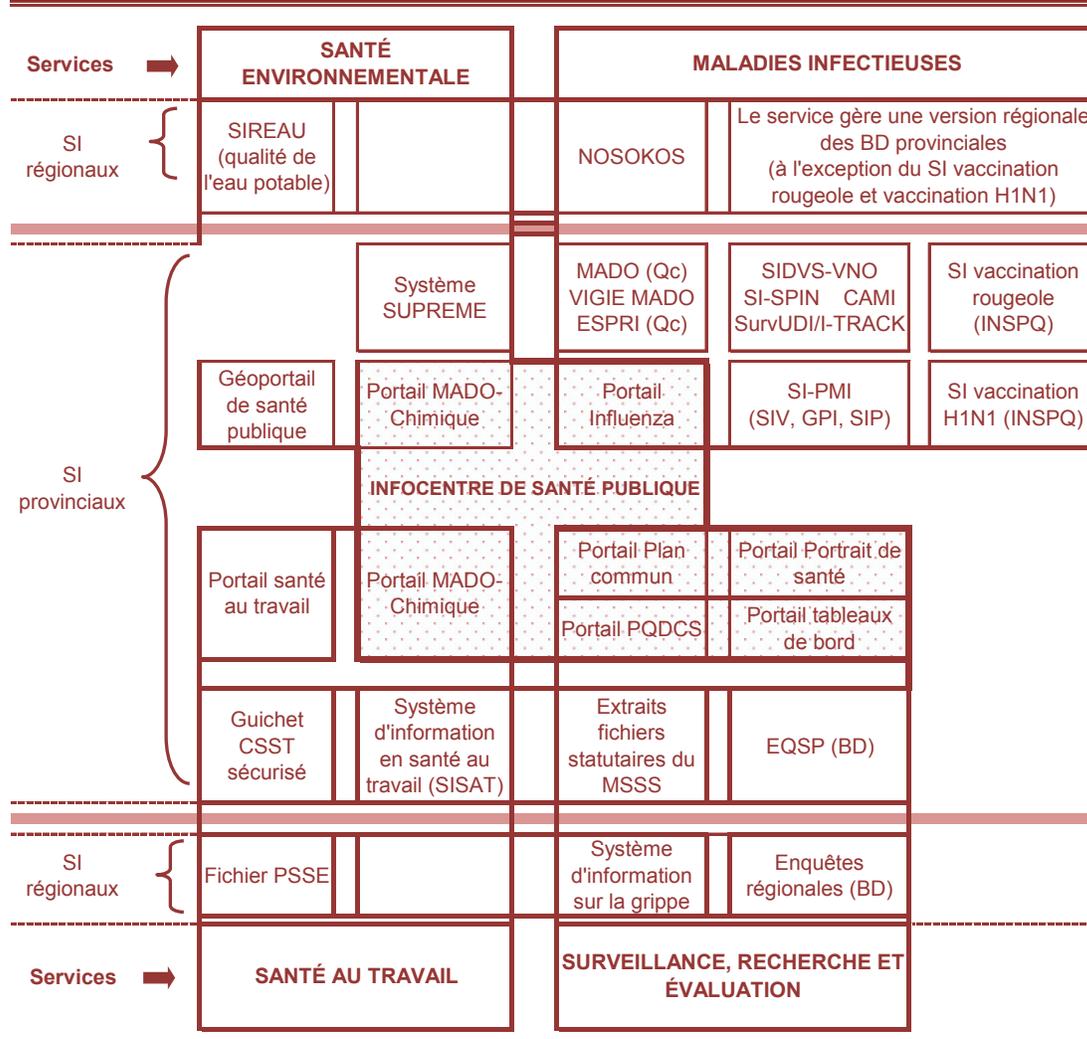
Les professionnels du service ont aussi un accès limité à deux systèmes d'information qui ne relèvent pas de la santé publique ou du MSSS : les certificats CYANOS du MDDEFP et le *Système d'information et de gestion en aménagement du territoire* (SIGAT) du ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (MAMROT).

**Tableau 5**  
**Systèmes d'information utilisés pour la surveillance en santé environnementale**

Système d'information	Type de données	Personnel ayant accès
<i>Provinciaux</i>		
Portail MADO-Chimique	Nominales	1 agente administrative 2 agents de planification, programmation et recherche 1 chef de service
Système SUPREME	Descriptives, prévisionnelles et géographiques	2 agents de planification, programmation et recherche 1 chef de service
Géoportail de santé publique	Descriptives et géographiques	2 agents de planification, programmation et recherche 1 chef de service
<i>Régionaux</i>		
SIREAU (qualité de l'eau potable)	Descriptives	1 agente administrative 2 agents de planification, programmation et recherche 1 chef de service
<i>Hors réseau de la santé</i>		
Portail du ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs (MDDEFP), système CYANOS	Descriptives et nominales	1 agente administrative 2 agents de planification, programmation et recherche 1 chef de service
SIGAT	Descriptives	1 agente administrative 2 agents de planification, programmation et recherche 1 chef de service

La figure 2 présente une vue d'ensemble des systèmes d'information qui permettent la réalisation des mandats de surveillance générale et spécifique dans la région.

**Figure 2**  
**Schéma des systèmes d'information en santé publique au Saguenay-Lac-Saint-Jean**



- CAMI : Centre d'accès au matériel d'injection.
- CSST : Commission de la santé et de la sécurité du travail.
- EQSP : Enquête québécoise sur la santé de la population.
- ESPRI : Registre de surveillance des effets secondaires possiblement reliés à l'immunisation.
- MADO : Système d'information sur les maladies à déclaration obligatoire.
- NOSOKOS : Surveillance régionale des infections nosocomiales.
- PQDCS : Programme québécois de dépistage du cancer du sein.
- PSSE : Programmes de santé spécifiques aux établissements.
- SIDVS-VNO : Surveillance provinciale des infections dues au virus du Nil occidental.
- SI-PMI : (SIV) : Système d'information sur la vaccination ; (GPI) : Gestion des produits immunisants ; (SIP) Système d'intervention en protection.
- SIREAU : Système d'information sur la surveillance sanitaire des réseaux de distribution d'eau potable au Saguenay-Lac-Saint-Jean.
- SI-SPIN : Surveillance provinciale des infections nosocomiales.
- SurvUDI/I-TRACK : Surveillance de l'épidémiologie de l'infection par le VIH et hépatite C chez les utilisateurs de drogues injectables.
- Système SUPREME : Système de surveillance et de prévention des impacts sanitaires des événements météorologiques extrêmes.
- VIGIE MADO : Rapports hebdomadaires des maladies à déclaration obligatoire.

### 3.2.3 Le comité de surveillance en santé publique

À l'automne 2010, un Comité de surveillance a été implanté à la DSPE afin, entre autres, de coordonner l'élaboration du PRS ainsi que la planification de l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*. Sa mise en place visait aussi à bâtir des ponts entre le service responsable de la surveillance générale et les équipes responsables de la surveillance spécifique (voir annexe 1 pour une description complète des mandats du comité).

Le comité regroupe pour l'instant les professionnels et la coordonnatrice du Service surveillance, recherche et évaluation ainsi qu'un représentant de chacun des services (maladies infectieuses, santé environnementale et santé au travail). Le comité, après une période de rodage et d'implantation, verra à développer un mécanisme permettant de mieux prendre en compte les besoins des CSSS.

### 3.3 La sécurité des données

La description des systèmes d'information illustre bien à quel point le personnel impliqué dans des tâches de surveillance a accès à un vaste ensemble de données. Selon le Comité d'éthique en santé publique (CESP), « même s'il est légitime sur le plan des finalités, l'accès à autant de renseignements soulève différentes craintes, dont celles liées à la protection de la vie privée, au respect de la confidentialité... »<sup>6</sup>. En réponse à ces préoccupations, cette section du PRS vise à présenter les éléments essentiels concernant la sécurité des données à la DSPE.

Selon le PCS<sup>7</sup>, la sécurité de l'information consiste à mettre en place des mesures administratives, physiques et technologiques tout au long du cycle de vie d'un renseignement personnel (de sa collecte à sa destruction). Ceci permet d'assurer la disponibilité, l'intégrité, et la confidentialité de l'information ainsi que l'authentification des utilisateurs et l'irrévocabilité (non-répudiation) des actes qu'ils posent. Ces notions sont désignées sous le sigle de DICAI :

- disponibilité : propriété d'une information d'être accessible et utilisable en temps voulu et de la manière requise par une personne autorisée;
- intégrité : propriété d'une information ou d'une technologie de l'information de n'être ni modifiée, ni altérée, ni détruite sans autorisation;
- confidentialité : propriété d'une information d'être accessible aux seules personnes autorisées;
- authentification : acte permettant d'établir la validité de l'identité d'une personne ou d'un dispositif;
- irrévocabilité : propriété d'une action ou d'un document d'être indéniable et clairement attribué à son auteur ou au dispositif qui l'a généré.

Les éléments présentés dans l'ensemble de cette section permettent de vérifier si les mesures et procédures en place à la DSPE sont adéquates pour assurer ces divers éléments, notamment l'intégrité, la confidentialité et l'authentification.

6. COMITÉ D'ÉTHIQUE EN SANTÉ PUBLIQUE (2010), *Avis du Comité d'éthique en santé publique : Projet de plan ministériel de surveillance multithématique*, p. 8-9.

7. DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2005), *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants, partie 1*, p. 45.

### 3.3.1 Les extraits des fichiers statutaires du MSSS

En tant qu'organisme public, chaque direction de santé publique est soumise aux obligations prévues dans la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Puisque les extraits des fichiers statutaires du MSSS contiennent des renseignements personnels, les directions de santé publique doivent héberger ces fichiers de façon sécuritaire. À cet effet, la Direction générale de santé publique demande aux directions de santé publique d'appliquer les mesures de sécurité et le calendrier de conservation en vigueur au MSSS, ainsi que de respecter les conditions d'utilisation des données inscrites dans l'entente de communication des données MSSS-DSP.

Par ailleurs, l'entente de communication MSSS-DSP stipule que les données communiquées dans le cadre de cette entente doivent être utilisées uniquement aux fins de surveillance que prévoient les articles 4, 33, 34 et 35 de la Loi sur la santé publique.

Dans notre région, les fichiers statutaires reçus du MSSS sont ajoutés à une base de données MS SQL Serveur 2008, située au Centre de services réseau. Ce centre a comme mission de régionaliser les besoins applicatifs des CSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean tout en regroupant toutes leurs applications dans deux centres de traitements informatiques et d'optimiser les services informatiques dans les établissements. Certains répertoires sont réservés à l'usage exclusif des répondants en surveillance, notamment pour la surveillance générale. De plus, l'accès à ces données est assuré par un compte usager associé à un mot de passe. Enfin, des copies de sécurité sont prises quotidiennement et les procédures de sécurité concernant la base de données permettent également la journalisation des transactions.

Le comité de surveillance a fait un état de situation régional concernant l'application des mesures de sécurité préconisées par le MSSS. Ce bilan a révélé que deux mesures seulement n'étaient pas appliquées. Des correctifs ont été apportés depuis pour remédier à la situation. Ainsi, la DSPE respecte globalement l'ensemble des mesures préconisées par le MSSS et s'assurera de maintenir ces acquis (voir tableau 6, page suivante).

**Tableau 6**

**Conformité de la DSPE aux mesures de sécurité en vigueur au MSSS**

1.	Informar le personnel des obligations prévues à la Loi sur l'accès et diffuser, à cet égard, toute l'information pertinente.	√
2.	Ne rendre accessibles les renseignements personnels qu'aux membres du personnel qui ont qualité pour les recevoir, lorsqu'ils sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.	√
3.	S'assurer que toute personne à son emploi ayant accès à des renseignements personnels complète un engagement de confidentialité. L'organisme doit s'assurer de conserver dans ses dossiers tout engagement de confidentialité ainsi complété.	√
4.	N'utiliser les renseignements personnels que pour les fins pour lesquelles ils ont été transmis.	√
5.	Mettre en place toutes les mesures de sécurité propres à assurer la confidentialité des renseignements personnels, notamment en dotant son personnel autorisé d'un identifiant et d'un mot de passe pour accéder aux banques de données contenant des renseignements personnels.	√
6.	Gérer les droits d'accès aux renseignements personnels de façon à ce que seul le personnel autorisé puisse accéder aux renseignements.	√
7.	Héberger les renseignements transmis uniquement dans un environnement technologique centralisé (serveur) et non localement (poste de travail).	√
8.	Localiser les postes donnant accès aux renseignements personnels dans un endroit configuré de façon à ce que seul son personnel autorisé puisse visualiser ce qui apparaît à l'écran.	√
9.	Mettre en place des mesures afin que tous les accès aux renseignements personnels effectués puissent être retracés et vérifier périodiquement la journalisation des accès aux renseignements personnels.	√
10.	Être en mesure de recevoir les renseignements personnels communiqués selon le ou les modes de réception spécifiques à chaque banque.	√
11.	Conserver distinctement les renseignements personnels, c'est-à-dire dans un environnement séparé de celui de toutes autres données qu'il détient.	√
12.	Prendre les mesures de sécurité raisonnables relatives à l'intégrité physique des lieux où sont stockés les renseignements afin de garantir la confidentialité des renseignements personnels, tant lors de leur utilisation que lors de leur conservation.	√
13.	Ne conserver aucun renseignement personnel après que le travail pour lequel ils ont été transmis ait été réalisé. À cette fin, le requérant s'engage à détruire, dans un délai raisonnable et de manière sécuritaire, tous les renseignements personnels qui ne sont plus requis.	√
14.	Fournir, à la demande du Ministre, toute l'information pertinente au sujet de la protection des renseignements personnels.	√
15.	Permettre au représentant du Ministre d'effectuer toute vérification ou enquête relative à la confidentialité des renseignements personnels.	√
16.	Informar sans délai le Responsable de l'accès et de la protection des renseignements personnels du ministère de tout manquement aux obligations prévues à la présente disposition ou de tout événement pouvant risquer de porter atteinte à la sécurité ou à la confidentialité des renseignements personnels.	√
17.	Faire respecter les mesures contenues dans l'engagement de confidentialité signé par ses employés.	√
18.	Les données communiquées devraient être conservées en permanence par les DSP et aucun calendrier de destruction n'est requis de leur part.	√

√ Indique que les mesures de sécurité en vigueur à la DSP sont conformes aux normes du MSSS.

### 3.3.2 Les données issues de l'Infocentre de santé publique

L'article 62 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels stipule qu' « un renseignement personnel est accessible, sans le consentement de la personne concernée, à toute personne qui a la qualité pour le recevoir au sein d'un organisme public lorsque ce renseignement est nécessaire à l'exercice de ses fonctions »<sup>8</sup>. C'est pourquoi chaque directeur de santé publique attribue aux personnes exerçant des activités de surveillance un droit d'accès correspondant à leurs tâches et responsabilités, selon les quatre niveaux d'accès prévus au PCS<sup>9</sup> (voir tableau 7 ci-dessous). Cette façon de procéder assure que les professionnels accèdent uniquement aux renseignements nécessaires dans le cadre de leurs fonctions.

**Tableau 7**  
**Classification des droits d'accès à l'Infocentre de santé publique**

Classification des droits d'accès		
Droit d'accès	Nature des renseignements	Tâches et responsabilités professionnelles
20	Renseignements unitaires nominatifs en eux-mêmes ou pouvant devenir nominatifs par certains types de combinaisons.  Ex. : code postal à 6 positions; date de décès (jour/mois/année); pays de naissance/origine ethnique; langue; état civil/ état matrimonial.	Personnes effectuant la validation de données à des fins de contrôle de la qualité ou préparant des fichiers de travail utilisés par la majorité des intervenants en surveillance.  Au sein d'une direction de santé publique, seulement quelques personnes détiennent le droit d'accès de niveau 20.
30	Renseignements unitaires pouvant devenir nominatifs par certains types de combinaisons. Les renseignements requis à la validation des données et à la production des fichiers de travail (correspondant au niveau 20) sont exclus de ce niveau.  Ex. : code de profession; code de diagnostic de la classification internationale des maladies (CIM-9, CIM-10); sexe; mois et année de naissance et de décès; pays de naissance/origine ethnique regroupé en catégories; langue parlée à la maison regroupée en catégories.	Personnes réalisant des activités courantes de la fonction de surveillance, soit particulièrement des activités continues de production (traitement, analyse, interprétation des données unitaires ou agrégées) et de diffusion de l'information sur l'état de santé d'une population et ses déterminants.
40	Tableaux de renseignements agrégés pouvant devenir nominatifs, par regroupements d'événements rares (petits nombres).	Intervenants ou gestionnaires réalisant des tâches d'orientation et de planification de programmes, d'interventions, de plans d'action ou de services de santé publique.
50	Tableaux de renseignements agrégés non nominatifs ayant fait l'objet d'un processus de vérification permettant de s'assurer qu'ils ne présentent aucun recoupement d'événements rares susceptibles de permettre l'identification d'une personne.	Grand public du réseau de la santé et des services sociaux.

8. *Recueil des lois et des règlements du Québec*, chapitre A-2.1.

9. DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2005), *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants*, partie 1, p. 46-48.

### *3.3.3 Les données des enquêtes de santé*

Des enquêtes de santé auprès des adultes ont été réalisées par la DSPE en 2000, 2007 et 2012. Les banques de données issues de ces enquêtes ne contiennent aucune information nominale. Elles peuvent néanmoins contenir des informations sensibles. À titre d'exemple, l'enquête de 2000 portait en bonne partie sur la violence conjugale et familiale, celle de 2007 incluait près de 30 questions sur la détresse psychologique. Ces banques de données sont gérées en appliquant les mêmes règles de sécurité que pour les données statutaires du MSSS (voir tableau 6, p. 32).

Concernant les données issues d'enquêtes de santé auprès des jeunes du secondaire, une entente formelle entre la DSPE et le groupe ÉCOBES qui a réalisé les enquêtes stipule que la DSPE est propriétaire des trois banques de données, qui ne contiennent aucune donnée nominale. Le groupe ÉCOBES possède cependant une copie de chaque banque de données. Chaque organisation utilise les données pour la réalisation de ses activités et mandats spécifiques (recherche et transfert dans le cas d'ÉCOBES). À la DSPE, les banques sont conservées en y appliquant les mêmes règles de sécurité que pour les fichiers statutaires du MSSS.

L'enquête longitudinale initiée en 2002 constitue un cas particulier. Pour assurer la réalisation de cette enquête, il fallait pouvoir conserver les coordonnées des jeunes qui ont accepté de participer pour pouvoir les contacter à nouveau ultérieurement (en 2004, 2006 et 2012). Ces données nominales, auxquelles l'accès a été balisé par la Commission d'accès à l'information (CAI), ont été conservées à la DSPE pendant tout le temps de l'enquête longitudinale. Elles ont été détruites en janvier 2013, conformément à l'engagement pris par la DSPE envers la CAI.

Enfin, en ce qui a trait aux enquêtes provinciales, la DSPE n'a pas accès aux banques de données, mais seulement à des extraits disponibles à l'Infocentre de santé publique (EQSJS, EQDEM). La seule exception concerne les données de l'EQSP 2008. Dans ce cas, une entente formelle entre la DSPE et l'ISQ balise l'utilisation et la conservation de la banque de données, afin d'assurer l'intégrité et la confidentialité des données recueillies. L'entente stipule des façons de faire en ce qui a trait à l'entreposage, au traitement et à l'utilisation de la banque de données. Ces façons de faire ont été intégrées par les professionnels ayant accès à cette banque de données.

### *3.3.4 Le cas des stagiaires en médecine*

La DSPE reçoit de façon régulière des étudiants en médecine de l'Université de Sherbrooke pour des stages en santé publique. Lors de leur stage, ces étudiants doivent créer ou avoir accès à certaines banques de données, ou encore recueillir certaines informations dans des dossiers médicaux dans le cadre d'activités de surveillance.

De par leur formation, ces étudiants ont déjà un code de déontologie et ont l'habitude de traiter des informations confidentielles. L'Agence leur fait de plus signer un engagement à la confidentialité au tout début de leur stage. Les responsables de ces stages à la DSPE ont établi un certain nombre de règles et procédures afin d'assurer la confidentialité et la sécurité des données auxquelles ils pourraient avoir accès. Ces règles et procédures concernent principalement la compilation et la conservation des données dans un espace distinct, sur un serveur sécurisé, ainsi que la méthode de transfert des données pour leurs travaux. Enfin, le travail des stagiaires se fait sous la supervision d'un médecin et d'un responsable de stage.

### *3.3.5 Les mesures d'ordre général*

En plus des mesures et règles mentionnées précédemment qui balisent l'accès aux données, la DSPE applique une série de mesures d'ordre général afin d'assurer la sécurité et la confidentialité des données.

Ainsi, tous les professionnels qui ont accès à des renseignements personnels dans le cadre de leurs activités de surveillance doivent signer un engagement à la confidentialité.

Des procédures de sécurité sont aussi appliquées sur les ordinateurs des professionnels.

### 3.4 La diffusion des données

Amorcé avec le PCS, le processus d'uniformisation de la fonction surveillance se poursuit avec l'élaboration et la réalisation du *Plan ministériel d'enquêtes de santé*, du PMSM et du déploiement de l'Infocentre de santé publique. Tout cela contribuera à accroître le nombre d'indicateurs auxquels les professionnels de la surveillance auront accès, non seulement pour la surveillance générale, mais aussi en surveillance spécifique (maladies infectieuses, santé au travail, santé environnementale).

Ce vaste ensemble de données doit ultimement servir à informer les décideurs, les intervenants et la population afin de favoriser une prise de décision éclairée en matière de santé ou dans des domaines où la santé de la population peut être affectée. L'analyse des données recueillies auprès des professionnels de la DSPE lors du processus d'élaboration du PRS a permis de vérifier en partie si tel est le cas.

Les données produites de façon statutaire par le MSSS ou tirées des enquêtes de santé québécoises et rendues accessibles par l'entremise de l'Infocentre de santé publique, constituent, dans notre région comme ailleurs au Québec, une des bases essentielles à la surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants. Ainsi, dans la région, les professionnels en surveillance peuvent accéder aux données relatives à la majorité des indicateurs du PCS : globalement, 409 des 476 indicateurs inscrits au PCS au moment de cette vérification, soit 86 %, sont disponibles (voir figure 3, page suivante)<sup>10</sup>.

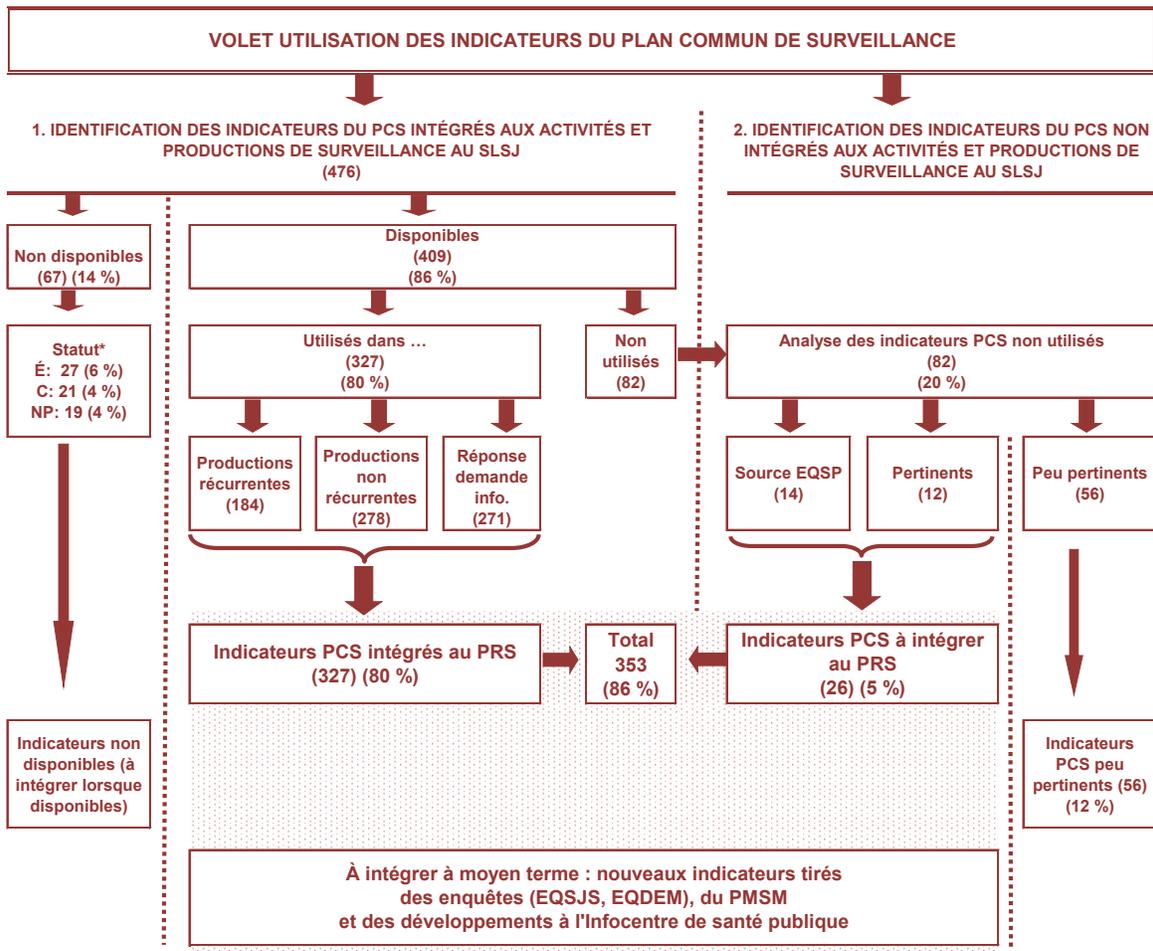
Pour l'ensemble des 409 indicateurs disponibles, 80 % sont utilisés, soit dans des productions récurrentes de la DSPE (45 %), soit dans des productions non récurrentes, ou encore en réponse à des demandes ponctuelles d'information. On peut donc considérer que ces indicateurs sont bien intégrés aux activités et productions de surveillance de la DSPE.

En ce qui a trait à la couverture géographique, 85 % des indicateurs qui sont disponibles le sont au niveau du Québec, 95 % au niveau régional, et 63 % le sont au niveau des territoires de RLS.

---

10. Parmi les 67 indicateurs non disponibles, 40 % étaient « à élaborer » au moment de la publication du PCS (2005), 31 % étaient « à consolider » et dans 29 % des cas, le statut n'était pas spécifié. Le développement et la consolidation des indicateurs non disponibles relevant davantage de l'INSPQ, on peut en déduire que ceux-ci demeureront non disponibles tant que ce dernier ne les aura pas produits.

Figure 3  
Schéma du processus d'élaboration du plan régional de surveillance, résultats des étapes I et II



\* Statut : É (à élaborer), C (à consolider), NP (non précisé).

### 3.4.1 La diffusion en surveillance générale

En ce qui a trait à la surveillance générale, l'ensemble des données disponibles permet la production, la diffusion et la mise à jour, de façon récurrente, de documents thématiques, de feuillets d'information et de présentations.

Certains de ces produits ont un caractère récurrent. C'est le cas des portraits de santé (régional et locaux), du tableau synoptique regroupant 125 indicateurs qui les accompagnent ainsi que des présentations qui leur sont associées. Ces produits sont utilisés par les CSSS dans le cadre de l'élaboration et du suivi de leur plan d'action local en santé publique ainsi que comme outil de référence au besoin. De façon générale, ils sont mis à jour lorsque de nouvelles données d'enquêtes de santé sont disponibles, soit en général tous les cinq ans.

Les données d'enquêtes sont souvent incluses dans des rapports, des feuillets d'information et des présentations portant sur des thématiques spécifiques (ex. : maladies chroniques, santé mentale, habitudes de vie des jeunes du secondaire) ou des clientèles spécifiques (ex. : jeunes de 12-17 ans). Les données issues des fichiers statutaires du MSSS sont pour leur part utilisées pour la production de feuillets d'information, présentations ou documents portant sur des thèmes spécifiques (cancers, naissances vivantes, traumatismes non intentionnels, etc.). Enfin, les données du *Système intégré de surveillance des maladies chroniques* sont utilisées, soit pour la production de produits portant sur une thématique particulière (ex. : diabète) ou intégrées à d'autres productions plus générales.

Le tableau 8 présente la liste des produits diffusés pendant la période 2008-2013.

**Tableau 8**  
**Produits de surveillance générale diffusés de 2008 à 2013**

<b>Produit</b>		<b>Sources de données</b>
<b>Documents thématiques</b>		
1	Les maladies chroniques et leurs déterminants, vol 1 : les comportements à risque et les facteurs de protection	Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007
2	Les maladies chroniques et leurs déterminants, vol 2 : les conditions physiologiques à risque	Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007
3	Les maladies chroniques et leurs déterminants, vol 3 : les maladies chroniques	Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007
4	Les maladies chroniques et leurs déterminants : faits saillants	Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007
5	Enquête interrégionale auprès des jeunes du secondaire 2008. Rapport Sommaire	Enquête interrégionale auprès des jeunes du secondaire 2008
6	L'état de santé des hommes au Saguenay–Lac-Saint-Jean	multiples
7	Tableau synoptique des indicateurs sociosanitaires du Saguenay-Lac-Saint-Jean - 2010	multiples
8	Portraits de santé 2010, Saguenay–Lac-Saint-Jean	multiples
9	Portraits de santé 2010, territoire de La Baie	multiples
10	Portraits de santé 2010, territoire de Chicoutimi	multiples
11	Portraits de santé 2010, territoire de Jonquière	multiples
12	Portraits de santé 2010, territoire Domaine-du-Roy	multiples
13	Portraits de santé 2010, territoire Maria-Chapdelaine	multiples
14	Portraits de santé 2010, territoire Lac-Saint-Jean Est	multiples
15	Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012, rapport sommaire	Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012
16	Intervenir pour la santé et le bien-être des plus jeunes : les difficultés socioaffectives chez les 3 à 14 ans au Saguenay–Lac-Saint-Jean	Enquête québécoise sur la santé de la population 2008
<b>Rapports du groupe ÉCOBES</b>		
17	Enquête interrégionale 2008. Être jeune aujourd'hui : Habitudes de vie et aspirations des jeunes des régions de la Capitale-Nationale, du Saguenay–Lac-Saint-Jean et des Laurentides.	Enquête interrégionale auprès des jeunes du secondaire 2008
18	Enquête interrégionale 2008. Regard sur les adolescents du Saguenay–Lac-Saint-Jean : comprendre pour mieux le soutenir	Enquête interrégionale auprès des jeunes du secondaire 2008

**Tableau 8 (suite)**  
**Produits de surveillance générale diffusés de 2008 à 2013**

<b>Produit</b>		<b>Sources de données</b>
<b>Feuillets d'information</b>		
1	Coup d'œil sur le diabète (1 document régional et un document par territoires (6))	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) (INSPQ).
2	Coup d'œil sur le diabète (mise à jour 2011), (1 document régional et un document par territoires (6))	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) (INSPQ).
3	Le cancer au Saguenay–Lac-Saint-Jean - Bulletin	Fichiers des tumeurs Fichier des décès
4	Le cancer du poumon au Saguenay–Lac-Saint-Jean - Bulletin	Fichiers des tumeurs Fichier des décès
5	Coup d'œil sur le cancer du col de l'utérus et le test de Pap au Saguenay–Lac-Saint-Jean	Fichiers des tumeurs, Fichier des décès et Enquête québécoise sur la santé de la population
6	Programme québécois de dépistage du cancer du sein au Saguenay–Lac-Saint-Jean : faits saillants 2002 à 2009	Système d'information du PQDCS
7	Coup d'œil sur la santé buccodentaire au Saguenay–Lac-Saint-Jean	Enquête québécoise sur la santé de la population 2008
8	Coup d'œil sur la rhinite allergique au Saguenay–Lac-Saint-Jean	Enquête québécoise sur la santé de la population 2008
9	Les décès par traumatisme non intentionnel au Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2003-2007	Fichier des décès
10	Portrait des hospitalisations au Saguenay–Lac-Saint-Jean pour traumatismes d'origine récréative et sportive, 2006-2007 à 2010-2011	Fichier Med-Écho
11	Comportements sexuels, usage de la contraception et infections transmises sexuellement	Enquête québécoise sur la santé de la population 2008
12	Coup d'œil sur la consommation de tabac chez les jeunes et les adultes du Saguenay–Lac-Saint-Jean.	Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007 et Enquête interrégionale auprès des jeunes du secondaire 2008
<b>Présentations</b>		
1	Veillir en santé au Saguenay–Lac-Saint-Jean	Multiples
2	Les habitudes de vie des jeunes des écoles secondaires au Saguenay–Lac-Saint-Jean (EQSJS, volet 1)	ESQJS 2010-2011
	La santé mentale et l'adaptation sociale des jeunes des écoles secondaires au Saguenay–Lac-Saint-Jean (EQSJS, volet 2)	ESQJS 2010-2011
3	Enquête de santé 2012	Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012
4	Portrait Suicide (1 document régional et 1 par territoire)	Multiples
5	Portrait Cancer	Fichier des tumeurs et des décès
6	Portrait santé mentale	
7	IPCDC	Multiples
8	Les décès par traumatisme non intentionnel au Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2003-2007	Fichier des décès, Fichier Med-Écho

**Tableau 8 (suite)**  
**Produits de surveillance générale diffusés de 2008 à 2013**

<b>Produit</b>		
<b>Présentations (suite)</b>		<b>Sources de données</b>
9	Portrait de santé de la population du territoire du réseau local de services de Jonquière	Multiplés
10	Caractérisation des communautés au Saguenay–Lac-Saint-Jean	Multiplés
11	Bilan du PQDCS au SLSJ, janvier 2002 à décembre 2010	Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)
12	Le territoire de RLS de La Baie, quelques données sur la santé de la population	Multiplés
13	Coup d'œil sur les enfants de 0 à 5 ans document régional et 1 par territoire	1 Multiplés
14	Portrait de santé - (Chacun des 6 territoires). Présentation dans le cadre de la mise à jour des plans d'action locaux de santé publique 2009-2013.	Multiplés
15	Développement des communautés : résultats de l'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012	Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012
<b>Autres produits de diffusion</b>		
1	Atlas régional de la santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean	Multiplés
2	Capsule surveillance (sur le site de l'Agence, mensuel)	Multiplés

### 3.4.2 La diffusion en surveillance spécifique

La diffusion de données de surveillance spécifique se situe dans un contexte assez différent, soit la protection de la santé. Les données sont en général utilisées pour l'intervention auprès des personnes directement concernées par une éventuelle menace à la santé. Néanmoins, des productions de surveillance sont diffusées de façon régulière par deux des trois services concernés.

Ainsi, le service de santé au travail produit un bilan annuel où l'on retrouve près d'une centaine d'indicateurs provenant du SISAT. Outre ce bilan, des rapports portant sur une problématique spécifique peuvent être produits pour répondre à des besoins ponctuels. De plus, le SISAT et le Fichier des lésions professionnelles de la CSST sont utilisés au besoin, en réponse à des demandes ponctuelles d'information.

En maladies infectieuses, quatre produits sont diffusés de façon assez régulière :

- le bulletin Info-MADO est diffusé en général une fois par trimestre, chaque numéro traitant d'une thématique spécifique ou d'une maladie à déclaration obligatoire en particulier. Ce bulletin est diffusé à l'ensemble des médecins et pharmaciens de la région;
- le rapport annuel des MADO d'origine infectieuse est produit en général chaque année. Il trace un portrait de la situation régionale et locale (CSSS);
- un bilan annuel de la campagne de vaccination influenza et pneumocoque est réalisé chaque année;
- le bulletin Info-PIC est diffusé deux fois par année. Il donne aux partenaires du réseau de récupération de seringues de l'information tirée entre autres du système de surveillance des utilisateurs de drogues injectables (SURV-UDI).

En santé environnementale, il n'y a pas de production réalisée sur une base régulière. De façon ponctuelle, il peut y avoir des présentations faites portant sur des thématiques particulières, selon les besoins.

### 3.4.3 Le rapport annuel du directeur de la santé publique et de l'évaluation

La production d'un rapport annuel du directeur fait partie des obligations légales prévues à la LSP. Ce rapport porte en général sur une thématique particulière. Ainsi, à titre d'exemple, le rapport régional paru en 2012 portait sur les troubles musculosquelettiques liés au travail<sup>11</sup>. Un second rapport diffusé en février 2014 traite de l'activité physique et des environnements favorables à sa pratique.

### 3.5 Les aspects éthiques liés à la surveillance

En ce qui a trait à la diffusion des données, une des préoccupations à cet égard concerne la possible divulgation de renseignements nominatifs dans le cadre d'activités de diffusion. Pour certaines problématiques ou problèmes de santé peu prévalents, cela peut impliquer parfois un petit nombre d'individus. Il importe donc d'être vigilant afin de s'assurer de ne pas diffuser des résultats favorisant ou facilitant l'identification des personnes concernées.

Cette préoccupation est présente à la table de concertation nationale en surveillance. Elle a généré entre autres une formation portant sur les petits nombres, à laquelle ont assisté plusieurs professionnels de notre direction. Des discussions à ce propos ont d'ailleurs eu lieu au comité régional de surveillance en santé publique. De plus, des professionnels de la DSPE ont élaboré un algorithme afin de favoriser une prise de décision éclairée dans les situations problématiques qui pourraient survenir (voir annexe 6).

11. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN (2012), *La prévention des troubles musculosquelettiques liés au travail : rapport du directeur de santé publique 2012*, 15 p.

Le risque de stigmatisation de certains groupes ou classes d'individus, voire de certains milieux ou de municipalités, constitue aussi une préoccupation de plus en plus fréquente au sein de l'équipe responsable de la surveillance générale.

« La stigmatisation est un problème particulièrement aigu du fait qu'elle puisse renforcer des inégalités sociales et de santé déjà présentes. Ainsi, les sous-groupes chez lesquels on observe une proportion importante de certains problèmes de santé sont souvent l'objet d'une dévalorisation sociale préexistante. Les personnes des milieux les plus défavorisés, par exemple, sont déjà moins bien considérées socialement. Elles risquent d'être encore plus sévèrement jugées lorsqu'elles présentent un problème de santé associé à des comportements eux-mêmes socialement désapprouvés, *a fortiori* si ceux-ci affectent aussi la santé de leurs enfants. »<sup>12</sup>

La diffusion de résultats relatifs à de petits groupes ou de petits milieux, notamment dans le cadre de la démarche de caractérisation des milieux de vie, peut en effet poser problème si elle contribue à donner de ces milieux une image négative.

La diffusion de résultats concernant certaines problématiques plus sensibles peut aussi générer des effets négatifs. À titre d'exemple, les données relatives au suicide ou au poids corporel peuvent poser problème. « La stigmatisation est d'ailleurs reconnue comme une des conséquences indésirables de l'obésité. »<sup>13</sup>

Les demandes émanant des médias constituent un autre élément à considérer. Ces demandes, où le journaliste invoque de plus en plus souvent la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, peuvent porter sur des problèmes très spécifiques et sensibles et sur des groupes restreints d'individus. La vigilance est de mise à cet égard afin d'éviter la diffusion d'informations potentiellement stigmatisantes.

---

12. DÉSY, M. et F. FILIATRAULT (2013), *Dimension éthique de la stigmatisation en santé publique : outil d'aide à la réflexion*, Institut national de santé publique du Québec, p.2.

13. *Ibid.* p.1.

## 4. LES ORIENTATIONS

Les trois premières sections du document ont présenté en détails l'organisation et le fonctionnement de la fonction surveillance au sein de la Direction de la santé publique du Saguenay-Lac-Saint-Jean. La présente section décrit les principales orientations qui guideront les activités de surveillance de la direction au cours de la période 2014-2020.

### 4.1 *Les domaines d'intervention privilégiés*

La santé publique au Québec recouvre un ensemble de domaines d'intervention. Le Programme national de santé publique en identifie six. Dans le Plan d'action régional en santé publique du Saguenay-Lac-Saint-Jean qui en découle, s'ajoute le développement des communautés, traité comme un domaine d'intervention à part entière, ce qui constitue une particularité régionale par rapport au PNSP. Les domaines d'intervention en santé publique inclus au Plan d'action régional en santé publique sont donc :

- Développement, adaptation et intégration sociale
- Habitudes de vie et maladies chroniques
- Traumatismes non intentionnels
- Développement des communautés
- Maladies infectieuses
- Santé environnementale
- Santé au travail

Comme le souligne le PNSP, « la fonction de surveillance s'exerce en étroite relation avec les autres fonctions de santé publique. Elle s'exerce également à travers chacun des domaines d'intervention, sans toutefois s'y limiter » (MSSS, 2003 : 27). Ainsi, dans son rôle de soutien à la prise de décision et à la planification, la surveillance se doit de documenter le mieux possible la situation en ce qui a trait à diverses thématiques faisant partie de ces domaines d'intervention. Mais les activités de surveillance doivent aussi prendre en compte, notamment, les caractéristiques démographiques, socioculturelles ou socioéconomiques de la population, éléments qui ne sont pas inclus comme tels dans les domaines d'intervention. En fait, la liste des objets de surveillance du PCS est plus exhaustive que celle des domaines d'intervention, et les deux ne se recoupent pas nécessairement.

La surveillance visant les quatre premiers domaines d'intervention présentés ci-haut est sous la responsabilité du service Surveillance, recherche et évaluation de la DSPÉ. Les trois autres domaines sont sous la responsabilité de services spécifiques de la DSPÉ : maladies infectieuses, santé environnementale et santé au travail. Au sein de ces services, la surveillance occupe une place moins importante que les activités de vigie sanitaire, qui s'effectuent dans le cadre de la fonction de protection de la santé de la population. La vigie vise à identifier des situations de menaces réelles ou appréhendées à la santé et la population visée est constituée des personnes affectées ou menacées par le problème. « La vigie sanitaire a pour but ultime de protéger la santé de la population, et par là, se situe davantage dans un mandat d'intervention d'autorité. Conséquemment, les populations ciblées par la vigie sanitaire sont plus restreintes et la collecte de données, plus directe » (Comité d'éthique en santé publique, 2003 : 11).

Compte tenu de ce qui précède, les orientations présentées dans les pages qui suivent concernent davantage les quatre premiers domaines d'intervention présentés ci-haut et le service Surveillance, recherche et évaluation, responsable de la surveillance dans ces domaines.

#### 4.2 Les angles d'analyse privilégiés

Les données auxquelles la DSP a accès peuvent être analysées sous différents angles afin de décrire le plus précisément possible l'état de santé de la population et de ses déterminants. Pour ce faire, les données sont analysées le plus souvent selon les caractéristiques démographiques (sexe, âge), géographiques (territoires) et socioéconomiques (scolarité, revenu). Le choix des angles d'analyse peut varier dépendamment des thématiques étudiées et du type de données disponibles. L'objectif est généralement de fournir aux partenaires concernés un portrait suffisamment détaillé de la situation et des informations pertinentes pour faciliter la prise de décision, la planification ou le suivi des interventions et activités en santé publique. Cela se fait en recherchant un juste équilibre entre les bénéfices d'une analyse détaillée et précise et les risques que peut comporter parfois une telle démarche, en termes de stigmatisation ou de confidentialité, notamment dans le cas de thématiques plus sensibles tels le suicide.

Ces façons de faire seront maintenues. Cependant, au cours des prochaines années, la DSP veut privilégier les analyses ciblant des populations spécifiques, évoluant dans un environnement donné. Plus précisément, il s'agit d'une part des populations desservies par chacun des CSSS de la région, en lien avec la responsabilité populationnelle, et d'autre part, de groupes de populations définis en fonction de leur milieu de vie (communautés) ou de caractéristiques communes qu'ils partagent (groupes défavorisés économiquement, groupes vulnérables, milieux de travail).

##### 4.2.1 Le soutien à la responsabilité populationnelle des CSSS

La responsabilité populationnelle confiée aux CSSS lors de la création des RLS est au cœur de la plus récente transformation du système de santé et de services sociaux<sup>14</sup>. Les intervenants, regroupés en RLS, assument dorénavant une responsabilité collective à l'égard de la santé et du bien-être de la population de leur territoire<sup>15</sup>. Mais, c'est le CSSS qui a un rôle de premier plan lorsqu'il s'agit de coordonner les services sur le territoire et d'animer les collaborations intersectorielles.

Dans une perspective de santé publique, cette nouvelle responsabilité représente un important levier pour améliorer l'état de santé de la population et une occasion unique de renforcer à la fois l'intégration des services et l'action sur les déterminants de la santé<sup>16</sup>. Cependant, pour les CSSS, l'exercice de la responsabilité populationnelle constitue un nouveau mandat, très différent de leurs mandats historiques, ce qui explique en partie la difficulté à exercer pleinement cette responsabilité. Afin de remédier à cette situation et d'aider les CSSS à relever ce défi, la Direction générale de la santé publique du MSSS a élaboré une stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle<sup>17</sup>.

De plus, depuis octobre 2011, un groupe a été mis en place pour réaliser les travaux d'un chantier ministériel sur l'utilisation optimale des données sur l'état de santé de la population et de ses déterminants en soutien à la responsabilité populationnelle. Un nouveau produit a été développé pour les CSSS pour mieux les soutenir dans l'exercice de leur responsabilité populationnelle. Il s'agit de tableaux de bord regroupant, par population, l'information la plus pertinente. Quatre de ces tableaux sont actuellement disponibles à l'Infocentre de santé publique, pour les groupes d'âges suivants : 0-5 ans, 6-17 ans, 18-64 ans et 65 ans et plus. Les professionnels en surveillance de la région devront sans doute offrir du soutien et de l'accompagnement aux utilisateurs locaux de ces produits.

14. *Recueil des lois et des règlements du Québec*, Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), chapitre I.1, article 99.2, 99.3, 99.6 et chapitre II, article 100.

15. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011), *Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*, Québec, p. 1.

16. *Ibid.*, p. 2.

17. *Ibid.*

Enfin, l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC), mise en place par un consortium de partenaires pour soutenir expressément l'exercice de la responsabilité populationnelle, se déploiera progressivement dans la région. Déjà, les six CSSS ont adhéré officiellement à cette démarche, dont un des objectifs est d'aider les gestionnaires locaux à analyser les données populationnelles de leur territoire.

Régionalement, l'exercice de la responsabilité populationnelle se traduit depuis quelques années déjà par une demande accrue d'informations et de données sociosanitaires de la part des CSSS. La réponse à cette demande permet de les soutenir dans le processus de décision visant l'amélioration de l'état de santé des populations locales ainsi que l'élaboration et le suivi des plans d'action locaux en santé publique.

Le soutien aux CSSS devra s'accroître à court terme parce que, pour les CSSS et les acteurs des RLS, exercer collectivement une responsabilité populationnelle veut dire, entre autres :

- s'approprier les données sociosanitaires afin d'en arriver à une vision commune de la réalité territoriale;
- renforcer l'action sur les déterminants de la santé, de manière à améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population locale.

Lors d'entrevues de groupe menées à l'automne 2009 auprès de gestionnaires des différents paliers d'intervention (national, régional et local) dans le cadre de l'élaboration de la stratégie de soutien mentionnée précédemment<sup>18</sup>, les préoccupations et besoins exprimés par ces gestionnaires allaient d'ailleurs dans ce sens et visaient, entre autres à :

- assurer une meilleure diffusion des données sur l'état de santé de la population et un plus grand accès à ces données afin d'être en mesure de dégager les besoins par territoire local;
- tenir compte de l'importance d'agir sur les déterminants de la santé, avec les acteurs des autres secteurs d'activités.

Les participants aux entrevues de groupe ont également mentionné des besoins particuliers au regard de l'interprétation et de l'utilisation des données sur l'état de santé de la population dans les processus de planification sociosanitaire, de la gestion du changement et des pratiques les plus prometteuses pour amener les citoyens à participer à la prise de décision.

Pour toutes ces raisons, l'alimentation, la production et la diffusion de données à l'échelle des CSSS constituent un élément majeur du plan régional de surveillance. En surveillance générale, cela se traduira, entre autres, par :

- la production et la mise à jour des portraits de santé de chacun des territoires et du tableau synoptique d'indicateurs sociosanitaires qui les accompagne. Ces produits seront diffusés en 2014 et intégreront les plus récentes données disponibles (Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2012, Recensement canadien 2011 et Enquête nationale auprès des ménages 2011, entre autres);
- la production et la diffusion de portraits thématiques abordant divers aspects de l'état de santé associés aux quatre domaines d'intervention privilégiés mentionnés précédemment;
- la planification de la prochaine enquête régionale de santé prévue en 2017 (financement, contenu, méthodologie, etc.).

---

18. *Ibid.*, p. 7-8.

Concernant le deuxième point, la DSPÉ avait par le passé expérimenté la production de portrait thématique par territoire de CSSS. Six feuillets portant sur le diabète, un pour chaque territoire de CSSS, ont été ainsi diffusés puis mis à jour deux ans plus tard. Plutôt que de poursuivre dans cette voie, la DSPÉ préfère multiplier le nombre de thématiques faisant l'objet de portraits, en y incluant des données locales lorsque celles-ci sont disponibles. Cette façon de faire constitue une meilleure utilisation des ressources disponibles et offre l'avantage d'élargir l'éventail des thématiques pour lesquels les CSSS pourront bénéficier d'un portrait détaillé. La liste des portraits thématiques et autres documents que la DSPÉ prévoit produire et diffuser à court terme (2014-2015), présentée au tableau 9, illustre bien ce dernier point.

**Tableau 9**  
**Productions prévues en soutien aux orientations privilégiées, 2014-2015**

<b>Domaine du PAR-SLSJ</b>		
<b>Thématique</b>	<b>Produit</b>	<b>Sources de données</b>
<i>Ensemble des domaines</i>		
1 État de santé de la population	Tableau synoptique des indicateurs sociosanitaires du Saguenay–Lac-Saint-Jean - 2014	Multiples
2 État de santé de la population	Portraits de santé 2014, Saguenay–Lac-Saint-Jean 1 document régional et 1 document par territoire (6)	Multiples
3 Santé des femmes	Portrait régional	Multiples
4 Santé des enfants	Portrait de la mortalité des enfants de 0-5 ans	Fichier des décès
<i>Habitudes de vie et maladies chroniques</i>		
1 Tabagisme	Coup d'œil sur la consommation de tabac chez les jeunes et les adultes du Saguenay–Lac-Saint-Jean.	ES-SLSJ 2012 EQSJS 2010-2011
2 Alimentation	Portrait de la consommation de fruits et légumes (jeunes et adultes)	ES-SLSJ 2012 EQSJS 2010-2011
3 Consommation d'alcool	Portrait de la consommation d'alcool (jeunes et adultes)	ES-SLSJ 2012 EQSJS 2010-2011
4 Problèmes de poids	Portrait des moyens pris pour perdre du poids (jeunes et adultes)	EQSP (2008, 2014) EQSJS 2010-2011
5 Consommation de médicaments	À définir	
6 Comportements sexuels à risque	Portrait de la sexualité chez les jeunes du secondaire	EQSJS 2010-2011
7 Problèmes de sommeil	Portrait des problèmes de sommeil chez les adultes du Saguenay–Lac-Saint-Jean	ES-SLSJ 2012
8 Diabète	Coup d'œil sur le diabète (Feuilleton d'information) 1 document régional et 1 document par territoire (6)	SISMACQ (INSPQ)
9 Hypertension artérielle	Coup d'œil sur l'hypertension artérielle au Saguenay–Lac-Saint-Jean (Feuilleton d'information)	SISMACQ (INSPQ)
10 Cancer	Le cancer au Saguenay–Lac-Saint-Jean - Bulletin (mise à jour 2014)	Fichiers des tumeurs, Fichier des décès
11 Maladies cardiaques	Portrait des maladies cardiaques au Saguenay–Lac-Saint-Jean	SISMACQ (INSPQ)
12 Ostéoporose	Portrait de l'ostéoporose au Saguenay–Lac-Saint-Jean	SISMACQ (INSPQ)

**Tableau 9 (suite)****Productions prévues en soutien aux orientations privilégiées, 2014-2015**

<b>Domaine du PAR-SLSJ</b>		
<b>Thématique</b>	<b>Produit</b>	<b>Sources de données</b>
<i>Développement, adaptation et intégration sociale</i>		
1 Développement des enfants	Portrait du développement des enfants à la maternelle	EQDEM
2 Santé mentale adaptation sociale	Santé mentale et adaptation sociale chez les jeunes du secondaire	EQSJS 2010-2011
3 Santé mentale	Portrait des troubles mentaux	SISMACQ (INSPQ)
4 Santé mentale	Portrait santé mentale et habitudes de vie	SISMACQ (INSPQ) ES-SLSJ 2012
5 Troubles mentaux	Portrait des troubles de déficit de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH)	SISMACQ (INSPQ) EQSJS 2010-2011
6 Suicide	Portrait qualitatif du suicide (analyse des dossiers des coroners)	Bureau du Coroner
7 Soutien social	Portrait des proches aidants	ES-SLSJ 2012
8 Adaptation, intégration sociale	Étude sur l'itinérance au Saguenay–Lac-Saint Jean	Multiples
<i>Développement des communautés</i>		
1 Développement des communautés	Caractérisation des communautés (produits à définir)	Multiples
2 Inégalités sociales et de santé	Portrait des inégalités sociales et de santé	Multiples
<i>Traumatismes non intentionnels</i>		
	Aucun produit prévu pour cette période	
<i>Maladies infectieuses</i>		
1 Maladies à déclaration obligatoire (MADO)	Rapport annuel des MADO d'origine infectieuse	Système d'information sur les MADO
2 Maladies à déclaration obligatoire (MADO)	Info-Mado (Bulletin d'information trimestriel)	Système d'information sur les MADO
3 Vaccination	Bilan annuel de la campagne de vaccination influenza et pneumocoque	Système d'information sur la vaccination
4 Utilisateurs de drogues injectables	Bulletin Info-Pic (bi-annuel)	survUDI / TRACK
<i>Santé au travail</i>		
1 Risques et agresseurs, lésions professionnelles	Bilan annuel en santé au travail	SISAT
<i>Santé environnementale</i>		
	Aucun produit prévu pour cette période	

Enfin, pour mieux répondre aux préoccupations des intervenants locaux en ce qui a trait à l'interprétation des données, le service SRE a nommé un professionnel responsable par territoire de RLS. Les intervenants locaux peuvent donc s'y référer, soit pour planifier des présentations sur des thématiques particulières, soit pour répondre à des besoins particuliers d'information.

En surveillance spécifique, la situation est différente. Pour deux des services, la clientèle privilégiée n'est pas le CSSS. Il s'agit plutôt des entreprises (santé au travail) et des municipalités (santé environnementale). Malgré cela, des réflexions s'amorcent afin d'évaluer dans quelle mesure il serait possible de fournir aux intervenants locaux des CSSS et leurs partenaires des informations pertinentes sur les risques auxquels sont exposés les travailleurs et la population en général. En maladies infectieuses, le rapport annuel des MADO inclut déjà des informations par territoire. Le directeur de santé publique souhaite aussi y inclure, à court terme, des données du système d'information MADO-Chimique.

#### *4.2.2 Les milieux de vie*

L'état de santé d'une population dépend en partie des milieux de vie dans lesquels elle évolue : conditions socioéconomiques et culturelles, environnements physique et social. Depuis quelques années, dans le domaine de la santé publique au Québec, plusieurs initiatives, stratégies ou actions prennent en compte ou ciblent ces milieux de vie : le développement des communautés, la surveillance des inégalités de santé, les environnements favorables à la santé, et, plus récemment, l'évaluation d'impact sur la santé en sont autant d'illustrations.

Chacune de ces approches requiert un type particulier de données, ce qui a des implications en surveillance. Il ne s'agit plus seulement de documenter des comportements individuels favorables ou nuisibles à la santé, le plus souvent par des enquêtes de santé, ou encore de documenter l'état de santé à partir des fichiers statutaires du MSSS, mais de documenter aussi des comportements ou choix collectifs concernant la mise en place et le développement de conditions et de politiques favorables à la santé.

Les démarches présentées dans les paragraphes suivants sont en partie intégrées aux activités de surveillance générale de la DSPE. Les professionnels du Service SRE sont impliqués dans l'une ou l'autre de celles-ci.

#### *Projet de caractérisation des communautés locales*

Le soutien au développement des communautés est une des cinq stratégies d'action de santé publique inscrite dans le Programme national de santé publique (MSSS, 2008). Par ce soutien, les acteurs de santé publique visent à renforcer la capacité des milieux à se prendre en main et ultimement, à améliorer des conditions de vie sur les plans physique, social et économique.

Afin de favoriser le développement des communautés, une démarche dite de caractérisation des milieux de vie a été entreprise depuis peu au Québec. Dans plusieurs régions, des équipes de surveillance ont déjà travaillé sur la caractérisation des communautés locales : elles ont circonscrit les communautés de leur territoire, identifié des indicateurs de développement des communautés utiles et nécessaires à leur démarche, réalisé des tableaux de bord présentant les résultats obtenus et, pour certains, décrit le potentiel des communautés. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, les partenaires au sein du comité régional en développement des communautés se sont montrés intéressés à ce que l'équipe régionale de surveillance expérimente elle aussi une telle démarche. Celle-ci est donc amorcée depuis 2012.

Ces étapes demandent une forte mobilisation des acteurs de santé publique et des organisateurs communautaires dans les CSSS et peuvent impliquer des coûts importants pour la collecte ou l'acquisition de données. Notamment, l'acquisition de certaines données pourrait faire l'objet d'ententes avec d'autres ministères et organismes. L'intégration de ces ententes au PRS est alors essentielle compte tenu des exigences de la Commission d'accès à l'information ou du Comité d'éthique en santé publique du Québec.

Un des enjeux de cette démarche est le suivi dans le temps. Il est important que cette démarche s'inscrive dans le long terme, que les indicateurs et le portrait qui en découlent soient régulièrement mis à jour, que les acteurs mobilisés soient rencontrés régulièrement. Le suivi dans le temps est d'ailleurs un des objectifs de la surveillance en santé publique.

Un des avantages de la caractérisation des communautés est qu'elle produit de l'information à une échelle différente de celle des données agrégées par territoire de RLS fournies habituellement par la DSPE. Ceci peut donc contribuer au soutien à la responsabilité populationnelle des CSSS, notamment par l'identification de sous-groupes de population plus à risque ou plus vulnérables.

Par contre, cet avantage s'accompagne d'une stigmatisation possible de certaines communautés. Tout au long de la démarche, des données à l'échelle de petites communautés sont recueillies, analysées et utilisées. Ces données pourraient contribuer à produire une image négative de certaines communautés ou de certains aspects de celles-ci. La démarche nécessite donc de la vigilance sur ce plan.

### *Projet de surveillance des inégalités sociales et de santé (ISS)*

Les ISS reflètent une iniquité dans la répartition des déterminants sociaux de la santé, tels la scolarité, le revenu, l'emploi, l'accès aux soins. « Elles produisent des écarts de santé entre groupes sociaux, mais également un gradient de la santé selon lequel plus les individus sont désavantagés socialement, plus ils le sont sur le plan de la santé »<sup>19</sup>. Si ces inégalités peuvent être réduites par des politiques de partage de la richesse et par la participation des individus et des communautés, elles doivent aussi être bien mesurées et suivies dans le temps et l'espace. Sinon, elles passeront relativement inaperçues parce que non documentées correctement.

Une démarche nationale visant à jeter les bases d'un système de surveillance des ISS au Québec est en cours depuis l'automne 2010<sup>20</sup>. Cette démarche vise à combler une lacune, soit le fait qu'au Québec, le suivi des ISS n'est pas inscrit formellement dans les orientations et les plans de surveillance nationaux, même si la réduction des inégalités est inscrite au Programme national de santé publique et constitue une préoccupation maintes fois réitérée. Dans les faits, le Québec ne dispose pas d'un plan de surveillance des ISS qui permet de produire, analyser et diffuser des indicateurs pertinents à cet égard et de relier systématiquement la santé aux déterminants sociaux. En région, la surveillance des ISS n'est pas non plus systématique et formalisée dans les plans de surveillance.

Les propositions du groupe de travail visent à « mettre en place un système d'indicateurs et de mesures couvrant l'ensemble du Québec et chacune des régions sociosanitaires »<sup>21</sup>. La mise en place de ce système démarrerait avec un tronc commun de 18 indicateurs de santé et de bien-être auxquels pourraient s'ajouter plus tard une douzaine d'autres indicateurs, en plus de deux indicateurs de position sociale et de deux mesures d'inégalités<sup>22</sup>.

Ainsi, la DSPE de notre région aura accès éventuellement, dans un avenir assez rapproché, à un ensemble d'indicateurs pertinents pour la mesure et le suivi des ISS.

### *4.3 Les orientations de nature opérationnelle*

Les orientations de nature opérationnelle identifient les actions à privilégier afin d'optimiser la fonction surveillance dans notre région. Ces actions permettront notamment, par la production et la diffusion de données régionales et locales pertinentes, d'améliorer le soutien à la responsabilité populationnelle des CSSS.

19. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2012), *Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales et de santé au Québec*, p.8.

20. *Ibid.*

21. *Ibid.*, p. 43.

22. *Ibid.*, p. 43-48.

### 4.3.1 La poursuite d'enquêtes de santé à portée locale

Cette orientation découle tout naturellement du choix de privilégier le soutien à la responsabilité populationnelle des CSSS. Ce soutien implique que les gestionnaires concernés dans les CSSS disposent de données pertinentes au niveau local afin de bien connaître l'état de santé de leur population et ses déterminants. La planification et la réalisation, au niveau régional, d'une enquête de santé avec un échantillon représentatif au niveau des territoires de RLS constitue une source à privilégier pour ce faire. Cela permet notamment de prendre en compte les besoins des intervenants locaux lors de la planification de l'enquête.

Le modèle choisi pour élaborer le PRS prévoyait l'ajout, si besoin était, d'objets de surveillance spécifiques à la région. Or, aucun objet de surveillance spécifique à la région n'a pu être identifié (voir annexe 2 traitant du processus d'élaboration du PRS).

Ce qui doit être inclus dans le PRS, c'est le principe même de poursuivre la réalisation d'enquêtes régionales à portée locale menées à intervalles réguliers. La réalisation de ces enquêtes a de fait constitué jusqu'à maintenant une des activités majeures de la fonction de surveillance dans notre région. Depuis 1997, six enquêtes populationnelles ont été menées par la DSPE du Saguenay–Lac-Saint-Jean, soit trois auprès des jeunes du secondaire (1997, 2002 et 2008), trois auprès des adultes (2000, 2007, 2012) (voir tableau 10).

La LSP souligne la nécessité de telles enquêtes en spécifiant que « des enquêtes sociosanitaires doivent être faites régulièrement auprès de la population afin d'obtenir, de manière récurrente, les renseignements nécessaires à la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population ». Les dispositions de cette loi justifient l'inclusion, dans ces enquêtes, de thématiques jugées pertinentes par les intervenants de santé publique d'une région.

**Tableau 10**  
Principales enquêtes de santé utilisées pour documenter l'état de santé de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 1997 à 2012

Population visée	Année de réalisation des enquêtes						
	1997	2000	2002	2007	2008	2010-2011	2012
<b>Jeunes du secondaire</b>	Enquête régionale		Enquête régionale		Enquête interrégionale auprès des jeunes du secondaire	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS)	
(nombre de répondants)	1665		1901		1452	3700	
<b>Adultes</b>		Enquête psychosociale du SLSJ 2000		Enquête de santé du SLSJ 2007	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)		Enquête de santé du SLSJ 2012
(nombre de répondants)		3000		4941	2700		5000

Cette série d'enquêtes régionales a permis à la fois de pallier l'absence de données au niveau des territoires de RLS et d'aborder certaines thématiques jugées pertinentes pour la région (voir annexe 3 pour une description du contenu de l'enquête de 2012). Les données issues de celles-ci ont été largement diffusées auprès des partenaires du réseau et dans divers milieux, ainsi qu'au sein de la population en général.

Dans la majorité des cas, les données ne comportent aucun élément sensible et ne génèrent aucun inconfort pour le répondant qui les fournit. Toutefois, dans les cas où certaines thématiques seraient susceptibles de poser des problèmes d'ordre éthique, le dépôt du projet d'enquête au CESP et l'avis qui en découlent constituent un gage de sécurité. Dans le passé, la DSPE du Saguenay–Lac-Saint-Jean a d'ailleurs largement utilisé ce mécanisme. Les discussions avec les membres du CESP concernant leurs préoccupations et leurs interrogations ainsi que l'avis qui en découle ont permis une meilleure prise en compte des aspects éthiques, tant dans les enquêtes réalisées auprès des jeunes du secondaire que celles auprès des adultes.

Le programme d'enquêtes régionales a été complété par trois enquêtes provinciales dont les données s'intègrent aux productions et activités de diffusion de la DSPE :

- *l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)*, réalisée en 2008;
- *l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS)*, réalisée en 2010-2011;
- *l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM)*, dont la première édition a eu lieu en 2012-2013.

Jusqu'à maintenant, le ministère a voulu d'abord assurer une représentativité régionale des données issues de ces enquêtes. Mais l'EQSP prévue en 2014 sera une enquête à portée locale offrant un découpage par RLS. Les arguments qui ont justifié cette décision sont, entre autres, la préoccupation de soutenir la responsabilité populationnelle et de permettre aux régions de comparer la santé de la population desservie par leur RLS au reste du Québec, un besoin clairement nommé par les régions et les établissements.

Compte tenu de tout ce qui précède, la DSPE prévoit ce qui suit pour les prochaines années en ce qui a trait spécifiquement à l'approvisionnement des données issues d'enquêtes de santé.

Pour documenter la situation en ce qui a trait à l'état de santé, aux comportements à risque pour la santé et aux facteurs de protection chez les adultes, la DSPE aura recours à deux enquêtes qui documentent des problématiques différentes :

- *l'Enquête québécoise sur la santé de la population*, dont la 2<sup>e</sup> édition, à portée locale, sera réalisée en 2014 (voir annexe 4 pour la liste des thématiques incluses dans l'enquête);
- une enquête de santé régionale avec échantillon représentatif au niveau des territoires, qui sera en principe reprise tous les cinq ans; cette enquête, dont la prochaine édition est prévue en 2017, permet d'une part de documenter régionalement certaines thématiques non incluses dans l'EQSP et d'autre part, de fournir des données locales pour certaines thématiques dont la source prévue au PCS (ESCC) ne produit des données qu'au niveau régional.

En ce qui a trait à l'état de santé, aux comportements à risque pour la santé et aux facteurs de protection chez les jeunes du secondaire, la DSPE aura recours à l'EQSJS, récurrente tous les cinq ans. L'enquête aborde un ensemble de thématiques touchant à la fois aux habitudes de vie, à la santé mentale et à l'adaptation sociale (voir annexe 4 pour la liste des thématiques).

Ce choix implique l'abandon du programme d'enquêtes régionales auprès des jeunes du secondaire, qui avait permis la réalisation de trois enquêtes de 1997 à 2008. Il pourrait être reconsidéré si des changements survenaient dans le Plan ministériel d'enquêtes de santé ou si les modalités d'accès aux données s'avéraient insatisfaisantes. Enfin, compte tenu des besoins des CSSS, il pourrait être pertinent d'obtenir un suréchantillon pour la prochaine édition de l'EQSJS prévue en 2015-2016 afin d'obtenir des données représentatives au niveau local.

Finalement, pour documenter la situation concernant les jeunes d'âge préscolaire, la DSPE utilisera l'EQ-DEM, dont la première édition a été réalisée en 2012-2013 et qui est prévue pour être récurrente tous les cinq ans. Le tableau 11 présente les enquêtes qui seront utilisées pour alimenter les activités de surveillance dans la région au cours des prochaines années concernant les enfants, les jeunes du secondaire et les adultes.

**Tableau 11**  
**Principales enquêtes de santé prévues pour documenter l'état de santé de la population**  
**du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2012 à 2018**

Population visée	Année de réalisation des enquêtes projetées				
	2012-2013	2014	2015-2016	2017	2017-2018
Enfants de la maternelle	Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM)				Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM)
Jeunes du secondaire			Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS)		
Adultes		Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)		Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean	

En ce qui a trait aux aspects éthiques, on peut rappeler que le contenu des enquêtes québécoises a fait l'objet d'un consensus provincial par le biais de comités d'orientation de projet. Ce contenu a de plus, dans chaque cas, été soumis à un comité d'éthique. L'accès à ces données est par ailleurs très bien balisé et encadré, que ce soit par l'ISQ ou par l'Infocentre de santé publique. Le contenu des enquêtes régionales de santé de 2007 et 2012 a aussi été soumis à un comité d'éthique, soit au CESP en 2007 et celui de l'ISQ en 2012. De plus, les règles de sécurité au sein de la DSPE assurent la confidentialité et la sécurité des données recueillies.

#### 4.3.2 L'amélioration des produits et activités de diffusion

La DSPE rend déjà disponible sur le site Internet de l'Agence la majorité de ses productions et de ses présentations. De plus, depuis 2013, un nouveau produit destiné à la population en général a été conçu et est maintenant offert à chaque mois sur le site de l'Agence. Il s'agit d'une capsule Web, de format très court (quatre paragraphes), donnant une information pertinente en lien avec une journée ou une semaine thématique donnée (ex.: semaine de prévention des toxicomanies). Les deux premiers paragraphes présentent certaines données concernant la thématique abordée et les deux autres traitent plutôt de services préventifs disponibles à ce sujet dans la région ainsi que de la semaine thématique en question. Ce produit vise, de façon accessible, à intéresser et informer un large public sur divers sujets de santé publique.

La DSPE évalue diverses possibilités afin d'améliorer la diffusion des produits de surveillance. Plus spécifiquement, un des objectifs est de rendre disponible en mode interactif, sur le site de l'Agence, un vaste ensemble de données de surveillance, dont celles contenues dans le *Tableau synoptique des indicateurs sociosanitaires du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2014*. Conçu d'abord comme un outil de référence à un ensemble de données pouvant être utiles à la planification des activités et services en santé publique, ce tableau comprend 145 indicateurs sociosanitaires (voir annexe 7 pour la liste des indicateurs). Mis à jour

aux cinq ans, il permet aux utilisateurs de documenter rapidement une problématique donnée à un certain moment dans le temps. À ce titre, il permet de soutenir la démarche de mise à jour des plans d'action de santé publique, soit le plan d'action régional (PAR) et les plans d'action locaux (PAL) prescrits dans la Loi sur la santé publique (LSP).

Rendre accessible en mode interactif ce produit comporterait plusieurs avantages :

- les indicateurs pourraient être mis à jour non plus aux cinq ans et en totalité, mais en partie, dès que de nouvelles données seraient disponibles;
- le nombre d'indicateurs pourrait être accru;
- les croisements selon certaines variables, limités pour le moment compte tenu de la forme actuel du produit, pourraient être augmentés;
- le caractère interactif permettrait à l'utilisateur de trouver plus rapidement l'information dont il a besoin;
- l'ensemble des améliorations que permettrait le mode interactif et la mise à jour en continu augmenterait sans doute l'attrait du produit et, par le fait même, sa diffusion et ses retombées.

Des travaux en ce sens sont actuellement en cours à la DSPE pour en arriver à développer ou adapter un tel produit à court terme.

#### *4.3.3 Le développement des méthodes d'analyse des données*

Cet élément doit être considéré dans le PRS. Il importe en effet d'identifier, s'il y a lieu, les lacunes afin d'assurer que la fonction de surveillance puisse se réaliser de façon optimale dans la région.

La LSP prévoit qu'une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants doit être exercée afin notamment d'élaborer des scénarios prospectifs. Cet aspect de la surveillance est toutefois peu développé au Québec bien que son utilité ne laisse aucun doute dans une perspective de soutien à la prise de décision. De fait, l'élaboration de scénarios prospectifs serait sans doute utile à bien des gestionnaires du réseau régional. Cependant, la réalisation de tels scénarios par notre DSPE se heurte à deux obstacles importants : la méthodologie qui sous-tend ces projections est relativement complexe et conséquemment, le temps requis pour développer correctement une telle approche constitue un frein important.

Compte tenu du sous-développement de cette approche au Québec, le MSSS a mandaté l'INSPQ pour développer cette capacité d'élaboration de scénarios prospectifs. Les travaux amorcés en collaboration avec le MSSS et l'Infocentre de santé publique visent essentiellement deux aspects :

- développer ou adapter pour le Québec des méthodes reconnues afin de projeter différents indicateurs de la santé et de ses déterminants;
- soutenir l'interprétation de tels résultats et leurs limites en élaborant des produits et activités de transfert des connaissances adaptés aux besoins des différents publics cibles.

Les premiers publics concernés par ces travaux sont le MSSS et les acteurs de surveillance des directions régionales de santé publique. La méthode la plus appropriée, suite à une rigoureuse revue de littérature, a déjà été sélectionnée et des premiers résultats ont été produits. Certaines phases importantes doivent cependant être complétées. Notamment, des travaux de validation et une stratégie de soutien à l'interprétation de ces données sont en cours de réalisation. Jusqu'à maintenant, l'INSPQ a produit :

- des projections de l'indice de masse corporelle (IMC) et une analyse de leur impact potentiel sur l'état de santé et certains problèmes de santé chronique. Ces travaux ont notamment permis d'établir certaines cibles de réduction ou stabilisation de l'IMC à court et moyen terme;

- des projections de mortalité par cancer, toutes causes confondues. Dans un second temps, les travaux de projection porteront sur la mortalité par cancer selon le siège et sur l'incidence des tumeurs malignes;
- des projections concernant la prévalence et l'incidence du diabète et de l'hypertension artérielle réalisées à partir des données du SISMACQ.

La DSPE du Saguenay–Lac-Saint-Jean bénéficiera éventuellement de ces travaux et disposera ainsi d'indicateurs permettant au réseau régional et aux réseaux locaux de services de mieux anticiper la situation en ce qui a trait à plusieurs problèmes de santé (problèmes de poids, diabète, hypertension, cancer).

Par ailleurs, l'analyse utilisée et présentée dans la presque totalité des productions en surveillance générale est de type bi-variée. Cette façon de procéder, plus simple, présente toutefois quelques inconvénients : la relation apparente entre deux variables peut en cacher une troisième par le rôle d'une variable confondante. L'analyse multivariée permet de compenser cette lacune en prenant en compte le rôle possible de facteurs confondants. Ce type d'analyse, et notamment la régression logistique à laquelle on recourt fréquemment dans le domaine de la santé, devrait être davantage utilisée dans les productions de surveillance. Un projet concernant la consommation d'alcool dans la région utilisera d'ailleurs cette approche.

Enfin, l'analyse qualitative est déjà utilisée en complément aux activités de surveillance. La DSPE y a eu recours dans des projets portant sur l'insécurité alimentaire, la santé des hommes et la problématique du suicide. Il est prévu d'utiliser aussi cette approche dans deux projets en cours (itinérance et caractérisation des communautés) et un à venir (analyse de la consommation d'alcool et des facteurs associés). Les projets déjà réalisés et à venir contribuent à une meilleure connaissance de certaines thématiques incluses dans la surveillance de l'état de santé de la population. Ces projets permettent aussi de maintenir et développer l'expertise de deux membres de l'équipe SRE, déjà formés à cette approche.

#### *4.3.4 Le maintien et le développement des systèmes d'information*

Pour l'ensemble du Québec, le maintien et le développement des systèmes d'information en surveillance implique la collaboration de plusieurs instances, les principales étant l'Infocentre de santé publique, l'INSPQ, le MSSS et la Table de concertation nationale en surveillance (TCNS). Les travaux en cours accroîtront la quantité et la qualité des données et des indicateurs qui seront éventuellement déployés à l'Infocentre de santé publique et rendus disponibles aux professionnels en surveillance des régions.

Les paragraphes suivants décrivent ce qui est prévu dans la région en ce qui a trait au maintien et au développement des systèmes d'information en surveillance générale et spécifique.

##### *En surveillance générale*

Le Service SRE a développé une application qui permet de produire une série de mesures statistiques permettant, à partir des données du Fichier des tumeurs du Québec, d'analyser l'incidence des tumeurs malignes selon plusieurs paramètres (sexe, groupe d'âges, territoires, périodes). De la même façon, cet outil permet l'analyse des données de mortalité à partir du Fichier des décès.

Suite au développement et au déploiement de l'Infocentre de santé publique, le service a procédé il y a quelques années à une réflexion concernant les choix méthodologiques qui sont à la base de ces mesures, en les comparant à ceux adoptés par l'Infocentre de santé publique. Il a été décidé d'une part de maintenir l'application et, d'autre part, de modifier certains choix méthodologiques afin que les produits correspondent davantage aux extrants disponibles à l'Infocentre de santé publique. De plus, les modifications à la Classification internationale des maladies (CIM-10) et l'adoption récente de la classification CIM-Oncologie (CIM-O) pour la classification des tumeurs malignes ont nécessité une mise à jour importante de cette application à l'automne 2013.

La décision de maintenir l'application est justifiée entre autres parce qu'elle permet de produire rapidement des mesures d'incidence ou de mortalité pour tous les sites de cancer, pouvant être ventilées selon plusieurs modalités. Cette souplesse est supérieure à ce que permet l'Infocentre de santé publique, ce qui permet de répondre à d'éventuelles demandes très spécifiques, d'où l'avantage de pouvoir disposer d'un tel outil. Cette décision pourra toutefois être reconsidérée compte tenu des développements qui pourraient survenir à l'Infocentre de santé publique.

Enfin, le service SRE entend demeurer à l'affût et repérer d'éventuelles avancées technologiques prometteuses ou de nouveaux systèmes d'information développés au Québec susceptibles d'améliorer dans notre région la surveillance de l'état de santé et de ses déterminants. Dans ce cas, le service évaluera les possibilités offertes par ces nouveaux outils et la faisabilité de telles approches dans notre région.

### *En surveillance spécifique*

En maladies infectieuses, le développement des systèmes d'information concernera surtout le Système d'information pour la protection en maladies infectieuses (SI-PMI). Tel que mentionné précédemment, ce système, bien que conçu pour des fins de protection, sera utilisé aussi à des fins de surveillance.

Dans la région, le 1er volet de ce système qui porte sur la gestion des produits immunisants est pleinement fonctionnel depuis mars 2013. Il intègre aussi la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SI-SPIN).

L'implantation du registre de vaccination québécois constitue le cœur du 2e volet portant sur l'immunisation. Dans ce registre seront inscrits tous les vaccins donnés par tous les vaccinateurs au Québec, ce qui permettra éventuellement le calcul de taux de couverture vaccinale à diverses échelles géographiques (régions, territoires de RLS et municipalités). Le registre de surveillance des manifestations cliniques inhabituelles possiblement reliées à l'immunisation (ESPRI) sera aussi intégré à ce 2e volet de SI-PMI.

Au Québec, le déploiement du 2e volet a débuté au printemps 2014 et s'échelonne sur une période de 18 mois. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, il s'est amorcé au printemps 2014 par les formations destinées aux responsables du projet, puis aux responsables des CSSS et enfin aux principaux utilisateurs. Une fois le registre fonctionnel, les données de vaccination pourront être consultées par les intervenants des CSSS et centres de santé autochtones dans un premier temps, mais une application Web allégée devrait être disponible par la suite dans le cadre du Dossier Santé Québec (DSQ), pour consultation et saisie en dehors des CSSS (GMF, cliniques médicales privées, etc.).

Pour ce qui est du 3e volet de SI-PMI, soit celui de la protection, son déploiement est prévu à la fin du volet immunisation et devrait se faire région par région, comme ce fut le cas pour les deux premiers volets. Il faudra compter au minimum trois ans avant que le volet protection soit fonctionnel. Les registres Vigie, MADO et Surveillance provinciale du virus du Nil occidental (VNO) seront intégrés à ce 3e volet. Enfin, les données du SI-PMI seront intégrées éventuellement au Dossier Santé Québec (DSQ).

Lors de la campagne de vaccination contre la grippe H1N1 en 2010, la Direction de santé publique a implanté un système d'information sur la grippe. Celui-ci est alimenté par le système d'information provincial RQSuch (Relevé quotidien de la situation en urgence et en centres hospitaliers).

Le système permet la production, sur une base hebdomadaire, d'un rapport automatisé faisant état de la situation dans les urgences et les centres hospitaliers. À titre d'exemple, on y trouve le nombre de personnes s'étant présentées à l'urgence et inscrites au triage de l'urgence avec des symptômes d'allure grippale, le nombre total d'admissions et de départs se soldant par un diagnostic d'influenza ou de pneumonie ou encore, le nombre total de jours-patients aux soins intensifs avec diagnostic d'influenza ou de pneumonie. Il est apparu pertinent de continuer à exploiter ce système à chaque année lors de la saison de la grippe, compte tenu des avantages qu'il procure.

En santé au travail, au cours de l'année 2013-2014, l'évolution de l'onglet « risques et agresseurs » du Système d'information en santé au travail (SISAT) constitue une priorité. Cet onglet vise à établir, pour chaque

entreprise, une liste des principaux risques et agresseurs auxquels les travailleurs sont exposés. L'engagement des équipes de santé au travail des CSSS (techniciens et infirmières) à recueillir cette information permettra la production d'une information de qualité sur l'exposition des travailleurs des trois groupes prioritaires définis par la CSST. Plus spécifiquement, les informations incluses dans cet onglet permettront de :

- cibler et prioriser des interventions ou des risques;
- établir le profil des risques sur lesquels les CSSS interviendront;
- identifier des risques émergents;
- orienter la formation continue des intervenants.

De plus, il faut prévoir la diffusion de cette information aux principaux intéressés afin de favoriser son utilisation dans les processus décisionnels. Ceci devrait contribuer à assainir les milieux de travail et les conditions auxquelles les travailleurs sont exposés.

Par ailleurs, l'INSPQ et le Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT) collaborent à l'identification et au développement de produits de surveillance qui seront diffusés prochainement sur le Portail de la santé au travail. Ces produits incluront entre autres différents profils par secteurs d'activité économique (caractéristiques des travailleurs, risques, agresseurs, etc.).

La poursuite de cette collaboration permettra d'identifier et de développer des indicateurs pertinents et utiles au RSPSAT. Une bonne diffusion et harmonisation de ces indicateurs favoriseront une plus grande utilisation de ceux-ci pour la planification des services et l'orientation des programmes et des politiques du RSPSAT. À plus long terme, il faut prévoir la mise à jour périodique de l'information diffusée. Il importera donc de s'assurer de la collaboration entre les équipes de surveillance et l'équipe de diffusion afin que ces produits répondent aux besoins du moment.

#### *4.4 Les orientations de nature organisationnelle*

Les orientations de nature organisationnelle facilitent et soutiennent la réalisation des mandats de surveillance dans notre région.

##### *4.4.1 La poursuite des travaux du comité de surveillance*

Les travaux du comité de surveillance, amorcés en 2011, se sont avérés très utiles lors de la planification de l'enquête régionale de santé de 2012 et lors de l'élaboration du PRS. La poursuite de ces travaux apparaît très pertinente pour les membres du comité. Cela permettra notamment de :

- renforcer les liens entre les divers services de la DSPÉ qui contribuent au mandat de surveillance de la direction;
- planifier des activités de formation communes pour tous les professionnels en surveillance de la DSPÉ;
- faciliter la collaboration requise pour la planification du contenu de l'enquête de santé régionale prévue en 2017.

Un des objectifs à court terme est de développer un mécanisme qui permettrait de mieux prendre en compte les besoins des CSSS en ce qui a trait à l'information concernant l'état de santé de leur population et les facteurs qui l'influencent. On cherche entre autres à mieux synchroniser dans le temps les besoins des CSSS et les productions de surveillance, en tenant compte des échéanciers des CSSS concernant la planification de leurs activités de santé publique ou d'activités connexes à ce domaine. Cet objectif cadre parfaitement avec celui d'offrir un soutien accru à la responsabilité populationnelle des intervenants locaux.

#### 4.4.2 Le maintien du recours aux stagiaires en médecine

Depuis 2011, la Direction de la santé publique et de l'évaluation accueille des étudiants en médecine de l'Université de Sherbrooke pour un stage d'un mois en santé publique, et ce, six fois par année. Les procédures sont maintenant bien rodées. À titre d'exemple, le travail des stagiaires a permis à la DSPE d'analyser plus à fond certaines thématiques (traumatismes non intentionnels, suicide (à partir des rapports des coroners), moyens pris pour perdre du poids, risques et agresseurs en milieu de travail). La DSPE compte poursuivre ces stages et profiter de ces ressources pour mieux documenter certaines problématiques. Ces activités s'inscrivent en complémentarité avec les travaux de surveillance en permettant une meilleure connaissance des divers objets de surveillance.

#### 4.4.3 La formation

La réalisation des mandats de surveillance nécessite une équipe de professionnels bien formés et compétents. Les activités de formation sont essentielles pour assurer le maintien et le développement de ces compétences.

Dans la région, le comité de surveillance organise généralement à chaque année une activité de formation sur mesure afin de répondre à certains besoins spécifiques de formation des professionnels de santé publique. Il est prévu que ces activités de formation se poursuivent, en privilégiant la même formule.

Les professionnels en surveillance de la région ont aussi récemment participé à d'autres formations élaborées et offertes par l'INSPQ. Parmi celles offertes récemment, une traitait de la problématique des petits nombres et des questions éthiques liées à la divulgation, une autre présentait en détail le système intégré de surveillance des maladies chroniques développé par l'INSPQ. L'Institut, en lien avec la TCNS, continuera à offrir des formations à l'ensemble des professionnels en surveillance.

Outre ces formations ponctuelles, une démarche collective est en marche au Québec depuis 2010 afin de planifier et coordonner le développement des compétences au sein du personnel de santé publique des trois paliers (national, régional et local). La phase 1 de ce projet vise l'élaboration de référentiels de compétences prioritaires visant à soutenir entre autres l'exercice de :

- la surveillance continue de l'état de santé de la population du Québec;
- la santé environnementale;
- la santé au travail.

À titre d'exemple, en santé au travail, un référentiel de compétences a été développé suite à une série de consultations auprès des professionnels en santé au travail. En ce qui concerne plus spécifiquement la surveillance, le référentiel s'attarde aux compétences techniques et scientifiques requises pour effectuer les activités de caractérisation des milieux de travail et des risques à la santé des travailleurs. Le référentiel de compétences a fait l'objet d'un processus d'appropriation et de validation auprès des équipes de santé au travail et des gestionnaires. Des mécanismes d'actualisation du référentiel sont prévus afin de s'assurer que ce dernier s'adapte aux changements éventuels dans le domaine de la santé au travail.

Selon les responsables de l'ensemble de la démarche, les référentiels de compétences ne représentent qu'un moyen parmi d'autres pour adapter les compétences de santé publique aux multiples réalités et contextes des organisations qui assument une responsabilité de santé publique<sup>23</sup>. Divers autres moyens structurants et instrumentations adéquates sont évalués et seront éventuellement rendus disponibles au cours des cinq prochaines années pour soutenir les acteurs de la santé publique au Québec. Les formations à générer et diverses autres options en matière de développement des compétences devraient en découler<sup>24</sup>.

23. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012), *Recueil de référentiels de compétences, en soutien à la mise en oeuvre du Programme national de santé publique*, Rapport d'étape déposé à la table de coordination nationale de santé publique, Direction générale de la santé publique, p. 5.

24. *Ibid.*, p 11.



## CONCLUSION

L'élaboration du plan régional de surveillance en santé publique a permis d'établir certains constats.

Grâce aux travaux de consolidation et de développement réalisés depuis une dizaine d'années, la surveillance de l'état de santé de la population est maintenant très bien structurée, tant au plan légal qu'au plan opérationnel. Ces travaux ont consolidé l'accès à un ensemble de données vaste et complexe, comprenant de nombreux systèmes d'information, tant pour la surveillance générale que pour celle spécifique aux domaines d'intervention (maladies infectieuses, santé au travail et santé environnementale).

Cet ensemble de données pose le problème de la sécurité et la protection des renseignements confidentiels. Toutefois, la place centrale qu'occupe de plus en plus l'Infocentre de santé publique dans la production et la diffusion d'indicateurs sociosanitaires s'avère rassurante. Cette façon de faire accroît la sécurité en ce qui a trait à la protection des données, en plus de standardiser davantage les façons de faire en ce qui a trait à la production et la diffusion des données ainsi que la méthodologie qui y est associée. Enfin, au niveau régional, à l'Agence, des mesures d'ordre général concernant le personnel ont été implantées, en plus de toutes les mesures de sécurité suggérées par le MSSS et ce, tant pour les banques de données transmises par le ministère que pour celles issues des enquêtes régionales de santé.

Ce vaste ensemble de données est effectivement utilisé au bénéfice du réseau régional et de la population qu'il dessert. La consultation réalisée auprès des professionnels en surveillance de la région a démontré que les indicateurs du Plan commun de surveillance sont largement utilisés et diffusés au sein du réseau régional de la santé et de ses partenaires. Cette tendance devrait se maintenir et même s'accroître : le nombre d'indicateurs disponibles augmentera avec l'implantation du Plan national de surveillance, regroupant les indicateurs du PCS et ceux du Plan ministériel de surveillance multithématique.

Cette diffusion peut, dans certains cas, poser des problèmes d'ordre éthique. Toutefois, les préoccupations à cet égard sont bien présentes chez les professionnels en surveillance, notamment en ce qui a trait à une possible stigmatisation de groupes de population ou la diffusion de petits nombres. Des outils de réflexion et d'aide à la décision ont été développés en ce sens et sont disponibles au besoin. La vigilance doit cependant demeurer constante pour éviter les possibles dérapages ou effets négatifs.

Enfin, l'élaboration du Plan régional de surveillance a permis d'identifier les orientations à privilégier en ce domaine au cours des prochaines années. Celles-ci tiennent compte des changements importants survenus dans le réseau au cours des dernières années. Ces orientations permettront entre autres aux gestionnaires des CSSS de disposer de données et d'informations pertinentes pour les soutenir dans leur responsabilité en ce qui a trait à l'état de santé de la population qu'ils desservent. De plus, elles soutiendront la production et la diffusion d'informations essentielles concernant les milieux de vie qui constituent un déterminant majeur de l'état de santé.

Pour terminer, il convient de mentionner que le Plan régional de surveillance présente un caractère évolutif. La Loi sur la santé publique précise d'ailleurs que chaque directeur de santé publique doit périodiquement réévaluer la nécessité de maintenir le Plan régional de surveillance ou d'y apporter des changements. La mise à jour éventuelle du Plan régional de surveillance est donc à prévoir à moyen terme.



## BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (2012), *La prévention des troubles musculosquelettiques liés au travail : rapport du directeur de santé publique 2012*, 15 p.

COMITÉ D'ÉTHIQUE EN SANTÉ PUBLIQUE (2010), *Avis du Comité d'éthique en santé publique : Projet de plan ministériel de surveillance multithématique*, janvier 2010, 38 p.

COMITÉ D'ÉTHIQUE EN SANTÉ PUBLIQUE (2006), *Avis du Comité d'éthique en santé publique : Enquête psychosociale au Saguenay-Lac-Saint-Jean 2006*, novembre 2006, 10 p.

COMITÉ D'ÉTHIQUE EN SANTÉ PUBLIQUE (2003), *La surveillance continue de l'état de santé de la population, une synthèse*, avril 2003, 12 p.

DÉSY, M. et F. FILIATRAULT (2013), *Dimension éthique de la stigmatisation en santé publique : outil d'aide à la réflexion*, Institut national de santé publique du Québec, avril 2013, 39 p.

DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2005), *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007*, Québec, Gouvernement du Québec, février 2005, 599 p.

GROUPE DE TRAVAIL DU COMITÉ PORTANT SUR LA SURVEILLANCE EN RÉGION (COPAIN) (2009), *Avis sur des lignes directrices pour guider l'élaboration d'un Plan régional de surveillance*, présenté à la Table de concertation nationale en surveillance, 28 et 29 mai 2009, 5 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2012), *Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales et de santé au Québec*, juillet 2013, 93 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012), *Recueil de référentiels de compétences, en soutien à la mise en œuvre du Programme national de santé publique*, Rapport d'étape déposé à la Table de coordination nationale de santé publique, Direction générale de la santé publique, mars 2012, 64 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique (2011), *Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*, 22 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, Direction générale de la santé publique (2008), *Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008*, 101 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICE SOCIAUX (2008), *Plan ministériel de surveillance multithématique : cadre de référence*, juillet 2008, 34 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICE SOCIAUX, Direction générale de santé publique (2007), *Cadre d'orientation pour le développement et l'évolution de la fonction de surveillance au Québec*, 48 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003), *Programme national de santé publique 2003-2012*, Gouvernement du Québec, 126 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, European Centre for Health Policy (1999), *Health Impact Assessment : Main Concepts and Suggested Approach*. Gothenburg Consensus Paper, December 1999. In: Diwan V, et al., eds. Health Impact Assessment: from Theory to Practice . Gothenburg, Nordic School of Public Health, 2001:89–103.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Recueil des lois et des règlements du Québec* (L.R.Q), lois à jour au 1<sup>er</sup> décembre 2013, <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/home.php>, consulté le 9 janvier 2014.

ROBITAILLE, R. (2012), *Portrait de l'environnement bâti et de l'environnement des services, région sociosanitaire (RSS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean*, Institut national de santé publique du Québec, 89 p.

# **ANNEXE 1**

**Les mandats du comité de surveillance en santé publique**



## Les mandats du comité de surveillance en santé publique

### *Preamble*

Les mandats du comité de surveillance sont en lien avec les obligations légales concernant la surveillance et la vigie, telles qu'elles apparaissent dans la Loi sur la santé publique (LSP).

Les mandats du comité de surveillance sont des mandats qui concernent l'ensemble de la DSPE, et non un service en particulier.

Les mandats du comité de surveillance doivent contribuer à l'exercice des fonctions de surveillance et de vigie au sein de la DSPE. Ils ne doivent toutefois pas empiéter sur les responsabilités et les champs d'intervention propres à chacun des services qui constituent la DSPE.

Compte tenu de ce qui précède, les mandats du comité de surveillance sont les suivants :

- préciser, pour l'ensemble de la DSPE, les grandes orientations à donner aux fonctions surveillance et vigie et délimiter précisément leur champ d'action respectif en tenant compte des obligations et contraintes légales (LSP, PCS, CESP) et organisationnelles (disponibilité des ressources);
- favoriser la réalisation des différents mandats associés à la surveillance (article 33 de la LSP) au sein de la DSPE, en tenant compte des ressources disponibles;
- veiller à la mise en œuvre et au respect du PCS et de ses orientations;
- élaborer un plan régional de surveillance, tel que spécifié à l'article 35 de la LSP, et le soumettre au comité d'éthique en santé publique, tel que spécifié à l'article 36 de cette même loi;
- préciser les orientations en matière d'infrastructures de données afin de soutenir la réalisation adéquate des mandats de surveillance;
- préciser les orientations en matière d'alimentation de données afin de permettre la réalisation adéquate des mandats de surveillance;
- faire en sorte que les obligations légales en matière de protection des renseignements personnels (confidentialité, sécurité) soient respectées, en précisant les procédures permettant d'y arriver;
- contribuer à la réalisation des rapports régionaux sur l'état de santé de la population que doit produire et diffuser périodiquement le directeur de santé publique, tel que spécifié à l'article 10 de la LSP;
- favoriser, au sein des services de la DSPE, le partage d'infrastructures de données, de données, de méthodologies, d'outils de surveillance et de produits ainsi que l'échange d'information à ce sujet;
- participer à la démarche de planification (objectifs, moyens, contenu, etc.) des enquêtes de santé et projets de recherche en santé publique qui seraient éventuellement réalisés auprès de la population régionale par la DSPE ou ses mandataires;
- favoriser la discussion concernant les enjeux de surveillance (ex. : consultation provinciale, problèmes d'éthique, questions méthodologiques majeures, etc.).



# **ANNEXE 2**

**La démarche d'élaboration du  
*Plan régional de surveillance en santé publique***



### La démarche d'élaboration du *Plan régional de surveillance (PRS)*

Au moment d'entreprendre l'élaboration du PRS, seulement quelques régions avaient produit un tel plan. Cela tient sans doute à la fois aux difficultés inhérentes à l'élaboration d'un tel plan et au fait que le PCS a un caractère très exhaustif, couvrant largement les objets de surveillance et indicateurs nécessaires au travail de surveillance en régions.

Face à ce constat, la Table de concertation nationale en surveillance (TCNS) a donné le mandat à un groupe de travail d'élaborer un cadre facilitant l'élaboration de ces plans régionaux. En mai 2009, ce groupe déposait à la TCNS son *Avis sur des lignes directrices pour guider l'élaboration d'un Plan régional de surveillance*. Dans ce document, les auteurs suggéraient cinq modèles que les régions peuvent utiliser, dépendamment de leurs besoins, pour élaborer leur plan régional de surveillance. C'est à partir de cette proposition de base qu'un modèle a été choisi pour notre région.

### Les modèles proposés par le COPAIN

Dans le document mentionné précédemment, les auteurs suggèrent aux régions d'utiliser un des cinq modèles suivants pour l'élaboration de leur PRS :

- A Le PCS fait office de PRS :** certaines régions pourraient considérer que le plan commun convient tout à fait à leurs besoins. Il ne s'agit pas ici à proprement parler d'un modèle de PRS, mais plutôt d'une situation pouvant être la plus appropriée pour certaines régions.
- B Le plan à portée stratégique uniquement (sans ajout d'objets de surveillance) :** ce plan pourrait convenir à une région qui ne prévoit pas exploiter d'autres objets de surveillance que ceux prévus au PCS. Le PRS vise alors à présenter la situation régionale au regard de ses propres enjeux de surveillance.
- C Le plan ajout d'objets de surveillance uniquement :** ce plan conviendrait mieux aux régions qui souhaitent ajouter des objets de surveillance qui sont d'intérêt régional et qui n'apparaissent pas dans le PCS sans y adjoindre une planification stratégique.
- D Le plan à portée stratégique et comportant des ajouts d'objets de surveillance :** ce plan est la combinaison des deux modèles précédents (voir annexe 1, aspects A et B de la recommandation 3). Il conviendrait aux régions qui, en plus de désirer un plan stratégique en surveillance, doivent demander une approbation éthique pour l'ajout d'objets de surveillance non inclus au PCS.
- E Le plan « parapluie » :** ce plan regrouperait sous sa coupe un ensemble de plans thématiques. L'aspect stratégique pourrait être global et commun à tous les plans thématiques. Il est possible qu'un tel plan se distingue par des sources de données particulières dans divers thèmes; la partie éthique pourrait alors être traitée à l'intérieur des plans thématiques.

### Le modèle adopté pour la région

Le choix d'un des cinq modèles proposés présupposait, en premier lieu, d'évaluer s'il pouvait y avoir des spécificités régionales qui devraient être intégrées au PRS. Au premier abord, deux particularités régionales semblaient des candidates possibles :

- **La génétique communautaire.** Il s'agit d'une spécificité régionale. D'une part, elle est identifiée formellement comme une priorité régionale en santé publique depuis 2000; d'autre part, le *Projet-pilote d'offre de tests de porteurs pour quatre maladies héréditaires* constitue un projet unique au Québec. Enfin, cette problématique n'est pas incluse au PCS.

- **Le développement des communautés**, qui a été identifié dans le *Plan d'action régional en santé publique* (PARSP) comme un domaine d'intervention et non seulement comme une stratégie, ce qui est particulier à la région. Par contre, le PCS inclut déjà quelques indicateurs associés à cette problématique.

Outre ces deux particularités, on supposait que d'autres spécificités régionales pouvaient exister. À titre d'exemple, il se pourrait qu'une problématique soit plus accentuée dans la région sans être incluse au PCS. Il pourrait alors être pertinent de la documenter, à partir de sources de données originales à la région.

Il est donc apparu assez évident que le modèle choisi devait permettre l'inclusion de spécificités régionales, puisqu'il était possible qu'il y en ait, ce qui restreignait le choix aux trois derniers modèles proposés, soit C, D et E.

Les modèles D et E ont été exclus parce que plus exigeants en termes de ressources compte tenu qu'ils incluent un volet de planification stratégique et que ce volet devrait idéalement couvrir une dizaine d'aspects différents (voir annexe 1, recommandation 3, item A). Compte tenu des ressources disponibles à la DSPE, des mandats et des activités prévus à la planification, le modèle C nous est apparu comme celui qui conviendrait le mieux à nos besoins et à nos ressources.

Par contre, en s'inspirant de certains éléments relatifs à l'aspect stratégique présentés au point 3A de l'Avis, nous avons voulu profiter de l'opportunité qu'offrait l'élaboration du PRS pour faire un état de situation concernant la surveillance au niveau régional, comparativement à ce que prévoit le PCS et les mandats de la fonction surveillance (article 33 de la LSP) et constater ainsi d'éventuels écarts ou excédents. Compte tenu de ce qui précède, l'approche retenue pour l'élaboration du PRS a consisté à utiliser le modèle C proposé par le groupe de travail, en y ajoutant quelques éléments inspirés du modèle B (le plan à portée stratégique uniquement). Au final, le modèle adopté pour l'élaboration du Plan régional de surveillance comportait donc les étapes suivantes :

**1. Identification des indicateurs du PCS intégrés aux activités de surveillance dans la région.**

Cette étape impliquait de :

- a. identifier les objets de surveillance contenus dans le PCS qui sont suivis régionalement;
- b. préciser les formes que prend ce suivi (productions, réponses à des demandes ponctuelles, rapport annuel, etc.).

**2. Identification des indicateurs du PCS non intégrés aux activités de surveillance dans la région.**

Cette étape impliquait de :

- a. identifier, s'il y a lieu, parmi les objets de surveillance ou indicateurs qui ne sont pas suivis régionalement, ceux qu'il serait pertinent de suivre régionalement et préciser les formes que prendrait ce suivi;
- b. expliquer pourquoi certains objets de surveillance ou indicateurs ne sont pas suivis régionalement, compte tenu de l'engagement des directeurs de santé publique de participer au PCS.

**3. Identification d'objets de surveillance spécifiques à la région, s'il y a lieu.**

**4. Détermination du champ d'action de la surveillance et de la vigie.**

**5. Identification des actions faites en ce qui a trait aux trois mandats ou fonctions de surveillance qui sont les moins actualisés dans la région, soit :**

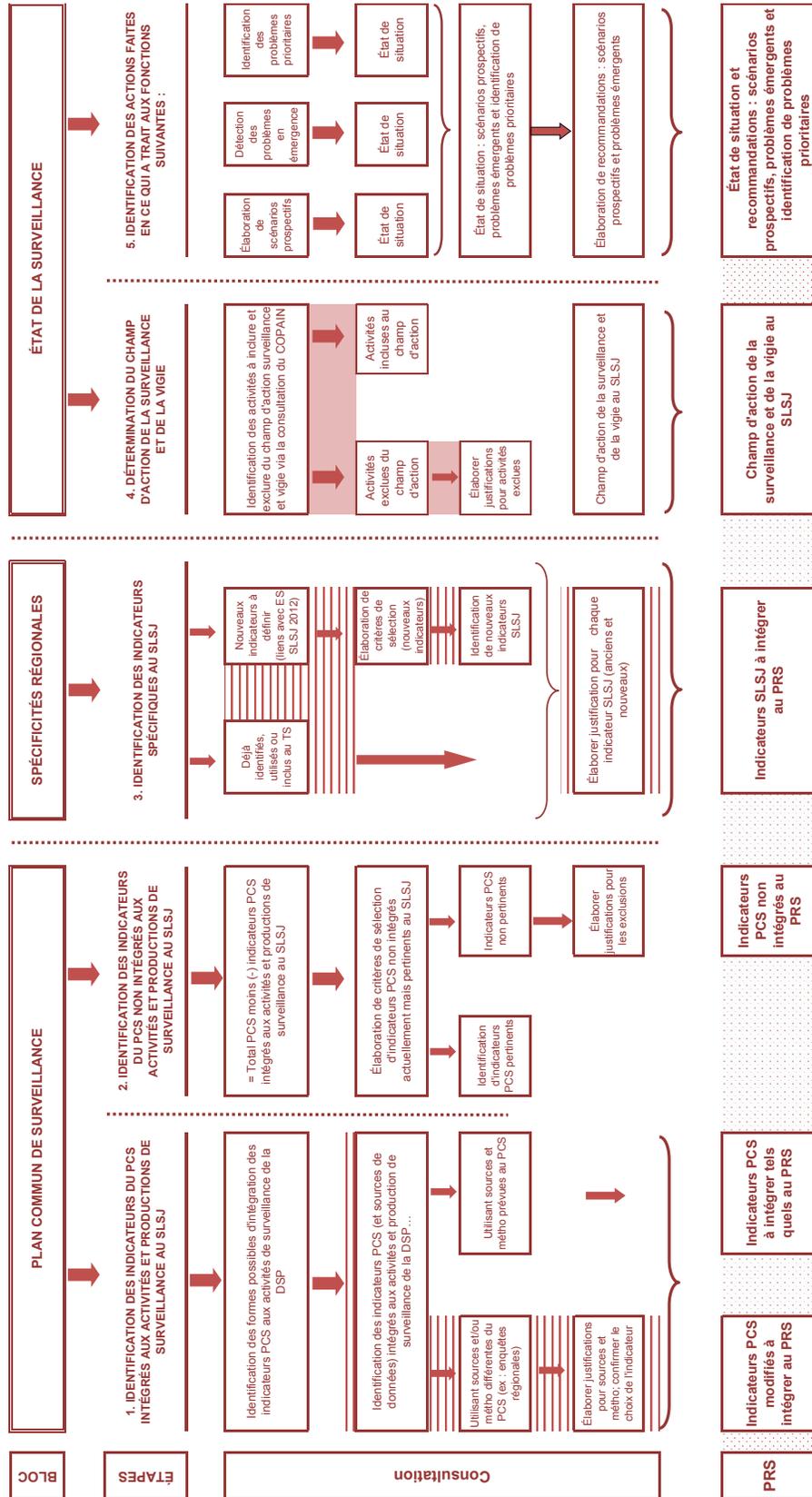
- l'élaboration de scénarios prospectifs;
- la détection de problèmes en émergence;
- l'identification de problèmes prioritaires.

Ce modèle hybride a été présenté au comité régional de surveillance qui l'a approuvé. Par la suite, un plan de travail détaillé pour l'élaboration du PRS à partir du modèle adopté a été présenté au comité de surveillance puis approuvé lors d'une réunion tenue en novembre 2010 (voir figure 4, page suivante).

Les deux premières étapes du plan, qui concernaient le recours aux indicateurs du PCS et leur utilisation dans les productions de la DSPE, ainsi que la troisième étape ayant pour objet l'identification de spécificités régionales, ont été réalisées. Les résultats sommaires sont présentés dans les pages qui suivent.

Les deux dernières étapes portant sur l'état de la surveillance dans la région n'ont pas été réalisées. La quatrième (champs d'action de la surveillance et de la vigie) a été plutôt prise en charge par un comité de travail de la TCNS. En ce qui a trait à la cinquième étape, la partie concernant l'élaboration de scénarios prospectifs a été abandonnée compte tenu des travaux entrepris par l'INSPQ pour combler les lacunes en ce domaine (voir section 4.6 du document). Les deux autres éléments (détection de problèmes en émergence et identification des problèmes prioritaires) demeurent néanmoins une préoccupation du comité de surveillance.

Figure 4  
SCHEMA DU PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PLAN RÉGIONAL DE SURVEILLANCE



## Étape 1 :

### Degré d'intégration des indicateurs du PCS aux activités et productions de surveillance de la DSPE

Les deux premières étapes du plan de travail consistaient à identifier les indicateurs du PCS qui sont intégrés et non intégrés aux activités et productions de la DSPE. Un indicateur est considéré intégré s'il est utilisé, soit dans des productions, récurrentes ou ponctuelles, de la DSPE, soit en réponse à des demandes d'information.

En adoptant le PCS, les directeurs de santé publique s'étaient en effet engagés à exercer une surveillance des objets inclus dans le PCS dès que les données requises pour le faire seraient disponibles. Pour vérifier dans quelle mesure cet engagement a été réalisé au sein de la DSPE du Saguenay–Lac-Saint-Jean, une démarche d'analyse a été entreprise. Les professionnels de la DSPE œuvrant en surveillance ont été consultés au cours de l'année 2011 afin de recueillir des informations permettant de documenter l'accès et l'utilisation des indicateurs du PCS dans la région. Chacun avait à compléter une grille concernant les indicateurs qu'il était susceptible d'utiliser. Les données ont ensuite été compilées et analysées et un rapport a été produit. De cette analyse se dégagent plusieurs constats. Les principaux sont présentés dans les paragraphes suivants.

Dans la région, les professionnels en surveillance peuvent accéder aux données relatives à la majorité des indicateurs du PCS : globalement, 409 des 476 indicateurs inscrits au PCS, soit 86 %, sont disponibles (voir figure 5, page suivante). Par contre, pour certaines dimensions, la proportion d'indicateurs disponibles est plus faible. C'est le cas pour les indicateurs relatifs aux services de santé (58 %) et à l'état de santé globale (62 %).

Parmi les 67 indicateurs non disponibles, 40 % étaient « à élaborer » au moment de la publication du PCS (2005), 31 % étaient « à consolider » et dans 29 % des cas, le statut n'était pas spécifié (voir liste en annexe). Le développement et la consolidation des indicateurs relevant davantage de l'INSPQ, on peut en déduire qu'ils demeureront non disponibles tant que celui-ci ne les aura pas produits.

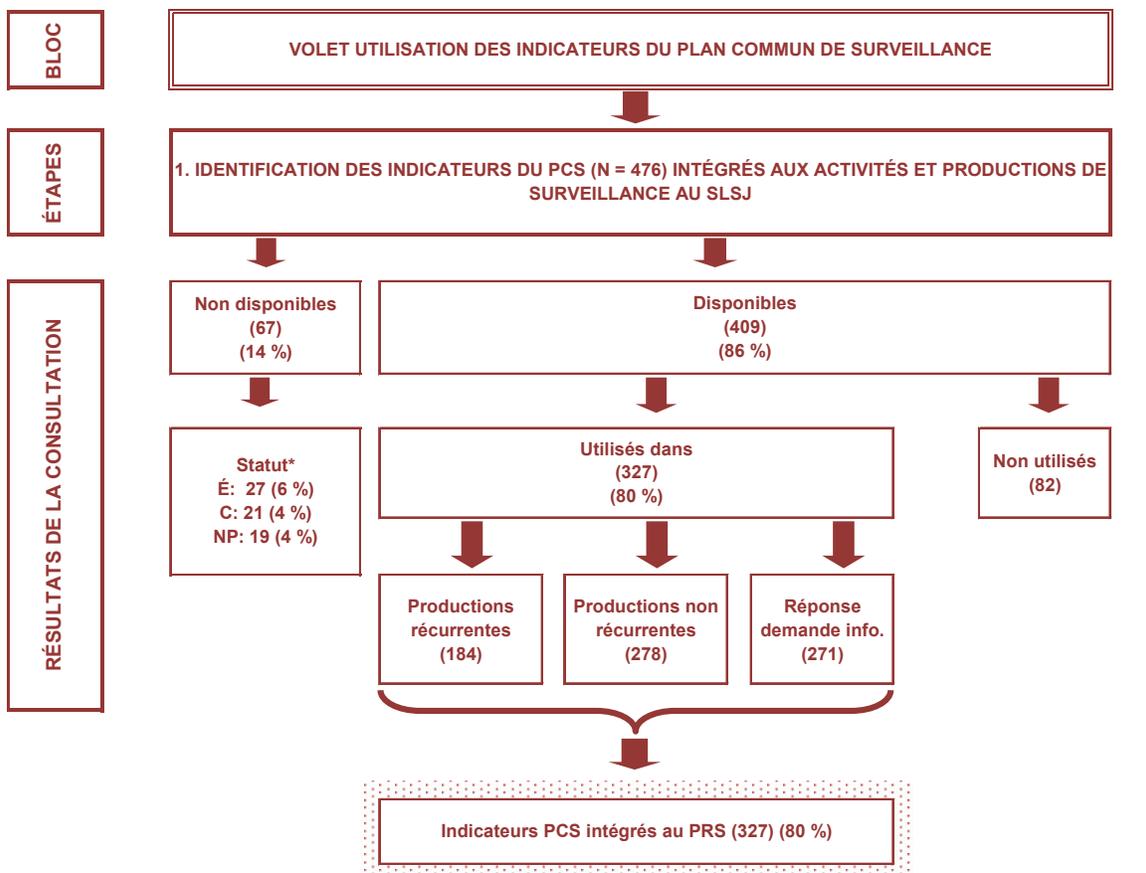
Pour l'ensemble des 409 indicateurs disponibles, le taux d'utilisation est de 80 %. En d'autres termes, 80 % des indicateurs du PCS sont utilisés, soit dans des productions récurrentes de la DSPE (45 %), soit dans des productions non récurrentes, soit en réponse à des demandes ponctuelles d'information. On peut donc considérer que ces indicateurs sont bien intégrés aux activités et productions de surveillance de la DSPE.

En ce qui a trait à la couverture géographique, 85 % des indicateurs qui sont disponibles le sont au niveau du Québec, 95 % au niveau régional, et 63 % le sont au niveau des territoires de réseaux locaux de services (RLS). La proportion d'indicateurs disponibles au niveau des territoires de RLS est donc plus faible, notamment dans les domaines de l'environnement physique (6 %), des services de santé (27 %), et de l'état de santé globale (39 %). Fait à souligner, tous les indicateurs tirés des fichiers statutaires du MSSS et des enquêtes de santé (*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007* et *l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008*) sont disponibles au niveau des RLS.

Pour 14 % des indicateurs, la source de données est différente de celle spécifiée au PCS. Il s'agit surtout d'indicateurs concernant les habitudes de vie, la santé physique et la santé mentale. Les indicateurs proviennent dans ces cas d'enquêtes de santé, soit *l'Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007*, *l'Enquête interrégionale auprès des jeunes du secondaire 2008* ou encore de *l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008*, pour laquelle la région a obtenu un suréchantillonnage.

Figure 5

SCHÉMA DU PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PLAN RÉGIONAL DE SURVEILLANCE, ÉTAPE 1



\* Statut : É (à élaborer), C (à consolider), NP (non précisé).

## Étape 2 :

### Identification des indicateurs du PCS non intégrés aux activités et productions de surveillance de la DSPE

Parmi les 409 indicateurs du PCS qui sont disponibles, 82, soit 20 %, ne sont pas utilisés, que ce soit dans des productions (récurrentes ou non) de la DSPE ou en réponse à des demandes ponctuelles d'information.

Une partie de ces indicateurs (14) provient de l'EQSP 2008 dont les données n'étaient pas encore disponibles au moment de la consultation des professionnels. Compte tenu de leur utilité potentielle, la majorité de ces indicateurs seront intégrés à court terme aux productions de la DSPE. D'autre part, l'analyse a permis d'identifier 12 autres indicateurs que la DSPE aurait avantage à intégrer dans ses activités de production et de diffusion. Il s'agit entre autres de six indicateurs concernant l'état de santé globale qui apparaissent de plus en plus pertinents compte tenu du vieillissement de la population. Donc, en supposant que ces 26 indicateurs soient effectivement intégrés aux productions de la DSPE, le taux global d'utilisation des indicateurs disponibles du PCS passerait de 80 % à 86 % (voir figure 6, page suivante).

Par ailleurs, cinq des six indicateurs socioculturels non utilisés semblent moins pertinents pour la région, compte tenu de son caractère très homogène en ce qui a trait à la langue et l'origine ethnique. De plus, en ce qui a trait aux sept indicateurs sociodémographiques non utilisés, aucune demande n'a été faite ou aucun besoin n'a été exprimé pour cinq d'entre eux. Les deux autres font partie des indicateurs que la DSPE aurait avantage à intégrer dans ses activités de production et de diffusion. Enfin, en ce qui a trait aux 34 indicateurs relatifs à l'état de santé physique non utilisés, 20 d'entre eux concernent des causes de décès ou d'hospitalisations et trois, des cas d'intoxications signalés au Centre anti-poison du Québec, pour lesquels aucun besoin ou demande n'a été exprimé dans le passé. Enfin, six proviennent de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2008* et seront utilisés dans l'avenir.

Un exemple d'indicateur inscrit au PCS, non suivi régionalement mais qu'il serait pertinent de suivre, est le « taux d'hospitalisation pour cirrhose du foie » (n° 391, p. 23). Son suivi devient pertinent depuis l'implantation du projet de suivi et traitement des personnes atteintes d'hépatite C au Saguenay–Lac-Saint-Jean, projet piloté par le CSSS de Chicoutimi.

En conclusion, on constate que le PCS constitue une des bases essentielles de la fonction de surveillance dans la région. La majorité des indicateurs disponibles du PCS (327 indicateurs sur les 409 disponibles, soit 80 %) sont intégrés aux productions et ce nombre augmentera vraisemblablement à 353 (soit 86 %) à court terme (voir figure 6, page suivante).

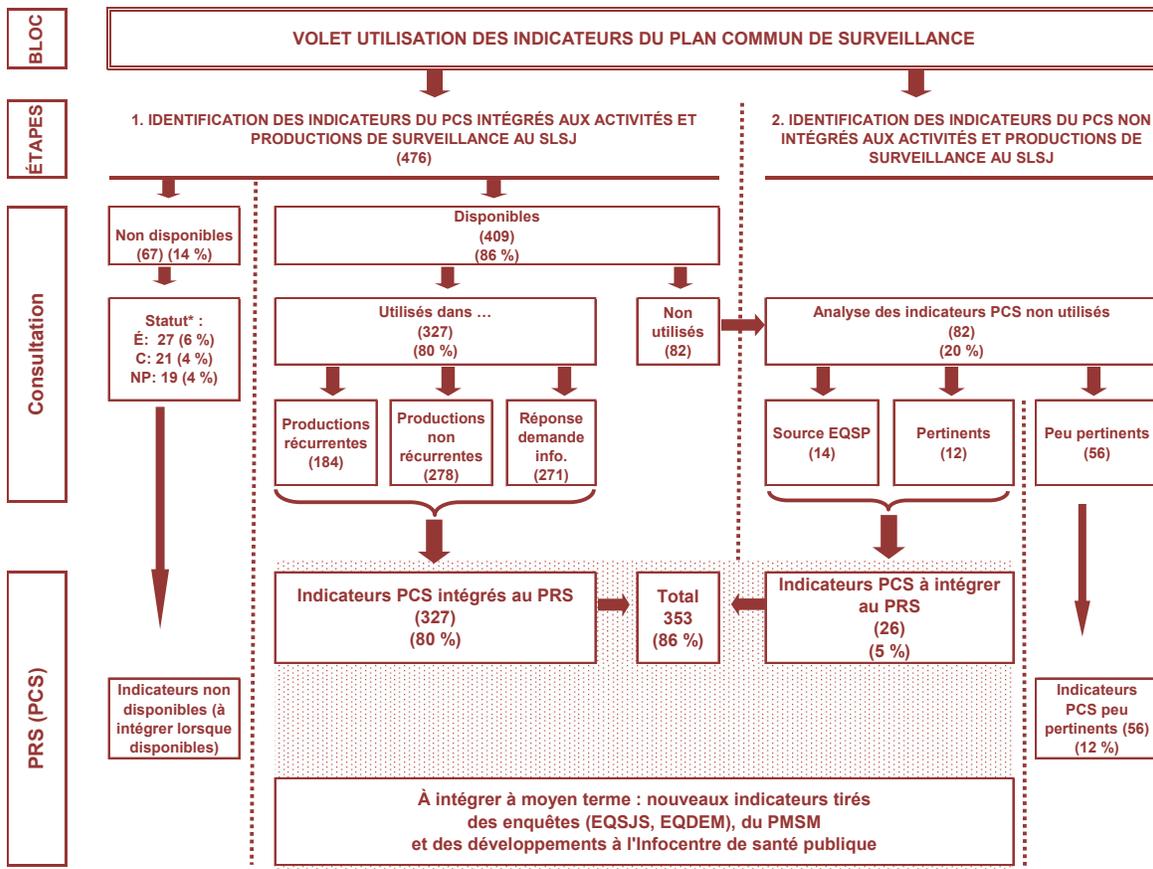
Depuis, cette base s'est élargie avec l'ajout et le déploiement à l'Infocentre de santé publique d'indicateurs provenant :

- de l'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011* à l'automne 2012 et au printemps 2013, pour documenter l'état de santé des jeunes du secondaire et ses déterminants;
- de l'*Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle* en 2013, pour documenter la situation chez les enfants de la prématernelle;
- du *Plan ministériel de surveillance multithématique*, notamment ceux relatifs au diabète, à l'hypertension artérielle et aux troubles mentaux.

Enfin, les développements prévus à l'Infocentre de santé publique, notamment en ce qui a trait au déploiement d'indicateurs relatifs aux maladies infectieuses et à certaines maladies chroniques, devraient accroître encore le nombre d'indicateurs disponibles.

Figure 6

SCHÉMA DU PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PLAN RÉGIONAL DE SURVEILLANCE  
ÉTAPES 1 ET 2



\* Statut : É (à élaborer), C (à consolider), NP (non précisé).

### Étape 3 :

#### Identification des objets de surveillance spécifiques à la région

Le PCS présente une structure à deux niveaux : des objets de surveillance (1<sup>er</sup> niveau) dont découlent un ou plusieurs indicateurs spécifiques (2<sup>e</sup> niveau). À titre d'exemple, la qualité de l'air, la qualité de l'eau, éléments qu'il convient de surveiller d'un point de vue de santé publique sont considérés comme des objets de surveillance. La situation concernant ces objets de surveillance est documentée à l'aide d'indicateurs spécifiques, tel le nombre d'éclosions d'origine hydrique.

Comme le PCS constitue le fondement de la surveillance au Québec, il couvre une très large gamme d'objets de surveillance. En conséquence, il est peu probable d'identifier un ou des objets de surveillance non inclus au PCS et qui pourraient être spécifiques à une région.

On peut néanmoins tenter de le faire en établissant au départ un certain nombre de critères pour guider cette démarche. Nous en avons proposés trois :

- être spécifique à la région;
- répondre à un besoin permanent en termes de surveillance;
- nécessiter un type d'accès autre que ceux déjà prévus au PCS ou par la LSP (qui inclut notamment le pouvoir d'enquête du directeur de santé publique), puisque les deux permettent et justifient déjà l'accès à de multiples indicateurs.

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, en raison de caractéristiques sociodémographiques liées à l'effet fondateur de la population, la génétique communautaire constitue une préoccupation particulière et a d'ailleurs été identifiée comme une priorité de santé publique. À l'automne 2011, Le *Projet-pilote d'offre de tests de porteur pour quatre maladies héréditaires récessives au Saguenay–Lac-Saint-Jean*, en gestation depuis plusieurs années, a été implanté. Ce projet, unique à la région, a nécessité au préalable des données concernant la perception qu'en avait la population régionale, données recueillies lors de l'*Enquête psychosociale 2000* et l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007*. Dans ce dernier cas, le questionnaire avait été soumis au comité d'éthique en santé publique qui avait produit un avis portant notamment sur les questions liées à la génétique. Suite à cet avis<sup>25</sup>, des modifications avaient été apportées à l'ordre des questions concernant la génétique et aux questions elles-mêmes et le comité s'était dit satisfait du résultat final.

Pour toutes ces raisons, la génétique communautaire pourrait être considérée comme un objet de surveillance spécifique à la région. Pour cela, il faudrait que la surveillance de cet objet revête un caractère permanent. Or, contrairement aux deux enquêtes qui l'ont précédé, l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012* ne comporte aucune question relative à la génétique communautaire. Le programme de dépistage étant maintenant implanté, on ne prévoit aucun besoin d'indicateurs de surveillance dans ce domaine dans le futur immédiat, sauf peut-être un indicateur relatif au taux de porteur pour chacune des quatre maladies dans la région. Les besoins de données se situent maintenant plutôt dans une perspective d'évaluation du projet et non de surveillance et cette évaluation a été prise en charge par l'INSPQ.

Le développement des communautés avait aussi été identifié au départ comme objet de surveillance possiblement spécifique à la région. Ceci était justifié parce que le *Plan d'action régional en santé publique* en a fait un domaine d'intervention, et non seulement une stratégie, ce qui est particulier à la région. Lors de l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*, la consultation de plusieurs partenaires régionaux (MAMROT, MESS, SADC, CLD) a permis d'inclure sept questions concernant le développement des communautés. Quatre d'entre elles concernent deux indicateurs du PCS, soit la participation bénévole et le sentiment d'appartenance à la communauté. Il ne s'agit donc pas d'éléments spécifiques à la région. Les trois autres questions

concernent davantage la notion de communauté locale et la perception que les répondants en ont. Jusqu'à maintenant donc, cette thématique ne nécessite pas un type d'accès autre que ceux déjà prévus au PCS ou par la LSP.

Toujours en ce qui a trait au développement des communautés, une démarche de caractérisation des milieux a été entreprise pour mieux connaître et décrire les communautés locales. Les données qui seront utilisées à cette fin (recensement, fichiers statutaires du MSSS, enquêtes de santé) sont toutes déjà incluses au PCS. De plus, la démarche implique déjà les directions de santé publique de plusieurs régions du Québec. Pour toutes ces raisons, on peut conclure que le développement des communautés ne constitue pas, dans les faits, un objet de surveillance spécifique à la région.

Tout ce qui précède n'exclut pas qu'il puisse y avoir, en lien avec certains objets de surveillance du PCS, des indicateurs qui soient spécifiques à la région. Ainsi, en ce qui a trait à la qualité de l'air extérieur, des intervenants en santé environnementale de la DSPE ont jugé pertinent d'obtenir des données régionales sur le chauffage au bois. Lors des enquêtes de santé de 2007 et 2012, quelques questions ont donc été incluses afin d'obtenir des données sur :

- la proportion de ménages ayant recours au chauffage au bois;
- les finalités de ce mode de chauffage (principal, d'appoint ou d'urgence);
- la quantité de bois consommé en une année.

Il s'agit d'indicateurs non présents au PCS, mais pour lesquels des données régionales étaient souhaitées par les intervenants concernés. Selon nous, ces indicateurs n'ont cependant pas à être inclus au PRS comme objets spécifiques de surveillance pour les raisons suivantes :

- selon la classification adoptée pour le PCS, de façon stricte, il ne s'agit pas d'objets de surveillance, mais plutôt d'indicateurs reliés à la qualité de l'air, qui est un objet de surveillance du PCS;
- ces indicateurs ne sont pas, intrinsèquement, spécifiques à la région. D'autres régions peuvent avoir un intérêt à documenter le phénomène et l'ont peut-être déjà fait dans le passé;
- ces indicateurs ne doivent pas nécessairement être suivis de façon permanente. En fait, la décision de les inclure ou non dans une prochaine enquête sera prise en tenant compte de l'évolution de la situation et de la nécessité ou non d'obtenir des données plus récentes.

Concernant ce dernier point, il faut souligner que certaines thématiques qui avaient été retenues pour l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007* n'ont pas été reprises en 2012. De plus, plusieurs thématiques incluses dans une ou l'autre de ces enquêtes n'avaient pas été abordées dans l'*Enquête psychosociale du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2000* qui portait en grande partie sur la violence conjugale et familiale. Enfin d'autres indicateurs se sont ajoutés en 2012 pour répondre à des besoins d'information plus ponctuels en lien avec des programmes ou activités existants. Tout ceci montre l'aspect dynamique du processus et le caractère souvent non permanent de plusieurs des indicateurs inclus dans nos enquêtes.

Dans un tel contexte, il apparaît difficile d'identifier des objets qui soient à la fois spécifiques à la région, qui revêtent un caractère permanent et qui requièrent un type d'accès autre que ceux déjà prévus par le PCS et la LSP. Donc, malgré l'adoption, en début de processus, d'un modèle qui prévoyait l'identification d'objets de surveillance spécifiques à la région, on doit conclure que les particularités régionales présentées dans les pages précédentes ne répondent pas aux critères établis afin de déterminer s'il s'agit ou non d'objets de surveillance spécifiques à la région.

Enfin, en ce qui a trait à la surveillance plus spécifique exercée en maladies infectieuses, santé au travail et en santé environnementale, une consultation effectuée auprès des professionnels concernés n'a pas permis non plus d'identifier d'indicateurs qui soient spécifiques à la région.

# **ANNEXE 3**

**Description de l'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012**



## Description de l'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012

Une description de l'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012 et de l'origine des thématiques qui y sont abordées permet de mieux comprendre le rôle et l'importance du programme régional d'enquêtes de santé dans le PRS.

L'objectif principal de l'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012 est de documenter l'état de santé et de bien-être ainsi que ses déterminants dans la population adulte des six territoires de RLS de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Les thématiques abordées répondent principalement aux besoins exprimés par les professionnels de la DSPE, de l'Agence et des CSSS lors de consultations entourant la planification de l'enquête.

Le tableau qui suit présente les indicateurs inclus dans l'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012. On y précise si ces indicateurs sont inclus au PCS, quelle est la source prévue dans ce cas et enfin si les indicateurs font l'objet d'un suivi temporel.

Plusieurs des indicateurs sont inscrits au PCS. Dans la majorité des cas, la source prévue au PCS est l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Or, comme cette enquête ne fournit aucune donnée à l'échelle locale et que la précision au niveau régional n'est pas optimale, la DSPE a fait le choix d'obtenir ces données à partir d'un échantillon représentatif au niveau des territoires. Ceci permet de documenter la situation locale en ce qui a trait à ces thématiques, avec des niveaux de précision satisfaisants tant au niveau local que régional.

Pour quelques indicateurs inscrits au PCS (tabagisme, poids corporel, détresse psychologique), la source prévue est l'Enquête québécoise sur la santé de la population. L'inclusion de ces thématiques dans l'enquête régionale permet toutefois de les utiliser comme variables de croisement pour l'analyse d'autres thématiques associées (ex. : maladies chroniques, soutien social).

Par ailleurs, les indicateurs non inscrits au PCS ont été suggérés et choisis par les intervenants régionaux pour répondre à des besoins spécifiques d'information. Certains de ces indicateurs étaient inclus dans l'enquête régionale de 2007, mais la plupart sont nouveaux pour 2012. Dépendamment de l'évolution de la situation, ceux-ci seront inclus à nouveau dans la prochaine enquête de santé ou laisseront place à de nouveaux indicateurs répondant à d'autres besoins.

De plus, au sein de différents comités régionaux en santé publique, les intervenants ont aussi exprimé des besoins spécifiques nécessitant l'acquisition de données originales, à partir d'enquêtes populationnelles. Ces éléments ont contribué à la décision de la DSPE de réaliser à nouveau une enquête régionale auprès des adultes.

Les justifications spécifiques à chacun de ces nouveaux indicateurs sont présentées au tableau 13. De plus, le service, le comité ou l'instance à l'origine de la demande est précisée. On constate ainsi que chacun de ces indicateurs répond à un besoin spécifique exprimé par un groupe de professionnels ou d'intervenants lors de la consultation préparatoire à la réalisation de l'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012.

Les paragraphes précédents et les tableaux qui suivent (tableaux 12 et 13) démontrent bien l'aspect dynamique inhérent à la réalisation d'enquêtes de santé au niveau régional. Celles-ci, moins complexes à planifier que les grandes enquêtes nationales, permettent de s'adapter avec souplesse aux besoins régionaux et locaux changeants. Elles constituent à ce titre un complément essentiel au PCS, au Plan ministériel d'enquêtes de santé et au Plan ministériel de surveillance multithématique qui forment l'assise de la fonction de surveillance au Québec. Si ceux-ci permettent d'obtenir des indicateurs qui nécessitent un suivi régulier dans le temps, les enquêtes régionales de santé viennent compléter le tout en y ajoutant des indicateurs dont on peut avoir besoin de façon plus ponctuelle, en fonction des réalités changeantes et des besoins locaux. Le programme d'enquêtes régionales constitue donc un élément majeur du PRS de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

**Tableau 12**

**Liste des indicateurs inclus dans l'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012**

INDICATEURS	Inscrits au PCS	Source prévue au PCS		Suivi temporel	
		ESCC	EQSP	2000	2007
<b>DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ</b>					
<b>CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES</b>					
Perception de sa situation économique	✓			✓	✓
Proportion de la population selon la tranche de revenu	✓			✓	✓
Répartition de la population selon le plus haut niveau de scolarité atteint	✓			✓	✓
Proportion de la population vivant en situation d'insécurité alimentaire	✓				✓
<b>HABITUDES DE VIE</b>					
<b>Activité physique</b>					
Répartition de la population selon la fréquence de la pratique d'activité physique de loisir	✓	✓		✓	✓
Raisons pour ne pas faire davantage d'activités physiques					
Évaluation de la quantité de lieux accessibles pour faire de l'activité physique à proximité de la résidence					
Exigences physiques reliées aux activités quotidiennes ou aux habitudes de travail	✓	✓			
<b>Alimentation</b>					
Proportion de la population selon la consommation quotidienne totale de fruits et légumes	✓	✓			✓
Raison de ne pas consommer davantage de fruits et légumes					
Proportion de la population percevant avoir de moyennes ou mauvaises habitudes alimentaires	✓	✓		✓	✓
<b>Consommation d'alcool</b>					
Fréquence de consommation d'alcool	✓	✓		✓	✓
Proportion de buveurs actuels	✓	✓		✓	✓
Proportion de la population prenant 14 consommations ou plus d'alcool au cours d'une semaine	✓	✓		✓	✓
Nombre de consommations par jour au cours de la dernière semaine					
Proportion de la population présentant une consommation élevée d'alcool (5 verres ou +) 12 fois et plus au cours d'une année	✓	✓			
Proportion de la population présentant une consommation élevée d'alcool (8 verres ou +) au cours d'une même occasion				✓	✓
<b>Tabagisme</b>					
Proportion de fumeurs actuels	✓		✓	✓	✓
Répartition de la population selon le type de fumeurs	✓		✓	✓	✓
<b>Problèmes de sommeil</b>					
Prévalence de l'insomnie					
Consommation de médicaments prescrits pour dormir au cours des quatre dernières semaines					

**Tableau 12 (suite)**

**Liste des indicateurs inclus dans l'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012**

INDICATEURS	Inscrits au PCS	Source prévue au PCS		Suivi temporel	
		ESCC	EQSP	2000	2007
<b>COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS</b>					
Proportion de la population vaccinée contre la grippe saisonnière (au cours de la dernière année)					
Délai écoulé depuis le dernier vaccin contre la grippe saisonnière					
Proportion de la population vaccinée contre la grippe saisonnière de façon régulière					
<b>QUALITÉ DE L'AIR</b>					
Mode d'occupation (locataire / propriétaire)					✓
Utilisation du chauffage au bois					✓
Exposition à la fumée de tabac à l'intérieur du domicile	✓	✓			✓
<b>QUALITÉ DE L'EAU</b>					
Sources d'eau potable utilisées principalement pour boire					✓
<b>SERVICES DE SANTÉ</b>					
Accès à un médecin de famille	✓	✓			✓
Raisons de ne pas avoir de médecin de famille					✓
Proportion de la population ayant consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois	✓	✓			
Raisons de non consultation d'un dentiste					
Proportion de la population ayant apporté gratuitement de l'aide à un proche pour des raisons de santé	✓	✓			
Nombre d'heures consacrées à aider un proche					
<b>ADAPTATION SOCIALE</b>					
<b>Soutien social</b>					
Indice de soutien émotionnel et informationnel	✓	✓			
Perception du stress dans la vie quotidienne	✓	✓			
<b>DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS</b>					
Proportion de la population qui déclare être membre d'un organisme à but non lucratif	✓	✓			✓
Répartition des membres actifs ou bénévoles selon le nombre d'heures consacrées mensuellement à des activités bénévoles					
Définition de la communauté locale					
Proportion de la population qui déclare un faible sentiment d'appartenance à la communauté locale	✓	✓			✓
Perception du dynamisme de la communauté locale					
Niveau de confiance envers le développement de la communauté locale					
Perception du pouvoir d'influence dans la communauté locale					

Tableau 12 (suite)

Liste des indicateurs inclus dans l'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012

INDICATEURS	Inscrits au PCS	Source prévue au PCS		Suivi temporel	
		ESCC	EQSP	2000	2007
<b>ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE</b>					
Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé physique	✓		✓	✓	✓
<b>MALADIES CHRONIQUES</b>					
Prévalence de l'asthme	✓	✓			✓
Prévalence des problèmes d'arthrite, arthrose et rhumatisme	✓	✓			✓
Prévalence de la bronchite chronique	✓	✓			✓
Prévalence de la MPOC	✓	✓			✓
Prévalence du diabète	✓				✓
Prévalence de l'hypertension	✓	✓			✓
Prise de médication pour hypertension					
Prévalence de la maladie cardiaque	✓				✓
Prévalence de l'hypercholestérolémie					
Prise de médication pour hypercholestérolémie					
<b>POIDS CORPOREL</b>					
Répartition de la population selon les catégories de poids (IMC)	✓		✓	✓	✓
<b>INCAPACITÉS</b>					
Limitations d'activités en raison d'un problème de santé physique, mentale ou de longue durée	✓	✓			
<b>ÉTAT DE SANTÉ MENTALE</b>					
Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé mentale	✓		✓	✓	✓
<b>DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE</b>					
Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique (K6)	✓		✓		

**Tableau 13**

**Pertinence des indicateurs de l'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012 non inscrits au Plan commun de surveillance**

Objet de surveillance		
Indicateurs	Pertinence	Origine
<b>Services de santé</b>		
Raison de ne pas avoir de médecin de famille	Ces questions visent à soutenir les pratiques cliniques préventives (activité 2.20 du Plan régional de santé publique) en identifiant les motifs de non-consultation.	Agence
Raison de ne pas avoir consulté un dentiste dans la dernière année		Service promotion-prévention de la DSPE
Adultes prodiguant des soins sans rémunération et nombre d'heures consacrées à aider un proche	Visé à mieux évaluer les risques à la santé des aidants, notamment en ce qui a trait au niveau de stress dans la vie de tous les jours et à la détresse psychologique.	Comité tactique de santé publique (régional)
<b>Comportements préventifs</b>		
Vaccin contre la grippe saisonnière depuis le 1 <sup>er</sup> novembre 2011	Ces questions visent à documenter les habitudes de vaccination de la population adulte, en particulier chez les personnes atteintes de maladies chroniques, afin d'améliorer la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière.	Service maladies infectieuses de la DSPE
Dernier vaccin contre la grippe saisonnière (excluant H1N1)		
Fréquence de la vaccination contre la grippe saisonnière		
<b>Alimentation</b>		
Raison d'une consommation insuffisante de fruits et légumes	Ces questions visent à mesurer quelques-unes des principales raisons évoquées dans la littérature pour ne pas consommer davantage de fruits et légumes de manière à mieux cibler les interventions en promotion.	Service promotion-prévention de la DSPE
<b>Insécurité alimentaire</b>		
Indice d'insécurité alimentaire	Ces questions visent à estimer la proportion de la population confrontée à des problèmes d'insécurité alimentaire et à évaluer l'ampleur des besoins.	Comité régional de réflexion et d'action en sécurité alimentaire
<b>Consommation d'alcool</b>		
Nombre de jours de consommation d'alcool dans une semaine typique	La consommation de quantité faible ou modérée d'alcool a des effets positifs sur la santé cardiovasculaire. Une consommation plus importante accroît les risques pour plusieurs problèmes de santé, notamment le cancer, l'hypertension, les traumatismes non intentionnels.	Service promotion-prévention de la DSPE
Nombre de consommations par jour lors d'une semaine typique		

**Tableau 13 (suite)**

**Pertinence des indicateurs de l'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012 non inscrits au Plan commun de surveillance**

Objet de surveillance		
Indicateurs	Pertinence	Origine
<b>Activité physique</b>		
Raison de ne pas faire davantage d'activités physiques	Ces questions visent à mesurer quelques-unes des principales raisons évoquées dans la littérature pour ne pas faire davantage d'activités physiques afin de mieux cibler les interventions en promotion.	Service promotion-prévention de la DSPE
Évaluation de la quantité de lieux accessibles pour faire de l'activité physique à proximité de la résidence	Vise à mesurer la perception que le répondant a de son milieu au regard des lieux où il peut pratiquer de l'activité physique et favoriser ainsi à la promotion d'environnements favorables à la santé.	
Niveau d'activité physique au travail	Permet de vérifier si les individus qui sont sédentaires dans leurs loisirs le sont également au travail et ajuster les activités et messages de promotion en conséquence.	
<b>Problème de sommeil</b>		
Prévalence de l'insomnie	La DSPE ne disposait d'aucune donnée régionale et locale sur les problèmes de sommeil. Ceux-ci ont des effets délétères sur la santé et sont liés à d'autres problèmes de santé (obésité, diabète) et peuvent en accroître le risque.	Service surveillance, recherche et évaluation de la DSPE
Consommation de médicaments prescrits pour dormir au cours des quatre dernières semaines		
<b>Qualité de l'air</b>		
Mode d'occupation du logement	La qualité de l'air intérieur et plus spécifiquement certains contaminants (fumée de tabac, produits de combustion, composés organiques volatiles) jouent un rôle dans le développement de problèmes de santé comme l'asthme, les rhinites et les allergies.	Service santé environnementale de la DSPE
Utilisation du chauffage au bois		
Exposition à la fumée de tabac à l'intérieur du domicile		
<b>Qualité de l'eau</b>		
Principale source d'eau potable utilisée	Vise à mesurer l'importance des différentes sources d'approvisionnement en eau potable pour mieux évaluer l'exposition des populations à l'eau potentiellement de mauvaise qualité.	Service santé environnementale de la DSPE
<b>Soutien social</b>		
Indice de soutien social	Vise à estimer la proportion de la population ne disposant pas d'un soutien social adéquat.	Comité tactique de santé publique (régional)

**Tableau 13 (suite)**

**Pertinence des indicateurs de l'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012 non inscrits au Plan commun de surveillance**

Objet de surveillance		
Indicateurs	Pertinence	Origine
<b>Développement des communautés</b>		
Adultes membres actifs ou bénévoles selon le nombre d'heures consacrées mensuellement à des activités bénévoles	Permet de mieux mesurer l'implication dans le milieu. C'est un indicateur du capital social qui a un impact sur la santé mentale et physique des individus.	Comité régional en développement des communautés
Définition de la communauté locale	Permet de définir ce que la population entend par « communauté locale » et ainsi mieux comprendre le sentiment d'appartenance à cette communauté.	
Perception du dynamisme de la communauté locale, du pouvoir d'influence dans la communauté et du niveau de confiance au développement de la communauté	Le degré d'implication dans la communauté peut dépendre du sentiment qu'ont ses membres de pouvoir influencer les décisions qui y sont prises. Cette connaissance permet une meilleure compréhension des enjeux du développement des communautés.	
<b>Incapacités</b>		
Limitations d'activités en raison d'un problème de santé physique ou mentale de longue durée	Ces questions visent à mesurer la proportion de la population affectée par des limitations d'activités à la maison, au travail, à l'école ou dans les loisirs.	Comité tactique de santé publique (régional)
<b>Maladies chroniques</b>		
Prévalence de diverses maladies chroniques (asthme, arthrite, MCV, MPOC, diabète et hypertension)	Permet d'estimer la prévalence de diverses maladies chroniques au sein de la population et dans divers sous-groupes et d'identifier les facteurs associés.	Comité régional de la Trajectoire de services en maladies chroniques



# **ANNEXE 4**

**Principales thématiques couvertes par  
*l'Enquête québécoise sur la santé de la population et  
l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire***

**Tableau 14****Principales thématiques couvertes par l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008****38 000 répondants**

<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>Perception de l'état de santé</b></li> <li>■ <b>Rhinite allergique</b><ul style="list-style-type: none"><li>■ Prévalence/Diagnostic médical</li><li>■ Période annuelle/Éléments déclencheurs/Limitation des activités quotidiennes</li></ul></li> <li>■ <b>Tension artérielle</b><ul style="list-style-type: none"><li>■ Délai depuis la dernière fois où on aurait pris/pu prendre la tension artérielle</li></ul></li> <li>■ <b>Prévention</b><ul style="list-style-type: none"><li>■ Test Pap au cours de la vie</li><li>■ Délai depuis le dernier test Pap</li></ul></li> <li>■ <b>Poids et image corporelle</b><ul style="list-style-type: none"><li>■ Poids et taille autodéclarés (IMC)</li><li>■ Perception du poids</li><li>■ Actions à l'égard du poids</li><li>■ Tentatives pour perdre ou contrôler le poids</li><li>■ Pratiques de contrôle du poids comportant un risque potentiel pour la santé</li><li>■ Stratégies saines de contrôle du poids</li></ul></li> <li>■ <b>Santé buccodentaire</b><ul style="list-style-type: none"><li>■ Perception de l'état de santé buccodentaire</li><li>■ Fréquence du brossage des dents avec un dentifrice fluoré</li><li>■ Fréquence d'utilisation de la soie dentaire</li></ul></li> <li>■ <b>Blessures</b><ul style="list-style-type: none"><li>■ Attribuables aux mouvements répétitifs</li><li>■ Partie(s) du corps atteinte(s)</li><li>■ Activités au moment de la blessure</li><li>■ Non attribuables aux mouvements répétitifs</li><li>■ Nombre de fois où la personne s'est blessée<ul style="list-style-type: none"><li>■ Période de l'année/Genre de blessure/Partie(s) du corps atteinte(s)/Endroit où a eu lieu la blessure/Activité au moment de la blessure</li></ul></li></ul></li> <li>■ <b>Santé au travail</b><ul style="list-style-type: none"><li>■ Caractéristiques de base<ul style="list-style-type: none"><li>■ Occupation/Emploi principal (type de travail effectué/Nombre d'heures de travail/Genre d'entreprise/Municipalité où est située l'entreprise)</li></ul></li><li>■ Environnement organisationnel<ul style="list-style-type: none"><li>■ Stress, latitude décisionnelle, demande psychologique</li></ul></li><li>■ Exposition à des agresseurs et des situations à risques<ul style="list-style-type: none"><li>■ Environnement physique/Travail debout</li></ul></li><li>■ Troubles musculo-squelettiques<ul style="list-style-type: none"><li>■ Région du corps atteinte/Perception que le trouble est relié au travail/Jours d'absence au travail</li></ul></li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>Satisfaction face à la vie sociale</b></li> <li>■ <b>Détresse psychologique</b><ul style="list-style-type: none"><li>■ Indice de détresse psychologique</li></ul></li> <li>■ <b>Suicide</b><ul style="list-style-type: none"><li>■ Idées suicidaires</li><li>■ Tentative de suicide</li><li>■ Consultation pour les idées suicidaires (professionnel de la santé et ligne téléphonique)</li></ul></li> <li>■ <b>Tabagisme</b><ul style="list-style-type: none"><li>■ Type de fumeur</li></ul></li> <li>■ <b>Consommation de drogues</b><ul style="list-style-type: none"><li>■ Consommation par type de drogue<ul style="list-style-type: none"><li>■ Au cours de la vie – au cours des 12 derniers mois</li></ul></li><li>■ Fréquence de consommation au cours du dernier mois (marijuana, cannabis, haschich, cocaïne)</li><li>■ Utilisation de drogues par injection</li></ul></li> <li>■ <b>Activités sexuelles</b><ul style="list-style-type: none"><li>■ Relations sexuelles au cours de la vie – au cours des 12 derniers mois/Sexe du(des) partenaire(s)/Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois</li><li>■ Fréquence d'utilisation du condom au cours des 12 derniers mois – lors de la dernière relation/Utilisation d'une méthode contraceptive au cours des 12 derniers mois/Type de méthode contraceptive</li></ul></li> <li>■ <b>Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)</b><ul style="list-style-type: none"><li>■ Diagnostic médical d'une ITSS au cours de la vie</li></ul></li> <li>■ <b>Perception de la situation financière</b><ul style="list-style-type: none"><li>■ Par rapport aux gens du même âge/Par rapport aux parents au même âge/Perspective d'amélioration de la situation financière</li></ul></li> <li>■ <b>Santé mentale et adaptation sociale des enfants de 3 à 14 ans</b><ul style="list-style-type: none"><li>■ Troubles émotifs</li><li>■ Troubles de la conduite</li><li>■ Hyperactivité, inattention</li><li>■ Comportements prosociaux</li><li>■ Perception du parent de la gravité des difficultés de l'enfant dans un ou plusieurs des domaines suivants : émotions, concentration, comportements et capacité à s'entendre avec les autres</li><li>■ Fardeau des difficultés de l'enfant sur la famille</li><li>■ Diagnostic médical du trouble déficitaire de l'attention ou trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDA et TDAH); de la dépression ou troubles anxieux; de problèmes de comportement, d'autisme, de retard de développement ou d'une déficience physique</li><li>■ Médication pour le TDA ou TDAH</li></ul></li> <li>■ <b>Sociodémographie</b><ul style="list-style-type: none"><li>■ Composition du ménage/Revenu/Scolarité/Activité principale/Variables ethnoculturelles</li></ul></li></ul>
--	---

**Tableau 15**  
**Principales thématiques couvertes par l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire**  
**2010-2011**

**63 000 répondants**

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Perception de l'état de santé</b></li> <li>■ <b>Santé respiratoire (sifflements et crises d'asthme)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prévalence au cours des 12 derniers mois</li> <li>■ Sifflements gênant le sommeil, la locution ou après un effort intense</li> <li>■ Confirmation de l'asthme par un médecin</li> <li>■ Utilisation de médicaments</li> <li>■ Éléments déclencheurs</li> </ul> </li> <li>■ <b>Habitudes alimentaires</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Diagnostic médical d'allergies alimentaires</li> <li>■ Fréquence et quantité de consommation de lait, de fromage, de yogourt, de fruits, de légumes</li> <li>■ Quantité d'eau consommée</li> <li>■ Fréquence de consommation de malbouffe</li> <li>■ Fréquence de déjeuner</li> </ul> </li> <li>■ <b>Relations sexuelles (chez les 14 ans et plus)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Relation sexuelle orale, vaginale ou anale</li> <li>■ Âge lors de la 1<sup>re</sup> relation orale, vaginale ou anale</li> <li>■ Nombre de partenaires différents pour la relation sexuelle orale, vaginale ou anale</li> <li>■ Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle vaginale ou anale</li> <li>■ Relation sexuelle forcée</li> </ul> </li> <li>■ <b>Poids et image corporelle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Poids et taille autodéclarés (IMC)</li> <li>■ Perception corporelle (de leur apparence actuelle)</li> <li>■ Image corporelle idéale</li> <li>■ Contrôle du poids</li> <li>■ Méthodes utilisées pour contrôler le poids</li> </ul> </li> <li>■ <b>Santé buccodentaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fréquence du brossage des dents</li> <li>■ Fréquence d'utilisation de la soie dentaire</li> </ul> </li> <li>■ <b>Tabagisme</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Consommation de tabac et précocité du tabagisme</li> <li>■ Consommation de tabac au cours des 12 derniers mois</li> <li>■ Nombre de cigarettes consommées</li> </ul> </li> <li>■ <b>Consommation d'alcool</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Consommation d'alcool à vie et précocité de la consommation</li> <li>■ Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois</li> <li>■ Fréquence de consommation</li> <li>■ Consommation de 5 boissons ou plus dans une même occasion</li> </ul> </li> <li>■ <b>Consommation de drogues</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Consommation par type de drogue</li> <li>■ Au cours de la vie – au cours des 12 derniers mois/Fréquence de consommation</li> <li>■ Injection avec une seringue</li> <li>■ Indice DEP ADO</li> </ul> </li> <li>■ <b>Expérience de travail</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Travail rémunéré ou pour l'entreprise familiale/Nombre d'heures consacrées au travail/Type d'emploi</li> <li>■ Consignes de sécurité au travail/Blessure au travail</li> </ul> </li> <li>■ <b>Activités physiques de transport et de loisir</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pratique d'activités physiques de transport et de loisir</li> <li>■ Fréquence de pratique par semaine/Durée de pratique</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Santé mentale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Détresse psychologique</li> <li>■ Déficit de l'attention et hyperactivité</li> <li>■ Diagnostic médical du déficit de l'attention avec ou sans l'hyperactivité, de l'anxiété, de la dépression ou de trouble alimentaire (anorexie, boulimie)</li> <li>■ Médicaments prescrits</li> </ul> </li> <li>■ <b>Estime de soi, résilience et compétences sociales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Estime de soi</li> <li>■ Empathie</li> <li>■ Efficacité personnelle</li> <li>■ Résolution de problèmes</li> <li>■ Autocontrôle</li> </ul> </li> <li>■ <b>Problèmes d'adaptation sociale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Engagement scolaire</li> <li>■ Risque de décrochage scolaire</li> <li>■ Résultats scolaires</li> <li>■ Retard scolaire (doubler une année)</li> <li>■ Niveau de scolarité espéré</li> <li>■ Comportements violents</li> <li>■ Délinquance</li> <li>■ Violence dans une relation amoureuse</li> </ul> </li> <li>■ <b>Environnement scolaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sentiment de bien-être à l'école</li> <li>■ Soutien scolaire</li> <li>■ Sentiment de sécurité</li> <li>■ Sentiment d'appartenance</li> <li>■ Participation à la vie scolaire et parascolaire</li> <li>■ Victime d'intimidation à l'école ou cyberintimidation</li> </ul> </li> <li>■ <b>Environnement familial</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Encadrement parental</li> <li>■ Soutien social et affectif des parents</li> <li>■ Participation à la vie familiale</li> </ul> </li> <li>■ <b>Caractéristiques du groupe de pairs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Soutien social et affectif des amis</li> <li>■ Comportement prosocial des amis</li> <li>■ Relations amoureuses</li> </ul> </li> <li>■ <b>Conditions sociodémographiques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lieu de naissance des parents</li> <li>■ Scolarité des parents</li> <li>■ Emplois des parents</li> <li>■ Nombre de pièces dans le logement</li> <li>■ Nombre de personnes qui habitent le logement</li> <li>■ Nombre d'enfants de moins de 18 ans dans le logement</li> <li>■ Situation financière</li> </ul> </li> <li>■ <b>Caractéristiques sociodémographiques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Âge/Sexe/Lieu de naissance/Niveau scolaire/ Indice de défavorisation (à l'aide du code postal)</li> </ul> </li> </ul>
--	---



# **ANNEXE 5**

**Liste des municipalités par territoire de réseau local de services (RLS)**

**Tableau 16**  
**Liste des municipalités par territoire de RLS**

Territoire de RLS	Population en 2011 <sup>1</sup>
<b>La Baie</b>	<b>22 330</b>
Saguenay, arrondissement de La Baie	18 527
L'Anse-Saint-Jean	1 208
Saint-Félix-d'Otis	801
Petit-Saguenay	727
Ferland et Boilleau	583
Rivière-Éternité	484
<b>Chicoutimi</b>	<b>77 184</b>
Saguenay, arrondissement de Chicoutimi	66 903
Saint-Honoré	5 257
Saint-David-de-Falardeau	2 657
Saint-Fulgence	1 949
Sainte-Rose-du-Nord	413
<b>Jonquière</b>	<b>65 697</b>
Saguenay, arrondissement de Jonquière	59 316
Saint-Ambroise	3 545
Larouche	1 277
Bégin	868
Saint-Charles-de-Bourget	690
<b>Domaine-du-Roy</b>	<b>31 870</b>
Saint-Félicien	10 278
Roberval	10 227
Saint-Prime	2 758
Mashteuiatsh	2 213
Chambord	1 773
La Doré	1 453
Lac-Bouchette	1 174
Sainte-Hedwidge	824
Saint-François-de-Sales	654
Saint-André-du-Lac-Saint-Jean	488

1. Selon le Recensement canadien de 2011

Source : MSSS, *Liste des municipalités par CLSC* (avril 2013), consulté sur le site de l'Infocentre de santé publique du Québec (onglet surveillance/outils et ressources méthodologiques/découpage territorial).

**Tableau 16 (suite)**  
**Liste des municipalités par territoire de RLS**

Territoire de RLS	Population en 2011 <sup>1</sup>
<b>Maria-Chapdelaine</b>	<b>25 957</b>
Dolbeau-Mistassini	14 384
Normandin	3 137
Albanel	2 293
Girardville	1 100
Sainte-Jeanne-d'Arc	1 089
Saint-Ludger-de-Milot	678
Saint-Thomas-Didyme	677
Saint-Eugène-d'Argentenay	546
Péribonka	464
Saint-Augustin	400
Saint-Edmond-les-Plaines	390
Saint-Stanislas	353
Passes-Dangereuses TNO	226
Notre-Dame-de-Lorette	189
<b>Lac-Saint-Jean Est</b>	<b>51 842</b>
Alma	30 904
Métabetchouan-Lac-à-La-Croix	4 097
Saint-Bruno	2 636
Hébertville	2 441
Saint-Nazaire	2 114
Saint-Gédéon	2 001
L'Ascension-de-Notre-Seigneur	1 983
Hébertville-Station	1 216
Labrecque	1 215
Desbiens	1 053
Sainte-Monique	865
Saint-Henri-de-Taillon	760
Lamarche	557

1. Selon le Recensement canadien de 2011

Source : MSSS, Liste des municipalités par CLSC (avril 2013), consulté sur le site de l'Infocentre de santé publique du Québec (onglet surveillance/outils et ressources méthodologiques/découpage territorial).



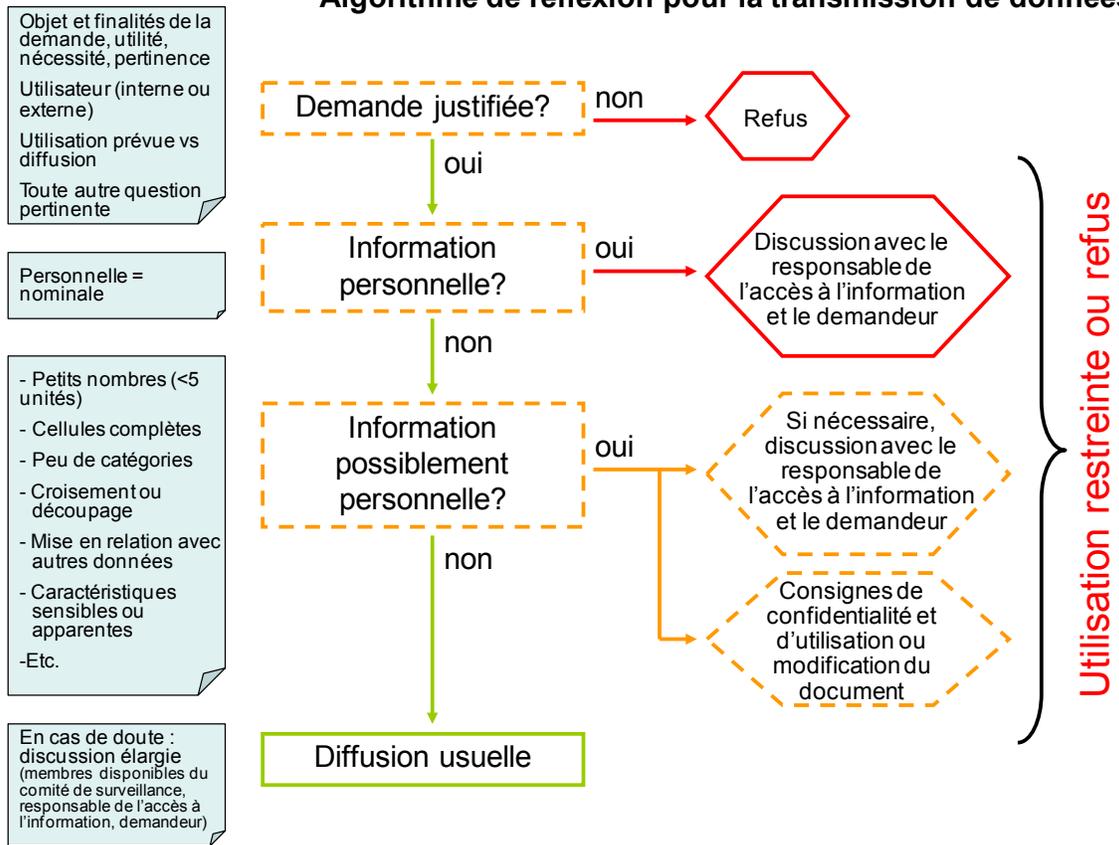
# **ANNEXE 6**

**Algorithme de réflexion pour la transmission de données**



FIGURE 7

Algorithme de réflexion pour la transmission de données





# **ANNEXE 7**

**Liste des indicateurs inclus au *Tableau synoptique*  
des indicateurs sociosanitaires du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2014**



## **1. CONDITIONS DÉMOGRAPHIQUES**

### **Structure de la population**

- 1.01 Population selon le sexe (% , n), 2011
- 1.02 Population selon l'âge (% , n), 2011

### **Évolution de la population**

- 1.03 Croissance de la population (% , n), 2001 à 2011
- 1.04 Naissances vivantes (% du total SLSJ, n), 2007-2011
- 1.05 Indice synthétique de fécondité (enfants par femme), 2007-2011
- 1.06 Taux de natalité (nombre de naissances vivantes (pour 1 000 personnes), 2007-2011
- 1.07 Âge moyen des mères (en années), 2007-2011

## **2. CONDITIONS SOCIOCULTURELLES**

### **Langues**

- 2.01 Langue parlée le plus souvent à la maison (% , n), 2011

### **Immigration**

- 2.02 Immigrants (% , n), 2006

### **Ethnie**

- 2.03 Population d'Indiens inscrits (% , n), 2006

### **Modalités de vie**

- 2.04 Répartition des familles avec au moins un enfant de moins de 18 ans selon la structure de la famille (% , n), 2011
- 2.05 Enfants de moins de 18 ans vivant avec un seul parent (% , n), 2011
- 2.06 Population de 15 ans et plus vivant seule (% , n), 2011
- 2.07 Population de 65 ans et plus vivant seule (% , n), 2011
- 2.08 Population de 65 ans et plus vivant en ménage privé (% , n), 2011

## **3. CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES**

### **Scolarité**

- 3.01 Population de 25 à 64 ans n'ayant aucun certificat, diplôme ou grade (% , n), 2011
- 3.02 Population de 25 à 64 ans ayant un diplôme universitaire (% , n), 2011

### **Revenu**

- 3.03 Répartition de la population de 18 ans et plus selon la perception de leur situation économique par rapport à la moyenne des gens de même âge (% , n), SLSJ 2012
- 3.04 Population de 18 ans et plus vivant dans un ménage dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu avant impôts et transferts (% , n), SLSJ 2011
- 3.05 Population de 18 ans et plus vivant en situation d'insécurité alimentaire (% , n), SLSJ 2012
- 3.06 Adultes de 18 à 64 ans prestataires des programmes d'aide financière de dernier recours (% , n), 2012
- 3.07 Enfants de 0-17 ans prestataires des programmes d'aide financière de dernier recours (% , n), 2013
- 3.08 Revenu disponible des ménages par habitant (en \$ courants), 2012
- 3.09 Familles en situation de faible revenu (MFR) après impôts et transferts (% , n), 2010

### **Logement**

- 3.10 Répartition des logements privés selon le mode d'occupation (% , n), 2006
- 3.11 Logements privés occupés nécessitant des réparations majeures (% , n), 2006

## **4. ENVIRONNEMENT PHYSIQUE**

### **Qualité de l'eau**

- 4.01 Répartition de la population de 18 ans et plus selon la source d'approvisionnement en eau potable (%), n), SLSJ 2012

### **Qualité de l'air**

- 4.02 Population de 18 ans et plus utilisant le chauffage au bois (%), n), SLSJ 2012
- 4.03 Population de 18 ans et plus exposée à la fumée secondaire à l'intérieur du domicile (%), n), Québec 2011-2012;SLSJ 2012
- 4.04 Population de 18 ans et plus partageant leur domicile avec un animal domestique (%), n), SLSJ 2007

## **5. ENVIRONNEMENT SOCIAL ET ADAPTATION SOCIALE**

### **Adaptation sociale**

- 5.01 Enfants inscrits à la maternelle 5 ans vulnérables dans au moins un domaine de développement (%), n), 2012
- 5.02 Enfants inscrits à la maternelle 5 ans vulnérables selon le domaine de développement (%), n), 2012
- 5.03 Taux de cas évalués dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse pour lesquels la sécurité ou le développement de l'enfant était compromis (taux pour 1 000, n), avril 2011- mars 2012
- 5.04 Grossesse à l'adolescence (taux pour 1 000, n), 2010-2012

### **Violence**

- 5.05 Jeunes du secondaire victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école au cours de la dernière année (%), n), 2010-2011
- 5.06 Jeunes du secondaire victimes de cyberintimidation au cours de la dernière année (%), n), 2010-2011
- 5.07 Jeunes du secondaire ayant eu au moins une fréquentation amoureuse au cours des 12 derniers mois (%), n), 2010-2011
- 5.08 Jeunes du secondaire victimes de violence au moins une fois dans le cadre de leur relation amoureuse, parmi ceux ayant eu au moins une relation amoureuse au cours des 12 derniers mois (%), n), 2010-2011
- 5.09 Jeunes du secondaire de 14 ans et plus ayant eu au moins une relation sexuelle forcée au cours de leur vie (%), n), 2010-2011

### **Criminalité**

- 5.10 Jeunes du secondaire ayant commis un vol ou du vandalisme 3 fois ou plus au cours de la dernière année (%), n), 2010-2011
- 5.11 Jeunes du secondaire ayant commis au moins un acte de violence envers la personne, 3 fois ou plus au cours de la dernière année (%), n), 2010-2011
- 5.12 Jeunes de 12 à 17 ans ayant contrevenu au Code criminel et aux lois fédérales ou provinciales (taux pour 1 000, n), 2012
- 5.13 Crimes contre la propriété (taux pour 100 000, n), 2012
- 5.14 Crimes contre la personne (taux pour 100 000, n), 2012
- 5.15 Femmes victimes d'infraction sexuelle (taux pour 100 000, n), 2012
- 5.16 Hommes victimes d'infraction sexuelle (taux pour 100 000, n), 2012
- 5.17 Femmes de 12 ans et plus victimes de violence conjugale (taux pour 100 000, n), 2012
- 5.18 Hommes de 12 ans et plus victimes de violence conjugale (taux pour 100 000, n), 2012

### **Soutien social**

- 5.19 Jeunes du secondaire bénéficiant d'un soutien social élevé dans l'environnement familial (% , n), 2010-2011
- 5.20 Jeunes du secondaire bénéficiant d'un soutien social élevé de leurs amis (% , n), 2010-2011
- 5.21 Jeunes du secondaire bénéficiant d'un soutien social élevé dans l'environnement scolaire (% , n), 2010-2011
- 5.22 Population de 18 à 74 ans ayant un niveau faible de soutien social (% , n), SLSJ 2012
- 5.23 Population de 18 ans et plus ayant aidé un proche de façon régulière au cours de la dernière année (% , n), SLSJ 2012

### **Développement des communautés**

- 5.24 Population de 18 ans et plus bénévole ou membre actif d'un organisme ou d'une association (% , n), SLSJ 2012
- 5.25 Population de 18 ans et plus ayant un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale (% , n), SLSJ 2012
- 5.26 Population de 18 ans et plus percevant leur communauté locale comme étant dynamique (% , n), SLSJ 2012
- 5.27 Population de 18 ans et plus ayant le sentiment de pouvoir changer des choses dans leur communauté locale (% , n), SLSJ 2012
- 5.28 Population de 18 ans et plus ayant confiance dans le développement futur de leur communauté locale (% , n), SLSJ 2012

## **6. HABITUDES DE VIE, FACTEURS DE RISQUE ET COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS**

### **Facteurs de risque associés à la naissance**

- 6.01 Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine (% , n), 2007-2011
- 6.02 Naissances de faible poids (moins de 2 500 grammes) (% , n), 2007-2011
- 6.03 Naissances prématurées (moins de 37 semaines) (% , n), 2007-2011
- 6.04 Niveau de scolarité des mères ayant donné naissance à un enfant (% , n), 2010-2012

### **Tabagisme**

- 6.05 Fumeurs actuels chez les jeunes du secondaire (% , n), 2010-2011
- 6.06 Fumeurs actuels de 18 ans et plus (% , n), SLSJ 2012
- 6.07 Fumeurs actuels de 18 ans et plus selon la fréquence et l'intensité du tabagisme (% , n), SLSJ 2012

### **Consommation d'alcool et drogues**

- 6.08 Jeunes du secondaire consommant de l'alcool une fois par semaine ou plus (% , n), 2010-2011
- 6.09 Jeunes du secondaire ayant pris 8 consommations ou plus en une même occasion, 5 fois ou plus au cours de la dernière année (% , n), 2010-2011
- 6.10 Jeunes du secondaire consommant du cannabis une fois par semaine ou plus (% , n), 2010-2011
- 6.11 Jeunes du secondaire ayant une consommation d'alcool ou de drogues problématique selon l'indice DEP-ADO (% , n), 2010-2011
- 6.12 Population de 18 ans et plus consommant de l'alcool de façon excessive plus d'une fois par mois (% , n), SLSJ 2012
- 6.13 Population de 18 ans et plus dépassant les seuils de consommation d'alcool à faible risque du CCLAT (% , n), SLSJ 2012

## **Alimentation**

- 6.14 Jeunes du secondaire consommant des boissons énergisantes une fois par semaine ou plus (% , n), 2010-2011
- 6.15 Jeunes du secondaire consommant le nombre minimal de portions de fruits et légumes recommandé quotidiennement par le Guide alimentaire canadien (% , n), 2010-2011
- 6.16 Jeunes du secondaire consommant moins de 3 portions de fruits et légumes quotidiennement, excluant les jus de fruits purs à 100 % (% , n), 2010-2011
- 6.17 Jeunes du secondaire consommant le nombre minimal de portions de produits laitiers recommandé quotidiennement par le Guide alimentaire canadien (% , n), 2010-2011
- 6.18 Jeunes du secondaire ne prenant jamais de déjeuner les jours d'école (% , n), 2010-2011
- 6.19 Jeunes du secondaire consommant quotidiennement au moins une boisson sucrée, des grignotines ou des sucreries (% , n), 2010-2011
- 6.20 Jeunes du secondaire ayant consommé de la malbouffe dans un restaurant ou un casse-croûte le midi, deux fois ou plus au cours de la dernière semaine d'école précédant l'enquête (% , n), 2010-2011
- 6.21 Population de 18 ans et plus percevant avoir des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises (% , n), SLSJ 2012
- 6.22 Population de 18 ans et plus ayant une consommation quotidienne de fruits et légumes insuffisante (< 7-8 portions) (% , n), SLSJ 2012
- 6.23 Population de 18 ans et plus mentionnant diverses raisons de ne pas consommer davantage de fruits et légumes (% , n), SLSJ 2012

## **Activité physique**

- 6.24 Jeunes du secondaire atteignant le niveau recommandé d'activité physique (actif) dans leurs loisirs et leurs transports (% , n), 2010-2011
- 6.25 Jeunes du secondaire sédentaires dans leurs loisirs et leurs transports (% , n), 2010-2011
- 6.26 Répartition de la population de 18 ans et plus selon la fréquence des activités physiques de loisir (% , n), SLSJ 2012
- 6.27 Population de 18 ans et plus mentionnant diverses raisons pour ne pas faire davantage d'activité physique (% , n), SLSJ 2012

## **Cumul de comportements à risque ou de facteurs de protection**

- 6.28 Population de 18 ans et plus adhérant aux recommandations du Programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION (% , n), SLSJ 2012

## **Sexualité**

- 6.29 Jeunes du secondaire âgés de 14 ans et plus ayant eu au moins une relation sexuelle consensuelle au cours de leur vie (% , n), 2010-2011
- 6.30 Jeunes du secondaire âgés de 14 ans et plus ayant eu une première relation sexuelle consensuelle avant 14 ans (% , n), 2010-2011
- 6.31 Jeunes du secondaire âgés de 14 ans et plus ayant utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle vaginale consensuelle (% , n), 2010-2011

## **Poids corporel**

- 6.32 Répartition des jeunes filles du secondaire selon le statut pondéral (% , n), 2010-2011
- 6.33 Répartition des jeunes garçons du secondaire selon le statut pondéral (% , n), 2010-2011
- 6.34 Répartition des jeunes filles du secondaire selon les actions prises concernant le poids corporel (% , n), 2010-2011
- 6.35 Répartition des jeunes garçons du secondaire selon les actions prises concernant le poids corporel (% , n), 2010-2011

**Poids corporel**

- 6.36 Population de 18 ans et plus ayant un excès de poids (% , n), Québec 2011-2012; SLSJ 2012
- 6.37 Population de 18 ans et plus présentant de l'embonpoint (% , n), Québec 2011-2012; SLSJ 2012
- 6.38 Population de 18 ans et plus obèse (% , n), Québec 2011-2012; SLSJ 2012
- 6.39 Population de 18 ans et plus ayant un poids normal (% , n), Québec 2011-2012; SLSJ 2012

**Problèmes liés au sommeil**

- 6.40 Population de 18 ans et plus présentant des problèmes d'insomnie (% , n), SLSJ 2012

**Hypertension artérielle**

- 6.41 Population de 20 ans et plus diagnostiquée hypertendue (% , n), 2010-2011

**Hypercholestérolémie**

- 6.42 Population de 18 ans et plus ayant un problème de cholestérol (% , n), SLSJ 2012

**Stress**

- 6.43 Population de 18 ans et plus ayant un niveau quotidien de stress élevé (% , n), Québec 2011-2012;SLSJ 2012

**7. SERVICES DE SANTÉ****Services préventifs**

- 7.01 Participation au programme de services dentaires pour les enfants de 0 à 9 ans (% , n), 2008

**Dépistage du cancer**

- 7.02 Taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) (% , n), 2011-2012
- 7.03 Femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de PAP au cours d'une période de moins de trois ans (% , n), 2008

**Immunisation**

- 7.04 Personnes de 60 ans et plus ayant reçu le vaccin contre la grippe (% , n), SLSJ 2012-2013
- 7.05 Population de 18 ans et plus qui ne reçoit pas habituellement le vaccin contre la grippe chaque année (% , n), SLSJ 2012
- 7.06 Élèves de 4<sup>e</sup> année du primaire vaccinés contre l'hépatite B (% , n), SLSJ 2012-2013
- 7.07 Élèves de 4<sup>e</sup> année du primaire vaccinés contre le VPH (% , n), SLSJ 2012-2013
- 7.08 Élèves de troisième secondaire ayant reçu le vaccin dcaT (% , n), SLSJ 2012-2013
- 7.09 Élèves de troisième secondaire vaccinés contre la varicelle (% , n), SLSJ 2012-2013
- 7.10 Élèves de troisième secondaire vaccinés contre les maladies évitables par la vaccination (% , n), SLSJ 2012-2013
- 7.11 Élèves de troisième secondaire ayant un statut vaccinal complet pour l'âge (% , n), SLSJ 2012-2013

**Services de première ligne**

- 7.12 Population de 18 ans et plus n'ayant pas de médecin de famille (% , n), SLSJ 2012
- 7.13 Répartition de la population de 18 ans et plus selon leur dernière visite chez le dentiste (% , n), SLSJ 2012

**Consommation de médicaments**

- 7.14 Population de 65 ans et plus ayant au moins une ordonnance potentiellement non appropriée (% , n), 2006

### **Consommation de médicaments**

- 7.15 Population de 65 ans et plus faisant usage d'anxiolytiques, de sédatifs ou d'hypnotiques (% , n), 2008
- 7.16 Population de 18 ans et plus ayant pris des médicaments prescrits pour dormir au cours de la dernière année (% , n), SLSJ 2012
- 7.17 Population de 18 ans et plus ayant pris tous les jours au cours du dernier mois des médicaments prescrits pour dormir (% , n), SLSJ 2012
- 7.18 Population de 18 ans et plus prenant une médication pour abaisser le taux de cholestérol sanguin (% , n), SLSJ 2012

## **8. ÉTAT DE SANTÉ GLOBAL**

- 8.01 Mortalité infantile (taux pour 1 000 naissances vivantes, n), 2005-2009
- 8.02 Mortalité périnatale (taux pour 1 000 naissances totales, n), 2005-2009
- 8.03 Espérance de vie à la naissance (en années), 2006-2010
- 8.04 Espérance de vie à 65 ans (en années), 2006-2010
- 8.05 Espérance de vie à 75 ans (en années), 2006-2010
- 8.06 Espérance de vie en bonne santé (sans incapacité) à la naissance (en années), 2006
- 8.07 Population de 18 ans et plus ne se percevant pas en bonne santé (% , n), SLSJ 2012
- 8.08 Population de 18 ans et plus souvent limitée dans au moins une activité (% , n), SLSJ 2012

## **9. ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE**

### **Prévalence et incidence des problèmes de santé**

- 9.01 Incidence des cancers (taux ajusté pour 100 000, n), 2006-2010
- 9.02 Prévalence de certaines maladies chroniques chez la population de 18 ans et plus (% , n), SLSJ 2012
- 9.03 Prévalence du diabète chez la population de 20 ans et plus (% , n), 2010-2011
- 9.04 Incidence des principales maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO) (taux brut pour 100 000, n), 2011

### **Morbidité selon la cause**

- 9.05 Hospitalisation selon le diagnostic principal (taux brut pour 10 000, n), 2008-2013
- 9.06 Hospitalisation pour traumatismes non intentionnels (V01-X59, Y85-Y86) (taux brut pour 10 000, n), 2008-2013

### **Mortalité selon la cause**

- 9.07 Mortalité selon la cause (taux ajusté pour 100 000, n), 2006-2010
- 9.08 Mortalité par cancers (taux ajusté pour 100 000, n), 2006-2010
- 9.09 Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (taux ajusté pour 100 000, n), 2006-2010
- 9.10 Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire (taux ajusté pour 100 000, n), 2006-2010
- 9.11 Mortalité par traumatismes non intentionnels (taux ajusté pour 100 000, n), 2006-2010
- 9.12 Mortalité par suicide (taux ajusté pour 100 000, n), 2006-2010
- 9.13 Années potentielles de vie perdues (taux ajusté pour 100 000), 2006-2010

## **10. ÉTAT DE SANTÉ MENTALE**

- 10.01 Jeunes du secondaire ayant reçu un diagnostic médical pour certains troubles mentaux (% , n), 2010-2011
- 10.02 Éléves du secondaire se situant au quintile élevé de l'indice de détresse psychologique (% , n), 2010-2011
- 10.03 Population de 18 ans et plus se situant au quintile élevé de l'échelle de détresse psychologique (% , n), SLSJ 2012
- 10.04 Population de 18 ans et plus considérant sa santé mentale comme moins bonne que la moyenne (% , n), Québec 2011-2012;SLSJ 2012
- 10.05 Prévalence annuelle de certains troubles mentaux chez la population de 1 an et plus (% , n), 2011-2012