

# L'approche



0.5.30  
COMBINAISON PRÉVENTION

## au Nord-du-Québec



 CENTRE RÉGIONAL  
DE SANTÉ ET DE  
SERVICES SOCIAUX  
DE LA BAIE-JAMES

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE





# L'approche 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION au Nord-du-Québec



### **RECHERCHE ET RÉDACTION :**

**Alain Bergeron**, agent de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique

**Marie-Claude Mc Nicoll**, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique

### **SOUS LA DIRECTION DE :**

**Manon Laporte**, coordonnatrice, Direction de santé publique

### **POUR OBTENIR UNE COPIE DE CE DOCUMENT, VOUS ADRESSER AU:**

#### **Centre de documentation**

Centre régional de santé et de services sociaux  
de la Baie-James  
312, 3<sup>e</sup> Rue  
Chibougamau (Québec) G8P 1N5  
Téléphone : (418) 748-3575 poste 5105 ou 5145

### **CITATION SUGGÉRÉE POUR CE DOCUMENT :**

BERGERON, Alain, et Marie-Claude MC NICOLL. L'approche 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION *au Nord-du-Québec*, Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2007, 52 p.

Dépôt légal – 2007  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISBN 2-922250-55-5

*Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le sens le justifie.*



# Table des matières

<b>INTRODUCTION</b>	<b>5</b>
<b>I. LE FARDEAU DES MALADIES CHRONIQUES</b>	<b>7</b>
<b>II. DES HABITUDES DE VIE AUXQUELLES IL FAUT PENSER</b>	<b>9</b>
Tabagisme (non-usage du tabac et non-exposition à la fumée secondaire)	9
Activité physique de loisir	11
Alimentation saine	12
Excédent de poids	14
<b>III. LA PRÉVENTION AU SEIN DU CONTINUUM SANTÉ-MALADIE</b>	<b>17</b>
<b>IV. LES ASSISES</b>	<b>21</b>
Le <i>Programme national de santé publique</i> du MSSS et le <i>Plan d'action en santé publique</i> du CRSSS de la Baie-James	21
Le <i>Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012</i>	22
La Charte d'Ottawa et celle de Bangkok	23
<b>V. L'APPROCHE 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION AU NORD-DU-QUÉBEC</b>	<b>27</b>
A) L'approche et ses grandes orientations	28
B) Les trois stratégies d'intervention et leurs cibles d'action	30
C) Les milieux de vie ciblés	33
<b>VI. LES TABLEAUX DES ACTIVITÉS</b>	<b>41</b>
Stratégie 1 : Pratiques cliniques préventives	41
Stratégie 2 : Actions éducatives	42
Stratégie 3 : Actions environnementales	44
<b>CONCLUSION</b>	<b>47</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>49</b>



# Introduction

L'évolution rapide des maladies chroniques au sein de la population n'est plus à démontrer. En 2003, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sonnait l'alerte en mettant en lumière que les maladies chroniques dépassaient les maladies transmissibles comme cause de mortalité à l'échelle mondiale. Les maladies chroniques s'avèrent permanentes et elles engendrent des incapacités pouvant devenir incurables. Parmi la liste des affections de type chronique figurent les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'asthme, l'ostéoporose, les maladies buccodentaires de même que l'obésité. Elles constituent des exemples de maladies qui évoluent lentement, durent longtemps et bien entendu, pourraient être évitées entre autres, par l'adoption de saines habitudes de vie telles qu'une alimentation adéquate, la pratique régulière d'activité physique et le non usage du tabac.

Pour les autorités de santé publique, les maladies chroniques constituent un réel sujet de préoccupation. Comme on le sait, la santé publique s'intéresse principalement à la prévention plutôt qu'au traitement, et comme la plupart de ces maladies peuvent être évitées, elles s'avèrent donc une cible impérative d'intervention. À ce jour, la prévention demeure le moyen le plus efficace de réduire l'impact de la maladie sur la société dans son ensemble. Certes, l'objectif doit être d'en réduire la fréquence mais également la durée et la gravité par la promotion de la santé et du bien-être de la personne, de la famille et plus largement, des collectivités.

Le but recherché par ce document, s'adressant à tous les intervenants du CRSSS de la Baie-James qui oeuvrent à la prévention des maladies chroniques, est de créer une vision commune et d'orienter les actions de promotion des saines habitudes de vie menées à l'intérieur des cinq centres de santé de la région. En ce sens, les deux intentions qui animent la Direction de santé publique (DSP) du CRSSS de la Baie-James sont les suivantes :

- *mettre à l'avant-plan la place de la promotion des milieux de vie sans fumée de tabac, favorables à un mode de vie actif et à de saines habitudes alimentaires afin de prévenir efficacement les maladies chroniques.* Ainsi, les divers intervenants du CRSSS de la Baie-James seront amenés à changer leurs pratiques et leurs façons de faire afin qu'ils deviennent des **agents de changements** c'est-à-dire, des agents qui sensibilisent et influencent les milieux de vie dans la création d'environnements favorables à des choix sains.

- mener à une plus grande **mobilisation** de l'ensemble des partenaires de divers secteurs (milieux de garde à l'enfance, scolaire, municipal, travail, communautaire et associatif) pour qu'ils conjuguent leurs efforts dans une perspective d'offrir le plus possible des environnements favorables à des choix sains afin que la santé de la population jamésienne s'en trouve améliorée.

Le présent document comporte six sections. La première situe l'enjeu de société que représentent les maladies chroniques. La deuxième section traite des principales habitudes de vie sur lesquelles des actions sont jugées prometteuses; y sont présentées les données d'enquêtes les plus récentes<sup>1</sup> en comparant la région sociosanitaire du Nord-du-Québec<sup>2</sup> avec le Québec. La troisième section présente le continuum santé-maladie. La quatrième section porte sur les plus récents travaux ayant servi d'assises à la rédaction de ce cadre de référence. La cinquième section expose en quoi consiste l'approche « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION » ainsi que les stratégies retenues et les milieux où les interventions ont le plus de chance de donner des résultats. Enfin, la dernière section porte sur le déploiement des activités; y sont décrits sous forme de tableaux, les objectifs-santé visés, les activités à mettre en œuvre ainsi que les milieux ciblés.

<sup>1</sup> La majorité des estimations régionales sont tirées de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) et proviennent d'une base d'échantillonnage différente de celle du Québec. Des tableaux complémentaires (pour les variables non comparables), dont seul l'échantillon téléphonique québécois fut retenu, ont été produits spécialement pour la région. La plupart des données québécoises mentionnées dans ce document ne sont pas les données officielles du Québec et servent seulement de point de référence pour comparer nos estimations régionales.

<sup>2</sup> Compte tenu des spécificités sociosanitaires et des organismes qui les régissent, l'appellation « région sociosanitaire du Nord-du-Québec » est utilisée pour regrouper les municipalités suivantes : Chapais, Chibougamau, Lebel-sur-Quévillon, Matagami, Radisson, Valcanton et Villebois. Toutefois, pour se conformer à la définition des partenaires régionaux intersectoriels, le terme « Jamésiens » désigne les résidents de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec.

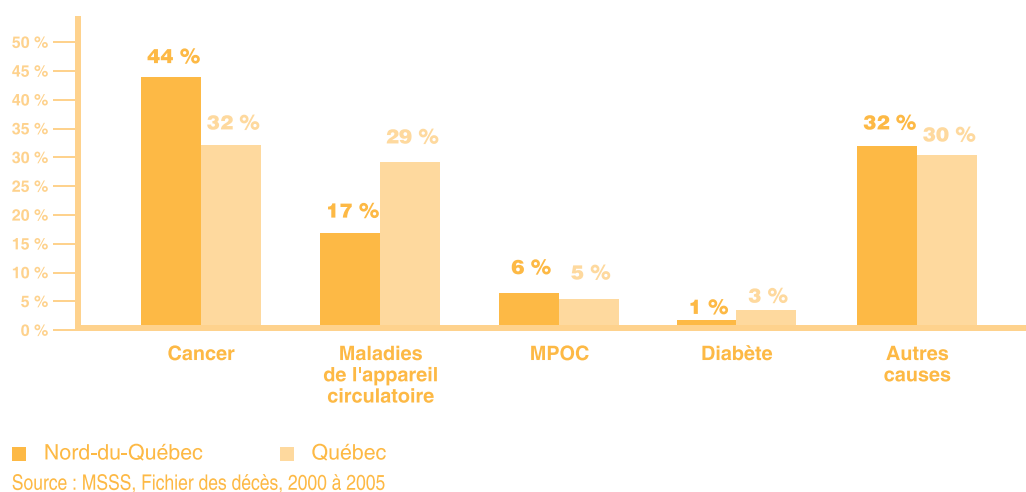
# 1. Le fardeau des maladies chroniques

Les maladies chroniques sont parmi les problèmes de santé les plus répandus, les plus évitables mais aussi les plus coûteux auxquels la population fait face. Elles représentent d'importants problèmes de santé publique en raison du vieillissement de la population et des habitudes de vie inadéquates. Selon de récentes données<sup>3</sup>, 16 millions de personnes vivent avec une maladie chronique au Canada et ces maladies causent 87 % des incapacités. Présentement, à l'échelle de la planète, elles constituent 60 % des décès et 42 % de la morbidité.

Il faut savoir que le Québec, tout comme la région, n'échappe pas à ce fléau. Entre 2000 et 2005, sept décès sur dix dans la région étaient attribuables à quatre maladies considérées chroniques. Le cancer est sans contredit celle qui entraîne le plus grand nombre de décès.

Figure 1

Cause de décès dans le Nord-du-Québec et le Québec 2000 à 2005



La part des coûts de santé consacrée aux maladies chroniques est beaucoup plus importante que la portion de la population qui en est atteinte. En effet, 33 % des coûts de santé sont consacrés à 6 % de la population

<sup>3</sup> AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques*, [En ligne], 2006  
[http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/index_f.html), 2006, consulté le 21 juin 2006.

atteinte de conditions chroniques multiples<sup>4</sup>. Il faut savoir que les maladies chroniques engloutissent 67 % des coûts directs de soins de santé par des dépenses en médicaments, soins médicaux, soins hospitaliers et en recherche de même que 60 % des coûts indirects qui se traduisent par la perte de productivité et de revenu associés, en partie, à l'invalidité de courte et de longue durée ainsi qu'à la mortalité. Afin de ralentir l'épidémie de maladies chroniques, des études indiquent qu'il est possible de réduire de 15 % à 40 % la demande de services et de soins (hospitalisations, services médicaux et médicaments) selon le degré d'engagement de la société dans des mesures préventives<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> MINISTÈRE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques* (document de travail, version du 17 mai 2007), Québec, p. 11.

<sup>5</sup> ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à l'action*, Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (GTPPP), 2005, p. 26.

## 11. Des habitudes de vie auxquelles il faut penser

Les maladies chroniques ont en commun des facteurs de risques qui interagissent tout au long de la vie des individus : certains sont modifiables, d'autres pas. Parmi les facteurs de risques non modifiables se trouvent les caractéristiques personnelles comme l'âge, le sexe, l'origine ethnique et l'héritage génétique. L'emprise de la santé publique pour amener des changements souhaitables se situe au niveau des facteurs modifiables dont entre autres, les saines habitudes de vie qui impliquent le non-usage du tabac, l'alimentation adéquate et la pratique régulière d'activité physique. À eux seuls, le tabagisme, l'alimentation inadéquate et la sédentarité causent environ 80 % des décès liés aux maladies cardiovasculaires, 90 % de ceux liés au diabète et 30 % des décès attribuables aux cancers<sup>6</sup>.

Il va sans dire que, dans la perspective d'améliorer l'état de santé de la population, la promotion des saines habitudes de vie présente un grand intérêt puisqu'elle s'avère l'objet de programmes d'intervention jugés efficaces. Afin d'avoir un état de situation des habitudes de vie des Jamésiens, les données d'enquêtes les plus récentes sont présentées.

### TABAGISME (NON-USAGE DU TABAC ET NON-EXPOSITION À LA FUMÉE SECONDAIRE)

À ce jour, le tabagisme demeure le facteur de risque associé au plus grand nombre de décès évitables au Québec<sup>7</sup>. Dans la région, bien que la proportion de fumeurs réguliers et occasionnels tende à diminuer avec les années, elle demeure quand même plus élevée que celle du Québec. À cet effet, le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) vise à diminuer la proportion de personnes qui font usage du tabac de 24 % à 18 %, d'ici 2012<sup>8</sup>. Les résultats présentés à la figure 2 témoignent que beaucoup de travail reste à faire pour atteindre les objectifs du PNSP.

<sup>6</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport national sur l'État de santé de la population du Québec : Produire la santé*, Québec, 2005, p. 33.

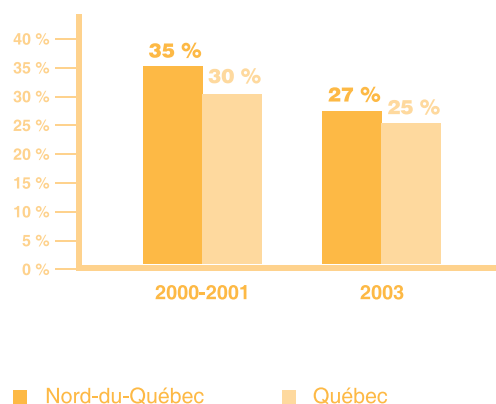
<sup>7</sup> *Ibid.*, p. 33.

<sup>8</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, 2003, p. 45.



Figure 2

Fumeurs réguliers et occasionnels  
Population de 12 ans et plus  
Nord-du-Québec et Québec, 2000-2001 et 2003



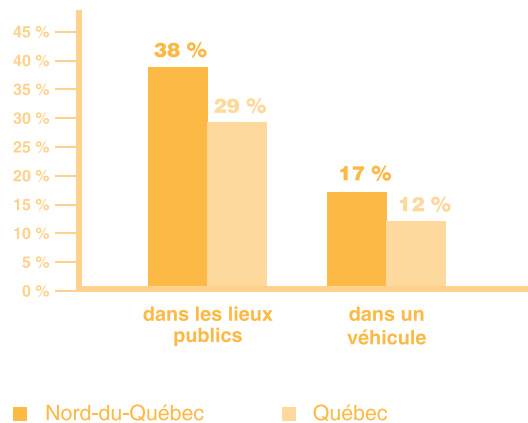
Source : Statistique Canada, Fichier de partage de l'ESCC, cycle 1.1 et 2.1, 2000-2001 et 2003.

Fait important à souligner : en 2003, l'écart entre la prévalence de fumeurs dans la région et celle du Québec se rétrécit pour la première fois depuis plusieurs années. Cette baisse du tabagisme se fait également sentir chez les 11 à 19 ans, selon les résultats d'une enquête réalisée auprès des jeunes de la région en 1995 et reconduite en 2002. La prévalence du tabagisme chez les jeunes serait ainsi passée de 20,9 % en 1995 à 15,5 % en 2002.

Les méfaits du tabagisme ne se limitent pas seulement à la consommation mais également au risque d'exposition à la fumée dans l'environnement qui engendre des conséquences néfastes non seulement chez les fumeurs, mais également chez les non-fumeurs. Les Jamésiens se prétendent davantage exposés quotidiennement à la fumée secondaire que ce soit dans les lieux publics ou dans un véhicule.

Figure 3

Exposition régulière à la fumée secondaire  
Population de 12 ans et plus  
Nord-du-Québec et Québec, 2003



Source : Statistique Canada, Fichier de partage de l'ESCC, cycle 2.1, 2003.

## ACTIVITÉ PHYSIQUE DE LOISIR

Il est bien connu que la pratique régulière d'activité physique a des retombées importantes pour la santé et qu'inversement, la sédentarité s'avère néfaste tout en engendrant des coûts non négligeables pour le système de santé. En fait, elle est associée à une mortalité précoce, une morbidité cardiovasculaire accrue, une moins grande capacité de régulation du métabolisme des sucres et des gras, une capacité musculo-squelettique diminuée et un niveau plus élevé de symptômes de dépression et d'anxiété.

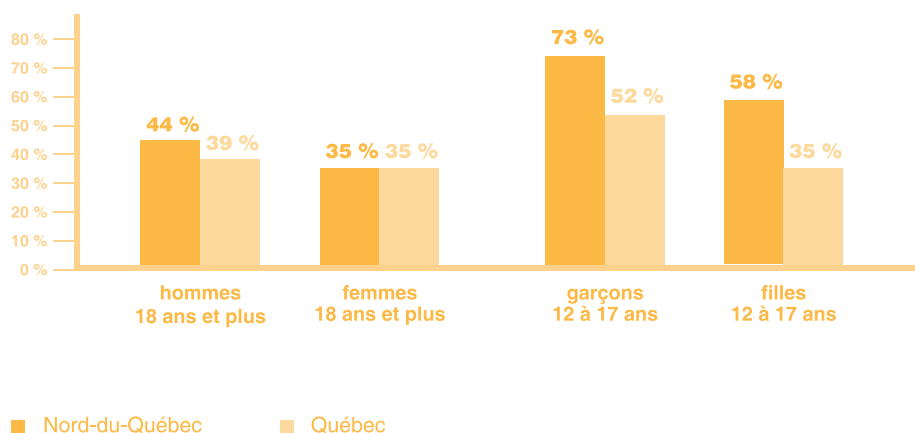
Les données d'enquête montrent qu'à première vue, les Jamésiens sont plus actifs physiquement dans les loisirs que les Québécois<sup>9</sup>. En effet, pour la région, la proportion de personnes actives âgées de 18 ans et plus s'élève à 40 % alors qu'elle est de 37 % pour le Québec. L'analyse, selon le sexe et l'âge, révèle que les jeunes filles, les jeunes garçons et les hommes s'avèrent beaucoup plus actifs que leurs homologues Québécois. Les Jamésiennes de 18 ans et plus ont un niveau d'activité physique identique à leurs homologues québécoises. D'ici 2012, le PNSP recommande d'augmenter de 5 % la proportion de personnes physiquement actives<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> HAMEL, Denis, et NOLIN, Bertrand, *Niveau d'activité physique de loisir : régions sociosanitaires et ensemble du Québec, 2003*, Québec. Unité connaissance-surveillance, Direction planification, recherche et innovation, Institut national de santé publique du Québec, (document non publié), 2005, p. 5.

<sup>10</sup> Le PNSP recommande d'augmenter de 5 % la proportion de personnes physiquement actives par rapport à l'année de référence qui est 2002.

Figure 4

Proportion de personnes physiquement actives<sup>11</sup> dans les loisirs  
Nord-du-Québec et Québec, 2003



Source : HAMEL ET NOLIN, Institut national de santé publique du Québec, 2005.

## ALIMENTATION SAINNE

Plusieurs études ont démontré qu'une alimentation en quantité et en qualité adéquates constitue la base du développement normal de toute personne tout en favorisant la résistance du système immunitaire et en protégeant contre certains types de cancers et maladies chroniques. De plus, l'augmentation de la consommation de fruits et légumes aide à réduire l'apport énergétique journalier grâce à leur pouvoir rassasiant.

Les données d'enquête montrent qu'à l'encontre de la situation de l'activité physique, le portrait des habitudes alimentaires au Nord-du-Québec semble moins remarquable.

D'une part, les habitudes alimentaires se traduisent par une faible consommation de fruits et de légumes. En effet, en 2003, seulement 43 % de la population du Nord-du-Québec consomme quotidiennement cinq portions ou plus de fruits et de légumes par jour : cette proportion se révèle sensiblement identique à celle du Québec (45 %) <sup>12</sup>. Cependant, il faut savoir que pour respecter les objectifs du PNSP, cette proportion devrait doubler d'ici 2012, pour atteindre 80 % <sup>13</sup>.

<sup>11</sup> Être physiquement actif équivaut à pratiquer une activité physique 30 minutes et plus par jour, et ce, au moins cinq fois par semaine.

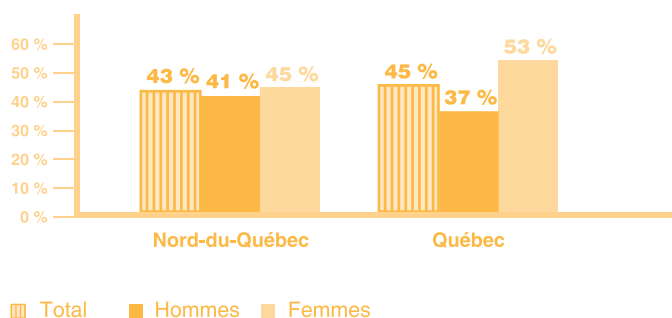
<sup>12</sup> QUÉBEC, INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE, *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006: Les statistiques Québec*, 2006, p. 447.

<sup>13</sup> *Id.*, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, 2003, p. 45.

D'autre part, bien que dans la région, la consommation quotidienne de fruits et légumes s'avère légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, l'analyse des données a fait ressortir deux faits : 1) les Jamésiennes sont beaucoup moins nombreuses à consommer l'apport minimal recommandé de fruits et légumes que les Québécoises; 2) les hommes de la région démontrent un meilleur apport quotidien de fruits et légumes que la majorité des Québécois, même si cet apport reste insuffisant.

Figure 5

Consommation quotidienne de l'apport recommandé de fruits et légumes  
Nord-du-Québec et Québec, 2003



Source: INSPQ, *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006: Les statistiques*, p. 447.

Les considérations financières ne semblent pas expliquer le fait que la consommation de fruits et légumes soit nettement en deçà de l'apport quotidien recommandé. En effet, l'indice d'insécurité alimentaire fournit des informations concernant les personnes qui en raison d'un manque d'argent, se sont soit inquiétées de ne pas avoir assez de nourriture, soit ont manqué effectivement de nourriture, soit n'ont pas mangé des aliments de la qualité ou de la variété désirée. À cet égard, la région présente une proportion comparable à celle du Québec de personnes âgées de 12 ans et plus se considérant en insécurité alimentaire (région : 11 %, ensemble du Québec : 13 %) <sup>14,15</sup>. Aucune donnée n'est disponible concernant l'offre alimentaire dans les commerces de détail en regard de la qualité et de la variété des produits afin d'expliquer que la consommation de fruits et légumes est moindre dans la région.

<sup>14</sup> INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Proportion de la population de 12 ans et plus en situation d'insécurité alimentaire, Québec et certaines provinces canadiennes*, [En ligne], 2003, [www.inspq.qc.ca/Santescope/documents/G021.InsAlimentaireB.gif](http://www.inspq.qc.ca/Santescope/documents/G021.InsAlimentaireB.gif), 2006, consulté le 19 janvier 2006.

<sup>15</sup> La donnée pour la région a été tirée de : STATISTIQUE CANADA, *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, cycle 2. 1* (fichier de partage), 2003.

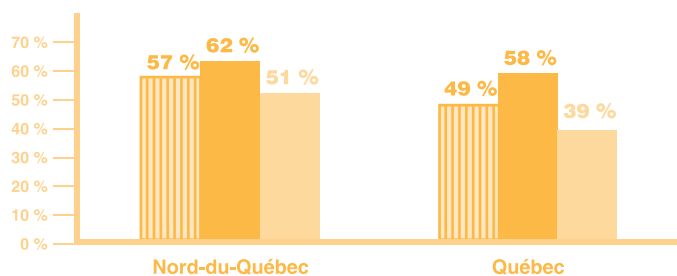
## EXCÉDENT DE POIDS

L'excès de poids, résultat d'un déséquilibre entre l'apport alimentaire et la dépense d'énergie d'une personne, trouve sa source dans deux principaux facteurs de risques modifiables : l'alimentation inadéquate et l'inactivité physique. L'excès de poids représente un facteur de risque dit « intermédiaire », contribuant au développement de certaines maladies chroniques dont le diabète, entre autres.

Une publication réalisée conjointement par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) démontre qu'en 2003, 57 % de la population de 20 ans et plus de la région présente un excès de poids comparativement à 49 % pour l'ensemble du Québec<sup>16</sup>. Bien que cette tendance à l'excès de poids semble davantage être présente chez les hommes que chez les femmes, et ce, autant dans la région qu'au Québec, il reste que les femmes du Nord-du-Québec semblent, toute proportion gardée, beaucoup plus nombreuses à vivre un excès de poids que les Québécoises<sup>17</sup>.

Figure 6

Excédent de poids (IMC  $\geq 25$ ), population de 20 ans et plus  
Nord-du-Québec et Québec, 2003



■ Sexes réunis ■ Hommes ■ Femmes

Source : Statistique Canada, Fichier de partage de l'ESCC, cycle 2.1, 2003.

Tout bien considéré, l'analyse des données d'enquête montre que beaucoup d'améliorations se sont produites à l'égard de l'usage du tabac et que les Jamésiens se démarquent positivement en ce qui a trait à l'activité physique et ce, bien que la région affiche une prévalence plus forte de personnes

<sup>16</sup> STATISTIQUE CANADA, *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, cycle 2.1* (fichier de partage), 2003.

<sup>17</sup> *Id.*

présentant un excès de poids. Il semble donc que ce soit plutôt les habitudes alimentaires qui laissent le plus de place à l'amélioration. Cependant, il demeure que ces trois habitudes de vie doivent être considérées conjointement puisqu'elles jouent un rôle majeur dans le maintien de la santé des individus. Il faut donc chercher à améliorer les choix alimentaires de même que diminuer l'exposition à la fumée dans l'environnement tout en maintenant les acquis en regard de la pratique d'activité physique de loisirs et de la réduction de la consommation du tabac.





### III. La prévention au sein du continuum santé-maladie

L'importance de mieux intégrer les services et de préconiser une action synergique des diverses disciplines et des différents secteurs d'activité de la société sont les motivations qui animent les interventions déployées à l'intérieur d'un continuum santé-maladie. En effet, l'existence même d'un système efficace s'appuie sur un ensemble de fonctions aussi vitales que complémentaires : prévenir, guérir et soigner. Ces dernières années, il s'est avéré nécessaire de trouver un meilleur équilibre entre les trois fonctions de telle sorte que, deux nouvelles perspectives ont émergé pour la planification des services :

- d'abord, d'une responsabilité « clientèle », le réseau évolue maintenant vers une responsabilité « collective » ou « populationnelle »;
- ensuite, d'un système qui sépare « traitement de la maladie » et « amélioration de l'état de santé de la population », le réseau préconise plutôt un système qui vise à les intégrer.

S'adressant à des problématiques complexes qui appellent la contribution de plusieurs intervenants, le continuum *prévenir, guérir et soutenir* regroupe la meilleure configuration d'actions et d'interactions entre les acteurs afin de générer un impact optimal compte tenu du niveau de ressources disponibles. La figure suivante présente une description de chacune des composantes du continuum santé-maladie.

Figure 7

## Le continuum santé-maladie

### PRÉVENIR

Les actions de prévention contribuent à éviter, retarder et diminuer la survenue de problèmes de santé. La prévention vise à réduire les facteurs de risques associés aux maladies et à détecter les signes hâtifs de problèmes de santé. Elle est inclusive et sollicite la participation de tous les acteurs de la communauté.

**Autrement dit :** *permettre aux personnes de demeurer en santé.*

### GUÉRIR

Le niveau d'intervention *GUÉRIR* comprend les services reliés à l'accueil des clientèles, au dépistage, à l'évaluation et à l'établissement du diagnostic ainsi qu'au traitement ou à l'intervention psychosociale.

**Autrement dit :** *permettre aux personnes de rétablir la santé quand celle-ci est menacée ou compromise*

### SOUTENIR

Le niveau d'intervention *SOUTENIR* comprend les services de soutien d'ordre pratique ou psychosocial, les services d'adaptation et de réadaptation ainsi que les soins palliatifs et de fin de vie.

**Autrement dit :** *permettre aux personnes d'améliorer leur capacité à composer avec un problème de santé par le recours à des approches thérapeutiques.*

De façon plus spécifique, le volet *prévenir* du continuum santé-maladie confère une perspective plus globale en incluant des actions en amont des problèmes c'est-à-dire, avant que ne surviennent les problèmes de santé. La prévention bien ciblée constitue assurément l'une des armes les plus efficaces pour lutter contre les maladies chroniques. Toutefois, les intervenants régionaux et locaux en santé publique ne peuvent agir seuls puisque ce sont dans les milieux de vie que se réalisent les actions de prévention : dans la famille, au service de garde, à l'école, au travail, dans la rue et dans la communauté. La prévention nécessite donc un effort concerté et une mobilisation de la part de tous les acteurs de la communauté.

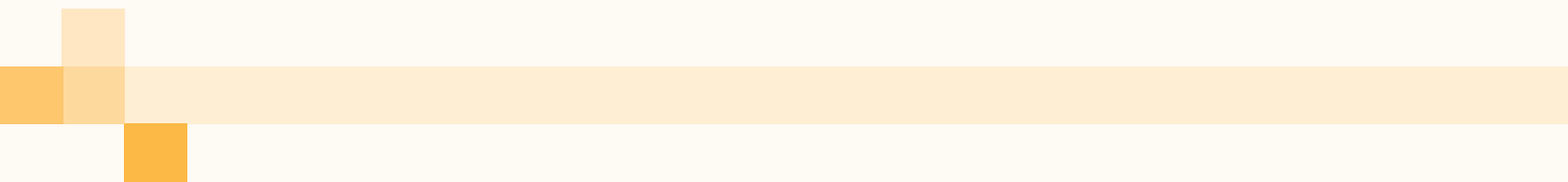
Afin de bien préciser les contours selon lesquels la Direction de santé publique souhaite que tous les intervenants de promotion et de prévention agissent dans le domaine des maladies chroniques, la figure suivante présente les quatre caractéristiques fondamentales du mandat de la santé publique. C'est dans le respect de ce mandat que le présent document a été élaboré.

*Figure 8*

#### Les quatre caractéristiques fondamentales de la santé publique

<b>1. QUOI ?</b>	La santé et le bien-être de la population
<b>2. AUPRÈS DE QUI ?</b>	De la population en général, des groupes ou des individus en santé ou présentant des facteurs de risques modifiables, les rendant ainsi vulnérables
<b>3. COMMENT ?</b>	Par des actions en amont, intersectorielles et des stratégies diversifiées portant sur les déterminants de la santé que sont les environnements favorables (sains et sécuritaires), les milieux et conditions de vie, les habitudes de vie ainsi que les politiques publiques favorables à la santé
<b>4. À QUELLE FIN ?</b>	Pour des interventions qui favorisent la mobilisation et la participation des personnes

Inspiré de : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, *La prévention en actions*, Montréal, 2003, p. 25.



## IV. Les axes

Ce document fait référence à la vision élargie de la santé publique puisque le maintien et l'amélioration de la santé d'une population ne relèvent pas exclusivement du réseau de la santé mais résultent d'une collaboration entre les acteurs de différents secteurs. Ainsi, l'environnement physique, économique, social et politique exerce une influence déterminante sur la santé et le bien-être des individus au sein d'une communauté. Il est bien démontré qu'une communauté peut maintenir ou améliorer les conditions d'existence de ses membres en réduisant les risques à la santé et au bien-être de même qu'en favorisant les choix sains par une implication réelle et constante des acteurs du milieu. C'est dans cette optique que le présent cadre de référence a été pensé : il est soutenu par plusieurs documents d'orientation. Ces derniers sont présentés selon une perspective plus spécifique à une perspective globale. Il s'agit d'abord du *Programme national de santé publique* du MSSS et du *Plan d'action en santé publique* du CRSSS de la Baie-James; ensuite, du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids*; puis enfin, de la Charte d'Ottawa et celle de Bangkok.

### **LE PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU MSSS ET LE PLAN D'ACTION EN SANTÉ PUBLIQUE DU CRSSS DE LA BAIE-JAMES**

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) fixe plusieurs objectifs d'amélioration des habitudes de vie dont le non-usage du tabac, l'augmentation de la pratique régulière d'activité physique et la consommation quotidienne de l'apport recommandé de fruits et légumes. Pour que ces objectifs se traduisent par des actions efficaces, le PNSP propose que les interventions conjuguent des actions d'éducation à la santé ainsi que des actions modifiant les conditions environnementales. En ce sens, les activités actuellement proposées consistent à :

- des campagnes de communication sociétales axées sur l'adoption des saines habitudes de vie,
- la promotion des environnements favorables,
- la prévention et la promotion dans les milieux de vie,
- la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives.

Ainsi, en 2004, par l'entremise de son plan d'action découlant du PNSP, la Direction de santé publique du CRSSS de la Baie-James favorisait des

interventions en promotion des saines habitudes de vie. La majorité des activités prévues visaient essentiellement le changement des environnements physique et politique notamment, par la promotion de programmes reconnus efficaces, la concertation et le partenariat pour le développement d'actions intersectorielles ou encore, par le rôle d'influence et d'informateur confié à la Direction de santé publique. Le présent document vient donc explorer plus explicitement les interventions prévues au *Plan d'action en santé publique*.

## **LE PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL DE PROMOTION DES SAINES HABITUDES DE VIE ET DE PRÉVENTION DES PROBLÈMES RELIÉS AU POIDS 2006-2012**

Récemment, le gouvernement interpellait tous les ministères et organismes et leur demandait de s'engager à la promotion des saines habitudes de vie et à la prévention des problèmes reliés au poids. Concrètement, les objectifs poursuivis par ce plan d'action consistent à améliorer la qualité de vie des Québécois en leur permettant de vivre dans des environnements qui favorisent l'adoption et le maintien des saines habitudes de vie soit, un mode de vie physiquement actif et une saine alimentation, et ce, tant sur le plan individuel que sur l'ensemble de la population.

Ce plan d'action comporte cinq axes d'intervention:

- la saine alimentation;
- un mode de vie physiquement actif;
- les normes sociales favorables;
- les services aux personnes aux prises avec un problème de poids;
- la recherche et le transfert de connaissances.

Ces interventions résultent de l'engagement des différents ministères et organismes impliqués notamment, le ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport, le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, le ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, le ministère des Affaires municipales et des Régions, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, le Secrétariat à la jeunesse, l'Office de la protection du consommateur et l'Institut national de santé publique du Québec.

## LA CHARTE D'OTTAWA ET CELLE DE BANGKOK

À partir du milieu des années quatre-vingt, un nouveau discours en santé publique recentre les interventions vers une vision plus écologique de la santé en situant celle-ci dans un environnement social, culturel, politique et économique. La Charte d'Ottawa précise les contours de ce nouveau discours (OMS, 1986) en mettant l'accent sur les relations entre les quatre différents facteurs qui déterminent l'état de santé des populations : le patrimoine génétique, l'environnement physique et social, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé. Ces déterminants ne peuvent être traités isolément et plutôt que de miser principalement sur le changement des comportements des individus, la Charte d'Ottawa lie la prévention et la promotion de la santé à la réduction des inégalités sociales, à l'équité entre les groupes sociaux, à l'amélioration des conditions socioéconomiques nécessaires à la santé. Ce modèle suggère donc des interventions comme la modification des environnements plus sains dans les lieux publics (modifier l'offre alimentaire, respecter le non-usage du tabac), la sécurité des rues pour favoriser le transport actif vers l'école ou le travail (le déneigement, la présence de trottoirs et de passages piétonniers), et encore plus en amont, des politiques publiques concernant l'alimentation, le transport ou la fiscalité. L'idée qui sous-tend cette approche en promotion de la santé est de redonner aux individus et aux collectivités la maîtrise de leur propre santé ainsi que les moyens de l'améliorer<sup>18</sup>, le principe étant de « forger la santé plutôt que de la réparer ».

Reprenant essentiellement les mêmes principes de la Charte d'Ottawa, la récente Charte de Bangkok (OMS, 2005) axe davantage sur la mondialisation. Elle définit les principaux enjeux à traiter et les actions et engagements qui seront nécessaires pour s'occuper des déterminants de la santé dans un monde globalisé en faisant appel aux nombreux acteurs intéressés qui jouent un rôle critique afin de parvenir à la santé pour tous. Elle interpelle et responsabilise davantage les organisations internationales, les différents paliers de gouvernement, la société civile et les entreprises privées.

Les deux chartes confirment la nécessité de mettre en œuvre plusieurs types de stratégies d'action en promotion de la santé. De façon plus spécifique, cinq mesures ont été formulées :

<sup>18</sup> AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *La santé de la population*, [En ligne], 2006 <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/pdf/chartre.pdf>, consulté le 30 avril 2006.



### **Élaborer une politique publique saine**

Le rôle d'influence est important au regard des politiques publiques qui ont un impact sur le développement social et sur la santé et le bien-être de la population. Ce rôle peut s'exercer autant au plan de l'application des politiques qu'au moment de leur adoption ou de leur révision. Ceci renvoie à l'importance que des secteurs autres que la santé mettent la promotion de la santé à leur ordre du jour et qu'ils doivent donner leur appui au secteur de la santé.

*Exemple : une politique familiale en milieu municipal.*

### **Créer des environnements favorables**

Cette stratégie suppose l'utilisation d'une approche qui reconnaît des liens d'interdépendance entre les individus et leur environnement. Il faut promouvoir la création de conditions de vie et de travail favorables à la santé.

*Exemple : l'aménagement d'un réseau de pistes cyclables.*

### **Renforcer l'action communautaire**

Cette stratégie vise à solliciter la participation de la communauté à la détermination des priorités et aux prises de décisions dans le domaine de la santé. Autrement dit, encourager l'émergence de projets dans la communauté et la prise en charge des problèmes ainsi que des solutions par la communauté.

*Exemple : l'aménagement d'un « skate parc » à Lebel-sur-Quévillon par un groupe de jeunes.*

### **Acquérir des aptitudes individuelles**

Cette stratégie préconise l'éducation à la santé pour permettre aux individus d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé. Elle est mise en application tant à l'école, au domicile, au travail, que dans le cadre communautaire et les institutions. Aujourd'hui, la Charte de Bangkok propose plutôt de développer de manière collective, les capacités de transfert de connaissances, de recherche et d'information en matière de santé.

*Exemple : le Défi « Moi j'croque 5 fruits et légumes » à l'école.*

### **Réorienter les services de santé**

Cette stratégie invite à créer un système de santé orienté vers l'amélioration de la santé de la population plutôt que de faire les choix en fonction de la maladie. Il s'avère important que tous oeuvrent collectivement à la création d'un système de soins servant mieux les intérêts de la santé afin de tendre vers des services plus efficaces et moins coûteux. Par delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé. Un changement d'attitude dans l'organisation des services est souhaitable considérant les besoins de l'ensemble de la population en matière de santé plutôt que les seuls besoins individuels.

*Exemple : les ressources dédiées à la promotion et à la prévention des saines habitudes de vie au sein même des équipes de professionnels dans les centres de santé.*



## V. L'approche

### 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION

#### au Nord-du-Québec

Considérant la manne de travaux disponibles dans le domaine des saines habitudes de vie et l'expérience encourageante des autres régions dans la mise en œuvre d'interventions efficaces, l'approche 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION préconisée par la Direction de santé publique du Nord-du-Québec s'arrime au *Programme intégré de prévention des maladies chroniques (PIPMC)*<sup>19</sup>, lequel est actuellement repris par l'ensemble des régions du Québec.

Jugée efficace dans la lutte aux maladies chroniques, l'approche 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION propose un modèle aidant à structurer les multiples interventions de promotion des saines habitudes de vie proposées par le MSSS en rendant la démarche plus cohérente et efficiente pour les intervenants qui oeuvrent à l'échelle régionale et locale. Plus spécifiquement, cette approche offre les avantages suivants :

- un message unifié combinant trois facteurs de risques modifiables;
- une combinaison de trois stratégies d'intervention avec des actions sur les facteurs individuels et les facteurs structureaux de l'environnement;
- des façons de faire qui favorisent *l'empowerment* des individus et des milieux de vie de sorte que chaque intervenant devient un agent de changement. Les démarches que chacun met de l'avant sont de type participatif puisqu'elles utilisent les leviers du milieu et qu'elles s'adaptent à ces derniers.

La partie suivante expose d'abord en quoi consiste l'approche 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Ensuite, les stratégies retenues de même que les cibles d'actions en lien avec chacune y sont présentées. Finalement, les milieux ciblés dans le Nord-du-Québec pour les interventions sont identifiés.

<sup>19</sup> L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale s'est donnée un *Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012* regroupant le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION et le programme de réadaptation pour les personnes atteintes de maladies chroniques nommé *Traité-Santé*. Ces deux programmes actualisent le continuum d'intervention de la prévention à la réadaptation des maladies chroniques et ils constituent une référence, ayant été adaptée par la majorité des directions de santé publique des autres régions.

## A) L'APPROCHE ET SES GRANDES ORIENTATIONS

L'approche 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION se fonde sur deux principes directeurs qui orientent le choix des stratégies, des méthodes et des interventions qui en découlent. Le premier principe intègre trois mesures autour d'un message unifié et mobilisateur faisant la promotion de « 0 fumée », de « 5 fruits et légumes par jour » ainsi que de « 30 minutes d'activité physique quotidiennement », lesquelles correspondent aux trois objectifs préalablement définis dans le PNSP. L'idée principale est de maintenir le cap sur la mesure intégrée « 0•5•30 » tout en tenant compte de chacune des cibles. Le second principe est celui de la combinaison de stratégies. Cette approche intégrée vise donc la mise en place d'interventions de santé publique ciblant à la fois les individus et les environnements dans l'optique de promouvoir l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Cette combinaison constitue la plaque tournante de tout le processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation.

La mise en place d'interventions efficaces pour lutter contre la prévalence des maladies chroniques nécessite d'agir sur les facteurs comportementaux et de tenir compte de l'influence de certains déterminants sociaux comme le statut socio-économique ou l'éducation. L'approche 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION assure justement cet arrimage dans le but d'obtenir des résultats autant sur les facteurs internes, sous le contrôle des individus, que sur les facteurs externes, hors de leur contrôle. Plusieurs auteurs soulignent, par exemple, qu'il est impensable d'espérer qu'une majorité d'individus améliorent leurs habitudes de vie si leurs environnements et la norme sociale n'appuient pas ou peu ces modifications de comportements<sup>20</sup>. En fait, dire aux individus de bien manger, de bouger davantage et d'éviter de fumer les laissent devant bien peu de moyens : dans la majorité des cas, la connaissance et la bonne volonté ne suffisent pas pour mener au changement avec succès. L'approche 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION amorce et soutient le changement dans les environnements de manière à rendre les choix santé plus faciles et les choix moins santé, plus difficiles.

<sup>20</sup> SAUVAGEAU, Lyne, Céline LEPAGE et Chantal SAUVAGEAU. *Pour un programme intégré des maladies chroniques 2002-2012, Rapport de révision du programme intégré de prévention des maladies cardiovasculaires et du cancer du poumon (1995-2002)*, Beauport, Direction régionale de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2002, p. 25.

### Les facteurs internes

Parmi les activités reconnues efficaces sur le plan individuel, l'approche 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION vise à améliorer les connaissances, les attitudes et les habiletés des individus pour l'adoption et le maintien de comportement sains. L'amélioration des pratiques cliniques préventives quant à l'adoption des habitudes de vie souhaitées en est un exemple. Ce type d'intervention tels le dépistage et le counselling des personnes présentant des facteurs de risques, s'inspire de l'approche de Prochaska sur les stades de changement pour la modification des comportements. Selon cette approche, les interventions sont orientées en fonction des déterminants les plus influents et du stade de changement où se situe le participant. Les activités d'information et de sensibilisation, qui visent à augmenter les compétences du participant et à rectifier les croyances, font valoir les avantages et les inconvénients de l'adoption d'un comportement au stade de « pré-réflexion » et de « réflexion ». Lorsque l'individu sera reconnu au stade de « préparation » ou « d'action », les interventions viseront l'acquisition d'habiletés et le développement de la capacité à prendre conscience de son comportement. Ces interventions sont plus efficaces si le professionnel de la santé, lors de son counselling, reconnaît le stade de changement de son patient et ajuste son intervention en conséquence.

### Les facteurs externes

Des activités axées sur les comportements des individus ne suffisent pas pour modifier de façon importante les habitudes de vie. Il faut plutôt, tel que le propose l'approche, conjuguer les interventions individuelles à des interventions privilégiant la modification des facteurs externes notamment par des actions environnementales. Ces dernières contribuent à modifier les environnements social, économique, physique et médiatique qui influencent et soutiennent les choix individuels quant à l'adoption des saines habitudes de vie. Pour ce faire, les interventions en lien avec l'approche 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION s'inspirent du modèle de Cohen, lequel présente quatre facteurs environnementaux capables d'influencer l'adoption des comportements de santé : la disponibilité des produits, les structures physiques, les structures sociales et politiques ainsi que les messages culturels et médiatiques<sup>21</sup>.

<sup>21</sup> À noter que des exemples d'interventions sont présentés aux pages 32 et 33.

## B) LES TROIS STRATÉGIES D'INTERVENTION ET LEURS CIBLES D'ACTION

C'est en tenant compte des deux modèles, celui de Prochaska sur les facteurs internes et celui de Cohen concernant les facteurs externes que l'approche 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION s'est développée. L'approche s'articule autour de trois stratégies: les pratiques cliniques préventives, les actions éducatives et les actions environnementales. Pour chacune des stratégies, des exemples d'actions, tant régionales que locales, ont été identifiées pour aider à clarifier et à opérationnaliser l'approche 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Elles sont présentées à titre indicatif; il ne faut cependant pas croire qu'elles sont exhaustives et complètes.

### Les pratiques cliniques préventives (PCP)

L'amélioration des pratiques cliniques préventives auprès des professionnels de la santé s'avère prometteuse en raison des impacts importants qu'elles ont sur l'amélioration de l'état de santé de la population. Les pratiques cliniques préventives sont généralement offertes dans le cadre de consultations par des professionnels de première ligne, notamment les médecins, les infirmières et les nutritionnistes. Ces derniers occupent une position privilégiée pour contribuer à la prévention des maladies chroniques puisqu'ils rencontrent, à de nombreuses occasions, des personnes présentant certains facteurs de risques. Le choix du counselling bref s'appuie sur la littérature qui démontre que l'intégration des messages préventifs dans les interventions quotidiennes des professionnels de la santé constitue un moyen efficace pour modifier les comportements des patients<sup>22</sup>. Les professionnels de la santé sont encouragés à promouvoir les comportements sains, à offrir du counselling ainsi qu'à déceler certains facteurs de risques ou problèmes de santé auprès des personnes considérées encore asymptomatiques. En somme, les PCP seront ciblées par les intervenants de 1<sup>re</sup> ligne selon les divers contextes de pratique.

<sup>22</sup> GROULX, Stéphane et autres. *Promotion de la prévention clinique (PPC) : un projet de promotion des pratiques préventives démontrées efficaces auprès des médecins de première ligne de la Montérégie*, Longueuil, Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2001, p. 13



### Exemples de pratiques cliniques préventives :

- Proposer les services d'un professionnel en arrêt tabagique lors du counselling en suivi de grossesse.
- Conseiller et accompagner le client dans l'adoption de la pratique régulière d'activité physique et la consommation de cinq fruits et légumes par jour lors des visites médicales de suivi en utilisant les techniques de communication persuasive<sup>23</sup>.
- Proposer les bienfaits d'un milieu familial sans fumée aux parents lors des cliniques de vaccination chez les jeunes enfants en utilisant les techniques de communication persuasive.

### Les actions éducatives

Les actions qui portent sur l'éducation à la santé visent la modification des comportements individuels et l'adoption de saines habitudes de vie. Elles sont destinées à l'ensemble de la population et elles visent l'amélioration des connaissances, des habiletés et des attitudes favorables à l'adoption de comportements plus santé. Les intervenants du réseau de la santé sont donc appelés à partager leurs expertises en donnant des idées et des conseils concrets et accessibles dans l'application de mesures entreprises par les municipalités, les écoles, les garderies, le milieu communautaire et les milieux de travail. La plupart du temps, ces actions se traduisent surtout par des campagnes de communication ou des activités d'éducation à la santé.

### Exemples d'actions éducatives :

- Promouvoir auprès de la population, la campagne du Défi Santé 5/ 30 d'ACTI-MENU.
- Rencontrer les entraîneurs sportifs, les parents et les jeunes pour les conseiller sur les bienfaits d'une saine alimentation jumelée à la pratique d'activité physique.
- Améliorer les connaissances des intervenants en loisirs (par exemple, les animateurs de camp de jour) afin qu'ils soient en mesure de reconnaître et promouvoir les comportements qui facilitent l'adoption de saines habitudes de vie.

<sup>23</sup> L'expression « communication persuasive » est une méthode qui s'inscrit dans la formation de « vente académique » pour outiller les cliniciens à la promotion des saines habitudes de vie.

### Les actions environnementales

Les actions environnementales visent la modification des milieux de vie afin que la population ait accès à des milieux favorisant l'adoption de saines habitudes : l'absence de tabac et de fumée secondaire, la consommation de fruits et légumes et la pratique d'activité physique. Les modifications souhaitées sont à l'échelle des environnements social, économique, médiatique et physique qui influencent et soutiennent les choix individuels dans l'adoption de saines habitudes de vie notamment les normes sociales. Ces dernières ont un lien avec des styles de vie sains, l'aménagement des lieux pour la pratique d'activité physique ou encore, les règlements concernant l'accessibilité et la disponibilité de produits alimentaires de qualité. L'approche 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION cible quatre niveaux au sein desquels des changements peuvent se faire : la disponibilité des produits, les structures physiques, les structures sociale et politique ainsi que les médias et les messages culturels. La nécessité de travailler en intersectorialité et de respecter les différents milieux prend toute son importance dans la mise en œuvre d'actions environnementales.

#### Exemples d'actions environnementales concernant :

##### LA DISPONIBILITÉ :

- Soutenir les milieux de travail et scolaire dans l'offre alimentaire, notamment en ce qui concerne la disponibilité des fruits et légumes dans les machines distributrices, les casse-croûte et les cafétérias.
- Veiller à ce que l'offre de services parascolaires puisse inclure des activités sportives répondant aux besoins des étudiants plus sédentaires.
- Assurer la disponibilité de services de soutien à la cessation tabagique dans les centres de santé.

##### LES STRUCTURES PHYSIQUES :

- Encourager la mise en place d'espaces pour la prise de repas en plein air (tables de pique-nique, bancs, poubelles) et l'aménagement de supports à vélo en milieu de travail.
- Soutenir l'aménagement d'infrastructures permettant la pratique d'activités sportives et de loisirs (piste cyclable, sentiers de ski de fond et de raquettes, etc.).
- Afficher clairement l'interdiction de fumer dans les endroits publics.

#### LES STRUCTURES SOCIALE ET POLITIQUE :

- Favoriser plus de fruits et légumes sur la table lors des rassemblements et des activités publiques.
- Soutenir les initiatives des employeurs pour promouvoir l'activité physique en entreprise.
- Proposer aux étudiants des écoles secondaires, des activités stimulantes lors des pauses (récréation, heure du dîner, sortie des classes) de sorte que certains n'auraient pas envie de fréquenter le « coin des fumeurs ».

#### LES MÉDIAS ET MESSAGES CULTURELS :

- Promouvoir le message auprès des adultes qu'il suffit de cumuler un total journalier de 30 minutes d'activité physique modérée pour assurer le maintien optimal de sa santé.
- Diffuser et faire connaître les stratégies utilisées par l'industrie du tabac dans le recrutement de nouveaux fumeurs (particulièrement les jeunes).
- Encourager la vente d'aliments sains lors de levées de fonds ou de campagnes de financement pour la réalisation d'activités éducatives et sportives.

### C) LES MILIEUX DE VIE CIBLÉS

L'implantation de l'approche 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION nécessite un engagement de plusieurs acteurs et un réel soutien des milieux. Il s'avère essentiel de mobiliser des intervenants de différents secteurs là où le changement a des chances de se produire. À cet effet, les orientations de la DSP du CRSSS de la Baie-James ciblent principalement les milieux où les gens vivent, travaillent et se divertissent soit le milieu de garde à l'enfance, le milieu scolaire, les municipalités, le milieu de travail et le milieu associatif et communautaire. Également, lorsque les différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux de la région interviendront auprès des milieux, la DSP souhaite qu'ils le fassent en :

- respectant les réalités de chaque milieu;
- mettant en place un partenariat pour la réalisation de projets et d'activités;
- créant des réseaux d'échanges et de réciprocité;
- favorisant la prise en charge par le milieu, notamment par la participation citoyenne;
- encourageant la réalisation d'actions novatrices (faire autrement).

Voici une description de chacun des cinq milieux ciblés :

### **Le milieu de garde à l'enfance**

Bien répondre aux besoins alimentaires et favoriser le développement d'habiletés motrices de base, telles que courir, sauter, ramper et grimper permettent aux enfants d'acquérir de bonnes habitudes de vie. En effet, il est reconnu que les habitudes de vie, bonnes ou mauvaises, se prennent pendant l'enfance. Dans un contexte où de plus en plus d'enfants fréquentent quotidiennement un service de garde, il apparaît que ce milieu peut être un terrain propice à la promotion des saines habitudes de vie.

En ce sens, dans leur prestation de services, les responsables des services de garde appliquent un programme éducatif comportant des activités ayant pour buts de favoriser le développement global de l'enfant, de l'amener progressivement à s'adapter à la vie en collectivité et de s'y intégrer harmonieusement. Ce programme éducatif comprend également des services de promotion et de prévention visant la création d'environnements favorables à l'adoption de comportements qui influencent de manière positive sa santé et son bien-être (saine alimentation et mode de vie physiquement actif).

Dans la région, les services de garde offerts par un centre de la petite enfance (CPE) sont disponibles dans presque toutes les localités, notamment à Beaucanton, Chibougamau, Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Radisson. Compte tenu que ce milieu est régi selon une loi et bien encadré par du personnel compétent, la DSP du Nord-du-Québec n'entend pas s'immiscer dans leur planification. Cependant, le souhait formulé ici s'inscrit plutôt dans le sens de créer un mécanisme qui permettrait un meilleur transfert de connaissances. En ce sens, les acteurs du CRSSS de la Baie-James réitèrent leur intention de mieux soutenir ce milieu selon les demandes qui leur seront adressées.

### **Le milieu scolaire (incluant le service de garde en milieu scolaire)**

Dans chacune des localités de la région, des mécanismes de concertation entre le réseau de l'éducation et de la santé sont mis en place afin d'opérationnaliser *l'Entente de complémentarité entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport* (communément appelée l'entente MSSS-MELS). Selon cette entente, trois axes d'intervention sont identifiés : les jeunes en difficulté, les élèves handicapés ainsi que la prévention et la promotion, plus spécifiquement par l'approche « École en santé ».

À l'échelle régionale, l'approche « École en santé » est implantée dans toutes les écoles primaires et secondaires. Cette approche propose d'intervenir de façon globale et concertée en promotion et en prévention à partir de l'école. Le déploiement des actions de promotion et de prévention cible précisément six facteurs-clés dont les habitudes de vie, les comportements sains et sécuritaires, les services préventifs, l'estime de soi, les compétences sociales, de même que les environnements scolaire, familial et communautaire. « École en santé » se concrétise par un ensemble d'actions déployées de façon cohérente par les divers partenaires concernés par la réussite, la santé et le bien-être des jeunes et qui travaillent en concertation.

Les divers intervenants du CRSSS de la Baie-James concernés par la promotion des saines habitudes de vie auront à mobiliser le milieu scolaire et à soutenir les actions identifiées prioritaires dans les habitudes de vie. Ainsi, les interventions offertes en promotion des saines habitudes de vie et prévention des maladies chroniques doivent s'arrimer à celles des comités « École en santé », conformément à l'approche de cette dernière, afin de faciliter et simplifier l'offre de service en milieu scolaire.

### Le milieu municipal

Une municipalité englobe plusieurs milieux de vie à l'intérieur desquels évoluent bon nombre d'adultes, de personnes âgées, de familles et d'enfants. Cela implique qu'en matière de promotion des saines habitudes de vie, les municipalités se révèlent des partenaires importants puisque leurs décisions sur l'aménagement du territoire peuvent faciliter l'adoption de « choix santé ». En effet, ce sont elles qui facilitent l'accès aux installations publiques, qui fixent les tarifs des activités, qui planifient la gamme d'activités offertes, qui aménagent les parcs et infrastructures et qui appliquent les réglementations<sup>24</sup>. Dans l'optique de promouvoir les saines habitudes de vie, les municipalités disposent de trois leviers importants :

- 1. Les schémas d'aménagement :** Adoptée récemment, la *Loi sur les compétences municipales* (2005) confère aux municipalités un pouvoir d'intervention. En effet, les municipalités sont responsables de plusieurs domaines de compétences susceptibles d'avoir une influence sur l'environnement alimentaire, l'activité physique de loisir, les déplacements actifs et le plein air. Les élus municipaux jouissent donc d'une position stratégique pour intégrer les notions de santé et de qualité de vie<sup>25</sup> dans leurs projets et initiatives locales.

<sup>24</sup> TABLE DE CONCERTATION NATIONALE EN PROMOTION ET PRÉVENTION, *La prévention des problèmes reliés au poids au Québec, Créer des environnements favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie, propositions d'action*, (document de travail), 18 novembre 2005, p. 16.

<sup>25</sup> *Ibid.*, p. 17

**2. Villes et villages en santé :** Dans la région, toutes les municipalités et localités ont adhéré au *Réseau québécois de Villes et Villages en santé* (RQVVS). Ceci témoigne d'une volonté des autorités municipales à se soucier de la qualité de vie ainsi que de la santé et du bien-être de leurs citoyens. Concrètement, cette initiative s'avère un tremplin important pour la mobilisation, en ce sens que le RQVVS offre des outils et un éventail d'expériences prometteuses mises en œuvre dans d'autres municipalités. Les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux doivent soutenir les actions en habitudes de vie issues de la concertation du milieu.

**3. Les politiques familiales :** Une politique familiale constitue un outil de référence utile aux élus et à l'administration municipale pour la mise en place de mesures visant la qualité de vie des familles. On y retrouve un ensemble d'actions et de façons de faire destinées au mieux-être des familles en vue de leur offrir des services adaptés à leur réalité<sup>26</sup>. De façon plus spécifique, une politique familiale favorise l'accessibilité aux activités municipales, améliore l'aménagement des infrastructures, adapte les actions de soutien au milieu communautaire et bien sûr, développe des programmes de sensibilisation et de prévention destinés aux familles. Lorsqu'une municipalité se donne l'occasion de reconnaître la réalité de la famille, elle intègre, par le fait même à sa réalité, des préoccupations liées à la santé. De là, pour favoriser des actions complémentaires à la promotion des saines habitudes de vie, il n'y a qu'un pas. Les acteurs du CRSSS de la Baie-James sont appelés à partager leur expertise dans l'optique de mobiliser le milieu municipal ainsi que d'encourager et soutenir la mise en place des politiques familiales dans les localités et les municipalités de la région.

<sup>26</sup> VILLE DE SAINT-JÉRÔME. *Politique familiale, La famille au cœur de notre ville!*, [En ligne], 2007. [http://www.ville.saint-jerome.qc.ca/pages/PDF/politiques/Politique\\_familale.pdf](http://www.ville.saint-jerome.qc.ca/pages/PDF/politiques/Politique_familale.pdf), 2007, consulté le 4 juin 2007.

## **Le milieu de travail**

Compte tenu que près de 60 % des adultes passent la majorité de leur temps dans leur lieu de travail ou en déplacement pour le travail, ce milieu s'avère propice pour déployer des efforts de promotion de saines habitudes de vie auprès des adultes. De plus, il est reconnu que pour amoindrir les conséquences liées aux changements dans le monde du travail sur la santé des travailleurs et de l'entreprise, il est prometteur de consentir des efforts à la promotion des saines habitudes de vie. Ainsi, les entreprises qui investissent dans la promotion de la santé constatent une augmentation de la productivité, une diminution de l'absentéisme et une amélioration du climat de travail<sup>27</sup>. Certaines entreprises proposent déjà des mesures favorisant l'adoption de comportements santé. Il se dégage qu'une intervention réussie en milieu de travail nécessite des activités de sensibilisation auprès des employeurs et employés quant à l'importance de modifier l'environnement physique, social et organisationnel ainsi que sur les bienfaits d'adopter et de maintenir de saines habitudes.

Également, le secteur de la santé et des services sociaux gagnerait à élargir son leadership en créant davantage des environnements sains à l'intérieur même de ses installations, milieu qui emploie un nombre important de travailleurs. En effet, la promotion des saines habitudes de vie dans les établissements du réseau de la santé apparaît nécessaire pour permettre une plus grande cohérence entre les mesures de prévention suggérées et celles mises en application. En ce sens, des changements dans les façons de faire contribueront à servir de référence aux autres milieux de travail ainsi qu'à l'ensemble de la population.

## **Les milieux associatif et communautaire**

Les organismes communautaires de la région, qui sont très actifs, jouent un rôle de premier plan dans le cadre du développement des communautés. Que ce soit des regroupements pour contrer l'insécurité alimentaire ou des centres de conditionnement physique opérés par des bénévoles, nous retrouvons un éventail d'organismes pour répondre aux besoins de chaque communauté. Les organismes associatifs et communautaires créent le tissu social, favorisent le sentiment d'appartenance et dynamisent les milieux de vie. Du point de vue de la santé publique, il s'agit d'une richesse tant sur le plan organisationnel qu'humain. En mobilisant les acteurs communautaires, en développant des partenariats et des échanges d'expertise, des actions issues de la communauté émergeront faisant en sorte de rejoindre plus de gens et d'accroître la qualité des activités de promotion de la santé.

<sup>27</sup> GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*, Québec, 2006, p. 26.





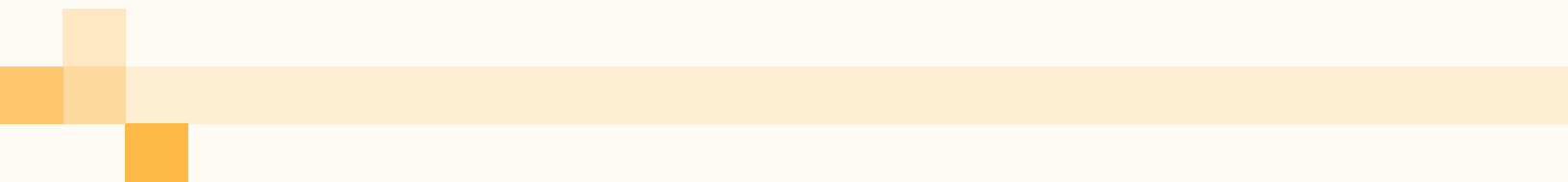
En somme, le présent cadre de référence repose sur l'intégration des trois habitudes de vie quotidienne à un même message faisant la promotion de « 0 fumée », de « 5 fruits et légumes par jour » ainsi que de « 30 minutes d'activité physique quotidiennement ». Ce message est porté et diffusé par tous les intervenants de tous les secteurs et par la combinaison de trois stratégies de promotion de saines habitudes de vie. Présenté sous forme de résumé, on retrouve au tableau suivant les stratégies préconisées, les cibles, les objectifs et les milieux visés, de même que des exemples d'actions propres à chacune de ces stratégies de l'approche 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.

Figure 9

L'approche 0 • 5 • 30 COMBINAISON PRÉVENTION dans la région du Nord-du-Québec

<b>Stratégies</b>	<b>Pratiques cliniques préventives</b>	<b>Actions éducatives</b>	<b>Actions environnementales</b>
<b>Cibles</b>	Professionnels de la santé et des services sociaux	Individus Groupes Population en général	Décideurs, élus et toutes personnes qui façonnent les environnements physiques, sociaux, économiques, culturels
<b>Objectifs</b>	Améliorer les pratiques professionnelles préventives	Améliorer les connaissances, les attitudes et les habiletés pour favoriser le changement de comportements	Rendre les environnements favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie (rendre les choix santé plus faciles et les choix moins santé plus difficiles)
<b>Actions</b>	Counselling bref sur les habitudes de vie à adopter et sur les facteurs de risques	Campagnes de communication, diffusion de renseignements et actions éducatives (ex. : <i>Défi Santé 5/30 d'ACTI-MENU</i> )	Modification d'environnements physique, social, politique, culturel (ex. : installations sportives, contenu des machines distributrices)
<b>Milieux visés</b>	les cinq centres de santé les cabinets privés les pharmacies privées	Milieux suivants : garde à l'enfance, scolaire, municipal, travail, communautaire et associatif	Milieux suivants : garde à l'enfance, scolaire, municipal, travail, communautaire et associatif

Inspiré de SCHAEFER, CARMEN. *Prévenir les maladies chroniques en Montérégie par de saines habitudes de vie : Programme 0-5-30 Combinaison/prévention*, Cadre de référence, Longueuil, Direction de santé publique de la Montérégie, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, 2005, p. 22.



## VI. Les tableaux d'activités

D'ici 2012 :

- augmenter de 5 % la proportion des personnes qui consomment au moins 5 portions de fruits et de légumes par jour;
- augmenter de 5 % la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans;
- augmenter de 5 % la proportion d'adultes qui sont actifs physiquement;
- réduire de 9 % la proportion des personnes de 12 ans ou plus qui font usage du tabac;
- réduire de 4 % la proportion de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire.

### Stratégie 1 : Les pratiques cliniques préventives

ACTIVITÉS	MILIEUX CIBLÉS
Assurer la formation des professionnels de la santé à l'approche de changement de comportement dans leurs activités de counselling	Les centres de santé, les cabinets privés, les pharmacies privées, (médecins, infirmières, travailleurs sociaux nutritionnistes, dentistes, pharmaciens ergothérapeutes, etc.)
Organiser un suivi des stades de changement de comportement du client par le personnel et dans le dossier médical	
Mettre en place dans les services de santé communautaire un système de référence et des outils de communication facilitant le déplacement des fumeurs vers les services de cessation offerts par les centres d'abandon du tabagisme	
Outiller les professionnels de la santé et les clients avec du matériel de communication (brochures, cédéroms, cartons, guide alimentaire, carnets d'adresses, podomètres, références d'activités et autres)	
Outiller les professionnels de la santé à échanger avec leurs clients sur les méfaits de la fumée de tabac secondaire sur la santé et plus particulièrement dans les véhicules et les résidences	
Outiller les intervenants de première ligne à référer les clients vers les services disponibles, ex: centres d'abandon du tabagisme, programme <i>Choisir de maigrir</i>	

## Stratégie 2 : Les actions éducatives

ACTIVITÉS	MILIEUX CIBLÉS
Faire connaître aux partenaires ainsi qu'à la population Le <i>Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids</i> et la <i>Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif</i>	Tous les milieux
Diffuser et participer aux campagnes sociétales et d'activités de communication de saines habitudes de vie ( <i>Rendez-vous d'automne, Plaisirs d'hiver, Défi Santé 5/30, Bougez plus mangez mieux</i> et autres)	Tous les milieux
Organiser des activités d'éducation et de formation visant la consommation d'au moins 5 fruits et légumes par jour et la promotion de l'activité physique dans la communauté, ex : le <i>Défi «Moi j'croque»</i> dans les écoles primaires, la diffusion des avis scientifiques de Kino-Québec, etc.	Tous les milieux
Soutenir les différents milieux selon leur besoin en information en partageant l'expertise concernant les stratégies et programmes reconnus efficaces	Tous les milieux
Faire connaître au réseau scolaire les préoccupations de santé publique concernant l'état de santé des jeunes Québécois	Milieu scolaire
Soutenir le déploiement du programme <i>Bien dans sa tête bien dans sa peau</i> à l'école secondaire	Milieu scolaire

## Stratégie 2 : Les actions éducatives (suite)

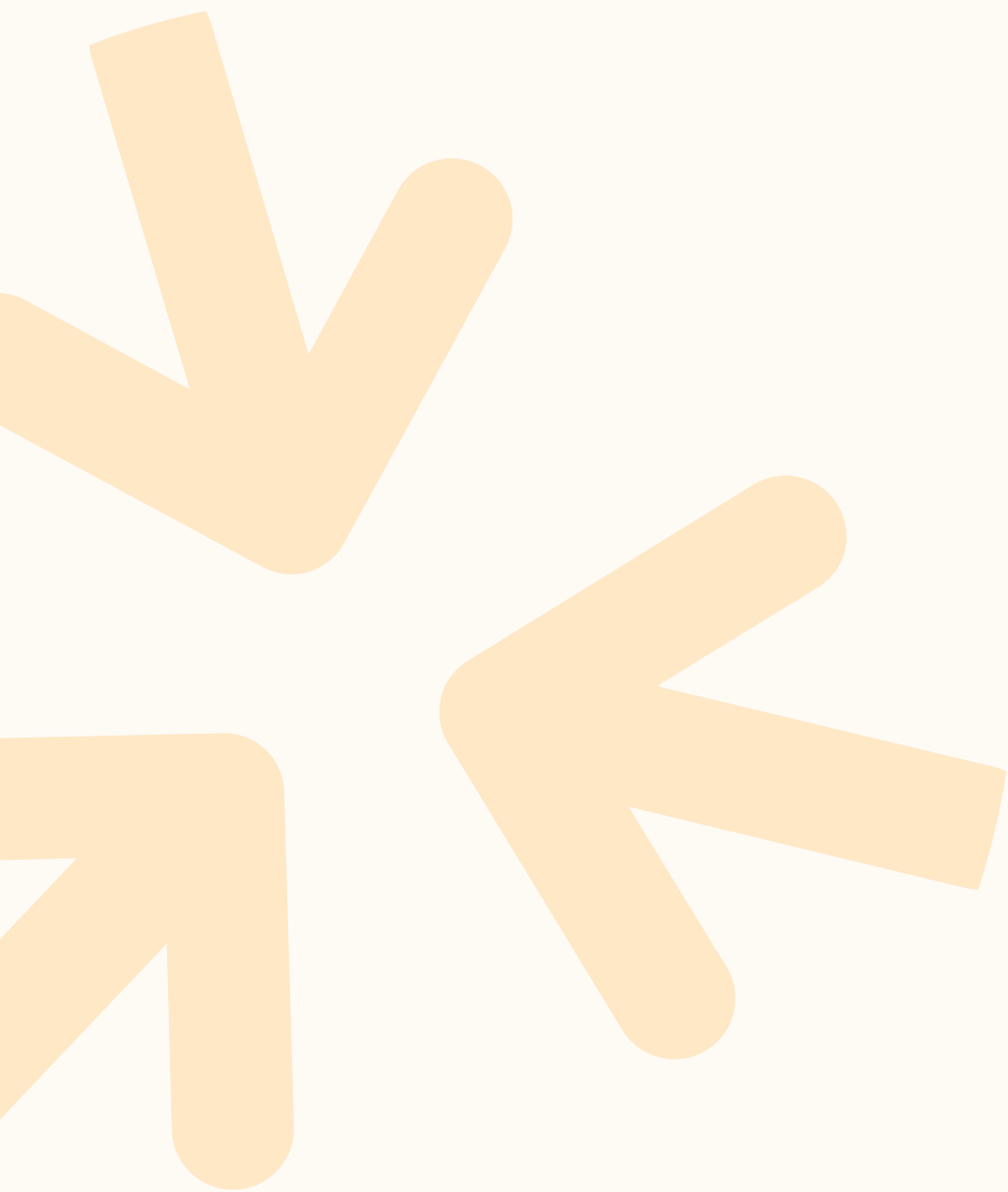
ACTIVITÉS	MILIEUX CIBLÉS
Soutenir les interventions de type <i>Choisir de maigrir</i> auprès de clientèle à risque	Centres de santé
Offrir la formation en leadership étudiant <i>Voltage</i> , à l'ensemble des écoles	Milieu scolaire
Réaliser des interventions en cessation tabagique; individuel et de groupe à l'intérieur des centres d'abandon du tabagisme (CAT)	Centres de santé
Faire connaître aux fumeurs les services en cessation tabagique (campagne CAT, ligne téléphonique, site Internet, et autres)	Tous les milieux
Proposer et réaliser des activités d'éducation et de soutien à l'abandon tabagique dans différents milieux de vie, ex: conférence sur la banalisation de la cigarette auprès des membres d'une maison des jeunes	Tous les milieux
Proposer et réaliser annuellement des activités de sensibilisation et d'éducation s'adressant à l'ensemble des adultes sur les méfaits de la fumée de tabac secondaire sur la santé et particulièrement dans les véhicules et les résidences, ex : <i>Semaine québécoise pour un avenir sans tabac</i> , <i>Famille sans fumée</i> , <i>Roulez sans fumée</i> et autres	Milieux municipal, communautaire et associatif
Organiser une représentation du spectacle <i>In Vivo</i> auprès des adolescents	Milieu scolaire

### Stratégie 3 : Les actions environnementales

ACTIVITÉS	MILIEUX CIBLÉS
Utiliser les outils d'information et de promotion des saines habitudes de vie développés sur le plan provincial et en produire selon les besoins	Centres de santé
Organiser des activités lors des journées, semaines ou mois thématiques en lien avec les habitudes de vie, ( <i>Bougez plus, mangez mieux, Défi Santé 5/30 d'ACTI-MENU, Fruits et légumes en vedette, mois de la nutrition</i> et autres)	Tous les milieux
Mobiliser les différents partenaires afin de développer des projets novateurs en saines habitudes de vie	Tous les milieux
Diffuser le matériel promotionnel ex: <i>Bouger plus, manger mieux, le Guide alimentaire, Ça va Sabine</i> et autres	Tous les milieux
Soutenir les milieux dans l'application d'une politique pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif	Tous les milieux
Assumer un rôle de conseiller et de promoteur dans les projets d'aménagement physique : parcs, sentiers, salles de pause, comptoirs alimentaires, systèmes de signalisation, etc.	Tous les milieux
Soutenir les initiatives des milieux tout en participant au maintien et à l'amélioration de la qualité des infrastructures existantes	Tous les milieux
Assurer à la clientèle l'accessibilité et la qualité du mécanisme de référence pour joindre les intervenants offrant les services de nutrition et de cessation tabagique	Centres de santé
Sensibiliser les milieux de vie à l'importance d'augmenter la disponibilité des fruits et légumes au moindre coût	Tous les milieux
Favoriser l'organisation d'activités physiques accessibles à tous et à bas prix dans les municipalités, les corporations, les organismes et les écoles	Milieux municipal, scolaire, communautaire et associatif
Sensibiliser et recommander aux décideurs des façons de faciliter l'accessibilité aux activités physiques (horaires, critères d'admission, tarifs, etc.)	Milieux municipal et de travail
Soutenir les programmes provinciaux de promotion de l'activité physique dans les écoles ( <i>Mois de l'activité physique et du sport étudiant, Défi de la santé, Iso-actif, Gym en forme, Jeunes coeurs en santé, Marchons vers l'école</i> et autres)	Milieu scolaire

### Stratégie 3 : Les actions environnementales (suite)

ACTIVITÉS	MILIEUX CIBLÉS
Soutenir l'organisation de cours d'écoles actives et structurées dans un aménagement des aires de jeux sécuritaires	Milieu scolaire
Solliciter l'ensemble des écoles à s'inscrire au concours <i>École Active</i> de Kino-Québec	Milieu scolaire
Soutenir les interventions visant l'amélioration de la sécurité et le transport actif dans les quartiers, les parcs, et particulièrement sur le chemin de l'école	Milieus municipal, scolaire, communautaire et associatif
Réaliser des activités pour <i>La journée nationale du sport et de l'activité physique</i> dans les milieux ciblés	Milieus municipal, scolaire, communautaire et associatif
Joindre les municipalités et les entreprises de plus de 10 employés par une offre de service proposant des activités de la campagne <i>Rendez-vous d'automne</i>	Milieus municipal, scolaire, communautaire et associatif
Joindre les écoles, les municipalités et les entreprises de 10 employés et plus par une offre de service proposant des activités de la campagne <i>Plaisirs d'hiver</i>	Milieus municipal, scolaire, communautaire et associatif
Mettre en place ou consolider les activités des groupes <i>Viactive</i> en partenariat avec la clientèle participant au programme PIED	Milieus municipal, scolaire, communautaire et associatif
Diffuser le matériel promotionnel sur les méfaits de la fumée de tabac secondaire sur la santé et, particulièrement dans les véhicules et les résidences	Milieus municipal, scolaire, communautaire et associatif
Soutenir l'organisation de l'activité de <i>La gang allumée</i> dans les écoles secondaires et les maisons des jeunes	Milieus scolaire, communautaire et associatif
Diffuser le matériel promotionnel et organiser des activités de recrutement au <i>Défi J'arrête, j'y gagne.</i>	Tous les milieux





## Conclusion

Le présent document marque le début d'un processus continu qui permettra l'amélioration de la qualité de vie, de la santé et du bien-être des Jamésiens et, souhaitons-le, réduira l'incidence des maladies chroniques.

De toute évidence, cette planification est globale et intégrée puisqu'elle soutient, simultanément, le déploiement de pratiques cliniques préventives, d'activités éducatives et de mesures environnementales contribuant à instaurer, de façon durable, des conditions de vie et des environnements favorables. Jugée très efficace, la conjugaison de stratégies est essentielle pour améliorer l'espérance de vie en bonne santé et ainsi réduire l'incidence des maladies chroniques et leurs conséquences. Autrement dit, pour optimiser les gains sur la santé, il s'avère impératif d'agir, en même temps, sur plusieurs fronts. Il faut chercher, à la fois, à :

- améliorer les pratiques professionnelles préventives;
- améliorer les connaissances, les attitudes et les habiletés individuelles qui amènent le changement de comportements;
- rendre les environnements favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie.

À la lumière des informations précédentes, il apparaît que la santé de la population est déterminée par de multiples facteurs dont l'environnement. C'est pourquoi l'intervention de la santé publique vise à créer un contexte général propice à la santé et au bien-être de tous, de façon durable. Pour y parvenir, il s'avère primordial que les milieux de vie ciblés, plus précisément, les services de garde à l'enfance, les écoles, les municipalités, le milieu de travail ainsi que les milieux communautaire et associatif soient invités à s'impliquer activement à la promotion des saines habitudes de vie. **Peu importe que l'on intervienne au plan régional ou local, sensibiliser, mobiliser et engager les milieux concernés, afin de promouvoir l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie, devraient être la préoccupation de tous les intervenants du CRSSS de la Baie-James ayant à cœur la santé et le bien-être.**

Dorénavant, les trois lignes directrices qui devraient guider les actions sont les suivantes : influencer collectivement, agir en amont et agir sur tous les fronts. Pour aider dans l'opérationnalisation de ces lignes directrices, la DSP élabore actuellement un plan de mise en œuvre de

l'approche 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. À l'échelle locale, ce plan se veut un outil utile pour le déploiement de l'approche. On y retrouvera l'ensemble des objectifs à atteindre, les interventions locales à implanter, un échéancier de planification précis ainsi que les outils disponibles et les indicateurs attendus.

## Bibliographie

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES. *À notre santé : Rapport de la directrice de santé publique*, Saint-Jérôme, Direction de santé publique des Laurentides, 2005, 64 p.

*Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques*, s.l., s.é., 2007, 44 p., (document non publié).

*Chantier 0-5-30 Combinaison prévention*, s.l., s.é., 2005, 34 p.

CÔTÉ, Isabelle. *Bilan de l'implantation au Québec du 0-5-30 combinaison prévention*, s.l., Table de concertation nationale en promotion de la santé et en prévention, 2006, 45 p.

DAIGLE, Karyne. *Promotion d'une saine alimentation et de l'activité physique : analyse des besoins de formation du réseau de santé publique*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2004, 7 p.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Plan d'action en santé publique du Centre régional de la santé et des services sociaux de la Baie-James 2004-2007 : Vers un développement durable pour des communautés et des individus en santé*, Chibougamau, Direction de la santé publique, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2004, 115 p.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *La prévention en actions : Plan d'action montréalais en santé publique 2003-2006*, Montréal, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2003, 82 p.

DIRECTION DU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE. *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : Produire la santé*, Québec, Direction des communications, Ministère de la santé et des services sociaux, 2005, 120 p.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction des communications, Ministère de la santé et des services sociaux, 2003, ix, 133 p.

DUGAL, Sonia. *Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012 dans la région de la Capitale nationale, population adulte*, Beauport, Direction de la santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, 2004, 76 p.

GROULX, Stéphane et autres. *Promotion de la prévention clinique (PPC) : un projet de promotion des pratiques préventives démontrées efficaces auprès des médecins de première ligne de la Montérégie*, Longueuil, Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2001, 71 p.

GROUPE DE TRAVAIL PROVINCIAL SUR LA PROBLÉMATIQUE DU POIDS. *Les problèmes reliés au poids au Québec : Un appel à l'action*, Montréal, Association pour la santé publique du Québec, 2005, 58 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC EN COLLABORATION AVEC LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC ET L'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*, Québec, Gouvernement du Québec, xv, 659 p.

LACHANCE, Brigitte, Martine PAGEAU et Sylvie ROY. *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*, Québec, Direction des communications, Ministère de la santé et des services sociaux, 2006, 50 p.

LE PETIT, Christel et Jean-Marie BERTHELOT. *En santé aujourd'hui, en santé demain ? Résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population. Obésité : un enjeu en croissance*, Ottawa, Groupe d'analyse et de mesure de la santé, Statistique Canada, s.d., 9 p., (no 82-618-MWF2005003).

MONGEAU, Lyne et autres. *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2005, 23 p.

NOLIN, Bertrand, et Denis HAMEL. *Niveau d'activité physique de loisir : régions sociosanitaires et ensemble du Québec, 2003*, Québec Unité connaissance-surveillance, Direction planification, recherche et innovation, Institut national de santé publique du Québec, (document non publié).

« L'obésité », dans INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Améliorer la santé des Canadiens : Les caractéristiques de la santé et de la maladie s'expliquent en grande partie par notre apprentissage, notre mode de vie et notre travail*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004, p. 103 à 145.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA ET ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE, « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé », dans *Santé de la population, Agence de la santé publique du Canada*, [En ligne], 2007, mis à jour le 14 avril 2005. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/pdf/chartre.pdf>] (Consulté le 21 juin 2006)

PROTEAU, Micheline. *La prévention des problèmes reliés au poids au Québec : Créer des environnements favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie, proposition d'actions*, Saint-Jérôme, Direction de santé publique des Laurentides, (document non publié).

RAINE, Kim D. *Le surpoids et l'obésité au Canada : une perspective de la santé de la population*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004, vii, 89 p.

RÉSEAU FRANCOPHONE INTERNATIONAL DE PROMOTION À LA SANTÉ. *Charte de Bangkok : Ancrage pour de meilleures pratiques en promotion de la santé ?*, Montréal, Réseau francophone international de promotion à la santé, 2006, 94 p., (Collection PARTAGE).

SAUVAGEAU, Lyne, Céline LEPAGE et Chantal SAUVAGEAU. *Pour un programme intégré des maladies chroniques 2002-2012, Rapport de révision du programme intégré de prévention des maladies cardiovasculaires et du cancer du poumon (1995-2002)*, Beauport, Direction régionale de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2002, 73 p.

SCHAEFER, Carmen. *Prévenir les maladies chroniques en Montérégie par de saines habitudes de vie : Programme 0-5-30 Combinaison/prévention, Cadre de référence*, Longueuil, Direction de santé publique de la Montérégie, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, 2005, 52 p.

STARKY, Sheena. L'épidémie d'obésité au Canada, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 2005, 14 p., (PRB 05-11F).

TJEPKEMA, Michael. *Obésité mesurée - Obésité chez les adultes au Canada : Poids et grandeur mesurés*, Ottawa, Études et rapports analytiques, Statistique Canada, s.d., 36 p., (no 82-620-MWF2005001).

VILLE DE SAINT-JÉRÔME. « Politique familiale », dans *Ville de Saint-Jérôme*, [En ligne], 2007.

[[http://www.ville.saintjerome.qc.ca/pages/PDF/politiques/Politique\\_familale.pdf](http://www.ville.saintjerome.qc.ca/pages/PDF/politiques/Politique_familale.pdf)] (Consulté le 4 juin 2007).

*Zoom santé, mensuel*, Montréal, Direction Santé Québec : Institut de la statistique du Québec, Juin 2007.





CENTRE RÉGIONAL  
DE SANTÉ ET DE  
SERVICES SOCIAUX  
DE LA BAIE-JAMES



DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE