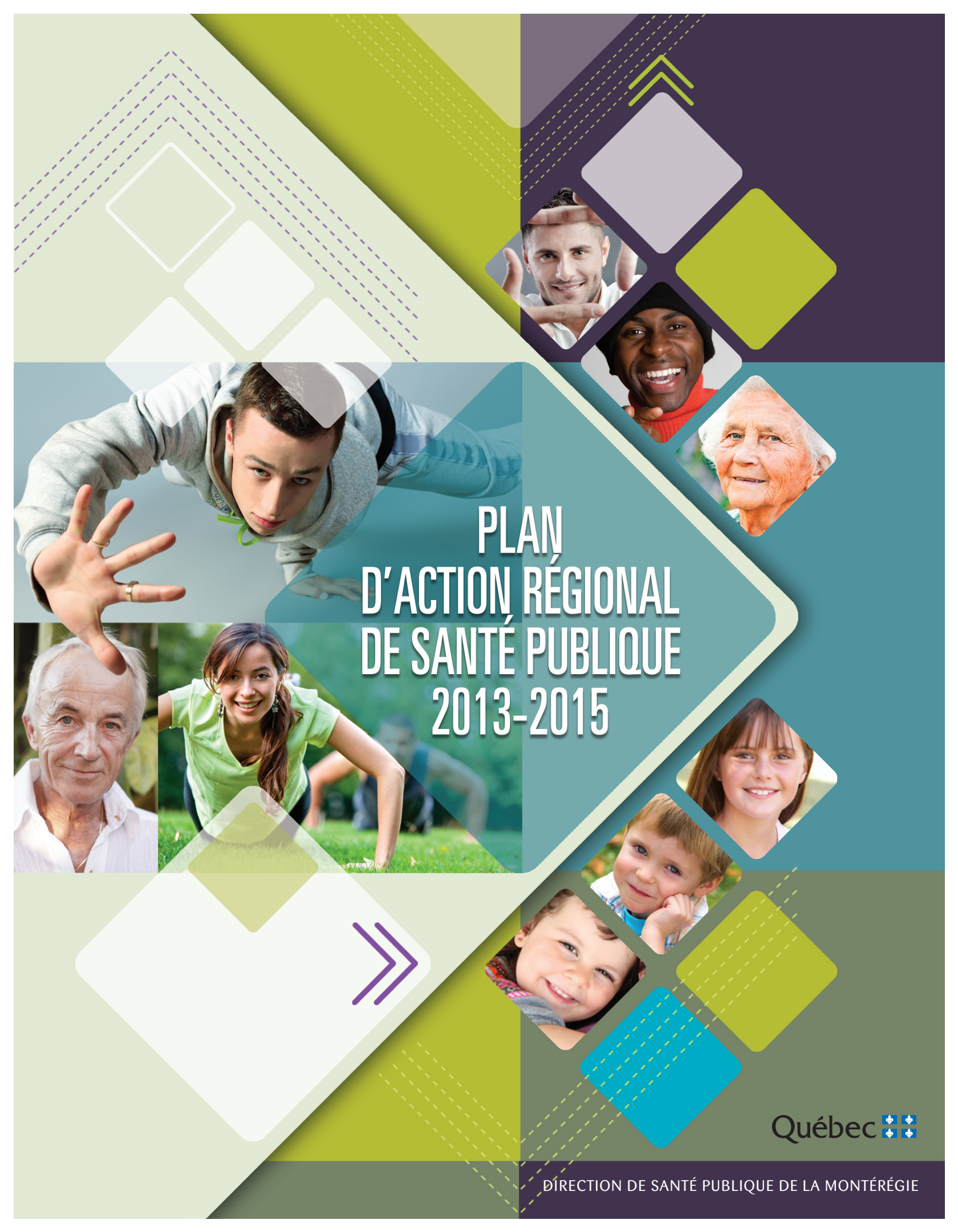




PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2013-2015

Québec 

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE

Une publication de la Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Sous la direction de

Jocelyne Sauvé, directrice de santé publique

Coordination des travaux

Ginette Lafontaine, adjointe à la planification, évaluation-recherche

François Pilote, agent de planification, programmation et recherche

Julie Loslier, médecin-conseil

Conception graphique et infographie

René Larivière

Secrétariat et mise en page

Louise Marchitello

Collaboration

Ce plan d'action n'aurait pu être élaboré avec toutes les précisions requises sans la contribution importante du personnel de chacun des secteurs de la Direction de santé publique, ainsi que la collaboration des directeurs du programme local de santé publique, des cadres intermédiaires et des professionnels des CSSS. Nous les remercions tous très chaleureusement.

Ce document a été diffusé en nombre restreint. Il est maintenant disponible sur le site Extranet : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/direction/index.fr.html>. Une version résumée y est aussi accessible.

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal –

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN (Version imprimée) : 978-2-89342-585-6

ISBN (PDF) : 978-2-89342-586-3

Avril 2013

MOT DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE

Agir en prévention n'a jamais été aussi crucial. Le vieillissement de la population, l'augmentation continue de l'embonpoint et de l'obésité, l'épidémie d'infections transmissibles sexuellement et par le sang, la hausse des taux de signalements chez les jeunes, l'accroissement des inégalités sociales de santé : voilà quelques-unes des réalités qui nous invitent à agir précocement afin de nous assurer que la santé de la population soit la meilleure possible et ainsi diminuer le fardeau des problèmes sociaux et maladies évitables.

Actuellement, le gouvernement du Québec travaille à se doter d'une *Politique nationale de prévention*. Cette politique interpelle plusieurs ministères et organismes qui détiennent certains des leviers nécessaires à l'amélioration de l'état de santé de nos concitoyens. Le message est clair : on doit accorder une attention plus grande aux déterminants de la santé et du bien-être, notamment aux habitudes de vie et aux déterminants sociaux de la santé. Pour ce faire, il faut travailler en partenariat avec de multiples acteurs oeuvrant au sein de différents réseaux. Nous collaborons actuellement au développement du contenu de la dite Politique.

Bien que la mise à jour du *Programme national de santé publique* ait été reportée à 2015 et que la *Politique nationale de prévention* ne soit pas encore élaborée, il a été convenu régionalement de se doter de nouveaux objectifs de santé publique pour les trois prochaines années, à l'intérieur du *Plan d'action régional* et de plans d'action locaux mis à jour. Pour quelles raisons ? D'une part, l'ajout de trois années d'intervention supplémentaires sur des cibles identifiées de 2009 à 2012 nous permet d'augmenter la hauteur des cibles initialement fixées et ainsi consolider nos interventions dans ces domaines. D'autre part, cette mise à jour est une occasion de resserrer nos investissements pour mieux cibler les actions de santé publique qui ont le meilleur potentiel d'effet sur la santé des populations que nous desservons.

Investir en santé publique est rentable, plusieurs études le démontrent. Notre responsabilité en matière d'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population montréalaise exige que nous y consacrons les ressources nécessaires de même que toute l'énergie et les compétences requises. Par ce plan d'action 2013-2015, nous souhaitons vivement pouvoir soutenir la mobilisation des acteurs déjà largement engagés dans la prévention des maladies et la promotion de la santé et ainsi contribuer à maintenir cet élan en faveur de la santé pour tous !

Bonne lecture,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'J. Sauvé'.

Jocelyne Sauvé, M.D.

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

L'amélioration de la santé et du bien-être de la population montérégienne est au cœur de la mission de l'Agence. L'action de santé publique étant incontournable à cet égard, elle se doit de faire partie de nos priorités. D'ailleurs, dans notre planification stratégique, on vise notamment à ce que les objectifs du *Plan d'action régional de santé publique* soient atteints, et ce, en misant tout particulièrement sur la consolidation de l'action intersectorielle en faveur de la santé de la population.

Ces dernières années, la Direction de santé publique a assumé un leadership important dans le dossier de la prévention et de la gestion des maladies chroniques, mais aussi des maladies transmissibles sexuellement et par le sang. Ces deux grandes catégories de maladies sont en croissance et ont un impact important sur la santé de la population et sur les services qui sont nécessaires à leur traitement et à leur suivi. Agir en amont afin d'en diminuer la prévalence est donc essentiel. L'Agence doit mettre en place des conditions pour y arriver, et elle a pris certains engagements à cet effet.

Je salue le fait que la Direction de santé publique et les CSSS se soient donné comme orientation de miser en priorité sur les actions ayant la meilleure portée sur la santé populationnelle. Cette orientation vise à optimiser le potentiel d'impact de notre action de santé publique. Elle va tout à fait dans la voie que nous poursuivons.

Malgré certaines contraintes liées à notre contexte, il ne faut pas diminuer notre soutien à la prévention si nous ne voulons pas hypothéquer davantage les années futures. En ce sens, j'invite les gestionnaires des CSSS et tous les autres acteurs concernés à porter une attention très particulière aux objectifs poursuivis par ce plan d'action et à s'engager de façon importante pour améliorer la santé des Montérégiens.

Bonne lecture,

A handwritten signature in blue ink, reading "Richard Deschamps".

Richard Deschamps

Table des matières

Introduction	5
Nos principales avancées des trois dernières années	6
Bref aperçu de l'état de santé des Montérégiens	9
L'offre de service en santé publique 2013-2015 en Montérégie	16
Les engagements de la DSP pour soutenir l'implantation du PAR et des PAL	7
Les activités réalisées principalement au palier local	19
❖ <i>Implanter une approche municipale intégrée « AMI »</i>	<i>20</i>
❖ <i>Implanter l'approche École en santé « AÉS »</i>	<i>23</i>
❖ <i>Favoriser le développement des communautés.....</i>	<i>26</i>
❖ <i>Favoriser le développement optimal des enfants, de la grossesse à cinq ans</i>	<i>29</i>
❖ <i>Prévenir la carie dentaire.....</i>	<i>32</i>
❖ <i>Promouvoir les saines habitudes de vie.....</i>	<i>35</i>
❖ <i>Prévenir le suicide</i>	<i>38</i>
❖ <i>Prévenir les traumatismes non intentionnels</i>	<i>41</i>
❖ <i>Réduire la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans</i>	<i>44</i>
❖ <i>Réduire l'incidence des maladies évitables par l'immunisation.....</i>	<i>46</i>
❖ <i>Réduire l'incidence des infections transmissibles sexuellement et par le sang</i>	<i>49</i>
❖ <i>Réduire les risques et prévenir les atteintes à la santé des travailleurs</i>	<i>52</i>
Les activités réalisées principalement au palier régional	53
❖ <i>Assurer la protection de la santé de la population.....</i>	<i>54</i>
❖ <i>Soutenir certaines activités actualisées localement par d'autres secteurs que celui de la santé publique.....</i>	<i>56</i>
▪ <i>Les pratiques cliniques préventives</i>	<i>56</i>
▪ <i>Les infections nosocomiales</i>	<i>56</i>
▪ <i>Les cliniques jeunesse</i>	<i>57</i>
▪ <i>Les autres activités</i>	<i>58</i>
Conclusion	58
Liste des sigles et acronymes	59
Annexes	61
Annexe 1 : Bilan des activités déployées de 2009 à 2012	
Annexe 2 : Portrait en lien avec l'atteinte des objectifs sociosanitaires du PNSP	
Annexe 3 : Les actions du Centre Jeunesse de la Montérégie	

INTRODUCTION

Le bilan d'activités 2009-2012 (annexe 1) est plutôt positif, car de belles avancées ont été réalisées en Montérégie. Il démontre clairement que la collaboration avec les partenaires intersectoriels, tels que le réseau scolaire et le réseau municipal, s'est intensifiée ce qui est essentiel à l'atteinte de nombreux objectifs de santé publique. Toutefois, ce n'est qu'un peu plus de la moitié (55 %) de l'ensemble des résultats qui étaient attendus qui ont été atteints totalement.

Plusieurs situations d'urgence sont venues retarder l'atteinte de certains objectifs poursuivis ces trois dernières années. La première, survenue en 2009-2010, est la pandémie de grippe A(H1N1). Celle-ci a requis une vaste campagne de vaccination qui a nécessité un effort colossal et une grande mobilisation du réseau de santé publique. Les résultats : plus de 800 000 doses de vaccins ont été administrées en Montérégie en comparaison à 300 000 lors de la vaccination saisonnière; 58,3 % des résidents de la Montérégie ont été vaccinés contre la grippe A(H1N1) comparativement à 57,3 % des Québécois. Les résultats de couverture vaccinale obtenus reflètent bien les efforts des équipes de la Montérégie.

La région a également été confrontée, au printemps 2011, à des inondations printanières exceptionnelles qui ont touché une quarantaine de municipalités et qui ont nécessité une implication importante des CSSS ainsi que le soutien de l'Agence aux mesures d'urgence. Plus récemment, en mars 2011, une épidémie de rougeole a sévi au Québec et une campagne de vaccination de rattrapage contre la rougeole a été menée dans toutes les écoles primaires et secondaires de la province. Les efforts déployés par les CSSS avec la collaboration du réseau scolaire ont permis de documenter et d'augmenter la couverture vaccinale contre la rougeole de façon significative.

En raison des ressources que ces trois événements ont mobilisées, les acteurs de santé publique ont dû délaissé certaines activités, ce qui a certainement eu des effets sur les résultats à atteindre. Toutefois, il serait trop facile d'imputer toutes les difficultés sur ces événements sans explorer d'autres facteurs qui expliqueraient ce retard.

Les principales zones de difficultés sont dans des dossiers très importants pour la santé de la population montérégienne. D'abord, l'intensité des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance qui n'est pas respectée et qui, pourtant, est essentielle à l'efficacité de ce programme fondamental pour le développement des jeunes enfants vivant dans des contextes de vulnérabilité. Aussi, la vaccination qui n'est pas effectuée dans les délais recommandés chez de nombreux enfants, ce qui ne les protège pas de façon optimale contre d'importantes maladies infectieuses. De plus, le faible taux de couverture vaccinale contre l'influenza est également un enjeu, et ce, particulièrement chez les travailleurs de la santé. De fait, ces faibles taux augmentent le risque d'acquérir cette infection tant chez ces travailleurs que chez la clientèle vulnérable qui reçoit leurs services et augmente le risque d'éclosion dans les milieux de soins.

Le présent plan d'action est l'occasion de resserrer l'offre de service de santé publique en Montérégie autour d'objectifs identifiés comme étant prioritaires et qui doivent faire l'objet d'un suivi plus intensif. Nous souhaitons que cette orientation prise conjointement par les décideurs locaux et régionaux du Programme de santé publique permette à tous d'atteindre ces objectifs et, ainsi, de mieux contribuer à améliorer la santé de leur population.

NOS PRINCIPALES AVANCÉES DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES

Un regard sur ces trois dernières années permet de recenser plusieurs avancées remarquables dans des thématiques variées. Elles sont le reflet des énergies combinées de tous les acteurs de santé publique ainsi que d'un partenariat de plus en plus affirmé en Montérégie.

DES THÉMATIQUES MISES EN VALEUR

Au cours de ces années, trois rapports de la Directrice de santé publique ont été rédigés et se sont actualisés via les journées montérégiennes de santé publique (JMSP). Les thématiques choisies pour ces rapports l'ont été en raison de données épidémiologiques alarmantes à leur sujet et du fait que des mesures préventives sont connues et possibles à implanter.

❖ Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

En 2010, le rapport *Épidémie d'infections transmissibles sexuellement et par le sang : Invertissons la tendance !* sonne l'alarme sur la hausse importante du nombre de cas de ces infections en Montérégie comme ailleurs au Québec. Ce rapport interpelle principalement les acteurs du milieu de la santé et les invite à unir leurs efforts afin que soient mises en place les interventions et stratégies reconnues efficaces dans la lutte aux infections transmissibles sexuellement et par le sang. Un portrait des services actuels dans chacun des CSSS a été rendu disponible lors de la JMSP et, depuis, tant les CSSS que la DSP ont intensifié leurs actions pour améliorer la situation.

❖ Les environnements favorables à l'adoption de saines habitudes de vie

En 2011, le rapport *Penser, aménager, réinventer nos environnements pour des générations en santé* s'est penché sur les saines habitudes de vie des Montérégiens et sur les environnements qui favorisent leur adoption. De nombreux partenaires intersectoriels ont été interpellés, le principal étant le milieu municipal. L'objectif poursuivi? Réduire les maladies chroniques et permettre aux Montérégiens de vivre plus longtemps en bonne santé. La JMSP a permis de réunir la DSP, les CSSS et 100 représentants de plus de 65 municipalités pour identifier les zones les plus importantes à améliorer pour rendre disponibles de tels environnements. La DSP a fourni un portrait des habitudes de vie et des intentions des Montérégiens à l'égard de leur adoption, ainsi qu'un bilan des perceptions et intentions des municipalités en ce qui concerne la mise en place d'environnements favorables. Elle a, de plus, élaboré des fiches techniques portant sur les principales actions à mettre en place dans les municipalités.

❖ La prévention et la gestion des maladies chroniques

En complémentarité avec le rapport de 2011, dans le rapport 2012 intitulé *Une première ligne toute tracée pour des générations en santé*, c'est la prévention et la gestion des maladies chroniques qui ont retenu notre attention. Renforcer l'accessibilité aux services de première ligne, favoriser la collaboration entre les différents professionnels de la santé et une participation plus active des patients dans la gestion de leur maladie et de leur santé, maximiser l'utilisation des ressources, et ce, tout en gardant la qualité au premier rang de nos préoccupations, sont les messages centraux du rapport de la directrice 2012. La JMSP, qui regroupait des professionnels, gestionnaires, médecins et pharmaciens de tous les RLS de la Montérégie, a été l'occasion de discuter de ces sujets, de prendre connaissance de certaines expériences prometteuses et d'identifier des pistes d'actions concrètes à mettre en œuvre sur chaque territoire, à partir d'un portrait de leur situation actuelle.

DES THÉMATIQUES QUI SE DÉMARQUENT

❖ L'approche École en santé

Une seconde impulsion a été donnée à l'approche École en santé afin qu'elle soit davantage adaptée aux réalités scolaires. Sous une image renouvelée, des outils communicationnels ont été développés pour les acteurs locaux. Un soutien régional basé sur un accompagnement personnalisé et la réalisation de formations ciblées ont été apportés aux CSSS, pour favoriser le déploiement d'interventions efficaces en promotion et en prévention ainsi que la planification conjointe avec le réseau de l'éducation. Les CSSS ont quant à eux redoublé d'efforts afin d'implanter l'approche dans les écoles de leur territoire, différentes stratégies ont vu le jour pour inciter autant les commissions scolaires que les écoles à s'impliquer dans cette démarche. Ainsi, le nombre d'écoles ayant implanté l'approche est passé de 90 à 178 en moins de quatre ans et plus de 150 ont également amorcé l'implantation.

❖ L'outil de caractérisation « Indicateurs de développement des communautés »

L'outil de caractérisation « Indicateurs de développement des communautés » (IDC) a été implanté dans quatre territoires de CSSS. L'utilisation des indicateurs de développement des communautés fournit une connaissance fine des caractéristiques d'une communauté d'appartenance, de ses besoins et de son potentiel. Les CSSS et les partenaires ont montré un intérêt marqué pour les résultats et leur pertinence pour orienter l'action. Une évaluation est en cours afin de tirer profit de ces expériences pour que les prochains CSSS à l'utiliser soient les mieux outillés possible pour réaliser ces travaux très contributifs à l'actualisation du développement des communautés.

❖ L'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) en contexte municipal

La démarche ÉIS est une stratégie pour soutenir les municipalités dans l'évaluation des répercussions possibles de leurs politiques ou projets sur la santé de leurs citoyens. Suite à la réalisation d'un projet pilote réalisé en 2007-2008 sur le territoire du CSSS de la Haute-Yamaska, la Montérégie a adopté le modèle collaboratif de l'ÉIS, basé sur le volontariat des décideurs municipaux. Depuis 2010, la DSP offre son soutien aux CSSS qui désirent travailler avec cette approche. Dans le cadre du PAR 2009-2012, cinq CSSS avaient inscrit cette pratique dans leurs objectifs. La dernière année a surtout permis de faire connaître cette pratique et de mettre en place les conditions de succès à son implantation. Elle connaît actuellement un essor important.

❖ Les réseaux de sentinelles

Le nombre de réseaux de sentinelles implantés en Montérégie a connu une augmentation fulgurante au cours des trois dernières années, avec plus de 80 réseaux actifs sur le territoire. Les répondants régionaux estiment à près de 1 000 le nombre de sentinelles formées en Montérégie. De plus, les trois dernières années ont permis de déployer des réseaux de sentinelles dans un nouveau milieu, soit le milieu agricole.

❖ La gestion efficace de l'herbe à poux

Le *Projet Herbe à poux 2007-2010*, initié par la DSP, marque une avancée importante quant à la gestion efficace de l'herbe à poux au Québec. Au terme de quatre années de mobilisation de la communauté de Salaberry-de-Valleyfield autour de l'enjeu de santé lié à cette problématique, et appuyé par un suivi environnemental et sanitaire rigoureux, des bénéfices pour la santé des personnes allergiques et la qualité de l'air sont maintenant tangibles.

❖ **L'aménagement de l'environnement bâti**

L'aménagement de l'environnement bâti a des impacts majeurs sur l'état de santé de la population et peut, par conséquent, être à l'origine d'iniquités. Le Portrait de l'environnement bâti (Projet Habitat) apporte une vision intégrée d'un ensemble de déterminants environnementaux et sociaux et permet ainsi une lecture exhaustive de la situation dans des milieux les plus défavorisés de la Montérégie. Des pratiques prometteuses ont aussi été recensées. Ce portrait se veut un déclencheur d'actions pour les Conférences régionales des élus, les municipalités et les CSSS. Son but : encourager la revitalisation de certains milieux urbains et favoriser la conception de nouveaux développements pour en faire des milieux de vie sains, sécuritaires et attrayants.

DES INNOVATIONS RÉUSSIES

❖ **Un nouveau modèle de JMSP**

Les journées montérégiennes de santé publique ont adopté un nouveau genre. Elles visent de façon plus concrète l'implantation des pratiques reconnues. Des portraits de situation sont rendus disponibles pour chacun des territoires, des discussions entre les partenaires de chacun des CSSS sont incluses dans l'horaire de la journée, des priorités se dégagent.

❖ **Un plan de communication dédié aux rapports de la directrice**

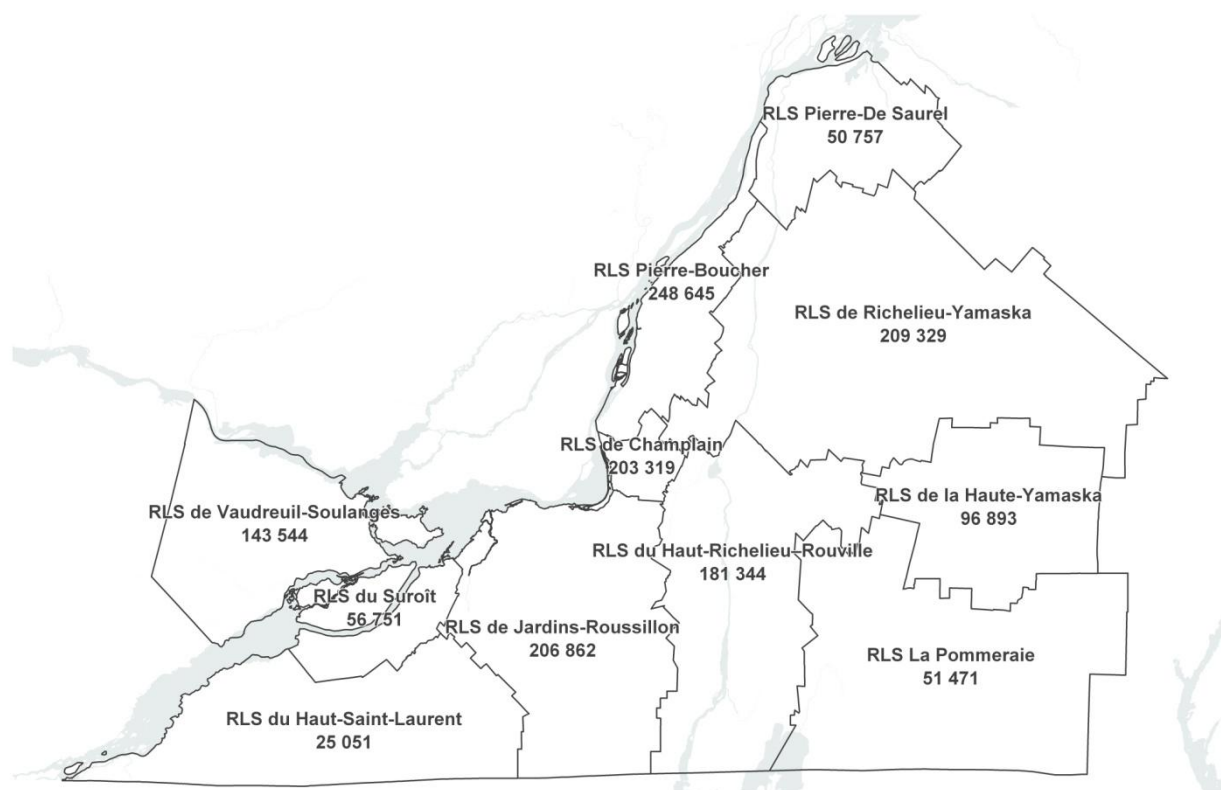
Les rapports de la directrice de santé publique servent à donner de la visibilité à une thématique pour laquelle il est nécessaire d'améliorer l'action de santé publique. Leur simple diffusion n'a que peu de portée. Il est nécessaire de prévoir plusieurs activités visant à en renforcer les messages qu'ils véhiculent et à favoriser l'implantation des mesures qui y sont recommandées. Un plan de communication leur est maintenant dédié, sur une période de trois années. Déjà, des retombées plus concrètes du rapport portant sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et les environnements municipaux favorables peuvent être constatées.

❖ **Des analyses transversales pour un portrait plus complet de la situation**

Plusieurs données administratives sont colligées depuis plusieurs années. Par exemple, les CSSS remettent le bilan des objectifs atteints dans leur Plan d'action local, un portrait des ressources humaines a été réalisé en 2007-2008 et un suivi des allocations budgétaires affectées à plusieurs programmes est disponible. Enfin, pour quelques programmes, des données complémentaires sont disponibles dans le système I-CLSC. En combinant toutes ces données, des analyses ont pu être réalisées, lesquelles ont permis de porter un regard nouveau et plus global sur l'utilisation des ressources et la productivité. Il s'agit d'une première étape vers une appréciation de la performance, une étape par ailleurs déjà très utile aux décideurs.

BREF APERÇU DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES MONTÉRÉGIENS

POPULATION SELON LE RLS, 2012



Source : MSSS, *Estimations et projections démographiques*, édition 2010.

Depuis le précédent Plan d'action régional élaboré en 2009, plusieurs documents publiés par la Direction de santé publique ont présenté en détail diverses facettes de l'état de santé de la population montréalaise. Sans prétendre dresser le portrait complet de l'état de santé de la population, les prochaines pages esquissent quelques-uns des grands enjeux et défis, illustrés par des données choisies à cette fin.

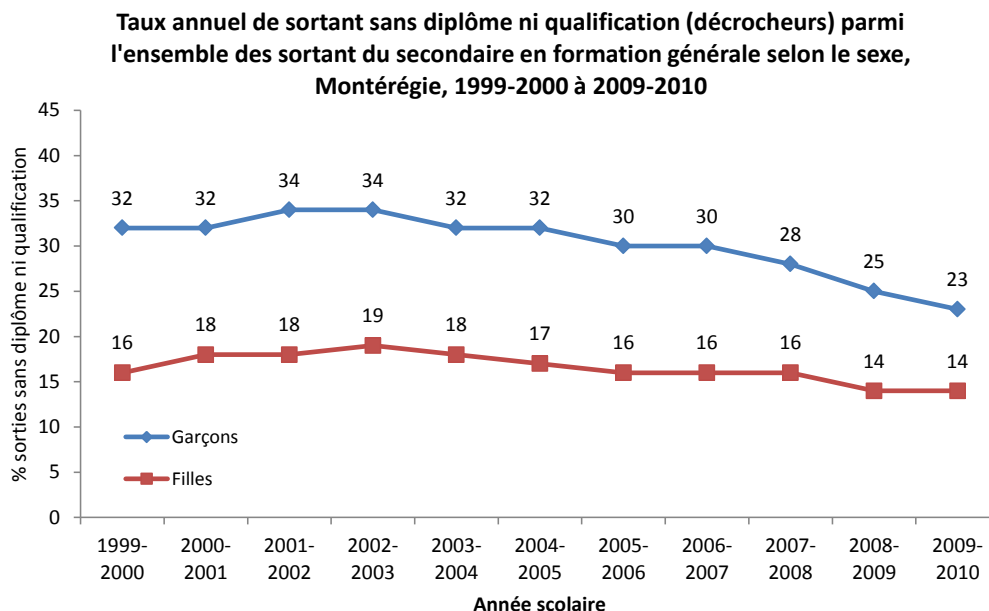
L'état de santé de la population montréalaise évolue plutôt lentement. À certains égards, il a relativement peu changé depuis 2009. À titre d'exemple, depuis plusieurs années, le cancer et les maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire sont à l'origine de 70 % des décès en Montérégie. Cela dit, de puissantes forces modèlent constamment l'état de santé de la population. Ces déterminants de la santé exercent un poids considérable sur l'état de santé futur des individus et, plus globalement, de la population. Parmi les déterminants les plus influents figurent la démographie, les conditions de vie comme le revenu et la scolarité ainsi que les habitudes de vie.

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ : DE PUISSANTES FORCES À L'OEUVRE

La Montérégie affronte des changements démographiques importants, et ceux-ci continueront d'influer sur l'état de santé de la population montérégienne au cours des prochaines décennies. La population régionale continue de croître à un rythme légèrement plus rapide que celle du Québec; si les projections s'avèrent justes, la population de la Montérégie augmentera de 8,7 % entre 2011 et 2021, comparativement à 6,6 % au Québec. Les particularités locales ne sont pas à négliger : la croissance démographique variera de 3,1 % dans le RLS du Haut-Saint-Laurent à 19,4 % dans le RLS de Vaudreuil-Soulanges.

À cette croissance démographique s'ajoutera une autre tendance cruciale, soit l'accroissement du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus. En effet, le nombre d'aînés devrait augmenter de 46 % en Montérégie entre 2011 et 2021, soit un accroissement supérieur à celui anticipé au Québec (39 %). Là encore, des écarts locaux importants se dessinent : le taux d'accroissement des aînés variera de 36 à 62 % selon le RLS. Puisque les personnes de 65 ans et plus représenteront le cinquième de la population en 2021 en Montérégie, la promotion de la santé tout au long de la vie s'avère fondamentale.

Le statut socioéconomique est l'un des déterminants sociaux de la santé les plus puissants. À cet égard, la scolarité occupe une place considérable. Elle influence non seulement le revenu, mais aussi la littératie en santé, par exemple. Heureusement, certains gains ont été réalisés au cours de la dernière décennie au chapitre de la proportion des élèves du secondaire qui en sortent sans diplôme ni qualification. La réussite scolaire, de même que l'acquisition de compétences personnelles et sociales, s'avèrent toujours des cibles préventives très pertinentes pour accroître l'état de santé d'une population.

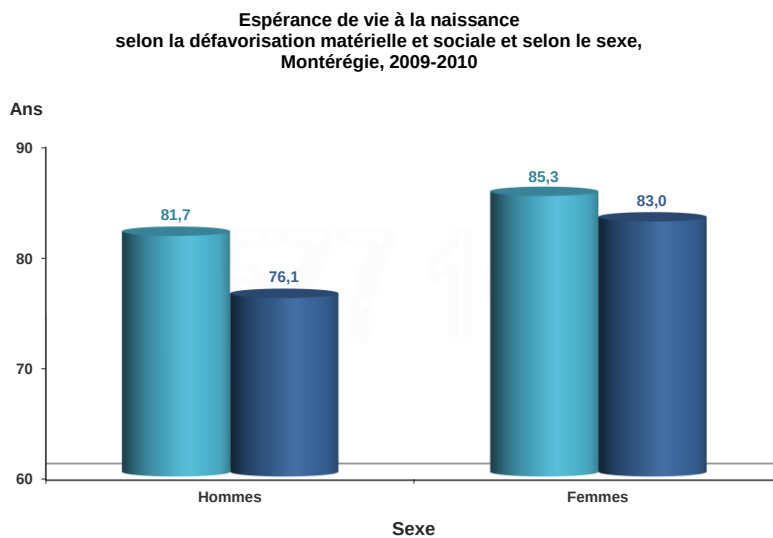


Source : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), système Charlemagne, novembre 2012.
Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, décembre 2012.

L'influence des déterminants sociaux sur la santé s'exerce très tôt, avant même la naissance. En 2010, près de 8 % des naissances vivantes surviennent dans une famille vivant en contexte de vulnérabilité en

Montérégie¹. Le programme des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) vise justement à agir précocement auprès des familles afin de favoriser un développement optimal chez l'enfant, d'améliorer les conditions de vie de ces familles et, ultimement, d'améliorer l'état de santé de ses membres. Intervenir tôt maximise les bénéfices de la promotion de la santé.

À l'échelle collective, la présence d'inégalités au sein d'une communauté exerce un effet clairement néfaste sur la santé de ses membres. Non seulement la situation personnelle d'un individu influence son état de santé, mais il en est de même de l'écart avec ses concitoyens. Rappelons que pour la période 2004-2007, les hommes favorisés au plan matériel et social² de la Montérégie pouvaient espérer vivre 5,6 années de plus que leurs concitoyens défavorisés. Pendant la même période, un écart de 2,3 années était observé chez les femmes de la région. Diverses approches, notamment celles misant sur le développement des communautés et sur le développement de l'enfant, peuvent contribuer à réduire les inégalités sociales et de santé au sein de la population.



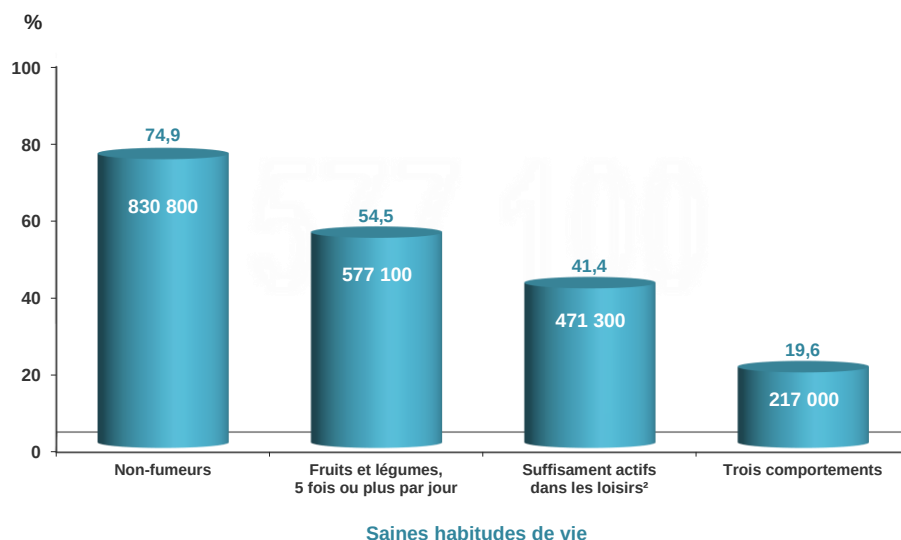
Source : MSSS, Fichier des décès
MSSS, Estimations et projections démographiques, édition 2010.
Statistique Canada, recensement 2006.
Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, juin 2013.

Les environnements physiques et sociaux dans lesquels vivent les personnes façonnent leur mode de vie, et notamment leurs comportements. Les plus récentes données illustrent qu'en Montérégie, il y a matière à préoccupation. En effet, à peine un cinquième de la population âgée de 18 ans et plus adopte les trois saines habitudes de vie primordiales que sont l'abstinence au tabac, la pratique d'activités physiques et la consommation de fruits et légumes. La baisse du tabagisme observée depuis la fin des années 1980 au Québec démontre la contribution des actions préventives, notamment en modifiant l'environnement dans lequel les gens vivent, travaillent et se divertissent, afin de le rendre plus favorable aux saines habitudes de vie.

¹ Naissances vivantes issues d'une mère résidente de la Montérégie âgée de moins de 20 ans ou qui était âgée de plus de 20 ans et ne possédait pas de diplôme d'études secondaires ou professionnelles (moins de 11 ans de scolarité).

² Selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale de Pampalon en 2006.

**Prévalence des saines habitudes de vie,
population de 18 ans et plus¹, Montérégie, 2009-2010**



¹ Il s'agit de la population vivant en ménage privé.

² Atteint le seuil recommandé pour en tirer des bénéfices sur la santé, selon l'intensité, la fréquence et le type d'activité pratiquées.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2009-2010

Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, juin 2013.

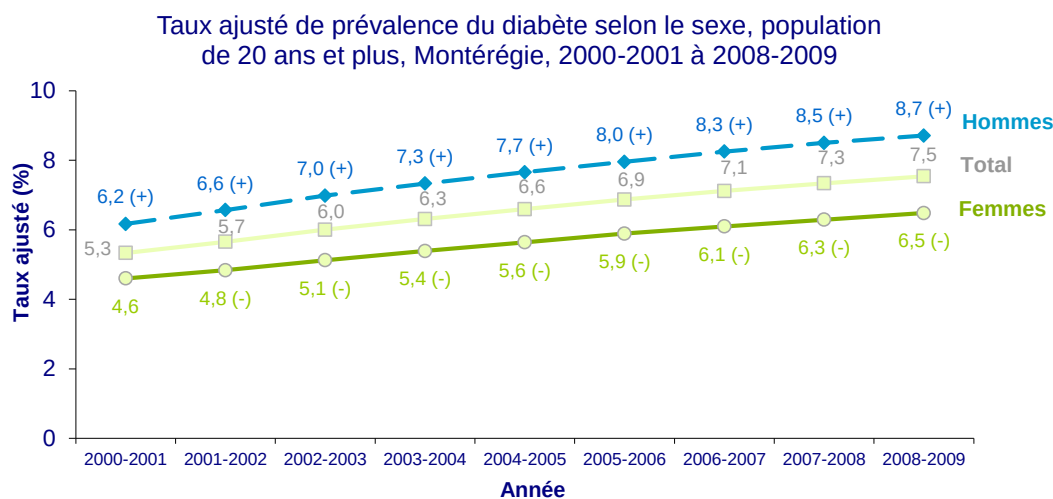
La qualité de l'environnement affecte aussi directement l'état de santé de la population. En 2008, on estime que 29 % des Montérégiens de 15 ans et plus sont touchés par la rhinite allergique³, une proportion significativement plus élevée que celle observée dans le reste du Québec. Plus précisément, 11 % des Montérégiens de 15 ans et plus a déjà reçu un diagnostic d'allergie à l'herbe à poux. Si cet exemple illustre l'impact de la qualité de l'air extérieur sur la santé, l'influence de la qualité de l'eau, des sols ou encore du milieu bâti dans lequel les gens vivent est tout aussi importante, sinon même davantage.

La surveillance des déterminants de la santé requiert une vigilance de tous les instants, et l'exemple de la vaccination démontre qu'il ne faut pas se reposer sur ses lauriers. Depuis la pandémie d'influenza A(H1N1) en 2009, la couverture vaccinale contre l'influenza saisonnière accuse une forte baisse. Durant la saison 2011-2012, on estime qu'à peine 45 % des Montérégiens de 65 ans et plus avaient été vaccinés, comparativement à 61 % en 2008-2009. Chez les enfants, l'offre de vaccins sécuritaires et efficaces s'est accrue, mais des efforts supplémentaires devront être faits afin de rendre la vaccination plus accessible, et ainsi réduire le nombre d'enfants qui ne sont pas vaccinés dans les délais recommandés.

³ Personnes ayant déclaré avoir déjà eu un diagnostic de rhinite allergique au cours de leur vie ou avoir des symptômes de rhinite allergique au cours des 12 mois précédant l'enquête.

DES IMPACTS DÉJÀ CLAIREMENT PERCEPTIBLES

On ne peut ignorer l'effet des déterminants de la santé, car leur impact est d'ores et déjà perceptible. À titre d'exemple, un Montérégien sur cinq âgé de 18 et plus en 2009 est atteint d'au moins une maladie chronique, alors qu'environ 4 % doivent composer au quotidien avec au moins deux de ces maladies. L'évolution de la prévalence du diabète entre 2000-2001 et 2008-2009 démontre l'urgence d'agir en prévention. En seulement 9 ans, le taux de prévalence du diabète chez les Montérégiens de 20 ans et plus a augmenté de 42 %, passant de 5,3 % à 7,5 %.



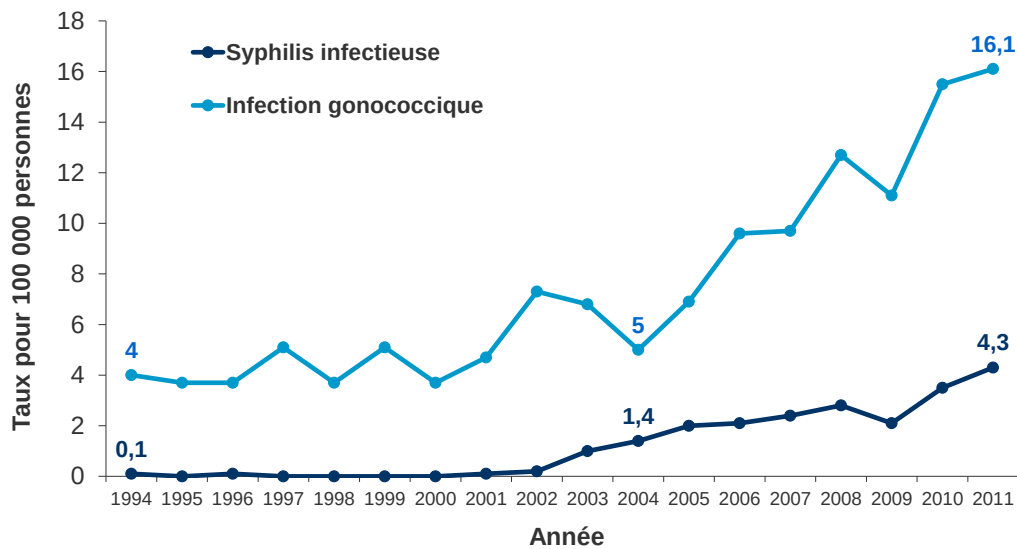
(+), (-) : Valeur significativement plus élevée ou plus faible que celle du Québec au seuil de 5 % obtenue en comparant les intervalles de confiance.

Sources : RAMQ, *Fichier d'inscription des personnes assurées*; RAMQ, *Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte*; MSSS, *Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO*; MSSS, *Estimations et projections démographiques*, édition janvier 2010. Institut national de santé publique du Québec, mai 2011.

Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, décembre 2012.

La nécessité d'agir ne se manifeste pas seulement à l'égard des maladies chroniques. L'évolution des cas déclarés d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) en Montérégie dresse un sombre portrait. Bien que l'infection à *Chlamydia trachomatis* demeure l'ITSS la plus fréquente, la gonorrhée et la syphilis suscitent de vives inquiétudes. Outre l'augmentation du nombre de cas observés au cours des dernières années, l'émergence de l'infection chez les jeunes de 15 à 24 ans, notamment les femmes, fait craindre le pire. Les conséquences d'une ITSS peuvent parfois se révéler tragiques : infertilité, transmission au bébé (syphilis congénitale), infection par une souche résistante à plusieurs antibiotiques (gonorrhée). La prévention, en ciblant toutes les étapes du cycle de transmission de l'infection, reste absolument cruciale.

Taux d'incidence de cas déclarés de syphilis infectieuse et d'infection gonococcique, Montérégie, 1994 à 2011

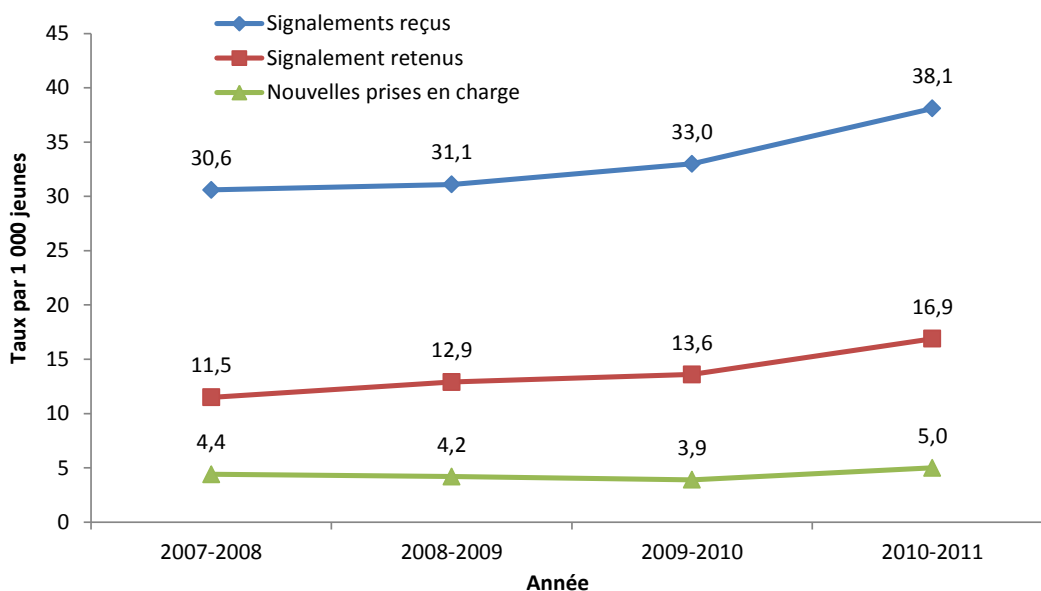


Source : registre central MADO, données extraites le 26 juin 2012.

Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, décembre 2012.

Les difficultés psychosociales n'épargnent pas non plus la population. Mentionnons, à titre d'exemple, la hausse récente des taux de signalements reçus, des signalements retenus et des nouvelles prises en charge en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*. Des comités locaux examineront les causes possibles de cette hausse, et surtout, réfléchiront à des façons de répondre adéquatement aux besoins de ces jeunes en difficultés. Ces données illustrent que trop de jeunes, au même titre que les personnes plus âgées, font face à des difficultés psychosociales importantes. Des approches intégrées auprès des jeunes, ainsi que d'autres actions visant la prévention de problèmes spécifiques (ex. : toxicomanies) peuvent contribuer à réduire le fardeau associé aux problèmes psychosociaux au sein de la population.

Taux de signalements reçus, de signalements retenus et de nouvelles prises en charge, Montérégie, 2007-2008 à 2010-2011



Source : Centre jeunesse de la Montérégie, *Formulaire AS-480*, 2007-2008 à 2010-2011, MSSS, *Estimations et projections démographiques*, édition 2010.

Production : équipe Surveillance de la santé de la population, DSP Montérégie, décembre 2012

QUE FAUT-IL RETENIR?

Les déterminants de la santé exercent un impact majeur sur l'état de santé de la population, tant actuel et futur. Il est primordial d'agir, afin d'améliorer l'état de santé de la population. C'est dans cette optique que s'inscrit le PAR et que se révèle l'importance stratégique des actions de promotion de la santé et des actions préventives, à la réalisation desquelles sont conviés tous nos partenaires.

L'OFFRE DE SERVICE EN SANTÉ PUBLIQUE 2013-2015 EN MONTÉRÉGIE

Le Plan d'action régional 2009-2012 présentait les objectifs que les CSSS et la DSP considéraient pouvoir atteindre avec les ressources dont ils disposaient. Pourtant, plusieurs n'y sont pas arrivés. Suite à des discussions à la Table de concertation régionale en santé publique (TCRSP), il a été convenu que le présent Plan d'action régional identifierait certaines activités comme étant des priorités en Montérégie. L'objectif était de diminuer le sentiment d'éparpillement et de concentrer l'énergie des ressources vers un moins grand nombre d'activités, et ainsi augmenter le potentiel d'impact sur la santé de la population. Par conséquent, certaines activités ont été retenues dans ce qui est appelé le « Tronc commun » du PAR 2013-2015.

Une première discussion avec les membres de la TCRSP a permis d'identifier les thématiques sur lesquelles on devait agir en priorité. Les suivantes sont ressorties : le développement des enfants et des jeunes, le développement des communautés, les maladies chroniques, les infections transmissibles sexuellement et par le sang et les maladies évitables par l'immunisation. Ces thématiques étant très larges, il a été convenu de spécifier quelles activités avaient le meilleur potentiel de résultats parmi l'ensemble de celles qui sont possibles. Leur portée populationnelle fut le critère central retenu.

Pour identifier ces activités, des comités de travail composés de représentants des CSSS et de représentants de la DSP ont été mis en place. Des propositions ont été faites à la TCRSP quant aux activités à retenir dans le tronc commun, mais aussi quant aux indicateurs à utiliser pour en effectuer le suivi. Enfin, plusieurs comités de travail ont proposé des grilles d'éléments de suivi permettant d'obtenir une information plus précise pour documenter certaines activités plus importantes et, ainsi, mieux les positionner auprès des décideurs ou partenaires.

Pour les activités n'ayant pas été retenues dans le « Tronc commun », d'un commun accord, il a été décidé que les CSSS avaient le choix de les maintenir ou non dans leur plan d'action local. Ces derniers, selon les particularités de leur territoire, se sont engagés à maintenir, réduire ou abandonner certaines de ces activités afin d'intensifier celles du tronc commun qui nécessitent des efforts supplémentaires.

Les sections qui suivent présentent l'offre de service en santé publique des CSSS et de la DSP de la Montérégie d'ici 2015. Elles débutent par les engagements de la DSP pour soutenir l'implantation des différentes activités du PAR et des PAL. Par la suite, les activités qui se réalisent principalement au niveau local, suivies de celles qui se réalisent principalement au niveau régional sont identifiées. Finalement, les partenaires qui sont concernés par chacune des thématiques sont spécifiées, démonstration importante de la nécessité d'impliquer les partenaires intersectoriels pour l'atteinte des objectifs de santé publique.

LES ENGAGEMENTS DE LA DSP POUR SOUTENIR L'IMPLANTATION DU PAR ET DES PAL

En plus des activités qui découlent de ses mandats spécifiques notamment liés à son rôle d'autorité de santé publique, la DSP mène un certain nombre d'actions en vue d'appuyer la mise en œuvre du Plan d'action régional et des plans d'action locaux. Celles-ci constituent une partie importante de son offre de service. Elles sont précisées dans le présent chapitre et constituent des engagements de la DSP.

❖ **Assurer la surveillance de l'état de santé de la population et favoriser l'utilisation de ces données pour la prise de décision**

Dresser un portrait global de l'état de santé de la population, observer les tendances et les variations, détecter les problèmes en émergence, identifier les problèmes prioritaires, élaborer des scénarios prospectifs et suivre l'évolution, au sein de la population, de certains problèmes de santé et de leurs déterminants, voici les objectifs qui sont poursuivis par les activités de surveillance. L'exercice de cette fonction essentielle de santé publique évolue, cherchant notamment à concevoir et à déployer des produits bien adaptés aux besoins du réseau sociosanitaire et de ses partenaires. À cet égard, les productions de surveillance adoptent de plus en plus un caractère évolutif, flexible et dynamique. Leur diffusion est guidée par le souci d'assurer soutien et accompagnement aux responsables du programme local de santé publique et des projets cliniques des CSSS ainsi qu'à leurs collaborateurs. Le secteur surveillance soutient aussi les travaux des équipes de la Direction de santé publique et des autres directions de l'Agence.

❖ **Identifier des enjeux prioritaires et leur donner une visibilité**

Les données de surveillance ou des constats quant à des difficultés vécues par la population en termes d'accès à certains services ou programmes, peuvent soulever des enjeux ayant un effet potentiel important sur la santé de la population montérégienne. Pour faire en sorte que les partenaires qui devraient s'impliquer pour agir sur cette situation soient alertés et mobilisés, la Direction de santé publique continuera à utiliser le Rapport annuel de la directrice de santé publique et les Journées montérégiennes de santé publique qui s'y rapportent. De plus, un plan de communication dédié à ces thématiques permettra de renforcer les messages et de favoriser l'action.

❖ **Intégrer, dans l'ensemble des actions, la préoccupation d'agir sur les inégalités sociales de santé**

La réduction des inégalités sociales de santé fait partie intégrante des préoccupations de la Direction de santé publique. Que l'on parle des activités de surveillance comme des activités de vaccination, ou encore lors d'évaluation d'impact sur la santé d'une politique ou d'un projet municipal, cette préoccupation a sa raison d'être. Il est essentiel de tenter d'agir sur ces inégalités en adaptant nos actions à certains groupes de nos communautés.

❖ **Planifier et réaliser des activités de communication percutantes**

Qu'il s'agisse d'informer, de sensibiliser, de mobiliser ou d'influencer, les professionnels de santé publique doivent avoir recours aux stratégies de communication pour atteindre leurs objectifs. Par l'utilisation de moyens de communication efficaces reposant en grande partie sur la régularité, la qualité et la capacité de répondre aux besoins des différentes clientèles, les professionnels en communication de la DSP et des CSSS soutiennent les équipes de santé publique dans l'actualisation des résultats inscrits dans le PAR et les PAL. On peut penser aux portails extranet et internet, aux feuillets d'information et aux activités liées aux campagnes sociétales. Pour permettre une coordination plus grande des initiatives et atteindre de meilleurs résultats, l'élaboration et le déploiement d'un plan de communication stratégique triennal DSP-CSSS est un outil essentiel. Afin de mieux connaître les activités de communication au niveau local, un portrait des activités de communication réalisées par les intervenants du CSSS sera effectué.

❖ **Assurer un accompagnement des CSSS et de ses partenaires dans une optique de mise en commun des expertises et d'intégration des meilleures pratiques**

Chaque CSSS a son propre contexte. Il en va de même pour les partenaires régionaux qui peuvent aussi agir sur la santé de la population. La DSP se doit donc de personnaliser son accompagnement à leur égard et de faire en sorte de mettre son expertise en commun avec la leur. Son mandat est de favoriser l'intégration des meilleures pratiques reconnues tout en respectant par exemple la vision, les valeurs, les mandats et l'expertise de ses partenaires. Pour assurer un tel accompagnement, il est nécessaire de faire connaître l'offre de service de la DSP en utilisant les différents outils de communication disponibles, tels que l'extranet.

❖ **Réaliser le suivi et l'évaluation du PAR et des PAL afin d'apprécier la performance de l'action de santé publique en Montérégie, et ce, dans une optique d'amélioration continue**

Le motif le plus important du suivi et de l'évaluation du PAR et des PAL de santé publique est de fournir des informations utiles à une meilleure prise de décision au regard de l'implantation de chacune des cibles d'action, mais aussi de porter un regard critique sur la performance de notre action. C'est donc dans une optique d'amélioration des pratiques de santé publique que des activités d'évaluation, de suivi et d'appréciation de la performance se poursuivront. Les grilles de suivi de certaines actions, qui ont été élaborées par les groupes de travail sur la mise à jour du PAR et des PAL, poursuivent ce même objectif. Elles seront très utiles pour documenter plus précisément l'implantation de certains programmes d'envergure pour lesquels le suivi par indicateurs s'est démontré impossible. Elles seront par ailleurs révisées au terme de ce PAR à la lumière de l'expérience acquise durant ces quelques années.

❖ **Favoriser le développement des compétences des ressources humaines en santé publique**

Pour soutenir l'évolution des pratiques de gestion et d'intervention en santé publique, des plans de développement des compétences des ressources de santé publique doivent être élaborés et implantés. Des référentiels de compétences seront bientôt rendus disponibles pour chacune des fonctions de santé publique, ainsi que des domaines. Une réflexion sur l'apport des nouvelles technologies de l'information (NTI) est amorcée et quelques projets pilotes sont en cours. Enfin, les besoins en transfert des apprentissages demeurent une préoccupation première dans une optique d'optimisation des retombées d'un programme de développement des compétences.

LES ACTIVITÉS RÉALISÉES PRINCIPALEMENT AU PALIER LOCAL

Ce chapitre présente les activités réalisées principalement au niveau local en lien avec les différentes thématiques. Le terme « principalement » est ici utilisé puisque, bien que le palier local soit le principal acteur dans l'implantation de ces activités, le palier régional y a aussi un rôle à jouer. Pour chacune des thématiques, les informations présentées ci-après sont détaillées.

D'abord, pour bien connaître leur contexte, quelques données de surveillance sont présentées, suivies par le bien-fondé des activités recommandées et un état de situation décrivant où en est l'implantation de ces activités en Montérégie. Un tableau présente aussi les rôles et contributions potentiels des partenaires intersectoriels.

Par la suite, un deuxième tableau présente les contributions attendues de la part des CSSS et de la DSP d'ici 2015, ainsi que celles des Centres Jeunesse de la Montérégie si ceux-ci sont concernés. Par la suite, on retrouve des éléments structurants permettant de favoriser la mise en œuvre des activités de cette thématique. Ces derniers interpellent tant les CSSS que la DSP. Puis, pour les thématiques où des grilles de suivi ont été élaborées, cette information est inscrite.

Implanter une approche municipale intégrée « AMI »

LES ROLES ET CONTRIBUTIONS	Organismes communautaires	Milieux scolaires et de garde à l'enfance	Milieux de la santé autres que CSSS (ex. : CI, cliniques médicales, etc.)	CRE, MRC, municipalités	Milieux de travail	Ministères, organismes publics	Secteurs privés et d'activités économiques
Mise en œuvre				X			
Collaboration	X			X		X	X

Les liens entre le milieu municipal et les acteurs de santé publique en Montérégie ne sont pas récents. Ils se sont surtout construits autour de problématiques de protection de la santé publique, telles que la qualité de l'eau de consommation, les urgences environnementales, les schémas d'aménagement des MRC et la qualité de l'air intérieur. Mais le rôle des acteurs municipaux ne s'arrête pas là. En effet, ils possèdent de nombreux leviers pour favoriser la santé de leurs citoyens. En voici quelques exemples : amélioration de l'environnement alimentaire, implantation d'environnements sans fumée, amélioration de la sécurité d'infrastructures publiques (routes, aires de jeux), aménagement de réseaux favorisant les déplacements actifs (pistes cyclables,

voies piétonnières), revitalisation de quartiers anciens, aménagement du cadre bâti pour prévenir les îlots de chaleur, amélioration de la qualité de l'air extérieur (contrôle de l'herbe à poux, chauffage au bois), amélioration des conditions de vie des citoyens (accès à un logement abordable, à des moyens de transport, soutien social).

Les municipalités et arrondissements, les MRC/TE et les CRÉ constituent des acteurs incontournables dans la mise en œuvre de plusieurs politiques gouvernementales portant notamment sur le développement durable et social, la ruralité, la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, la revitalisation urbaine, ainsi que de plusieurs plans d'action visant la promotion de saines habitudes de vie, les jeunes, les familles ou encore, les aînés. Ainsi, par les multiples responsabilités qu'elles assument, les municipalités, MRC et CRÉ contribuent à la mise en place et au maintien des conditions propices à la santé et au bien-être des populations.

Quelques données

→ *Concernant les maladies chroniques, on observait en 2009, en Montérégie que :*

- près d'un adulte sur cinq déclarait souffrir d'au moins une des maladies chroniques suivantes : asthme, maladie cardiovasculaire, diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique ou cancer;
- environ 63 % de la population adulte, soit près de 693 000 personnes, présentaient au moins un facteur de risque intermédiaire : hypertension, surplus de poids ou cholestérol élevé.

Les maladies chroniques entraînent des incapacités. En 2006, bien que l'espérance de vie à la naissance des Montérégiens ait été de 81 ans, leur espérance de vie sans incapacité n'était que de 68 ans. Ces données mettent en évidence le fait que les Montérégiens vivent en moyenne leurs treize dernières années atteints de diverses incapacités, qui, pour plusieurs, sont évitables.

Ces maladies sont étroitement liées à l'adoption d'habitudes de vie favorables à la santé. L'Organisation mondiale de la santé indique que 80 % des cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux et diabète de type 2 et 40 % des cancers pourraient être évités en adoptant une alimentation saine, en faisant régulièrement de l'exercice physique et en cessant de fumer. Mais, en Montérégie, moins d'un adulte

sur cinq a adopté ces trois comportements. Bonne nouvelle : 750 000 d'entre eux mentionnent avoir l'intention de passer à l'action. Aussi, plus de 85 % des décideurs municipaux considèrent que les municipalités de la Montérégie ont un rôle à jouer sur le plan des habitudes de vie des citoyens et 66,5 % estiment avoir des moyens pour agir.

→ *Au niveau des déterminants sociaux de la santé et de la qualité de l'environnement physique, on remarque par exemple que :*

- 33 % des ménages locataires et 13 % des ménages propriétaires consacraient 30 % ou plus de leur revenu au logement en 2006;
- le transport en commun couvre seulement 30 % du territoire montérégien (lequel comprend 80 % de la population), et est surtout organisé en fonction de la desserte vers Montréal (2012).

Le bien-fondé d'une approche intégrée

Dans la lutte aux maladies chroniques, l'Organisation mondiale de la santé préconise l'adoption d'une approche intégrée basée sur des actions réalisées à plusieurs niveaux (individuel, politique, environnemental, social et culturel) et utilisant diverses stratégies dans le but de favoriser l'adoption de saines habitudes de vie. Au-delà de cette thématique, il convient de constater que le réseau de santé publique interpelle le milieu municipal dans le cadre de plusieurs programmes et actions qui ont une base commune quant à l'objet (le quoi) et à la façon de faire (le comment). Ces programmes et actions ont intérêt à être planifiés globalement et articulés à différents niveaux pour en maximiser le potentiel d'impact.

Plusieurs déterminants de la santé ont un effet sur différentes problématiques et enjeux de santé publique. Aussi, agir sur l'un d'eux implique des effets simultanés dans plusieurs champs d'expertise et de pratique. Certaines actions qui ont des effets bénéfiques pour un aspect de la santé pourraient même entraîner des effets négatifs sur d'autres aspects ou au contraire, multiplier les effets positifs. Des exemples : intervenir dans les arénas en poursuivant trois cibles simultanément soit encourager l'activité physique, offrir un environnement alimentaire sain et offrir un air de qualité exempt de risque d'intoxication (monoxyde de carbone, dioxyde d'azote); intervenir dans les milieux défavorisés en créant des espaces verts qui favorisent l'activité physique, la cohésion sociale et la réduction d'îlots de chaleur. Ces exemples démontrent l'importance de recourir à une expertise croisée pour harmoniser les décisions, les stratégies et les actions. L'approche municipale intégrée doit donc se traduire par un rapprochement des expertises pour tous les enjeux qui interpellent une prise de position commune et des actions concertées.

Où en sommes-nous en Montérégie ?

La DSP a développé au cours des dernières années plusieurs partenariats avec le réseau municipal. Ces partenariats sont des leviers appréciables dans la mise en place d'environnements sains et sécuritaires.

En 2011, une centaine de décideurs et professionnels provenant de 50 municipalités se rencontraient lors d'une Journée montérégienne de santé publique autour du Rapport de la directrice portant sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie. Ce rapport est dans la lignée de ceux produits précédemment notamment sur les environnements physiques et sociaux. Un plan de communication a suivi ce lancement, lequel plan cible tous les acteurs concernés dans la mise en place de ces environnements favorables.

Des portraits des environnements physiques et sociaux des municipalités ont aussi été réalisés et une revue des interventions efficaces pour mettre en place des environnements favorables a été diffusée. On y retrouve par exemple, des actions en promotion d'environnements et de milieux de vie sains, des interventions en prévention des traumatismes non intentionnels, l'implantation de l'approche 0-5-30 en milieu municipal et la réalisation d'évaluation d'impact sur la santé. Les CSSS travaillent déjà auprès de plus de 40 municipalités pour les soutenir dans l'implantation d'un ensemble de mesures visant les environnements favorables. De plus en plus de municipalités font appel aux ressources de santé publique afin d'obtenir une évaluation d'impact sur la santé de leurs politiques ou projets en développement.

En 2012, la DSP marque un pas important en développant sa vision d'un aménagement et du développement favorable à la santé à l'intérieur des grandes consultations de la Communauté métropolitaine de Montréal (CMM). Elle prend aussi position sur le plan territorial de mobilité durable du MTQ. Elle termine son analyse de l'environnement bâti en milieu défavorisé dans plus de 20 municipalités et présente un portrait d'inégalités environnementales entre deux groupes socioéconomiques.

Le contexte est actuellement favorable à un rapprochement encore plus étroit avec le monde municipal. Ainsi, la concrétisation du Plan métropolitain d'aménagement et de développement (PMAD) de la CMM dans six MRC et 45 municipalités de la Montérégie offre une opportunité de maillage étroit. En effet, ces organisations devront assurer la concordance de leur schéma d'aménagement et plan d'urbanisme avec le PMAD qui se veut très axé sur la santé et la qualité de vie des citoyens. De même, la mise en œuvre obligatoire de plans de développement durable par les municipalités et l'adhésion à la stratégie pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires ou encore l'implantation de politiques familiales municipales sont des occasions uniques pour appliquer une approche municipale intégrée par l'ensemble des acteurs de santé publique de la Montérégie.

Contribution des CSSS

A1.1	56 % (100/181) des municipalités auront été rejointes par une intervention de promotion/prévention réalisée par les CSSS pour au moins deux thématiques ciblées
A1.2	31 politiques et projets municipaux auront été soumis à une EIS pour analyser leurs impacts potentiels sur la santé et la qualité de vie des citoyens

Contribution de la DSP

A1.3	Soutenir les municipalités dans l'élaboration de politiques ou projets (évaluation d'impact sur la santé (EIS))
A1.4	Réaliser des activités de promotion de l'approche Villes et Villages en santé (VVS) auprès des municipalités et des CSSS
A1.5	Soutenir les municipalités dont l'eau est fluorée et informer celles qui démontrent de l'intérêt
A1.6	Collaborer aux travaux des conférences régionales des Élus (CRÉ), dont l'approche territoriale intégrée (ATI)

Éléments structurants

Participation aux travaux de concertation des conférences régionales des élus (CRÉ)

Éléments de suivi

Portrait des interventions réalisées en milieu municipal par les intervenants des CSSS

Implanter l'approche École en santé « AÉS »

LES ROLES ET CONTRIBUTIONS	Organismes communautaires	Milieux scolaires et de garde à l'enfance	CRE, MRC, municipalités	Milieux de travail	Ministères, organismes publics
Mise en œuvre	✓	✓			
Collaboration	✓	✓	✓		✓

Il existe des liens directs et forts entre la santé et le bien-être des jeunes et leur réussite éducative. Un jeune en santé apprend mieux et un jeune qui réussit à l'école a plus de chance d'être et de rester en bonne santé.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) ont convenu formellement d'unir leurs efforts pour favoriser la santé et la réussite éducative des jeunes au moyen de l'approche globale et concertée *École en santé* (AÉS). En 2011, un plan de travail conjoint MSSS-MELS (2011-2013) a été défini pour appuyer les deux réseaux dans le déploiement des bonnes pratiques de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire. Les CSSS et le milieu scolaire sont invités à planifier conjointement

et à mettre en œuvre les interventions les plus efficaces en lien avec les priorités de l'école. L'AÉS a pour objectifs de :

- faciliter le développement de compétences personnelles et sociales et de comportements favorisant la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes;
- soutenir la création d'environnements sains, stimulants et sécuritaires, incluant l'accès aux services;
- favoriser la synergie des actions du milieu de l'éducation et de la santé;
- consolider les interactions entre l'école, la famille et la communauté.

Quelques données

En 2009-2010, en Montérégie, chez les adolescents de 12 à 17 ans, on note que :

- un peu plus de la moitié (52 %) avaient une estime de soi moyenne ou mauvaise;
- près de 22 % déclaraient avoir un faible ou très faible sentiment d'appartenance à leur communauté locale;
- environ 28 % présentaient un niveau de détresse psychologique élevé.

En 2010-2011, en Montérégie, chez les élèves du secondaire, on note que :

- à peine un élève du secondaire sur 10 (11 %) pratiquait tous les jours ou presque l'équivalent d'au moins une heure d'activité physique d'intensité moyenne ou élevée (niveau considéré comme « actif »). Cette proportion d'actifs passe à 25 % lorsqu'on inclut le transport actif, comme la marche ou la bicyclette pour aller au travail ou à l'école;
- la moitié (51 %) des élèves consommaient quotidiennement au moins cinq portions de fruits et de légumes. Par ailleurs, environ 30 % déclaraient consommer quotidiennement au moins une boisson sucrée, des grignotines ou des sucreries. Le tiers des garçons en consomment tous les jours comparativement à un peu plus du quart chez les filles (26 %);

- environ 76 % déclaraient n'avoir jamais fait usage de la cigarette alors que la proportion d'élèves ayant fumé au cours des 30 derniers jours est passée de 30 % à environ 7 % entre 1998 et 2011.

Par ailleurs, on note qu'en Montérégie, le taux de grossesses à l'adolescence chez les 14 à 17 ans a diminué entre 1998-2000 et 2007-2009, passant de 19,0 à 11,9 pour 1 000 adolescentes, soit une baisse de plus de 35 %.

Quant aux infections transmissibles sexuellement, elles ne cessent d'augmenter sur le territoire montréalais : entre 2000 et 2010, le taux d'incidence d'infections à la *Chlamydia* est passé de 446 à 767 pour 100 000 jeunes de 15 à 19 ans. Au cours de la même période, le taux d'incidence de la gonorrhée est passé de 6 à 22 pour 100 000 jeunes. En 2010-2011, près de 39 % des élèves du secondaire âgés de 14 ans et plus déclaraient avoir déjà eu des relations sexuelles (ou encore, avoir eu au moins une relation sexuelle consensuelle au cours de leur vie). Parmi ceux-ci, environ 68 % rapportaient avoir utilisé le condom lors de la dernière relation. Une double protection contre la grossesse et les ITSS lors des rapports sexuels demeure donc un défi! Toujours selon la même source, on apprend que 28 % des élèves avaient déjà eu des relations sexuelles vaginales avec trois partenaires ou plus.

Le bien-fondé des actions prévues

L'approche *École en santé* s'inspire de principes reconnus et de rapports d'experts internationaux qui confirment qu'une telle approche demeure la façon la plus efficace de favoriser la réussite éducative ainsi que la santé et le bien-être des jeunes. De plus, des experts des réseaux de la santé et de l'éducation ont émis des recommandations pour plusieurs thématiques qui trouvent écho dans la réalité scolaire.

En continuité avec le PAR (2009-2012) et en cohérence avec la réalité scolaire, les interventions proposées portent notamment sur les saines habitudes de vie (alimentation, mode de vie physiquement actif, prévention des dépendances), les relations harmonieuses et la prévention de la violence ainsi que la sexualité saine et responsable.

Afin de produire des effets positifs sur la santé et la réussite des jeunes, les interventions en contexte scolaire doivent tenir compte des conditions d'efficacité reconnues en promotion et en prévention, soit :

- être planifiées et concertées;
- être globales c'est-à-dire agir sur plus d'un facteur clé du développement du jeune et à plus d'un niveau (jeune, école, famille, communauté);
- favoriser l'engagement actif du jeune dans le développement de ses compétences;
- être déployées de façon suffisamment intense et continue (ne pas se limiter à des activités ponctuelles);
- proposer un contenu approprié et adapté.

Où en sommes-nous en Montérégie?

En 2010, les acteurs des réseaux de la santé et de l'éducation se sont entendus sur une vision actualisée de l'approche *École en santé*. Cette vision se traduit par le déploiement des meilleures pratiques de promotion/prévention en contexte scolaire, par un ancrage avec la réalité et les priorités de l'école ainsi qu'avec un partenariat accentué pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes (planification conjointe).

La DSP planifie conjointement avec la Direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (DRMELS) le soutien régional aux actions de promotion et de prévention. Un comité régional d'orientation, composé de gestionnaires des deux réseaux, de représentants de la DSP et de la DRMELS, voit à l'élaboration, à la réalisation et au suivi du plan d'action annuel.

Au niveau local, tous les CSSS planifient conjointement avec les commissions scolaires la mise en œuvre d'interventions de promotion et de prévention. Au 31 mars 2012, le bilan d'implantation des actions indique que :

- 161 écoles ont amorcé l'implantation de l'approche globale et concertée *École en santé* et 178 écoles (41 %) l'ont implanté;
- 243 écoles ont réalisé au moins une intervention pour favoriser de saines habitudes de vie ou en lien avec la politique-cadre *Pour un Virage Santé à l'école*;
- tous les CSSS ont collaboré à l'implantation de la politique locale pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif;
- plus de 50 % des écoles secondaires pour lesquelles une clinique jeunesse est accessible ont réalisé des interventions en éducation à la sexualité qui tiennent compte des pratiques reconnues efficaces ou prometteuses (47 sur 87 écoles);
- les CSSS ont collaboré avec 20 écoles pour implanter une intervention visant à développer les habiletés sociales et à prévenir les troubles de comportements (de type Fluppy).

Contribution des CSSS

A2.1 60 % des écoles auront implanté l'approche *École en santé*

Contribution de la DSP

A2.2 Élaborer, mettre en œuvre et assurer le suivi, en collaboration avec la DRMELS, du plan d'action annuel pour le soutien régional de l'approche globale et concertée *École en santé*

A2.3 Soutenir l'utilisation des données de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (2010-2011) dans le cadre de la planification des actions en promotion/prévention

Éléments structurants

Planification conjointe CSSS et commissions scolaires portant sur les interventions de promotion de la santé et du bien-être et de prévention en milieu scolaire

Éléments de suivi

Portrait des interventions réalisées en milieu scolaire par les intervenants des CSSS

Portrait des actions du CSSS portant sur les processus à mettre en place pour favoriser le déploiement des meilleures pratiques en promotion-prévention en milieu scolaire

Favoriser le développement des communautés

LES ROLES ET CONTRIBUTIONS	Organismes communautaires	Milieux scolaires et de garde à l'enfance	Milieux de la santé autres que CSSS (ex. : CI, cliniques médicales, etc.)	CRE, MRC, Municipalités	Milieu de travail	Ministères, organismes publics	Secteurs privés et d'activités économiques
Mise en œuvre	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Collaboration	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

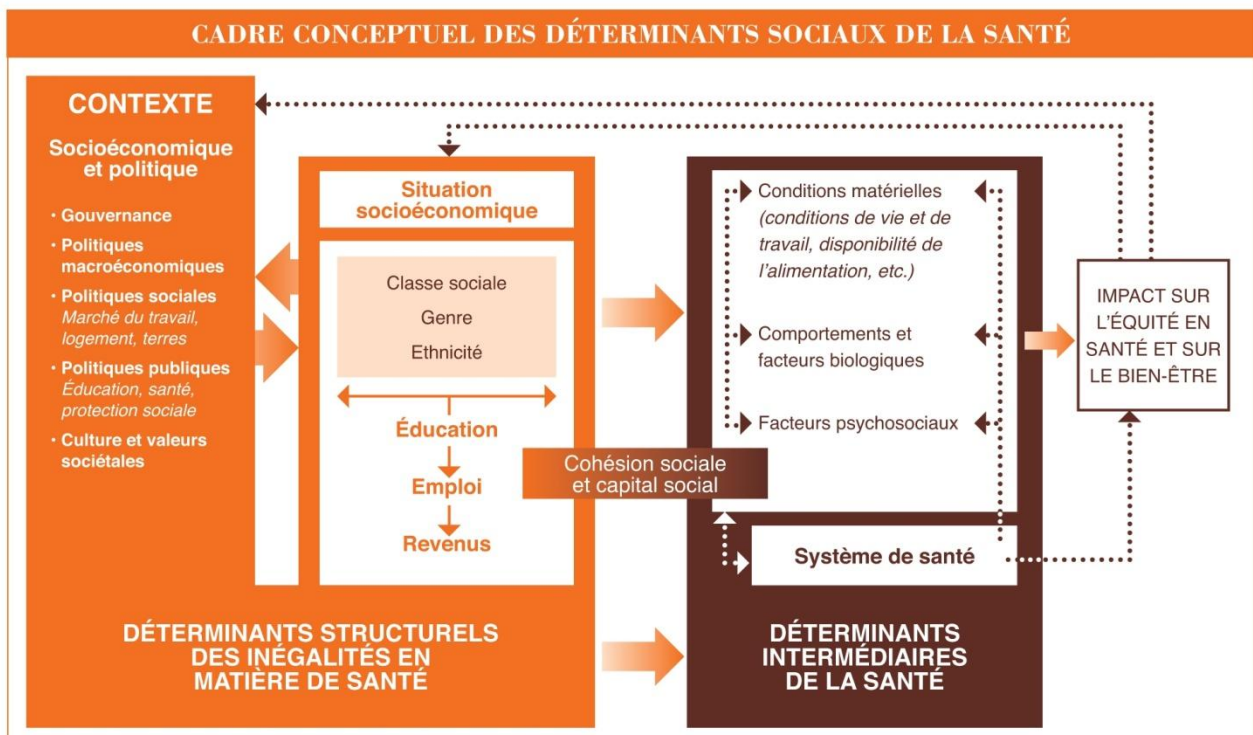
Le développement des communautés est un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local. Dans cette stratégie, la notion de territoire est centrale; on parle ici non pas de territoire administratif, mais de « territoire vécu », de « communauté d'appartenance ».

Le processus de développement des communautés vise l'amélioration des conditions de vie sur les plans social, culturel, économique et environnemental. On y encourage et soutient la participation des personnes d'une communauté aux processus visant à déterminer les problèmes de santé les plus importants pour elles et les solutions les plus appropriées à leur apporter. Elle favorise donc la réalisation de projets issus des

communautés et axés sur la santé et le bien-être.

L'Organisation mondiale de la santé a développé et adopté un cadre conceptuel permettant de comprendre comment les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent affectent la santé et le bien-être des populations. Ce cadre offre un fondement théorique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé (DSS).

Cadre conceptuel DSS de l'OMS



SOURCE : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2011

Les principaux DSS comprennent la scolarité, l'emploi, le revenu, le genre, l'ethnicité, le logement, la sécurité alimentaire, le transport ainsi que le capital social dans ses dimensions de soutien, de cohésion et de participation. Différentes stratégies peuvent être adoptées afin d'agir sur les DSS au niveau local. Le développement des communautés figure parmi celles-ci et constitue une approche à privilégier.

Intervenir en développement des communautés implique d'employer simultanément plusieurs stratégies au cœur d'une même intervention, en agissant sur un, voire plusieurs déterminants sociaux de la santé. Cela requiert, en outre, de mobiliser un grand nombre d'acteurs autour d'objectifs communs déterminés par le milieu. Ces acteurs peuvent notamment comprendre des groupes de citoyens et des intervenants de différents secteurs : santé, éducation, revenu, scolaire, municipal, sports/loisirs, groupes communautaires, organisme sans but lucratif (OSBL), coopératives, etc.

Quelques données

En Montérégie, en 2006 :

- le revenu moyen était de 34 032\$ et le revenu médian, de 26 967\$;
- le taux de chômage se situait à 5,3 %, variant de 4,5 à 7,7 selon le territoire (Qc : 7,0 %);
- 22,1 % de la population des 25 ans et plus ne détenait aucun diplôme, certificat ou grade, cette proportion variant de 16,6 % à 34,4 % selon le territoire de CSSS (Qc : 22,9 %);
- la proportion de familles monoparentales variait de 12,9 % à 17,7 % selon le territoire de CSSS, pour une valeur moyenne de 15,4 % (Qc :16,6 %);
- 10,7 % de la population de 15 ans et plus vivait seule, le taux fluctuant entre 8,0 % et 14,2 % selon le territoire de CSSS (Qc :13,3 %).

En Montérégie, en 2009-2010 :

- 6,9 % de la population de 12 ans et plus vivrait dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire modérée ou sévère (environ 85 100 personnes).

Le bien-fondé des actions prévues

Le soutien, par l'action communautaire, au processus de développement d'un milieu est propice à l'amélioration de la santé et du bien-être de ses résidents. En favorisant, chez les individus, le développement de l'estime de soi et du sentiment de maîtrise de l'environnement, le soutien au développement des communautés contribue à augmenter le sentiment d'appartenance, le sentiment de fierté face aux réalisations jugées bienfaisantes et l'acquisition de nouvelles compétences.

On reconnaît également que les communautés en santé où règne une forte cohésion sociale, c'est-à-dire où la participation active des membres est favorisée, composent beaucoup plus efficacement avec des événements inattendus, accidentels ou même catastrophiques qui exigent des actions rapides, de l'entraide et de la solidarité. Ainsi, l'interaction entre les citoyens et les liens de confiance et de réciprocité créés constituent un déterminant important pour améliorer la santé et le bien-être d'une collectivité.

L'influence des DSS sur la santé et le bien-être des populations est tout aussi importante sinon plus que celle que peuvent avoir les soins médicaux et les comportements personnels. Depuis plus de 50 ans, les principales instances reconnues mondialement dans le secteur de la santé insistent sur l'importance d'agir sur les environnements sociaux pour améliorer la santé des populations.

Le pont de départ en Montérégie

Afin de fournir des données fines concernant les communautés d'appartenance, l'outil de caractérisation « Indicateurs de développement des communautés » (IDC), a été implanté sur quatre territoires de CSSS.

Près de 500 organismes communautaires et bénévoles travaillent activement à favoriser la santé et le bien-être de la population montréalaise. Aussi, des intervenants communautaires engagés dans le développement des communautés sont à l'œuvre dans tous les CSSS. Ainsi, plus de 95 projets de développements des communautés ont été réalisés au cours des trois dernières années.

En ce qui concerne l'action sur les déterminants sociaux de la santé, elle est présente dans tous les territoires de CSSS et cela, depuis de nombreuses années. Depuis 2009, plus de 80 % des projets réalisés par les tables « petite enfance » et « jeunesse » touchent un ou plusieurs DSS alors que ce pourcentage s'élève à près de 100 pour les tables en sécurité alimentaire. De plus, 53 projets visant la participation sociale et la valorisation du rôle social des aînés ont été implantés et plus de 70 projets issus de concertations locales portaient sur un ou des déterminants sociaux de la santé.

Contribution des CSSS

A3.1	Tous les CSSS auront utilisé les principes d'intervention en développement des communautés et réalisé des projets touchant au moins 6 des 9 déterminants sociaux de la santé
A3.2	Tous les CSSS auront, en collaboration avec la DSP, implanté l'outil Indicateurs de développement des communautés (IDC)

Contribution de la DSP

A3.3	Soutenir les CSSS dans l'implantation de l'outil Indicateurs de développement des communautés (IDC)
------	---

Éléments structurants

Participation aux travaux de concertation des conférences régionales des élus (CRÉ)
Soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être

Éléments de suivi

Portrait des interventions réalisées en développement des communautés par les intervenants des CSSS

Favoriser le développement optimal des enfants, de la grossesse à cinq ans

LES ROLES ET CONTRIBUTIONS	Organismes communautaires	Milieux scolaires et de garde à l'enfance	Milieux de la santé autres que CSSS (ex. : CI, cliniques médicales, etc.)	CRE, MRC, Municipalités	Milieu de travail	Ministères, organismes publics	Secteurs privés et d'activités économiques
Mise en œuvre	✓	✓					
Collaboration	✓	✓	✓	✓		✓	

Les recherches confirment que les premières années du développement de l'enfant posent les fondements de ses compétences futures, de ses capacités d'apprentissage et d'adaptation, de ses facultés cognitives, de son comportement et de sa santé. La nécessité d'investir dans les premières années de la vie ne fait plus aucun doute, car il est très coûteux de réparer des années de dommages et de sous-stimulation. L'investissement financier au cours de la grossesse et de la petite enfance pour des programmes de promotion-prévention s'avère plus rentable que celui accordé à des programmes curatifs. L'investissement en petite enfance doit se faire, notamment, auprès des enfants vivants au bas de l'échelle sociale, car ils cumulent un plus grand nombre

de facteurs de risque compromettant leur santé et leur développement.

Quelques données

→ *L'allaitement :*

Notre région se distingue de l'ensemble du Québec par un taux d'allaitement total plus élevé à l'hôpital, ainsi que par des taux d'allaitement exclusif significativement plus élevés pendant le séjour à l'hôpital. En 2010-2011, le taux d'allaitement total et exclusif à l'hôpital était respectivement de 88 % et 69 %.

→ *Les familles vulnérables ciblées par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)*

Au Québec, en 2009-2010, environ 10 % des femmes ayant accouché dans l'année répondaient aux critères d'éligibilité de base des SIPPE (avoir moins de 20 ans ou être âgée de 20 ans et plus et ne pas avoir de diplôme d'études secondaires ou professionnelles). En 1995, on observait que 41 % des enfants montréalais de la maternelle scolaire présentaient des caries sur leur dentition temporaire. Cette situation démontre l'importance d'agir chez les enfants plus jeunes. Comme on observe des inégalités sociales liées à ce problème, les enfants vivant dans les familles ciblées par les SIPPE sont particulièrement ciblés.

Le bien-fondé des actions prévues

La politique de périnatalité 2008-2018 *Un projet porteur de vie*, souligne la nécessité d'offrir aux futurs et nouveaux parents une information à jour et de qualité afin de les soutenir dans leur rôle de parents en période pré et postnatale. Le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans, guide pratique pour les mères et les pères* est l'un des moyens dont nous disposons pour atteindre cet objectif.

Par ailleurs, l'allaitement maternel est le mode d'alimentation par excellence des nourrissons et constitue la voie à privilégier. Les effets bénéfiques de l'allaitement sont nombreux et dépendent de sa

durée et à son exclusivité. Plusieurs études ont démontré les effets positifs de *l'Initiative des amis des bébés*, entre autres sur les taux d'allaitement et sur la santé des bébés.

Les *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* (SIPPE) ont été conçus pour favoriser le développement optimal des enfants de 0 à 5 ans vivant en contexte de vulnérabilité. Les composantes de ces services reposent sur la nécessité d'une intervention précoce, intensive, continue et ajustée aux besoins des enfants et des familles présentant des facteurs de risque. Un processus d'optimisation est actuellement en cours et vise notamment à inscrire les SIPPE dans le volet préventif du continuum de services en périnatalité et pour la petite enfance ainsi qu'à mieux cibler les familles qui y sont admissibles. La littérature scientifique récente montre que la visite à domicile constitue encore une stratégie d'intervention efficace pour les familles à risque, de la période prénatale jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de deux ans. Pour les enfants de 2 à 5 ans, il est démontré que les bénéfices à long terme de la combinaison d'une intervention éducative précoce (intervention directe auprès de l'enfant) et du soutien parental pour favoriser le développement optimal des jeunes enfants vivant en contexte de vulnérabilité.

Les activités éducatives, personnalisées et précoces en santé dentaire auprès des familles ont un effet positif sur la prévention de la carie, particulièrement chez les jeunes enfants vivant dans un contexte de vulnérabilité. Enfin, chez les femmes enceintes, de bons soins dentaires permettent de prévenir les maladies parodontales et, par le fait même, les risques d'accouchement prématuré ou de naissance d'un bébé de petit poids.

Où en sommes-nous en Montérégie?

L'Initiative des amis des bébés et les SIPPE sont implantés dans tous les CSSS de la Montérégie depuis 1997. Ces deux programmes jouissent d'une adhésion et d'un partenariat forts avec l'ensemble des partenaires impliqués. En constante évolution, ils se sont adaptés aux besoins et ont su tenir compte aussi bien de l'expertise développée sur le terrain que des nouvelles connaissances acquises sur le sujet. Chef de file de l'implantation de *l'Initiative des amis des bébés*, la Montérégie compte douze installations (10 CLSC et 2 hôpitaux) certifiées *Amis des bébés* sur son territoire, dans sept CSSS (deux d'entre eux ont reçu la certification pour l'ensemble de leurs installations).

En ce qui concerne les SIPPE, le volet « accompagnement des familles » a permis de rejoindre, en 2011-2012, 894 familles ciblées et de leur offrir un suivi global adapté à leurs besoins. L'intensité et la durée du suivi demeurent toutefois un défi afin de mieux correspondre à ce qui est proposé dans le cadre de référence des SIPPE. Par ailleurs, la supervision clinique offerte à l'équipe multidisciplinaire des SIPPE s'avère un élément crucial pour soutenir le développement continu des intervenants et assurer la qualité et l'efficacité des interventions réalisées auprès des enfants et des familles. En Montérégie, chaque CLSC reçoit un financement d'une journée par semaine pour assurer la supervision clinique à l'équipe multidisciplinaire dans une perspective d'interdisciplinarité. Quant au volet « soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être », il est bien implanté en Montérégie. On y retrouve, par exemple, la réalisation de projets intersectoriels novateurs axés sur les déterminants sociaux de la santé (conditions, milieux et habitudes de vie, accès aux services) en vue de créer des environnements favorables au développement optimal des enfants.

En santé dentaire, plusieurs des CSSS de la Montérégie offrent, sur demande, un soutien à l'équipe multidisciplinaire pour les familles bénéficiant des SIPPE.

En 2012, un nouveau projet s'amorce au Québec. Il s'agit de *l'Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants* (ICIDJE) qui est un projet intersectoriel structurant dont le but est de

soutenir le développement des enfants québécois de 0 à 5 ans, de mieux préparer leur entrée scolaire et de favoriser leur réussite scolaire, cela en s'appuyant sur leur état de développement à la maternelle. Ce projet se déroule en deux volets; le premier consiste en une enquête, qui fut réalisée pour une première fois en 2012 et qui sera répétée aux cinq ans. Cette enquête, dont les résultats seront diffusés à l'automne 2013 permettra d'avoir un portrait des domaines de vulnérabilité du développement des enfants de la maternelle. Le second volet vise la mobilisation des partenaires locaux pour la réalisation d'actions en lien avec les résultats de l'enquête, les initiatives déjà en place dans les milieux et les meilleures pratiques.

Contribution des CSSS

T1.1	85 % des femmes ayant accouché dans l'année financière auront été rejointes par les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)
T1.2	Tous les CSSS auront maintenu ou augmenté le nombre moyen de visites à domicile réalisées dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)
T2.1	9 installations hôpital des CSSS auront la certification Amis des bébés
T2.2	19 installations CLSC des CSSS auront la certification Amis des bébés
T2.3	4 CSSS auront la certification <i>Amis des bébés</i>

Contribution de la DSP

T2.4	Assurer la coordination régionale de l'Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants (ICIDJE)
T2.5	Diffuser les données de l'enquête québécoise sur le développement des jeunes enfants de la maternelle (EQDEM)

Éléments structurants

	Collaboration avec différents partenaires, notamment Avenir d'enfants, le ministère de la Famille et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport dans le cadre de l' <i>Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants</i> (ICIDJE)
	Supervision clinique pour les <i>Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance</i>

Éléments de suivi

	Nombre moyen d'interventions réalisées dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)
	Portrait de la supervision clinique réalisée dans le cadre des SIPPE
	Suivi des conditions d'implantation de l' <i>Initiative des amis des bébés</i> pour les installations CLSC et hôpital

LES ROLES ET CONTRIBUTIONS							
	Organismes communautaires	Milieux scolaires et de garde à l'enfance	Milieux de la santé autres que CSSS (ex. : CJ, cliniques médicales, etc.)	CRE, MRC, Municipalités	Milieu de travail	Ministères, organismes publics	Secteurs privés et d'activités économiques
Mise en œuvre				✓			
Collaboration	✓	✓	✓			✓	

Les services dentaires préventifs de santé publique ont pour objectif de réduire les inégalités sociales en matière de santé buccodentaire. Depuis 2005, le *Plan d'action de santé dentaire publique* (PASDP) précise les interventions efficaces à privilégier. Un des objectifs est de réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.

En premier lieu, des mesures individuelles en milieu scolaire sont prévues. Ces mesures comprennent d'abord un dépistage systématique en maternelle. Par la suite, les enfants à risque élevé de carie dentaire bénéficient du suivi préventif individualisé. Ce suivi prévoit jusqu'à six rencontres individuelles avec l'intervenant incluant des conseils sur les saines

habitudes de santé buccodentaire ainsi que des applications topiques de fluorure. Le dépistage du besoin d'agents de scellement et leur application font aussi partie des services à offrir en milieu scolaire.

Le PASDP mise aussi sur des mesures environnementales comme la fluoration de l'eau potable. Enfin, il privilégie des interventions par le biais des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité.

Quelques données

Les données recueillies auprès des hygiénistes démontrent qu'en maternelle, près d'un enfant sur cinq est considéré à risque élevé de carie dentaire. Pour l'année scolaire 2010-2011, si l'on tient compte du critère d'admissibilité montréalais, le pourcentage d'enfants à risque élevé variait de 13,2 % à 35,9 % selon les territoires de CSSS. En 2004-2005, les activités de monitoring révélaient que 9 % des enfants en maternelle avaient un besoin évident de traitement de la carie dentaire pour lequel une référence en cabinet dentaire était requise.

L'Étude clinique sur la santé buccodentaire des élèves québécois du primaire, sous la responsabilité de l'INSPQ et à laquelle participe activement la Montérégie, viendra actualiser les données de santé dentaire qui datent déjà de plusieurs années, et identifier, le cas échéant, les problèmes en émergence.

Le bien-fondé des actions prévues

En milieu scolaire, la polarisation de la carie chez une clientèle d'enfants à risque justifie la pertinence du dépistage. En plus de se baser sur leur expérience antérieure de carie, le critère d'admissibilité montréalais (CAM) permet aux enfants, dont les familles ont eu recours aux *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (SIPPE), de bénéficier du suivi préventif. Cette opportunité s'ajoute aux interventions de prévention visant à introduire de façon précoce de saines habitudes de santé buccodentaire, augmentant leur chance d'être adoptées à plus long terme.

Le bien-fondé des activités réalisées par les intervenants dans le cadre du suivi préventif individualisé est d'ailleurs bien démontré :

- l'application topique de fluorure ne fait aucun doute quant à son efficacité à protéger contre la carie dentaire, particulièrement chez les populations à risque élevé;
- les activités éducatives visant l'adoption de saines habitudes buccodentaires sont reconnues efficaces pour améliorer les connaissances. Les résultats de certaines études ont révélé que l'acquisition des comportements souhaités est augmentée si l'on suscite la participation active de l'apprenant. À titre d'exemple, inviter l'enfant à mettre en pratique la technique de brossage des dents durant une activité éducative favoriserait non seulement l'acquisition de connaissances propres au brossage, mais aussi l'acquisition du comportement approprié;
- l'application d'agent de scellement est une méthode efficace pour prévenir la carie des puits et fissures. Également, lorsqu'il est appliqué sur une carie débutante, l'agent de scellement peut réduire efficacement la progression de la lésion;
- La référence au cabinet dentaire des enfants présentant un besoin évident de traitement de la carie permet un recours aux soins plus rapide pour une situation de santé parfois ignorée par les parents.

Enfin, concernant la fluoration de l'eau potable, le Directeur national de santé publique affirme, dans son énoncé de position (mars 2012), que la fluoration de l'eau potable est une mesure populationnelle efficace, sécuritaire, très peu coûteuse et reconnue par la communauté scientifique pour prévenir la carie.

Le point de départ en Montérégie

Les services dentaires préventifs réalisés en milieu scolaire sont offerts dans tous les CSSS. La quasi-totalité des enfants inscrits en maternelle dans les écoles publiques bénéficient d'un dépistage systématique du risque à la carie. Si l'ensemble des enfants à risque élevé de carie se voient offrir le suivi dentaire préventif individualisé, le consentement à ce service gratuit connaît quelques difficultés par endroits. De plus, certaines activités sont offertes de façon variable entre territoires de CSSS, notamment l'application d'agents de scellement. Cette pratique clinique préventive, bien qu'ayant connu une hausse dans les dernières années, reste une mesure partiellement implantée dans nos établissements. Les plus récentes données montréalaises indiquent que 1 168 enfants ont profité de l'application d'agents de scellement offerte en milieu scolaire ou parfois en établissement de santé, par les hygiénistes dentaires des CSSS pendant l'année scolaire 2010-2011.

Presque tous les CSSS de la Montérégie permettent aux enfants provenant de familles ayant bénéficié des SIPPE d'être inclus dans l'offre de suivi dentaire préventif, peu importe leur expérience antérieure de carie. De plus, certains CSSS offrent des activités de promotion-prévention en santé buccodentaire, nées d'initiatives locales, qui s'adressent à des clientèles de jeunes familles vivant en contexte de vulnérabilité.

Enfin, en ce qui concerne la fluoration, moins de 5 % de la population de la Montérégie bénéficie d'une eau potable volontairement ou naturellement fluorée.

Contribution des CSSS

T3.1	95 % des enfants inscrits en maternelle dans les écoles publiques auront bénéficié d'un dépistage systématique des problèmes buccodentaires
T3.2	90 % des enfants de maternelle inscrits au suivi préventif individualisé selon le critère d'admissibilité montréalais auront bénéficié d'au moins une séance de suivi en maternelle
T3.3	90 % des enfants de 1 ^{re} année inscrits au suivi préventif individualisé auront bénéficié de deux séances de suivi en 1 ^{re} année
T3.4	90 % des enfants de 2 ^e année inscrits au suivi préventif individualisé auront bénéficié d'une séance de suivi en 2 ^e année
T3.5	90 % des enfants de 2 ^e année inscrits au suivi préventif individualisé et n'ayant pas atteint les critères de réussite auront bénéficié d'une deuxième séance de suivi en 2 ^e année
T3.6	90 % des enfants de 3 ^e année inscrits au suivi préventif individualisé et n'ayant pas atteint les critères de réussite auront bénéficié d'une séance de suivi en 3 ^e année
T3.7	31 août 2013 : 40 enfants âgés de 5 à 15 ans auront reçu au moins une application d'agent de scellement dentaire par équivalent temps complet (ETC) en hygiène dentaire du CSSS 31 août 2014 : 60 enfants âgés de 5 à 15 ans auront reçu au moins une application d'agent de scellement dentaire par équivalent temps complet (ETC) en hygiène dentaire du CSSS 31 août 2015 : 80 enfants âgés de 5 à 15 ans auront reçu au moins une application d'agent de scellement dentaire par équivalent temps complet (ETC) en hygiène dentaire du CSSS
T3.8	10 CSSS auront réalisé des activités de promotion/prévention de santé dentaire en périnatalité ou pour la petite enfance

Contribution de la DSP

T3.9	Participer à la réalisation de <i>l'Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire</i> et diffuser les données de l'étude
------	--

Éléments de suivi

Portrait des actions de promotion-prévention de santé dentaire réalisées par les CSSS

Promouvoir les saines habitudes de vie

LES ROLES ET CONTRIBUTIONS	Organismes communautaires	Milieux scolaires et de garde à l'enfance	Milieux de la santé autres que CSSS (ex. : CJ, cliniques médicales, etc.)	CRE, MRC, Municipalités	Milieu de travail	Ministères, organismes publics	Secteurs privés et d'activités économiques
Mise en œuvre	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Collaboration	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

L'augmentation de la prévalence des principales maladies chroniques justifie le maintien et la consolidation d'un éventail d'interventions comprenant l'éducation à la santé, la création d'environnements favorables et l'organisation de services préventifs. Parmi cet éventail, les interventions visant à rendre les environnements favorables à la pratique d'activité physique, à l'adoption d'une saine alimentation et au non-tabagisme sont particulièrement intéressantes, en raison notamment de leur caractère populationnel. Le concept d'« environnement » inclut ses dimensions socioculturelle, politique, économique et physique (l'environnement bâti, notamment).

Quelques données

→ *En ce qui concerne la prévalence des maladies chroniques et de leurs facteurs de risque, on note qu'en Montérégie, en 2009 :*

- plus de 14 000 adultes affirmaient souffrir d'un cancer; 7000 nouveaux cas annuellement et 3000 décès;
- plus de 68 000 adultes disaient souffrir de maladie ou problème cardiaque; 20 % des personnes de 65 ans et plus;
- environ 65 000 adultes souffraient de diabète;
- au moins 54 % des adultes présentaient un surplus de poids (embonpoint et obésité, IMC ≥ 25);
- plus de 224 000 adultes souffraient d'hypertension et presque autant présentaient un taux de cholestérol élevé.

→ *En ce qui concerne l'adoption de saines habitudes de vie, on remarque qu'en Montérégie, en 2009 :*

- 77 % des adultes ne fument pas;
- 54 % des adultes consomment au moins 5 portions de fruits et légumes par jour;
- 32 % font de l'activité physique de loisir au moins trois fois par semaine durant au moins 30 minutes.

Le bien-fondé des actions prévues

Afin de réduire bon nombre de maladies chroniques, il importe d'intervenir auprès des enfants, mais aussi auprès des adultes et des aînés, par des actions de promotion des saines habitudes de vie. Selon l'Organisation mondiale de la santé, on pourrait prévenir 80 % des maladies cardiovasculaires et des cas de diabète du type II ainsi que 40 % des cancers en adoptant une alimentation saine, en bougeant plus et en ne fumant pas. À cet effet, il a été démontré que les interventions multistratégiques qui ciblent l'individu et son environnement sont les plus efficaces. Certains documents d'orientation, dont le PNSP

et le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids *Investir pour l'avenir*, appuient d'ailleurs cette analyse.

En outre, le modèle d'intervention privilégié dans le PNSP favorise les activités concertées avec les milieux de vie, dont les municipalités. Les stratégies employées comprennent notamment l'éducation à la santé, les politiques publiques favorables, les pratiques cliniques préventives, les campagnes sociétales et les activités de communication.

Parmi les différentes stratégies ayant démontré une efficacité pour favoriser les saines habitudes de vie, les interventions sur l'environnement bâti s'avèrent particulièrement intéressantes. Par exemple, l'augmentation du potentiel piétonnier des quartiers, l'accessibilité à des aménagements qui favorisent le transport actif et les activités récréatives et sportives (par ex. pistes cyclables) ainsi qu'un accès à des commerces alimentaires situés près des résidences qui offrent des aliments sains et abordables figurent au nombre des mesures à encourager.

Le point de départ en Montérégie

À ce jour, tous les CSSS ont mis en place une équipe ou désigné un intervenant responsable de mener diverses actions favorisant l'adoption de saines habitudes de vie (saine alimentation, cessation tabagique, activité physique). Depuis 2005, les CSSS ont travaillé à promouvoir l'approche 0-5-30 CP surtout en milieu de travail et à en soutenir l'implantation. À ce jour, on estime que les retombées concrètes sont plutôt faibles, car peu de milieux de travail ont pris charge eux-mêmes des différentes actions requises par cette approche. C'est ce qui explique le changement de cap pris en Montérégie et qui amène les équipes à cibler dorénavant davantage le milieu municipal (voir Approche municipale intégrée (AMI)).

La situation est quelque peu différente pour les CSSS qui sont aussi un milieu de travail. Dix d'entre eux ont implanté l'approche 0-5-30 CP dans un ou plusieurs de leurs établissements. De plus, suite à l'engagement du MSSS, l'adoption d'une politique alimentaire dans le réseau de la santé est présentement en cours de réalisation.

En milieu scolaire, les CSSS accompagnent le déploiement de l'approche École en santé à travers laquelle se réalisent des interventions favorisant la mise en place d'environnements favorables aux saines habitudes de vie. L'aménagement et l'animation de la cour d'école, la promotion du déplacement actif pour se rendre à l'école ou la réalisation de la politique alimentaire sont tous des exemples d'interventions porteuses qui permettent d'améliorer la santé des jeunes.

La clientèle des aînées a été ciblée par l'approche 0-5-30 CP qui s'est déployée, à ce jour, dans 24 milieux de vie (ex. résidences privées, centres de jour, HLM, organismes communautaires). En outre, le programme *En santé après 50 ans* permet annuellement à près de 2 000 aînés de recevoir de l'information sur l'utilisation optimale des médicaments ainsi que sur l'adoption de mesures alternatives à la médication, incluant les saines habitudes de vie.

Concernant la cessation tabagique, tous les CSSS dispensent un éventail de services aux fumeurs qui désirent cesser de fumer. La DSP assure un soutien des intervenants par différentes activités de formation et par la conception et la diffusion d'outils. Au cours de l'année 2011-2012, 1 102 personnes ont été rejointes par les centres d'abandon du tabac.

N.B. Plusieurs activités se réalisent en collaboration avec les municipalités; voir la section Approche municipale intégrée (AMI)

Contribution des CSSS

T4.1	Tous les CSSS auront implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)
T4.2	900 fumeurs auront reçu des services de cessation dans les Centres d'abandon du tabagisme (CAT)
T4.3	77 groupes de l'intervention <i>En santé après 50 ans</i> auront été formés sur les territoires de CSSS
T4.4	16 milieux de travail auront implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)
T4.5	4 milieux de vie des aînés auront implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)
T4.6	4 milieux d'enseignement aux adultes auront implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)

Contribution de la DSP

T4.7	Assurer la coordination du comité régional du Plan d'action gouvernemental (PAG) de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids
------	---

Contribution du Centre jeunesse de la Montérégie

T10.1	Réaliser au moins deux interventions structurées de promotion d'un mode de vie physiquement actif et d'une saine alimentation dans toutes les unités de réadaptation interne
T10.2	
T10.3	Réaliser au moins une intervention structurée de promotion du non-tabagisme dans toutes les unités de réadaptation interne

Éléments structurants

Participation aux travaux de concertation des conférences régionales des élus (CRÉ)
Adhésion au réseau CSSS Promoteur de santé
Participation à la démarche Entreprise en santé
Collaboration aux projets de Québec en forme

Éléments de suivi

Portrait des étapes de l'approche 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION réalisées dans chacun des établissements du CSSS
--

LES ROLES ET CONTRIBUTIONS	Organismes communautaires	Milieux scolaires et de garde à l'enfance	Milieux de la santé autres que CSSS (ex. : CI, cliniques médicales, etc.)	CRE, MRC, Municipalités	Milieu de travail	Ministères, organismes publics	Secteurs privés et d'activités économiques
Mise en œuvre	✓		✓				
Collaboration	✓	✓		✓	✓	✓	✓

Le suicide est un phénomène complexe. Dans la grande majorité des cas, il constitue l'aboutissement d'une trajectoire de vie marquée par un cumul de difficultés et d'événements de vie adverses. Plusieurs facteurs y sont associés, notamment les troubles mentaux, qui touchent près de 90 % des personnes qui décèdent par suicide. Parmi ces problèmes de santé mentale, on retrouve principalement la dépression majeure, la dépendance aux drogues et à l'alcool et les troubles de la personnalité. D'autres facteurs, certains présents dès l'enfance (par ex. histoire personnelle d'abus ou de négligence) ou qui se situent plus près du geste suicidaire (des événements qui entraînent perte ou humiliation) jouent aussi un rôle-clé dans la problématique du

suicide. L'accès aux moyens, tels les armes à feu, ainsi qu'un traitement sensationnaliste du suicide dans les médias peuvent aussi être en cause. Enfin, il est reconnu que les personnes de l'entourage se sentent souvent démunies face au soutien à apporter aux personnes suicidaires.

La prévention des troubles mentaux est une voie à privilégier pour prévenir le suicide. Toutefois, bien que la prévalence de ces troubles soit en augmentation, le *Programme national de santé publique* (PNSP) ne comporte pas d'actions en ce sens pour la population adulte. L'Avis scientifique de l'INSPQ (2008), portant sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux, indique des avancées significatives au plan des connaissances. Cependant, les interventions recensées dans cet avis ont besoin d'être adaptées et évaluées en contexte québécois. À cet effet, un plan d'action ministériel a été élaboré afin que nous puissions prochainement disposer des connaissances nécessaires pour agir. La Direction de santé publique y collabore et entend contribuer au développement de l'expertise en assumant la responsabilité de projets d'expérimentation.

Quelques données

→ En Montérégie, en 2009 :

- le taux ajusté de suicide était de 12,7 par 100 000 (sexes réunis), soit un taux inférieur à la valeur québécoise de 14,6 par 100 000;
- le taux ajusté de mortalité par suicide chez les hommes était de 20,3 décès par 100 000 personnes et de 5,3 décès par 100 000 chez les femmes. Pour la période 2007-2009, le taux le plus élevé s'observait chez les hommes de 45 à 64 ans (31,0 décès par 100 000 personnes) et dans le même groupe d'âge chez les femmes (11,0 par 100 000).

→ En Montérégie, en 2005 :

- plus de 2 % des Montérégiens de 15 ans et plus ont songé sérieusement à se suicider au cours d'une période de douze mois.

→ *Au Québec, en 2008 :*

- en ce qui concerne les tentatives de suicide, la prévalence est estimée à 0,5 %. Les femmes sont significativement plus nombreuses à tenter de se suicider.

Pour ces deux indicateurs, les prévalences sont semblables chez les hommes et les femmes. Cette similitude avait aussi été soulignée dans deux enquêtes sociales et de santé menées à l'échelle provinciale dans les années 1990. Pourtant, depuis quelques décennies, les taux ajustés de mortalité par suicide indiquent que plus d'hommes que de femmes se suicident au Québec. Cela s'explique en bonne partie par le fait que les hommes utilisent des moyens plus létaux lorsqu'ils posent un geste suicidaire.

→ *En Montérégie, en 2009-2010 :*

- 76 % des personnes de 12 ans et plus percevaient leur santé mentale comme étant très bonne ou excellent. Par conséquent, près d'une personne sur quatre n'a pas cette perception.

Le bien-fondé des actions prévues

Pour accroître le potentiel d'efficacité de la prévention, on reconnaît qu'il est préférable de miser sur une combinaison de mesures, permettant ainsi d'agir sur de multiples facteurs de risque. Trois mesures ont été privilégiées par le PNSP :

- restreindre l'accès aux moyens, particulièrement les armes à feu à cause de l'utilisation relativement fréquente de ce moyen et de son haut taux de létalité. Un atelier de sensibilisation aux armes à feu est offert aux intervenants de première ligne des équipes psychosociales et santé mentale des CSSS. Le contenu de l'atelier a fait l'objet d'une validation auprès du Contrôleur des armes à feu du Québec;
- mettre en place des réseaux de sentinelles, soit des adultes formés pour reconnaître les personnes en détresse et suicidaires et soit les référer ou les accompagner vers des ressources d'aide;
- favoriser un traitement approprié du suicide dans les médias, vu l'effet d'imitation toujours possible chez des gens vulnérables. En effet, le traitement médiatique du suicide influence à la fois les attitudes et les comportements d'une population. Selon une étude réalisée sur la couverture du thème du suicide faite par la presse tant nationale que régionale, le traitement médiatique de ces événements n'est pas toujours approprié.

Par ailleurs, d'autres actions du PNSP, bien que n'étant pas spécifiquement identifiées comme telles, contribuent aussi à la diminution de la problématique du suicide en raison de l'impact qu'elles sont susceptibles d'avoir sur des facteurs de risque ou de protection. On fait ici référence aux Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, aux interventions de type *Fluppy*, à l'approche *École en santé* et à certaines pratiques cliniques préventives. Enfin, les campagnes de communication sur le thème de la santé mentale pourraient aussi entraîner des retombées significatives.

Le point de départ en Montérégie

Depuis 2011, près de 150 intervenants de CSSS et d'organismes communautaires en prévention de la violence conjugale ont participé à un atelier de sensibilisation sur la restriction de l'accès aux armes à feu. Le but de cet atelier est de rappeler l'importance de s'enquérir de la présence d'une arme à feu chez les personnes vulnérables, soit celles qui montrent des signes de dépression ou des tendances suicidaires, et de proposer un guide de conduite pour les empêcher d'accéder à un tel moyen. D'autres mesures populationnelles s'ajoutent à cette intervention, notamment la promotion du verrou de

sécurité, une campagne de communication sur le désistement volontaire des armes à feu et la diffusion d'information portant sur les conditions d'entreposage sécuritaires d'une arme à feu.

On note que tous les CSSS de la région sont impliqués activement dans l'implantation des réseaux de sentinelles. Depuis 2006, après avoir franchi plusieurs étapes (appropriation du cadre de référence, formation des intervenants-terrain désignés des CSSS, formation de formateurs régionaux, développement d'outils d'aide à l'implantation), nous estimons en 2012 à plus de 1 000 le nombre de sentinelles formées en Montérégie. Elles exercent leur rôle dans différents milieux, soit les milieux scolaire, collégial, de travail (moyennes et grandes entreprises), municipal, les institutions civiles, les organismes communautaires ainsi que dans la communauté. Au niveau local, le choix des milieux et la mobilisation des partenaires se poursuivent dans la plupart des territoires et des ententes existent quant aux rôles et responsabilités de chacun. De plus, des activités de soutien et de formation continue offertes aux sentinelles ont graduellement été mises en place. Enfin, mentionnons le déploiement à l'automne 2010 de réseaux de sentinelles dans le milieu agricole en collaboration avec les Fédérations de l'Union des producteurs agricoles (UPA) de la Montérégie, les CSSS et les centres de prévention du suicide et les centres de crise.

En ce qui concerne le traitement médiatique, une fiche thématique a été élaborée par l'Association québécoise de prévention du suicide (AQSP) en collaboration avec la direction de santé publique du MSSS. Cette fiche a été diffusée auprès des médias de la Montérégie au printemps 2012. Enfin, mentionnons les articles parus dans les médias régionaux en lien avec les événements suicidaires font l'objet d'une surveillance systématique à la Direction de santé publique.

Contribution des CSSS

T5.1	31 milieux identifiés à risque par les CSSS auront implanté un réseau de sentinelles en prévention du suicide
T5.2	5 CSSS auront réalisé au moins deux activités visant la réduction de l'accès aux armes à feu ou aux médicaments

Contribution de la DSP

T5.3	Sensibiliser les médias afin qu'ils traitent du suicide de façon appropriée
------	---

Éléments de suivi

Nombre de sentinelles formées annuellement
--

Prévenir les traumatismes non intentionnels

LES ROLES ET CONTRIBUTIONS	Organismes communautaires	Milieux scolaires et de garde à l'enfance	Milieux de la santé autres que CSSS (ex. : CI, cliniques médicales, etc.)	CRE, MRC, Municipalités	Milieu de travail	Ministères, organismes publics	Secteurs privés et d'activités économiques
Mise en œuvre		X		X		X	
Collaboration							

Les traumatismes non intentionnels (TNI) regroupent les blessures, les empoisonnements et les noyades qui surviennent involontairement. Dans la plupart des cas, ceux-ci sont évitables. Les TNI sont classés en trois volets, selon les lieux où ils surviennent et correspondent aux activités de la vie courante, soit : les traumatismes routiers, les blessures à domicile et les traumatismes d'origine récréative et sportive.

La réduction de la mortalité associée aux TNI observée au cours des dernières décennies est surtout liée aux traumatismes routiers, là où plusieurs interventions ont été réalisées. Ces bénéfices pour la santé publique sont attribuables à l'introduction des technologies dans les véhicules (ex.

coussin gonflable), à la présence d'environnements plus sécuritaires (ex. aménagement des aires de jeu ou des voies cyclables), à la mise en œuvre de programmes de prévention portant sur les équipements de protection (ex. port du casque de vélo et de la ceinture de sécurité) et à l'adoption de normes et de politiques publiques favorables à la sécurité (ex. règlement concernant la sécurité des piscines résidentielles). Cependant, depuis 2003, les taux de mortalité ont tendance à stagner.

L'atteinte des objectifs de réduction des TNI repose sur une condition essentielle : la concertation intersectorielle et cela en raison du fait que les leviers d'actions relèvent de nombreux acteurs qui varient selon le type de mesures recommandées.

Quelques données

→ Durant la période de 2003 à 2009, en Montérégie :

- 1 700 décès par TNI sont survenus en Montérégie soit près de 340 en moyenne chaque année. De ce nombre, 36 % sont liés à des collisions impliquant un véhicule à moteur tandis que 38 % sont associés à une chute et 26 % sont attribuables à l'ensemble des autres causes (noyade, intoxication, incendie et brûlure, etc.);
- le taux ajusté de mortalité par TNI est légèrement à la baisse avec annuellement 27,3 décès par 100 000 personnes de 2000 à 2004 et 25,7 de 2005 à 2009.

→ Durant la période de 2006 à 2011, en Montérégie :

- on a compté plus de 34 000 hospitalisations par TNI, soit environ 6 800 en moyenne par année. De ce nombre, 60 % étaient liées aux chutes dont la majorité (60 %) concernait des personnes âgées de 65 ans et plus; 13 % étaient associées à la route et 26 % aux autres causes réunies (noyades intoxications, incendies et brûlures, suffocation, etc.).

→ En 2008 :

- 11,4 % des Montérégiens de 15 ans et plus ont déclaré avoir subi, au cours de l'année précédente, une blessure suffisamment grave pour limiter leurs activités.

Le bien-fondé des actions prévues

Les TNI constituent l'une des premières causes de mortalité, de morbidité et de limitations d'activités, et ce, dans une tranche active de la population. Or, c'est un domaine où des solutions efficaces permettent d'atteindre des gains mesurables importants en matière de santé publique à court et moyen termes. On observe ainsi un nombre significatif de vies sauvées, de handicaps évités et de soins épargnés suite à la mise en place de diverses mesures préventives. Plusieurs de ces mesures de prévention sont universelles (lois, environnements, politiques), c'est-à-dire qu'une fois en place, elles sont efficaces pour prévenir les traumatismes pour l'ensemble de la population indistinctement de l'âge, du sexe ou de la cause.

En prévention des traumatismes routiers

→ Jeunes et petite enfance

Siège d'auto pour enfants : l'utilisation adéquate d'un siège d'auto pour enfant permet de réduire de 70 % le risque de décès et de blessures graves lors d'une collision de la route. La mise en place d'un continuum d'activités intégrées (activités de nature éducative, incitative et de contrôle) pour rejoindre et soutenir les parents d'enfants 0-8 ans à des moments clés est à privilégier.

→ Toute la population

Infrastructures cyclables : le *Programme national de santé publique* (PNSP), tout comme la politique vélo du MTQ et de la SAAQ, reconnaissent l'importance d'un aménagement sécuritaire des voies cyclables ainsi que d'un équipement de protection (ex. : casque) dans la prévention des traumatismes associés à l'usage du vélo, tant comme moyen de transport actif que comme activité récréative, et ce, pour tous les groupes d'âge.

Stratégie de concertation intersectorielle sur la sécurité routière : différentes mesures qui agissent sur les déterminants (vitesse, alcool, environnement et véhicules) et contribuent à réduire le bilan des traumatismes routiers requièrent la contribution de plusieurs acteurs et milieux (municipalités, policiers, MTQ, santé publique, SAAQ.). La concertation permet de prioriser et de planifier ces mesures, souvent complémentaires, pour en augmenter l'efficacité. Par exemple, pour contrer la vitesse, les municipalités peuvent intégrer des mesures qui modifient l'environnement pour apaiser la circulation à certains endroits tandis que les policiers exerceront du contrôle à d'autres. Cette concertation peut se faire à l'échelle locale et régionale selon les problématiques et les enjeux.

En prévention des blessures à domicile

→ Petite enfance

Prévention des noyades en piscine résidentielle : les noyades en piscine résidentielle représentent la première cause de décès par TNI chez les 1-4 ans. Il existe des solutions très efficaces pour agir sur cette problématique, dont l'installation d'une clôture autour de la piscine et le contrôle des accès de la maison. En juillet 2010, le gouvernement a adopté un règlement sur la sécurité des piscines résidentielles, lequel obligeait toutes les municipalités à prévoir des dispositions à cet effet dans leur propre réglementation.

→ Aînés

Prévention des chutes : les chutes représentent le plus grave problème de santé publique pour les aînés. En 2004, le MSSS a adopté des orientations qui visent à mettre en œuvre un continuum de services préventifs pour les aînés vivant à domicile. Ce continuum comprend trois interventions, soit : l'intervention multifactorielle non personnalisée (P.I.E.D.), l'intervention médicale préventive (PCP) et l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP). Le volet communautaire qui propose l'intervention P.I.E.D (Programme intégré d'équilibre dynamique) s'adresse aux aînés autonomes à faible risque de chute. Ces interventions visent à réduire le risque de traumatisme dû aux chutes.

En prévention des traumatismes récréatifs et sportifs

→ Jeunes

Aires de jeu : une norme de sécurité qui vise à rendre les aires de jeu conformes permet de réduire les blessures chez les jeunes et plusieurs mesures sont simples à appliquer par les municipalités.

Où en sommes-nous en Montérégie?

L'ensemble des CSSS a amorcé des actions contribuant pour au moins un des résultats attendus pour les TNI. Plus précisément, tous les CSSS de la Montérégie offrent le programme de prévention des chutes P.I.E.D. sur leur territoire. L'ensemble des CSSS ont sensibilisé les municipalités de 5 000 habitants et plus à l'importance d'adopter une réglementation visant l'installation sécuritaire des piscines résidentielles. Neuf CSSS ont réalisé l'amorce ou l'implantation de la cible visant à offrir un continuum de services pour la promotion de l'utilisation correcte des sièges d'auto pour enfants. Deux CSSS ont sensibilisé les municipalités de leur territoire pour améliorer la sécurité des équipements et aires de jeu alors que cinq CSSS ont sensibilisé le milieu scolaire.

N.B. Plusieurs activités se réalisent en collaboration avec les municipalités; voir la section *Approche municipale intégrée (AMI)*

Contribution des CSSS

T6.1	9 CSSS auront implanté un programme de promotion des dispositifs de retenue pour enfants (DRE) de 0 à 8 ans
T6.2	365 personnes âgées à risque de chute auront bénéficié d'une intervention multifactorielle non personnalisée (Programme Intégré d'Équilibre Dynamique [P.I.E.D.])

Contribution de la DSP

T6.3	Soutenir la réalisation d'un plan d'action local sur le continuum de services de promotion de l'utilisation correcte des sièges d'auto pour enfants
------	---

Réduire la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans

LES ROLES ET CONTRIBUTIONS	Organismes communautaires	Milieux scolaires et de garde à l'enfance	Milieux de la santé autres que CSSS (ex. : C, cliniques médicales, etc.)	CRE, MRC, Municipalités	Milieu de travail	Ministères, organismes publics	Secteurs privés et d'activités économiques
Mise en œuvre			✓				
Collaboration	✓		✓				

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) invite toutes les femmes de 50 à 69 ans à passer une mammographie de dépistage tous les deux ans. Afin d'obtenir une diminution maximale du taux de mortalité par cancer du sein, deux conditions sont essentielles, soit d'avoir un taux de participation des femmes ciblées par ce programme d'au moins 70 % et offrir des services de très grande qualité.

Pour assurer cette qualité, les centres désignés par le programme doivent mettre en oeuvre divers stratégies et activités d'amélioration et ce, de façon systématique et continue. Parmi ces activités, notons la saisie exhaustive des données des participantes dans le système d'information du PQDCS, la participation aux formations du PQDCS, l'atteinte des délais optimaux

des rendez-vous et le contrôle de la qualité associée aux actes radiologiques. Le centre de coordination des services régionaux (CCSR) soutient les centres désignés en animant divers mécanismes régionaux d'évaluation, de rétroaction et d'amélioration continue en lien avec leur performance au regard des objectifs du programme.

Certaines activités du CCSR sont fondamentales à la participation des femmes au programme. Ces activités de première ligne sont notamment l'envoi de divers lettres de recrutement (invitation, relance et rappel), l'information et le soutien direct aux femmes via la ligne téléphonique régionale gratuite, la coordination de service de transport gratuit, ainsi que la promotion régionale du PQDCS. Les agentes de promotion locale du PQDCS des CSSS mettent aussi en oeuvre des stratégies efficaces pour sensibiliser les femmes au programme. Divers organismes communautaires sont aussi partenaires pour faire connaître l'existence du programme à certains groupes de femmes.

Quelques données

Chez les femmes, si l'on exclut le cancer de la peau, le cancer du sein est le plus fréquent et il occupe le deuxième rang pour la mortalité par cancer.

➔ *Chez les Montérégiennes de 50 à 69 ans*

- le taux d'incidence en 2004-2006 était de 273 nouveaux cas de cancer du sein par 100 000 femmes, soit une augmentation de 6 % par rapport à la période 1995-1997 (255 nouveaux cas par 100 000 femmes);
- le taux de mortalité par cancer du sein s'élevait à 55 décès par 100 000 femmes pour la période 2006-2009, ce qui représentait une baisse de 14 % comparativement à la période 1995-1997 (64 décès par 100 000).

Le bien-fondé des actions prévues

Les effets bénéfiques d'un programme de dépistage du cancer du sein par mammographie chez les 50 à 69 ans sont bien démontrés. Selon des essais cliniques, la réduction de la mortalité qui y est associée serait de l'ordre de 24 à 29 %. Aussi, dans sa mise à jour des recommandations sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes à risque moyen, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) continue de recommander le dépistage systématique du cancer du sein par mammographie.

Afin d'assurer la qualité des services, des activités d'assurance de la qualité sont indispensables. Ces activités poursuivent deux objectifs, soit la garantie que le programme est en mesure d'offrir à sa clientèle des services de grande qualité et la recherche constante de l'excellence. Elles reposent sur un processus à caractère formatif par lequel la qualité des services offerts est mesurée, comparée puis réajustée à des indicateurs qui traduisent les normes et exigences du cadre de référence du programme.

Le point de départ en Montérégie

→ *Le taux de participation*

Le taux de participation au PQDCS des femmes ciblées en Montérégie était de 60 % en 2009-2010. L'objectif de participation étant de 70 %, les efforts doivent être poursuivis pour atteindre, maintenir et dépasser cette cible. Par ailleurs, on observe des taux de participation moins élevés chez les femmes vivant en milieux défavorisés (57 %) que chez celles vivant en milieux favorisés (63 %).

→ *L'assurance de la qualité*

Depuis l'évaluation de l'organisation des services des centres de référence pour investigation désignés (CRID) réalisé en 2007, un suivi est réalisé auprès des centres. De plus, comme les CRID, tous les centres de dépistage désignés (CDD) reçoivent régulièrement divers outils de rétroaction sur leurs activités et de leurs services offerts dans le cadre du PQDCS. Ce suivi et cette rétroaction leur permet d'apprécier leur performance et d'apporter, le cas échéant, les ajustements nécessaires.

Contribution des CSSS

T7.1a	11 activités de promotion-sensibilisation pour le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) orientées vers la clientèle vulnérable auront été réalisées par le CSSS
T7.1b	8 activités de promotion-sensibilisation pour le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) orientées vers la population en générale auront été réalisées par le CSSS
T7.2	6 CSSS auront réalisé des activités d'assurance de la qualité dans leur centre de référence pour investigation désigné (CRID) et leur centre de dépistage désigné (CDD)

Contribution de la DSP

T7.3	Développer et mettre en œuvre un plan stratégique régional pour rejoindre davantage les femmes d'origine ethnoculturelle étrangère et celles provenant de milieux socioéconomiques défavorisés
T7.4	Accompagner chacun des centres désignés au niveau administratif, dans l'amélioration de la qualité organisationnelle et de la qualité technique et offrir les formations liées au programme

Éléments de suivi

	Taux de participation des femmes admissibles au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)
--	--

Réduire l'incidence des maladies Évitables par l'immunisation

LES ROLES ET CONTRIBUTIONS	Organismes communautaires	Milieux scolaires et de garde à l'enfance	Milieux de la santé autres que CSSS (ex. : CI, cliniques médicales, etc.)	CRE, MRC, Municipalités	Milieu de travail	Ministères, organismes publics	Secteurs privés et d'activités économiques
Mise en œuvre		✓	✓				
Collaboration	✓	✓	✓				

Le contrôle de plusieurs maladies infectieuses constitue l'une des grandes réussites de la santé publique. L'accès à de l'eau potable tout comme la vaccination ont fortement contribué à ce succès. Il est nécessaire de disposer de programmes d'immunisation efficaces si l'on veut que l'incidence des maladies demeure faible. Une réduction des couvertures vaccinales entraînerait inévitablement un retour en force de certaines maladies.

Quelques données

→ *Incidence de certaines maladies*

La Montérégie a été fortement touchée par l'éclosion provinciale de rougeole en 2011. Un total de 145 cas a été répertorié, la grande majorité de ceux-ci étant survenu chez des personnes non adéquatement protégées contre la rougeole. La transmission dans les milieux scolaires a attiré l'attention sur les couvertures vaccinales sous-optimales contre la rougeole. Par ailleurs, les succès rencontrés au chapitre de l'hépatite B se poursuivent grâce aux programmes de vaccination implantés depuis deux décennies.

→ *Atteinte des objectifs de vaccination, pour l'année 2011-2012 :*

- 85 % des enfants âgés de 2 mois vaccinés en CSSS l'ont été dans les deux semaines suivant l'âge prévu au calendrier. Pour les enfants âgés de 1 an, seulement 60 % ont reçu leur vaccin administré en CSSS dans les deux semaines suivant leur 1er anniversaire;
- 88 % des élèves de 4e année du primaire avaient une vaccination complète contre l'hépatite B. 80 % des filles de cette cohorte avaient une vaccination complète contre le VPH;
- 64 % des élèves inscrits en 3e secondaire avaient un statut vaccinal complet pour leur âge. 77 % des filles de cette cohorte avaient une vaccination complète contre le VPH;
- 48 % des personnes de 65 ans ou plus, 32 % des personnes de 60-64 ans, 85 % des bénéficiaires en CHSLD et 39 % des travailleurs de la santé des CSSS avaient été vaccinés contre l'influenza.

Le bien-fondé des actions prévues

Le *Programme d'immunisation du Québec* est en constante évolution. Plusieurs programmes spécifiques ont été ajoutés dans le calendrier régulier de vaccination ces dernières années. Cela implique l'administration de plusieurs injections au cours d'une même visite pour éviter des retards vaccinaux. Même en présence d'une couverture vaccinale élevée dans la population cible, les retards vaccinaux

peuvent alourdir le fardeau de certaines maladies de l'enfant, comme cela peut être le cas avec la coqueluche. Aussi, puisqu'un retard dans l'administration du premier vaccin est associé à un statut vaccinal incomplet à 24 mois, les retards vaccinaux augmentent le risque de maladies évitables par la vaccination, en exposant l'enfant à un risque inutile et potentiellement grave, puisqu'il n'est pas adéquatement protégé contre une maladie pour laquelle il aurait dû l'être.

Le respect du calendrier régulier de vaccination doit également tenir compte de l'âge minimal recommandé pour l'administration du vaccin. Une dose administrée à un âge moindre que l'âge minimal recommandé peut conduire à une réponse immunitaire sous-optimale et, par conséquent, à une protection moindre pour l'enfant. Pour cette raison, une dose administrée précocement ne peut pas être considérée comme donnée et devra être reprise.

Les programmes de vaccination administrés en milieu scolaire permettent de rejoindre un grand nombre de personnes pour plusieurs programmes de vaccination. Toutefois, les efforts doivent être maintenus afin d'atteindre les objectifs de couverture vaccinale fixés dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*, reconduit jusqu'en 2015. L'atteinte de couvertures vaccinales élevées permet d'interrompre la circulation de certaines maladies infectieuses.

Le programme de vaccination contre l'influenza est un programme complexe en raison du grand nombre de personnes ciblées annuellement dans un court délai. Le fardeau de la morbidité et de la mortalité de l'influenza est considérable, ce qui en fait un problème de santé publique important. Les établissements de santé constituent un milieu propice à la transmission de plusieurs maladies infectieuses. Les travailleurs peuvent être une source de transmission pour les usagers. Il faut donc s'assurer que ces travailleurs reçoivent les vaccins recommandés, notamment contre l'influenza.

Tout site de vaccination doit s'assurer d'appliquer les normes et pratiques de gestion des produits immunisants. La qualité de ces derniers se trouve améliorée par un bon entreposage et un transport adéquat qui maintient la chaîne de froid entre 2°C et 8°C. Une bonne gestion des produits immunisants peut limiter les échecs vaccinaux, ces derniers pouvant entraîner l'apparition ou la réémergence de maladies évitables par la vaccination.

Enfin, notons que la sécurité des vaccins est une préoccupation pour la population et les professionnels de la santé. La surveillance des effets secondaires permet donc d'assurer un suivi de la sécurité des vaccins et d'intervenir au besoin.

Le point de départ en Montérégie

Au chapitre du respect du calendrier vaccinal, des gains ont été observés pour le respect du délai de vaccination à l'âge de 2 mois. Toutefois, pour le délai de vaccination à l'âge de 1 an, les résultats se situent bien en deçà de l'objectif provincial de 90 %.

La vaccination en milieu scolaire est en place sur tout le territoire, mais ne permet pas l'atteinte des objectifs provinciaux. Ces couvertures vaccinales sous-optimales ont certainement contribué à la circulation de la rougeole dans les milieux scolaires en 2011. Une attention particulière devra être apportée pour rehausser les couvertures vaccinales de cette population.

Malgré les nombreuses activités en place pour la vaccination contre l'influenza, l'objectif de couverture vaccinale de 80 % est atteint seulement chez les personnes vivant en milieu fermé (CHSLD), et ce, depuis plusieurs années. Exceptionnellement, la couverture vaccinale des travailleurs de la santé des CSSS a atteint 80 % lors de la vaccination contre la grippe pandémique A (H1N1) en 2009-2010. Pour ce qui est

de la grippe saisonnière, la couverture vaccinale a chuté considérablement l'année suivant la pandémie (2010-2011) et n'a pas encore retrouvé le niveau atteint en 2008-2009 (49 %).

L'implantation d'un système d'information pour la gestion des produits immunisants est amorcée et devrait être complétée pour tous les établissements publics au courant du printemps 2013. Il permettra une gestion plus efficiente des inventaires de produits immunisants et une meilleure planification des besoins en produits immunisants. Il s'agit d'un premier pas vers un registre de vaccination provincial dont l'implantation est prévue en 2014.

La qualité des services de vaccination repose sur la formation et le soutien aux vaccinateurs et sur la mise en place de pratiques organisationnelles permettant de répondre aux besoins des clientèles pour lesquelles la vaccination est recommandée. De nombreuses activités se réalisent déjà dans ce but, mais nécessitent d'être rehaussées pour soutenir la pratique de tous les vaccinateurs.

Contribution des CSSS

T8.1	90 % des enfants auront reçu en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin DCaT-Polio-Hib dans les délais
T8.2	90 % des enfants auront reçu en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose du vaccin conjugué contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais
T8.3	90 % des enfants auront reçu en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais
T8.4	90 % des élèves de 4 ^e année du primaire auront été vaccinés contre l'hépatite B en milieu scolaire
T8.5	90 % des filles de 4 ^e année du primaire auront été vaccinées contre le virus du papillome humain (VPH) en milieu scolaire
T8.6	80 % des élèves de 3 ^e secondaire auront été vaccinés en milieu scolaire selon les recommandations en matière de vaccination de base
T8.7	80 % des personnes de 60 ans et plus auront été vaccinées annuellement contre l'influenza
T8.8	80 % des travailleurs de la santé auront été vaccinés annuellement contre l'influenza

Contribution de la DSP

T8.9	Assumer le leadership du projet visant l'optimisation des services de vaccination en petite enfance (OSV) avec le soutien de l'INSPQ
------	--

Éléments structurants

	Identification de répondants thématiques dans les CSSS
	Implantation locale du système provincial d'information pour la gestion des produits immunisants
	Signature d'une entente entre le régional et le local pour la gestion des produits immunisants

Éléments de suivi

	Portrait de la vaccination des travailleurs de la santé (type d'établissements et type de travailleurs) contre l'influenza
--	--

Réduire l'incidence des infections transmissibles sexuellement et par le sang

LES ROLES ET CONTRIBUTIONS	Organismes communautaires	Milieux scolaires et de garde à l'enfance	Milieux de la santé autres que CSSS (ex. : CI, cliniques médicales, etc.)	CRE, MRC, Municipalités	Milieu de travail	Ministères, organismes publics	Secteurs privés et d'activités économiques
Mise en œuvre	✓	✓	✓				
Collaboration	✓	✓	✓			✓	

Encore en 2013, les infections transmissibles sexuellement demeurent une préoccupation importante en Montérégie comme dans les autres régions du Québec. La croissance constante des cas de chlamydie génitale figure parmi les situations inquiétantes auxquelles fait face la Montérégie. Par ailleurs, la tendance à la hausse des cas de gonorrhée déclarés se maintient et cela sans compter que de plus en plus de jeunes filles en sont affectées, souvent de façon asymptomatique. En outre, la proportion de jeunes âgés de 15 à 24 ans parmi les cas de syphilis infectieuse déclarés n'a cessé de s'accroître depuis 2009 en Montérégie. Il importe donc de répondre à cette situation préoccupante.

Quelques données

Chaque année, les ITSS représentent plus de 50 % de tous les cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO) déclarés en Montérégie :

- en 2011, il y a eu 2 842 cas de chlamydie génitale, ce qui représente une augmentation de 7 % du nombre de cas comparativement à l'année 2010. Cette infection touche majoritairement les jeunes et près des trois-quarts sont âgés entre 15 et 24 ans;
- les hommes constituent toujours la majorité des cas déclarés de gonorrhée (143/235), mais la tendance à la hausse observée chez les femmes se maintient. En 2011, elles représentaient 39 % des cas déclarés. Alors qu'en 2007, les HARSAH représentaient 57 % des cas masculins pour qui le sexe des partenaires est connu, ils comptent pour 33 % des cas en 2010;
- le nombre de cas de syphilis infectieuse est passé de 50 cas en 2010 à 63 cas en 2011. L'infection touche de plus en plus de jeunes. Alors qu'en 2010, les jeunes âgés entre 15 et 24 ans représentaient 21 % de l'ensemble des cas déclarés, ils comptent pour 35 % des cas déclarés en 2011;
- depuis les dernières années, près de 200 cas d'infection par le VHC sont déclarés chaque année. Le principal facteur de risque d'acquisition de cette infection demeure l'usage de drogue par injection.

Le bien-fondé des actions prévues

Afin de lutter efficacement contre les ITSS, plusieurs mesures doivent être utilisées de façon concomitante. L'utilisation d'une combinaison de différentes stratégies de prévention, le dépistage ciblé des ITSS, la prise en charge des personnes infectées et de leurs partenaires ainsi que l'offre de services adaptés et accessibles aux clientèles présentant des vulnérabilités psychosociales figurent parmi ces mesures.

Les personnes particulièrement à risque de contracter une ITSS sont les jeunes de 15 à 24 ans actifs sexuellement, les personnes qui ont des comportements sexuels à risque et certaines clientèles vulnérables, soit les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), les

utilisateurs de drogues, notamment par injection (UDI), les jeunes et les femmes en difficulté, les personnes détenues en milieu carcéral, les autochtones et les personnes originaires de régions où les ITSS sont endémiques. Ces personnes qui présentent des conditions de vulnérabilité particulières (marginalité, pauvreté, discrimination, etc.) consultent peu les services de santé de première ligne. Elles ont un accès plus limité aux services de counselling, de dépistage et de traitement des ITSS. Elles sont ainsi plus susceptibles de connaître une évolution défavorable de leur infection et constituent un réservoir de transmission des ITSS (en particulier le VHC et le VIH). Les activités et les services jugés efficaces pour la prévention et le contrôle des ITSS auprès de ces populations doivent donc être réalisés dans ou près de leur milieu de vie et tenir compte de leurs conditions de vulnérabilité.

La réduction des méfaits liés à l'usage de drogues par injection est une stratégie reconnue efficace dans la lutte aux ITSS auprès des UDI. Le programme d'accès au matériel d'injection stérile et les interventions préventives réalisées dans les milieux par les infirmières SIDEPE et les travailleurs de rue s'inscrivent dans cette stratégie.

Quant à l'éducation à la sexualité, elle permet aux jeunes d'avoir une réflexion juste en ce qui concerne la sexualité et son expression. Elle doit demeurer une préoccupation constante pour les personnes qui interviennent auprès des jeunes.

L'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires (IPPAP) est un moyen reconnu efficace pour lutter contre les ITS. Cette intervention vise à la fois la personne chez qui une infection a été diagnostiquée et ses partenaires sexuels. Les objectifs de l'IPPAP sont d'interrompre la chaîne de transmission de l'infection dans la communauté, éviter la réinfection des cas index par un partenaire infecté non traité et prévenir l'apparition des complications liées à une ITS non traitée.

La gravité et l'évolution chronique des infections transmissibles par le sang (VIH, VHB et VHC) peuvent engendrer un stress et des conséquences très importantes pour les personnes victimes d'expositions accidentelles au sang et aux liquides biologiques, que ce soit en milieu professionnel ou dans la communauté. De plus, elles représentent un fardeau croissant pour le réseau de la santé. Il est donc essentiel que ces personnes aient accès à une évaluation, aux interventions de prophylaxie disponibles lorsqu'elles sont requises et à un suivi adéquat en conformité avec les guides de pratiques reconnus.

Le point de départ en Montérégie

Depuis 2010, en suivi du rapport de la directrice de santé publique et de la Journée montréalaise de santé publique (JMSP) portant sur la lutte aux ITSS, des efforts de consolidation des services de dépistage par les infirmières se poursuivent dans plusieurs milieux cliniques (ex. : clinique jeunesse, SIDEPE, services courants, GMF). Certains CSSS ont développé des ordonnances collectives pour le traitement de la chlamydiae génitale et la gonorrhée.

Un portrait des services de dépistage des ITSS, réalisé en 2010 par la DSP, a permis de constater qu'en dépit des efforts investis par les CSSS dans la mise en place de services préventifs en ITSS, certaines clientèles demeurent moins bien desservies. Le principal enjeu en lien avec le dépistage des ITSS par les infirmières demeure la mise en place de corridors de services médicaux, en particulier pour les services qui visent les jeunes adultes et les adultes et pour les personnes atteintes de maladie chronique plus complexe (VIH et VHC). Faute d'accès dans leur territoire, les CSSS sont contraints de développer des ententes avec les médecins des cliniques spécialisées situées à l'extérieur de la Montérégie.

Six SIDEPE sont actuellement en place et offrent une gamme de services préventifs aux clientèles qui présentent des vulnérabilités psychosociales. Certains SIDEPE ont développé de nouveaux services

notamment des services de dépistage des ITSS destinés aux travailleuses du sexe et aux jeunes qui fréquentent les services d'éducation aux adultes, et ce, en collaboration avec les ressources du milieu.

Un projet pilote réalisé en 2010-2011 par la DSP et deux CSSS de la Montérégie a permis d'identifier les conditions essentielles à la réalisation des IPPAP par des infirmières dédiées des CSSS. Il a fait ressortir les avantages pour la clientèle et les bénéfices que le CSSS en retire, soit une amélioration de l'accès et de la continuité des services et l'établissement d'un lien de confiance entre le patient et l'infirmière, et entre l'infirmière et les médecins de son territoire.

La gestion locale des centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) est assurée par l'ensemble des CSSS de la Montérégie depuis 2009. Ils sont responsables de distribuer le matériel requis (trousses, seringues, matériel éducatif, etc.) dans les différents sites, d'assurer la mise à jour de la liste des sites d'accès, d'en assurer l'approvisionnement et de collaborer au monitoring régional.

En 2006, des personnes responsables du dossier « prophylaxie post-exposition » ont été identifiées dans chacun des CSSS. Des guides de pratiques et des outils cliniques ont été diffusés. Cependant, l'accès au suivi et à la prise en charge demeure problématique dans l'ensemble de la Montérégie et varie selon le territoire de CSSS, particulièrement en ce qui concerne les personnes exposées dans la communauté, peu importe le contexte de leur exposition.

Contribution des CSSS

T9.1	720 activités de dépistage des ITSS seront réalisées auprès des clientèles vulnérables du SIDEPE dans leur milieu de vie et à l'intérieur du CSSS
T9.2	Tous les CSSS assureront la prise en charge des personnes exposées accidentellement au sang et aux liquides biologiques
T9.3	Tous les CSSS assureront la gestion locale des centres d'accès au matériel d'injection (CAMI)
T9.4	Tous les CSSS réaliseront les IPPAP pour les cas d'ITS-MADO demandées par la DSP
T9.5	Tous les CSSS amélioreront l'accès aux services de dépistage et de traitement des ITSS par les infirmières
T9.6	42 activités de prévention des ITSS seront réalisées dans les milieux de vie des groupes vulnérables

Contribution de la DSP

T9.7	Réaliser annuellement le portrait épidémiologique des ITSS en Montérégie et diffuser les informations aux partenaires du réseau de la santé et du réseau communautaire
T9.8	Soutenir les CSSS dans la mise en place des conditions essentielles à l'implantation des IPPAP

Contribution du Centre jeunesse de la Montérégie

T10.4	Réaliser des interventions d'éducation à la sexualité auprès des jeunes de 6-12 ans dans 50 % des unités de réadaptation interne, et dans 65 % de ces unités auprès des jeunes de 13-18 ans
T10.5	
T10.6	Assurer l'accès à la contraception à l'ensemble des jeunes hébergés
T10.7	Quatre campus auront reçu des ateliers de prévention du passage à l'injection
T10.8	Mis en place des mesures structurantes permettant le dépistage de toutes les ITSS par les infirmières tel que recommandé dans le Guide québécois de dépistage des ITSS

Éléments de suivi

	Prophylaxie post-exposition : identification d'une personne responsable et copie de la procédure (personnel du CSSS et population)
	Portrait du matériel d'injection distribué
	Nombre d'IPPAP transmises par la DSP et nombre d'IPPAP réalisées par les CSSS
	Portrait des services en lien avec le dépistage des ITSS

Réduire les risques et prévenir les atteintes à la santé des travailleurs

Les actions de santé en milieu de travail s'inscrivent principalement dans le cadre d'une entente entre le MSSS et la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) prévue en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST). En Montérégie, les actions de santé publique effectuée dans le cadre de cette entente interpellent à la fois l'équipe régionale et les cinq équipes désignées en CSSS soit :

- l'équipe du CSSS Pierre-Boucher;
- l'équipe du CSSS Haut-Richelieu–Rouville;
- l'équipe du CSSS Jardins-Roussillon qui couvre aussi les territoires des CSSS Champlain–Charles-Le Moyne, du Haut-Saint-Laurent, du Suroît et de Vaudreuil-Soulanges;
- l'équipe du CSSS de la Haute-Yamaska qui couvre aussi le territoire du CSSS La Pommeraie;
- l'équipe du CSSS de Richelieu-Yamaska qui couvre aussi le territoire du CSSS Pierre-De Saurel.

Les actions réalisées demandent également la concertation et la collaboration des quatre directions régionales de la CSST présentes en Montérégie, notamment lors de l'exercice de planification annuelle des activités.

Depuis 2007, un cahier des charges décrit spécifiquement les activités qui doivent être réalisées par le réseau de santé publique en de la santé au travail (RSPSAT). Ce cahier constitue un outil de référence qui permet de produire une offre de service élaborée pour chacune des agences de la santé et des services sociaux et des CSSS mandataires et consignée dans une entente régionale signée avec la CSST.

La prévention des lésions professionnelles et la protection de la santé des travailleurs étant au cœur des préoccupations du RSPSAT, ce dernier s'est donné un plan stratégique pour améliorer l'efficacité de ses actions. Les fondements de ce plan stratégique reposent sur des actions jugées prioritaires, soit :

- la prise en charge de la prévention par les milieux de travail;
- la connaissance des milieux de travail et la surveillance de l'état de santé des travailleurs et de leur exposition aux risques;
- l'harmonisation des pratiques et des processus;
- l'amélioration continue des pratiques en santé au travail.

En plus des mandats que lui confèrent les lois (LSST, LSP, LSSSS) et des priorités d'intervention établies par la CSST, le réseau de santé publique de la Montérégie a convenu des actions suivantes.

Éléments structurants

	Se doter de positions régionales, entérinées par les coordonnateurs en santé aux travail de la DSP et des CSSS, afin de favoriser l'harmonisation et la qualité des pratiques en santé au travail
	Appliquer la démarche de signalement des déficiences (art. 123 de la LSST) afin de favoriser la prise en charge des risques par le milieu de travail et réduire à la source l'exposition des travailleurs à divers agresseurs
	Saisir, dans le système d'information en santé au travail (SISAT), toutes les informations permettant de répondre au mandat de surveillance de la directrice de santé publique

LES ACTIVITÉS RÉALISÉES PRINCIPALEMENT AU PALIER RÉGIONAL

Ce chapitre présente les activités réalisées principalement au niveau régional. Bien entendu, le niveau local a aussi un rôle à jouer.

Ces activités sont surtout en lien avec le mandat d'autorité que la *Loi sur la santé publique* confie aux directeurs de santé publique, national et régionaux afin qu'ils puissent assumer leur rôle de protection de la santé de la population. Aussi, certaines activités qui ont été retenues dans le Programme national de santé publique comme devant être soutenues par le réseau de santé publique, même si leur actualisation relève de d'autres secteurs du réseau de la santé sont incluses dans ce chapitre.

Assurer la protection de la santé de la population

LES ROLES ET CONTRIBUTIONS	Organismes communautaires	Milieux scolaires et de garde à l'enfance	Milieux de la santé autres que CSSS (ex. : CI, cliniques médicales, etc.)	CRE, MRC, Municipalités	Milieu de travail	Ministères, organismes publics	Secteurs privés et d'activités économiques
Mise en œuvre			✓				
Collaboration	✓	✓		✓	✓	✓	

La protection est une fonction essentielle de santé publique qui regroupe les activités relatives à une intervention dite d'autorité auprès d'un individu, de groupes ou de toute la population en cas de menaces réelles ou appréhendées à la santé de la population. Selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le directeur de santé publique est responsable dans sa région d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection (article 373, par. 2). Quant à la Loi sur la santé publique (L.R.Q., chapitre S-2.2), elle confère aux autorités de santé publique, notamment au directeur de santé publique, le devoir d'exercer une

vigie sanitaire au sein de la population et le pouvoir d'intervenir lorsque la santé de la population est menacée. L'article 2 définit une menace comme suit : « la présence au sein de la population d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée » (L.R.Q., C.S-2.2, a.2).

Le réseau de santé publique est donc responsable de réaliser des activités de vigie, de surveillance et d'intervention. La vigie est un des moyens pour remplir le mandat de protection de la santé publique. Elle s'appuie depuis longtemps sur le système de déclaration des maladies et des intoxications à déclaration obligatoire. La Loi sur la santé publique a ajouté la notion de signalement. Elle indique que les ministères, les organismes gouvernementaux, les municipalités, les médecins et les établissements de santé et de services sociaux doivent signaler les menaces à la santé de la population dont ils ont connaissance ou les situations qui leur donnent des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée. Quant aux milieux de travail et de vie tels que les établissements d'enseignement, les centres de la petite enfance et autres services de garde, les établissements de détention et les maisons d'hébergement, ils peuvent signaler les situations où ils ont un motif de croire qu'il existe une menace. Ces signalements sont un outil supplémentaire qui permet d'obtenir plus d'informations et d'agir sur les risques biologiques, chimiques ou physiques qui peuvent menacer la santé de la population.

La validation des maladies à déclaration obligatoire (MADO), des intoxications à déclaration obligatoire et des signalements de menaces biologiques, chimiques ou physiques, tant réelles qu'appréhendées, ainsi que la mise en place d'activités de surveillance, la réalisation des enquêtes et l'application des guides d'intervention provinciaux ou régionaux sont des activités prioritaires et incontournables, efficaces pour la protection de la santé de la population. Concernant les cas de menace à la santé en milieu de travail, la CSST est un partenaire important. D'ailleurs, les équipes du réseau de la santé en milieu de travail répondent aux demandes urgentes de la CSST dans un contexte de menace réelle ou appréhendée. Comme il est mentionné dans la Loi sur la santé et la sécurité du travail, la réduction des risques à la source doit être privilégiée. En santé environnementale et en maladies infectieuses, les intervenants de santé publique réalisent leur mandat de protection en collaboration, notamment avec le

ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs, le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, etc..

De plus, conformément à la Loi sur la santé publique, la DSP doit mettre à jour son plan de mobilisation⁴ des ressources des établissements de la santé, incluant les ressources médicales. Lors d'une menace à la santé de la population, le directeur de santé publique peut solliciter ses propres ressources, celles de l'Agence et les ressources du réseau. Ce plan sera déclenché lorsque la DSP ne pourra pas intervenir efficacement ou dans les délais requis pour effectuer les enquêtes épidémiologiques ou pour prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé de la population lors d'une menace due à un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie.

Les CSSS sont appelés à collaborer aux actions de protection de la santé publique et doivent se préparer à répondre adéquatement aux urgences

Contribution de la DSP

	Informar les intervenants concernés à l'importance du signalement de menaces à la santé et de la déclaration de maladies ou intoxications à déclaration obligatoire
	Assurer la vigie sanitaire
	Réaliser les investigations ou enquêtes lors de signalements de maladies ou intoxications à déclaration obligatoire ou de menaces à la santé et identifier les mesures de contrôle appropriées
	Assurer une mise à jour régulière de son plan de mobilisation des ressources
	Participer aux démarches régionales relatives à l'évaluation et à la gestion des menaces à la santé d'origine environnementale

Éléments structurants

	Identification d'une personne contact dans chaque CSSS pour les dossiers requérant une réponse urgente en maladies transmissibles et en santé environnementale
--	--

⁴ Direction de santé publique (2012). Plan de mobilisation des ressources en cas de menace à la santé en Montérégie, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 26 p.

Soutenir certaines activités actualisées localement par d'autres secteurs que celui de la santé publique

La Direction de santé publique a davantage à offrir un soutien à l'implantation de certaines activités qui se situent très près du champ de la santé publique dans le continuum de service. Le type d'expertise développé par ses équipes permet d'accompagner les autres secteurs dans la mise en œuvre de ces programmes ou l'intégration de ces pratiques.

Les pratiques cliniques préventives (PCP)

Les PCP sont des interventions efficaces réalisées par les cliniciens de première ligne, particulièrement les médecins, les infirmières et les pharmaciens, dans le but d'agir en amont des problèmes de santé évitables, réduisant ainsi la morbidité et la mortalité de la population. Ces interventions se réalisent principalement sous forme de counselling, de dépistage, de promotion de comportements sains, d'immunisation (vaccination) ou de chimioprophylaxie (prescription d'un médicament à visée préventive). Pour promouvoir l'intégration des PCP dans les milieux cliniques de première ligne, le modèle proposé en Montérégie met l'accent sur la facilitation, une stratégie qui a fait plus d'une fois ses preuves. Pour ce faire, une infirmière-conseil en prévention clinique (ICPC), nommée par le CSSS, agit comme agente facilitatrice auprès des cliniciens de première ligne en évaluant leurs intérêts et leurs besoins, puis en adaptant son offre de soutien des PCP au contexte de chaque milieu clinique. Ainsi, la participation des CSSS est essentielle à la réussite de cette stratégie.

Afin d'atteindre les buts fixés, une complémentarité dans la planification des actions s'impose. C'est pourquoi la collaboration entre la DSP et les autres directions de l'Agence (DAMUPP, DRMG, DGACPR, etc.), ainsi qu'avec les CSSS, est essentielle. Le soutien offert par la DSP se traduit par l'accompagnement des infirmières conseil en prévention clinique et des cadres impliqués.

Contribution de la DSP

Mettre en place un modèle de collaboration avec les autres directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSS) afin de favoriser l'arrimage des stratégies d'intervention auprès des milieux cliniques

Soutenir le rôle et le développement professionnel des infirmières conseil en prévention clinique (ICPC)

Éléments de suivi

Portrait des actions réalisées par les CSSS en promotion et en soutien à l'implantation des PCP inscrites dans la planification stratégique

Les infections nosocomiales

Les infections nosocomiales sont des infections acquises au cours d'un épisode de soins administrés par les intervenants d'un milieu de soins du réseau de la santé, quel que soit le lieu où ils sont administrés. Les infections nosocomiales entraînent une augmentation de la morbidité, de la durée de séjour, du coût des soins ainsi que de la mortalité.

La lutte contre les infections nosocomiales est complexe et nécessite la collaboration de plusieurs partenaires de différents secteurs d'activités, notamment les secteurs cliniques et d'hygiène et salubrité, lesquels jouent un rôle majeur dans la prévention de la transmission des infections. C'est pourquoi l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie s'est dotée d'un plan d'action régional afin d'avoir une perspective globale permettant de mobiliser tous les partenaires qui doivent être impliqués.

La prévention et le contrôle des infections nosocomiales sont d’abord et avant tout la responsabilité des milieux de soins. Cependant, les directeurs de santé publique ont le mandat de surveiller, d’exercer une vigie sanitaire et d’intervenir en temps opportun de manière à protéger la santé de la population.

Par ailleurs, l’animation des travaux de la Table régionale en prévention des infections nosocomiales (TRPIN) permet de soutenir à l’échelle régionale les activités de prévention, de surveillance et de contrôle des infections nosocomiales notamment en favorisant la concertation des partenaires, l’harmonisation des pratiques et le partage d’outils entre les établissements.

Contribution de la DSP

	Réaliser la surveillance régionale des infections nosocomiales jugées prioritaires en Montérégie, soit le <i>Clostridium difficile</i> , le <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM), l’entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) et les bactériémies sur cathéters centraux
	Faire les enquêtes et suivis des éclosions d’infections nosocomiales et des signalements en milieux de soins
	Soutenir la pratique des équipes locales de prévention et de contrôle des infections (PCI) concernant la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales et la gestion des éclosions

Les cliniques jeunesse

Les cliniques jeunesse offrent des services préventifs et curatifs adaptés aux adolescents et aux jeunes adultes, de préférence en milieu scolaire et près des milieux de vie des jeunes. Ces cliniques se distinguent par la dispensation prioritaire de services cliniques préventifs, par leur réponse aux besoins spécifiques des jeunes notamment en santé sexuelle et par leur proximité des milieux de vie. Afin de travailler sur la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et la prévention des grossesses à l’adolescence, la littérature suggère de rendre accessibles des services de type clinique jeunesse combinés à des interventions d’éducation à la sexualité.

Les cliniques jeunesse existent depuis plus de 25 ans en Montérégie. Actuellement, tous les CSSS offrent des services de type clinique jeunesse en CLSC, en milieu scolaire ou les deux. Des travaux restent toutefois à faire pour optimiser l’offre de service notamment en élargissant leur clientèle afin d’inclure les 18-24 ans, en augmentant l’accessibilité et en systématisant les soins préventifs offerts. De plus, pour favoriser la continuité des soins en première ligne, des ententes seraient à privilégier pour référer les jeunes adultes lorsqu’ils ont atteint l’âge maximum pour être clients de ces cliniques. Dans un contexte de pénurie de ressources, notamment de médecins de famille, le défi est de taille.

Contribution de la DSP

	Mettre à jour le portrait des services préventifs en clinique jeunesse effectué en 2010
	Offrir une expertise conseil en lien avec l’organisation des services de type clinique jeunesse et l’optimisation des PCP ITSS, contraception, habitudes de vie et certains dépistages

Autres activités

Le PNSP convie les acteurs de santé publique à soutenir les autres secteurs du réseau de la santé dans l'implantation de services qui s'inscrivent en continuité avec les activités de promotion et prévention. On y retrouve par exemple les interventions visant la consommation contrôlée chez les buveurs (ex. : Alcochoix +), les programmes visant une saine gestion du poids par une prise de décision éclairée sur le choix de perdre du poids, et ce, dans le cadre d'une démarche de groupe pour adultes (ex. : Choisir de maigrir?), les mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées en perte d'autonomie qui ont déjà fait une chute - volet personnalisé et le système intégré de récupération des seringues et aiguilles usagées.

CONCLUSION

Cette nouvelle version du Plan d'action régional de santé publique est l'occasion pour les acteurs du réseau de donner un nouveau souffle à nos actions. Plus que jamais, l'importance de travailler en collaboration prend toute son importance. Les exemples de réussites de nos partenariats intersectoriels témoignent de leurs bénéfices. Déjà bien ancrés dans nos pratiques, les liens avec les milieux scolaires et communautaires doivent être soutenus et encouragés. De plus, nos récentes collaborations avec les municipalités laissent entrevoir un terrain fertile pour favoriser la mise en place d'environnements favorables à la santé et au bien-être des Montérégiens. Il importe pour nous de miser sur ces collaborations qui enrichissent de façon notable nos interventions de santé publique.

Par ailleurs, il convient de rappeler l'importance de mieux communiquer. Tant à l'intérieur du réseau de santé publique qu'avec nos partenaires et la population, l'utilisation de stratégies de communication variées et novatrices deviennent un tremplin pour l'atteinte de nos objectifs.

Enfin, souhaitons que ce plan d'action régional soit une occasion de consolider nos liens à l'intérieur du réseau de santé publique. Nous partageons un objectif commun : la santé de la population. Il nous revient donc de travailler en synergie pour atteindre ce but.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AÉS	Approche École en santé
CAM	Critère d'admissibilité monté
CAMI	Centres d'accès au matériel d'injection
CCSR	Centre de coordination des services régionaux
CDD	Centres de dépistages désignés
CJM	Centre jeunesse de la Montérégie
CLSC	Centre local de services communautaires
CPE	Centre de la petite enfance
CRE	Conférence régionale des élus
CRID	Centres de référence pour investigation désignés
CS	Commission scolaire
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DAMUPP	Direction des affaires médicales, universitaires et des partenariats professionnels
DCAD	Diarrhées associées à la bactérie <i>Clostridium difficile</i>
DRMELS	Direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
DRMG	Département régional de médecine générale
ICIDJE	Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
DRE	Dispositifs de retenue pour enfants
DSP	Direction de santé publique
DSS	Déterminants sociaux de la santé
ERV	Entérocoques résistants à la vancomycine
ETC	Équivalent temps complet
GECSSP	Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs
GMF	Groupe de médecine famille
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IAB	Initiative Amis des bébés
ICPC	Infirmière-conseil en prévention clinique
JMSP	Journée montréalaise de santé publique
IPPAP	L'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang

MADO	Maladies à déclaration obligatoire
MFA	Ministère de la Famille et des Aînés
MAMROT	Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MEPI	Maladies évitables par l'immunisation
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministères de la Santé et des Services sociaux
MTQ	Ministères des Transports du Québec
NTI	Nouvelles technologies de l'information
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSBL	Organisme sans but lucratif
PAG	Plan d'action gouvernemental
PAR	Plan d'action régional de santé publique
PASDP	Plan d'action de santé dentaire publique
PCI	Prévention et contrôle des infections
PCP	Pratique clinique préventive
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PIQ	Programme d'immunisation du Québec
PNSP	Programme national de santé publique
PPE	Prophylaxie post-exposition
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PSSE	Programme de santé spécifique aux établissements
PUPSP	Plan d'urgence en protection de la santé publique
RLS	Réseaux locaux de services
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention (ITSS)
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
TNI	Traumatismes non intentionnels
TRPIN	Table régionale en prévention des infections nosocomiales
UPA	Union des producteurs agricoles

ANNEXES

Annexe 1 : Bilan des activités déployées de 2009-à 2012

Stratégie 1	Soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être
S1.1	Tous les CSSS ont participé aux rencontres de la Conférence régionale des élus (CRÉ) associée à leur territoire
S1.2	La DSP a collaboré aux travaux des trois Conférences Régionales des Élus (CRÉ)
S1.3	La DSP a intensifié ses liens avec les directions régionales des autres ministères
Stratégie 2	Soutenir le développement des communautés
S2.1	97 projets s'inscrivant dans une approche de développement des communautés ont été implantés , avec la collaboration des CSSS
S2.2	La DSP a contribué , en collaboration avec les CSSS, à implanter l'outil <i>Indicateurs de développement des communautés (IDC)</i>
S2.3	La DSP a réalisé des activités de promotion de l'approche Villes et Villages en santé (VVS) auprès des municipalités et des CSSS
Stratégie 3	Soutenir l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé et au bien-être
S3.1	5 politiques publiques ou projets ont été évaluées par le milieu municipal avec la collaboration des CSSS, en rapport avec leurs impacts potentiels sur la santé de la population
S3.2	La DSP a accompagné les CSSS pour l'évaluation de l'impact potentiel des politiques publiques sur la santé de la population (EIS)
Stratégie 4	Promouvoir et soutenir les pratiques cliniques préventives
S4.1	7 CSSS ont amorcé une démarche pour soutenir l'implantation de pratiques cliniques préventives (PCP) sur leur territoire
S4.2	Tous les CSSS ont implanté au moins une pratique clinique préventive (PCP)
S4.3	34 milieux cliniques de première ligne ont implanté au moins une pratique clinique préventive (PCP)
S4.4	Le Centre jeunesse de la Montérégie (CJM) n'a pas amorcé une démarche pour soutenir l'implantation de pratiques cliniques préventives (PCP) dans ses milieux cliniques
S4.5	Le Centre jeunesse de la Montérégie (CJM) n'a pas implanté au moins une pratique clinique préventive (PCP)
Stratégie 5	Bien communiquer pour mieux agir
S5.1	7 CSSS ont élaboré un plan de communication de santé publique pour soutenir la mise en œuvre du plan d'action local
S5.2	La DSP a soutenu les campagnes de communication provinciales retenues au plan de communication
S5.3	La DSP a produit et diffusé des rapports de la directrice de santé publique sur l'état de santé et de bien-être de la population
Cible 1	Agir sur les déterminants sociaux de la santé
C1.1	76 milieux municipaux ont implanté , avec la collaboration des CSSS, au moins une politique publique favorable à la santé et au bien-être de la population et portant sur les déterminants sociaux de la santé (DSS)
C1.2	80 % des projets issus des tables locales de concertation intersectorielle petite enfance ont porté sur un ou des déterminants sociaux de la santé
C1.3	82 % des projets issus des tables locales de concertation intersectorielle jeunesse ont porté sur un ou des déterminants sociaux de la santé
C1.4	53 projets issus d'action intersectorielle locale portant sur un ou des déterminants sociaux de la santé des aînés ont été implantés avec la collaboration du CSSS
C1.5	99 % des projets en sécurité alimentaire issus de concertations intersectorielles locales ont été implantés sur les territoires de CSSS

C1.6	72 projets issus d'actions intersectorielles locales portant sur un ou des déterminants sociaux de la santé, et impliquant les CSSS, ont été réalisés
C1.7	La DSP a contribué à l'implantation du Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015 en collaborant notamment à l'approche territoriale intégrée (ATI)
Cible 2	Favoriser le développement optimal des enfants, de la grossesse à cinq ans
C2.1	894 femmes ayant accouché dans l'année financière ont été rejointes par les <i>Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance</i> (SIPPE)
C2.2	___ CSSS auront maintenu ou augmenté le nombre moyen d'interventions réalisées dans le cadre des <i>Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance</i> (SIPPE) (Résultat non disponible)
C2.3	Tous les CSSS ont révisé leur protocole de distribution prénatale du guide <i>Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans</i>
C2.4	9 CSSS ont intégré un volet de santé buccodentaire aux <i>Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance</i> (SIPPE)
C2.5	10 installations CLSC des CSSS ont reçu la certification <i>Amis des bébés</i>
C2.6	2 installations hôpital des CSSS ont reçu la certification <i>Amis des bébés</i>
C2.7	2 CSSS ont reçu la certification <i>Amis des bébés</i>
Cible 3	Promouvoir la santé et le bien-être et prévenir différents problèmes des enfants et des adolescents en milieu scolaire
C3.1	Tous les CSSS ont planifié , conjointement avec les commissions scolaires, les interventions de promotion de la santé et de bien-être et de prévention en milieu scolaire
C3.2	161 écoles ont amorcé l'implantation de l'approche <i>École en santé</i>
C3.3	178 écoles ont implanté l'approche <i>École en santé</i>
C3.4	243 écoles ont réalisé au moins une intervention de promotion de saines habitudes de vie, en collaboration avec les CSSS, dans le cadre de l'approche <i>École en santé</i> ou de la Politique-cadre <i>Pour un virage santé à l'école</i>
C3.5	Tous les CSSS ont collaboré à l'implantation de la politique locale pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif <i>Pour un virage santé à l'école</i>
C3.6	47 écoles secondaires pour lesquelles une clinique jeunesse est accessible ont réalisé des interventions d'éducation à la sexualité, en collaboration avec les CSSS
C3.7	20 écoles ont implanté , dans les classes de maternelle ou de première année, une intervention visant le développement des habiletés sociales des enfants et la prévention des troubles du comportement (de type <i>Fluppy</i>), en collaboration avec les CSSS
C3.8	5 CSSS ont fait la promotion de l'application de la norme sur la sécurité des aires de jeu auprès des commissions scolaires et des écoles primaires de leur territoire
C3.9	La DSP a planifié conjointement avec la DRMELS, le soutien régional à la mise en œuvre d'interventions de promotion de la santé et du bien-être et de prévention en milieu scolaire
C3.10	Le Centre jeunesse de la Montérégie (CJM) a réalisé au moins une intervention de promotion de saines habitudes de vie en activité physique, en alimentation et en tabagisme

Cible 4 Prévenir la carie dentaire	
C4.1	Tous les CSSS ont offert au moins une activité de promotion/prévention en périnatalité ou pour la petite enfance auprès de groupes constitués de clientèles vulnérables
C4.2	99,0 % des enfants inscrits en maternelle dans les écoles publiques auront bénéficié d'un dépistage systématique des problèmes buccodentaires
C4.3	87,8 % des enfants de maternelle admissibles au suivi préventif individualisé selon le critère d'admissibilité montérégien auront bénéficié d'au moins une séance de suivi en maternelle
C4.4	91,4 % des enfants de 1 ^{re} année inscrits au suivi préventif individualisé auront bénéficié de deux séances de suivi en 1 ^{re} année
C4.5	90,7 % des enfants de 2 ^e année toujours inscrits au suivi préventif individualisé auront bénéficié de deux séances de suivi en 2 ^e année
C4.6	97,3 % des enfants de 3 ^e année toujours inscrits au suivi préventif individualisé auront bénéficié d'une séance de suivi en 3 ^e année
C4.7	79,2 % des enfants inscrits au suivi préventif individualisé auront reçu au moins une application d'agent de scellement dentaire au sortir du suivi
Cible 4 Prévenir la carie dentaire (suite)	
C4.8	___ % des enfants de 2 ^e année primaire ayant un besoin d'application d'agent de scellement dentaire auront reçu la mesure préventive sur au moins une première molaire permanente (Résultat non disponible)
C4.9	La DSP n'a pas élaboré et implanté une stratégie de promotion de la fluoruration de l'eau potable en Montérégie
Cible 5 Promouvoir les saines habitudes de vie en donnant priorité au développement d'environnements favorables	
C5.1	1 102 fumeurs ont reçu des services de cessation dans les Centres d'abandon du tabagisme (CAT)
C5.2	480 professionnels de la santé des CSSS ont été formés à l'intervention minimale ou brève
C5.3	Tous les CSSS ont réalisé au moins deux activités de promotion de la cessation de fumer sur leur territoire
C5.4	96 groupes de l'intervention <i>En santé après 50 ans</i> ont été formés sur les territoires de CSSS
C5.5	9 établissements des CSSS ont amorcé l'implantation de l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)
C5.6	60 établissements des CSSS ont implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)
C5.7	32 milieux de travail ont amorcé l'implantation de l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)
C5.8	78 milieux de travail ont implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)
C5.9	5 milieux de vie des aînés ont amorcé l'implantation de l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)
C5.10	24 milieux de vie des aînés ont implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)
C5.11	2 milieux d'enseignement aux adultes ont amorcé l'implantation de l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)
C5.12	9 milieux d'enseignement aux adultes ont implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)
C5.13	36 municipalités ont amorcé l'implantation de l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)
C5.14	25 municipalités ont implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)
C5.15	___ % des restaurateurs auront participé au programme <i>Fruits et légumes en vedette</i> (Résultat non disponible)
C5.16	La DSP a assuré la coordination du comité régional du <i>Plan d'action gouvernemental (PAG) de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids</i>
C5.17	La DSP n'a pas participé aux comités d'analyse des projets de Québec en forme (QEF) soumis dans le cadre du Fond pour la promotion des saines habitudes de vie
C5.18	La DSP n'a pas implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP) à l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Montérégie

Cible 6 Prévenir les traumatismes non intentionnels	
C6.1	14 municipalités ont réalisé une démarche pour rendre leurs aires de jeu sécuritaires, en collaboration avec les CSSS
C6.2	Aucune municipalité n'a implanté une politique sur la gestion de l'alcool dans les lieux publics, en collaboration avec les CSSS
C6.3	178 municipalités ont été rejointes par les CSSS au moyen d'une stratégie de promotion visant à ce qu'elles adoptent ou modifient leur règlement sur la sécurité des piscines résidentielles pour être conforme aux normes recommandées
C6.4	4 CSSS ont amorcé l'implantation d'un programme de promotion des dispositifs de retenue pour enfants (DRE) de 0 à 8 ans
C6.5	5 CSSS ont implanté un programme de promotion des dispositifs de retenue pour enfants (DRE) de 0 à 8 ans
C6.6	584 personnes âgées à risque de chute ont bénéficié d'une intervention multifactorielle non personnalisée (<i>Programme Intégré d'Équilibre Dynamique</i> [P.I.E.D.])
C6.7	42 municipalités ont été sensibilisées à des aménagements cyclables sécuritaires
C6.8	La DSP n'a pas élaboré ni implanté , en collaboration avec les CSSS, une stratégie régionale de promotion et de collaboration, auprès de partenaires intersectoriels, portant sur la sécurité routière
C6.9	La DSP n'a pas élaboré ni implanté , en collaboration avec les patrouilles de ski canadiennes et les CSSS, un programme de prévention des blessures liées à la pratique des sports de glisse dans deux centres de ski
Cible 7 Réduire la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans	
C7.1	Dans 4 CSSS, le taux de participation des femmes admissibles au <i>Programme québécois de dépistage du cancer du sein</i> (PQDCS) a augmenté
C7.2	6 CSSS ont réalisé des activités d'assurance de la qualité dans leur centre de référence pour investigation désigné (CRID) et leur centre de dépistage désigné (CDD)
C7.3	Tous les centres de dépistage désignés (CDD) privés et le Centre de référence pour investigation désigné (CRID) de l'hôpital Charles LeMoine ont réalisé des activités d'assurance de la qualité
Cible 8 Prévenir le suicide	
C8.1	23 milieux identifiés à risque par les CSSS ont amorcé l'implantation d'un réseau de sentinelles en prévention du suicide
C8.2	85 milieux identifiés à risque par les CSSS ont implanté un réseau de sentinelles en prévention du suicide
C8.3	2 CSSS ont réalisé au moins deux activités visant la réduction de l'accès aux armes à feu ou aux médicaments
C8.4	La DSP n'a pas sensibilisé les médias afin qu'ils traitent du suicide de façon appropriée
Cible 9 Assurer la surveillance et le contrôle des maladies et intoxications à déclaration obligatoire ainsi que des signalements de menaces à la santé de la population	
C9.1	Tous les CSSS ont participé aux enquêtes ou à la mise en place des mesures de prévention et de contrôle lors d'éclosions, de maladies à déclaration obligatoire (MADO), d'intoxications à déclaration obligatoire (IADO) ou de signalements de menaces à la santé de la population
C9.2	Tous les CSSS ont identifié une personne-pivot en maladies infectieuses (volet protection) ayant le mandat d'assurer une réponse adaptée lors de menaces à la santé de sa population et de développer une expertise locale dans ce dossier
C9.3	Tous les CSSS ont identifié une personne répondante du dossier santé environnementale ayant le mandat d'assurer les suivis locaux dans ce dossier
C9.4	La DSP n'a pas développé l'infrastructure technique et les expertises nécessaires pour assurer la vigie sanitaire (La DSP a développé l'expertise nécessaire, toutefois, l'infrastructure prévue n'est toujours pas en place)
C9.5	La DSP a sensibilisé les intervenants concernés à l'importance du signalement de menaces à la santé et de la déclaration de maladies ou intoxications à déclaration obligatoire
C9.6	La DSP a réalisé les investigations ou enquêtes lors de signalements de maladies ou intoxications à déclaration obligatoire ou de menaces à la santé et a identifié les mesures de contrôle appropriées

Cible 10	Se préparer à répondre adéquatement aux urgences de protection de la santé publique
C10.1	Tous les CSSS ont élaboré un plan d'intervention d'urgence lors de période de chaleur extrême, volet santé publique
C10.2	Tous les CSSS ont réalisé la révision et la mise à jour de leur plan local de lutte contre la pandémie d'influenza – volet santé publique, afin d'opérationnaliser ce plan
C10.3	La DSP a mis à jour son plan de réponse aux urgences en protection de la santé publique (PUPSP) et son plan de mobilisation des ressources (Le PUSP est maintenant intégré au plan de mobilisation)
C10.4	La DSP n'a pas réalisé la révision et la mise à jour de son plan régional de lutte contre la pandémie d'influenza – volet santé publique (La DSP a opérationnalisé son plan régional lors de la pandémie en 2009, toutefois, en attente des directives ministérielles pour effectuer la mise à jour)
C10.5	La DSP a participé aux démarches régionales relatives à l'évaluation et à la gestion des menaces à la santé d'origine environnementale
Cible 11	Réduire l'incidence des maladies évitables par l'immunisation
C11.1	80,1 % des filles de la 4 ^e année du primaire auront été vaccinées contre le virus du papillome humain (VPH) en milieu scolaire
C11.2	87,4 % des élèves de 4 ^e année du primaire auront été vaccinés contre l'hépatite B en milieu scolaire
C11.3	85,6 % des enfants vaccinés en CSSS installation CLSC ont reçu leur 1 ^{re} dose de vaccin DCaT-Polio-Hib dans les délais
C11.4	61,1 % des enfants vaccinés en CSSS installation CLSC ont reçu leur 1 ^{re} dose du vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais
C11.5	86,0 % des enfants vaccinés en CSSS installation CLSC ont reçu leur 1 ^{re} dose du vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais
C11.6	78,3 % des élèves de 3 ^e secondaire auront été vaccinés en milieu scolaire selon les recommandations en matière de vaccination de base (excluant la varicelle et le VPH)
C11.7	76,6 % des filles de 3 ^e secondaire auront été vaccinées contre le virus du papillome humain (VPH) en milieu scolaire
C11.8	31,8 % des personnes de 60-64 ans auront été vaccinées annuellement contre l'influenza
C11.9	48,3 % des personnes de 65 ans ou plus auront été vaccinées annuellement contre l'influenza
C11.10	38,8 % des travailleurs de la santé auront été vaccinés annuellement contre l'influenza
Cible 12	Réduire l'incidence des infections transmissibles sexuellement et par le sang
C12.1	9 CSSS ont mis en place les mesures structurantes permettant le dépistage de toutes les ITSS par les infirmières tel que recommandé dans le <i>Guide québécois de dépistage des ITSS</i>
C12.2	570 activités de dépistage des ITSS ont été réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP
C12.3	274 activités de dépistage des ITSS ont été réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les SIDEP dans les lieux où sont situés les SIDEP
C12.4	9 CSSS assurent la prise en charge des personnes exposées accidentellement au sang et aux liquides biologiques conformément au guide de pratiques reconnu
C12.5	8 CSSS ont réalisé au moins une activité de prévention dans les milieux de vie des groupes vulnérables
C12.6	Tous les CSSS assurent la gestion locale des centres d'accès au matériel d'injection (CAMI)
C12.7	La DSP a identifié les conditions requises pour permettre aux CSSS de réaliser l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et de ses partenaires (IPPAP) pour les ITS jugées prioritaires en Montérégie
C12.8	Aucun milieu accueillant des adolescents et des jeunes adultes consommateurs de psychotropes ont offert un atelier de prévention du passage à l'injection
C12.9	18 unités de réadaptation interne du Centre jeunesse de la Montérégie (CJM) ont réalisé des interventions d'éducation à la sexualité
C12.10	Le Centre jeunesse de la Montérégie (CJM) n'a pas mis en place les mesures structurantes permettant le dépistage de toutes les ITSS par les infirmières tel que recommandé dans le <i>Guide québécois de dépistage des ITSS</i>

C12.11	Aucun campus du Centre jeunesse de la Montérégie (CJM) ont reçu l'atelier de prévention du passage à l'injection
Cible 13	Réduire l'incidence des infections nosocomiales
C13.1	La DSP n'a pas réalisé le suivi des activités prévues au plan d'action régional sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (PCI) (Un suivi a été réalisé, il n'a toutefois pas touché 75% des activités tel que prévu à la fiche indicateur)
C13.2	La DSP a réalisé le suivi de l'incidence des infections nosocomiales jugées prioritaires en Montérégie parmi celles faisant l'objet d'une surveillance provinciale dans les établissements
C13.3	La DSP a réalisé le suivi de l'incidence des nouveaux de cas de <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM) d'acquisition nosocomiale faisant l'objet d'une surveillance régionale dans les établissements
Cible 14	Réduire les problèmes de santé liés à la qualité de l'air intérieur et extérieur
C14.1	14 municipalités ont amorcé l'implantation d'un mécanisme de collaboration avec le CSSS dans les cas d'insalubrité résidentielle complexe
C14.2	4 CSSS ont élaboré un plan de promotion des mesures d'atténuation des effets négatifs de la pollution atmosphérique auprès de leur clientèle vulnérable
C14.3	6 CSSS ont sensibilisé les municipalités, les commissions scolaires, les CPE et les gestionnaires des terrains des installations du CSSS à la mise en place de mesures de contrôle de l'herbe à poux sur les terrains sous leur responsabilité
C14.4	La DSP a diffusé , aux CSSS et à certains organismes ciblés, les avertissements de smog issus du Programme Info-Smog, incluant les mesures de protection
Cible 15	Améliorer la qualité de vie et la santé des populations en interagissant sur l'environnement naturel et bâti
C15.1	19 projets s'inscrivant dans une approche de développement durable ont été implantés dans les domaines du transport et du logement, avec la collaboration du CSSS
C15.2	La DSP a mis en place un mécanisme de concertation avec le Ministère du développement durable, de l'environnement et des parcs (MDDEP) afin que ce dernier lui rende disponibles les informations nécessaires à l'évaluation des risques de menaces à la santé de la population
C15.3	La DSP a évalué et produit des avis concernant toutes les demandes d'examen de schémas d'aménagement des MRC du territoire et, au besoin, les projets de réglementation pouvant avoir un impact sur la santé publique
C15.4	La DSP a évalué et produit des avis concernant toutes les demandes d'examen et d'évaluation des impacts relativement aux projets ayant des conséquences sur l'environnement, à l'implantation de la Politique de protection des sols et à la réhabilitation des terrains contaminés
C15.5	La DSP a participé aux processus de consultation publique concernant les projets d'élevage porcin conformément à la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme
Cible 16	Contribuer à l'amélioration et au maintien de la santé des travailleurs dans tous les établissements des groupes prioritaires définis par règlement
C16.1	74 % des établissements ciblés des groupes prioritaires 1, 2 et 3 ont un programme de santé spécifique aux établissements (PSSE) tel que défini par la <i>Loi sur la santé et la sécurité du travail</i>
Cible 17	Prévenir les issues défavorables de la grossesse attribuables aux milieux de travail
C17.1	100 % des demandes de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite ont été traitées
Cible 18	Réduire l'exposition des travailleurs à un risque spécifique ou à un ensemble de risques associés à un procédé ou à un secteur d'activité particulier
C18.1	% des établissements ciblés par des projets provinciaux ciblant des risques spécifiques ou un ensemble de risques associés à un procédé ou à un secteur d'activité particulier auront été rejoints et les activités prévues, en fonction des objectifs spécifiques, auront été réalisées (Résultat non disponible)
C18.1a	98 % des établissements des eaux usées (usine de traitement et les égoutiers), les éboueurs municipaux, les centres de tri et les centres de compostage visés par le programme sur les risques biologiques ont fait l'objet d'une intervention
C18.1b	13 % des demandes de support en prévention en provenance des établissements qui regroupent les éboueurs privés et les opérateurs de camion pompe ont été répondues

C18.1c	100 % des établissements visés par le Plan d'action contre le bruit (projet 100 dBA) ont fait l'objet d'une intervention
C18.1d	% des laboratoires dentaires auront été informés par les CSSS des services disponibles pour les aider à identifier la présence de béryllium et prendre les mesures appropriées (Résultat non disponible)
C18.1e	% des demandes en provenance des laboratoires dentaires pour identifier la présence de béryllium ou offrir un support en prévention auront été répondues (Résultat non disponible)

Section mise en œuvre du plan d'action régional

Mise en œuvre 1	Le plan de surveillance de l'état de santé de la population
M1.1	La DSP a planifié et réalisé la mise en œuvre du Plan de surveillance de la Montérégie
M1.2	La DSP n'a pas réalisé la mise à jour du Plan de surveillance de la Montérégie
M1.3	La DSP a élaboré et mis à jour différents outils favorisant l'utilisation des données de santé pour la prise de décision
Mise en œuvre 2	Le suivi et l'évaluation
M2.1	La DSP a réalisé l'évaluation de programmes afin d'apprécier les activités de santé publique et de soutenir les gestionnaires dans la prise de décision
M2.2	La DSP a réalisé un suivi des activités du PAR et des PAL afin d'apprécier le degré d'atteinte des résultats attendus
M2.3	La DSP n'a pas réalisé une appréciation de la performance du programme de santé publique
Mise en œuvre 3	Les communications
M3.1	La DSP a élaboré mais n'a pas implanté un plan de communication de santé publique pour soutenir la mise en œuvre du plan d'action régional (La fiche indicateur mentionnait que 75% des activités du plan de communication devaient avoir été réalisées alors que 65% ont été réalisées)
Mise en œuvre 4	Le développement des compétences
M4.1	La DSP a élaboré et implanté des plans de développement des compétences des ressources en CSSS afin de soutenir l'évolution des pratiques de gestion et d'intervention en santé publique
M4.2	La DSP a élaboré et implanté des plans de développement des compétences de ses ressources afin de soutenir l'évolution des pratiques d'intervention en santé publique
M4.3	La DSP s'est assuré de l'adoption des meilleures pratiques dans l'élaboration des activités de formation et de développement des compétences offertes par la DSP
M4.4	La DSP a facilité le partage des connaissances sur les meilleures pratiques en santé publique
Mise en œuvre 5	Le marketing social
M5.1	La DSP n'a pas élaboré ni implanté un plan de marketing social pour soutenir la mise en œuvre des projets jugés prioritaires

Annexe 2 : Portrait en lien avec l'atteinte des objectifs sociosanitaires du PNSP

Développement, adaptation et intégration sociale			
Objectifs du programme	Indicateurs sociosanitaires	Appréciation	
		Québec	Montérégie
Réduire le taux de grossesse à moins de 18 pour 1 000 chez les adolescentes de 14-17 ans et à moins de 65 pour 1 000 chez les jeunes femmes de 18-19 ans.	Taux de grossesse chez les adolescentes de 14 à 17 ans.	😊	😊
	Taux de grossesse chez les jeunes femmes de 18 à 19 ans.	😊	😊
Réduire la proportion d'enfants qui naissent :	Proportion de naissances vivantes prématurées.	😊	😊
• de façon prématurée (<37 semaines entières de gestation) à moins de 7,8 %;	Proportion de naissances vivantes ayant un retard de croissance intra-utérine.	😞	😞
• avec un retard de croissance intra-utérine à moins de 8 %;	Proportion d'enfants qui naissent avec une anomalie du tube neural.	😊	😊
• avec une anomalie du tube neural à moins de 5,1 pour 10 000;	Proportion d'enfants qui naissent avec le syndrome d'alcoolisation foetale.	nd	nd
Augmenter le taux et la durée de l'allaitement maternel et de l'allaitement exclusif.	Proportion totale de femmes âgées de 15 à 55 ans qui ont allaité.	😊	😞
	Proportion de femmes âgées de 15 à 55 ans qui ont allaité exclusivement.	😊	😞
Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents âgés de 0 à 17 ans qui subissent des abus physiques et psychologiques, des agressions sexuelles et de la négligence.	Taux de cas évalués chez les jeunes de 0 à 18 ans.	↗	↗
Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents qui présentent des troubles de conduite, incluant la violence envers les autres et la délinquance.	Taux de perpétration d'infractions au <i>Code criminel</i> chez les jeunes de 12 à 17 ans.	😊	😊
Réduire la proportion d'adolescents et d'adultes qui présentent des problèmes de drogues, d'alcool et des problèmes de jeux de hasard et d'argent.	Consommation d'alcool chez les jeunes du secondaire.	😊	😞
	Consommation d'alcool chez les personnes âgées de 18 ans et plus.	😞	↔
	Consommation de drogues chez les jeunes du secondaire.	😊	nd
	Proportion de personnes âgées de 18 ans et plus présentant des problèmes de consommation de drogues.	nd	nd
	Participation à des jeux de hasard et d'argent chez les jeunes du secondaire.	😊	nd
	Participation à des jeux de hasard chez les personnes âgées de 18 ans et plus.	nd	nd
Réduire le taux de suicide à moins de 22 pour 100 000 chez les hommes et à moins de 6 pour 100 000 chez les femmes.	Taux de suicide chez les hommes.	😊	😊
	Taux de suicide chez les femmes.	😞	😊
Réduire les tentatives de suicide à moins de 3 pour 1 000 chez les hommes et à moins de 5 pour 1 000 chez les femmes.	Proportion de la population de 15 ans et plus ayant tenté de se suicider au cours d'une période de 12 mois chez les hommes.	😊	nd
	Proportion de la population de 15 ans et plus ayant tenté de se suicider au cours d'une période de 12 mois chez les femmes.	😞	nd
Augmenter la proportion de la population se percevant en bonne santé mentale.	Proportion de la population se percevant en bonne santé mentale.	😞	😞
Réduire le taux de femmes victimes de violence conjugale et d'agression sexuelle.	Taux d'infractions contre les femmes commises dans un contexte conjugal.	😞	😞
	Taux de femmes victimes d'infractions sexuelles.	😊	😊
Réduire la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus qui ont reçu une prescription de médicaments anxiolytiques, sédatifs ou hypnotiques.	Personnes de 65 ans et plus faisant usage d'anxiolytiques, sédatifs ou hypnotiques.	😊	😊
Augmenter la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus ayant un niveau élevé de soutien social.	Proportion de personnes âgées ayant un niveau élevé de soutien social.	↗	↗

Habitudes de vie et maladies chroniques			
Objectifs du programme	Indicateurs sociosanitaires	Appréciation	
		Québec	Montérégie
Augmenter la proportion des personnes qui rencontrent les recommandations du <i>Guide alimentaire canadien</i> concernant la consommation des quatre groupes d'aliments.	Proportion de personnes qui rencontrent les recommandations du <i>Guide alimentaire canadien</i> .	nd	nd
Augmenter de 5 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et légumes quotidiennement.	Proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et légumes quotidiennement.	😊	😊
Réduire l'apport quotidien moyen de sodium sous 3 350 mg pour atteindre l'apport maximal tolérable selon l'âge.	Apport quotidien moyen de sodium.	nd	nd
Réduire à moins de 4,5 % la proportion de personnes de 12 ans et plus vivant une situation d'insécurité alimentaire.	Proportion de la population de 12 ans et plus vivant dans un ménage en situation de sécurité alimentaire précaire.	↔	↔
Augmenter de 5 % la proportion de la population qui atteint le niveau recommandé d'activité physique.	Proportion de la population âgée de 12 à 17 ans active durant les loisirs.	😞	😞
	Proportion de la population âgée de 18 ans et plus active durant les loisirs.	😞	😊
Réduire la proportion des fumeurs des écoles secondaires à 13 % et la proportion de fumeurs de 15 ans et plus à 16 %.	Proportion des fumeurs dans les écoles du secondaire.	😞	😊
	Proportion de fumeurs âgés de 15 ans et plus.	😞	😞
Augmenter la proportion de la population ayant de saines habitudes de vie favorables à la santé buccodentaire.	Proportion de la population âgée de 12 ans et plus ayant consulté un dentiste ou un orthodontiste.	😊	😊
	Proportion de la population selon la fréquence du brossage de dents.	nd	nd
	Proportion de la population selon la fréquence d'utilisation de la soie dentaire.	nd	nd
Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires.	Taux de mortalité de l'ensemble des maladies cardiovasculaires.	😞	😊
	Taux de mortalité par maladies cardiovasculaires (cardiopathies ischémiques).	😊	😊
	Taux de mortalité par maladies cardiovasculaires (maladies vasculaires cérébrales).	😞	😞
	Taux d'hospitalisation par maladies cardiovasculaires.	↘	↘
Réduire le taux de mortalité :			
• de 25 % par cancer du sein chez les femmes dépistées de 50 à 69 ans;	Taux de mortalité par cancer du sein ¹ chez les femmes de 50 à 69 ans.	↘	↗
• de 10 % par cancer du col chez les femmes âgées de 25 à 64 ans;	Taux de mortalité par cancer du col de l'utérus chez les femmes âgées de 25 à 64 ans.	😊	😊
• par cancer du poumon.	Taux de mortalité par cancer du poumon.	😞	😞
Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme.	Taux de mortalité de l'asthme.	😞	↔
	Taux de prévalence pour l'asthme chez les personnes âgées de 12 ans et plus.	😞	😞
	Taux d'hospitalisation pour l'asthme.	nd	😊
Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique.	Taux de mortalité par maladies pulmonaires obstructives chroniques.	😞	😞
	Taux d'hospitalisation par maladies pulmonaires obstructives chroniques.	↔	↔
Limiter l'augmentation de la prévalence du diabète chez la population âgée de 20 ans et plus à 30 %.	Taux ajusté de la prévalence du diabète	↗	↗
Réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % le taux de prévalence de l'embonpoint.	Proportion de la population âgée de 18 ans et plus souffrant d'obésité.	😞	😞
	Proportion de la population âgée de 18 ans et plus souffrant d'embonpoint.	😞	😞
Réduire la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes âgées de 65 ans et plus.	Prévalence de l'ostéoporose chez les personnes âgées de 65 ans et plus.	nd	nd
Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.	Nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.	nd	nd
Réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivite et maladies parodontales destructives) chez les adultes de 18 ans et plus.	Prévalence des maladies parodontales chez les personnes âgées de 18 ans ou plus.	nd	nd
1. Les données concernent les cancers du sein dans l'ensemble et non chez les femmes dépistées comme spécifié dans l'objectif.			

Traumatismes non intentionnels			
Objectifs du programme	Indicateurs sociosanitaires	Appréciation	
		Québec	Montréal
Réduire de 30 % la morbidité et la mortalité chez les usagers du réseau routier.	Taux d'hospitalisation chez les usagers du réseau routier.	nd	⦿
	Taux de mortalité chez les usagers du réseau routier.	⦿	😊
Réduire la morbidité et la mortalité chez les conducteurs de véhicules hors route.	Taux d'hospitalisation chez les conducteurs de véhicules hors route.	⦿	⦿
	Taux de mortalité parmi les conducteurs de véhicules hors route.	⦿	⦿
Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et blessures à domicile ² .	Proportion de la population victime de blessures ayant fait l'objet d'un suivi médical.	↔	↗
	Proportion de la population victime de blessures suite à une chute.	nd	nd
	Taux de mortalité causé par une blessure non intentionnelle.	↔	↗
Réduire de 15 % la morbidité et de 40 % la mortalité liées aux traumatismes récréatifs et sportifs.	Proportion de la population ayant subi des blessures.	nd	nd
	Taux de mortalité lié aux traumatismes récréatifs et sportifs.	nd	nd
2. Les données concernent l'ensemble des blessures, en faisant abstraction du domicile.			

Maladies infectieuses			
Objectifs du programme	Indicateurs sociosanitaires	Appréciation	
		Québec	Montréal
Réduire l'incidence des maladies entériques, particulièrement : • les <i>E. coli</i> 0157 producteurs de vérotoxine;	Incidence des <i>E. coli</i> 0157 producteurs de vérotoxine.	😊	😊
• les infections à <i>Salmonella enteritidis</i> .	Incidence des infections à <i>Salmonella enteritidis</i> .	😞	😞
Réduire le taux d'incidence annuel de la tuberculose active à 3,5 pour 100 000 personnes et, plus précisément :	Taux d'incidence annuel pour la tuberculose active.	😊	nd
• réduire de 8 pour 100 000 personnes dans la région de Montréal;	Taux d'incidence annuel pour la tuberculose active pour la région de Montréal.	😊	nd
• réduire de 2 pour 100 000 personnes dans les autres régions du Québec.	Taux d'incidence annuel pour la tuberculose active pour le reste du Québec.	😊	😊
Réduire le nombre annuel de cas sporadiques de zoonoses.	Nombre annuel de cas sporadiques de zoonoses.	😞	😞
Réduire la progression de la résistance aux antimicrobiens en ce qui concerne : • les infections à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline;	Taux d'incidence des infections à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline.	😊	😊
• les infections nosocomiales;	Proportion des infections des entérocoques résistants à la vancomycine.	😞	😞
• les infections à pneumocoque;	Pourcentage de souches de résistance aux antibiotiques des souches invasives à <i>S. pneumoniae</i> .	↔	nd
• la tuberculose.	Pourcentage de cas résistant aux antituberculeux selon le profil de résistance.	↘	😊
Maintenir l'incidence moyenne annuelle des maladies infectieuses contractées à l'étranger.	Incidence moyenne annuelle des maladies infectieuses contractées à l'étranger ³ .	↘	nd
Maintenir le nombre moyen de cas d'infections invasives à <i>Haemophilus influenzae</i> de type b sous le seuil de cinq par année chez les enfants de moins de cinq ans.	Nombre de cas d'infections invasives à <i>Haemophilus influenzae</i> de type b chez les enfants de moins de 5 ans.	😊	😊
Réduire à moins de 5 cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à méningocoque de sérogroupe C dans la population âgée de 20 ans ou moins.	Incidence annuelle des infections invasives à méningocoque de sérogroupe C chez les personnes de 20 ans ou moins.	😊	😊
Réduire de 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans.	Taux d'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans.	😊	😊
Réduire à zéro l'incidence de l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale.	Incidence de l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse.	nd	nd
	Incidence annuelle de la rubéole congénitale.	😊	😊
Maintenir à deux ou moins le nombre de cas indigènes d'hépatite B chez les enfants âgés de moins d'un an.	Nombre de cas indigènes d'hépatite B chez les enfants âgés de moins d'un an.	😊	😊
Maintenir le taux annuel d'hospitalisation pour influenza et pneumonie des personnes âgées de 65 ans et plus sous le taux moyen de la période 1997-2002.	Taux d'hospitalisation pour influenza et pneumonie chez les personnes âgées de 65 ans et plus sous le taux moyen de la période 1997-2002.	nd	nd
Maintenir à zéro l'incidence annuelle de la diphtérie et de la poliomyélite en ce qui concerne les cas indigènes.	Incidence annuelle de la diphtérie.	😊	😊
	Incidence annuelle de la poliomyélite.	😊	😊
Maintenir à moins d'un cas par cinq ans l'incidence du tétanos.	Incidence annuelle du tétanos.	😞	😊
Maintenir à moins d'un cas par dix ans l'incidence de la rage.	Incidence annuelle de la rage.	😊	😊

Maladies infectieuses			
Objectifs du programme	Indicateurs sociosanitaires	Appréciation	
		Québec	Montérégie
Maintenir l'incidence annuelle des oreillons à moins de 5 % de l'incidence prévacinale.	Incidence annuelle des oreillons.	😊	😊
Réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002.	Taux d'incidence annuelle de la coqueluche.	😊	😊
Réduire à 2,5 pour 100 000 personnes l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A.	Taux d'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite A.	😊	😊
Réduire à 1 pour 100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.	Taux d'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.	😊	😊
Réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination ⁴ .	Taux d'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les personnes âgées de 65 ans et plus.	😞	↗
Réduire de 95 % le taux d'hospitalisation annuel pour varicelle.	Taux d'hospitalisation pour la varicelle.	↘	↘
Maintenir à moins de deux le nombre annuel d'enfants nés au Québec et infectés par le VIH dans le cadre d'une transmission mère-enfant.	Nombre de nouveaux diagnostics par le VIH dans le cadre d'une transmission mère-enfant chez les enfants nés au Canada.	😊	😊
Réduire le nombre de nouveaux cas diagnostics d'infection par le VIH à moins de 550 par année et, plus précisément :	Nombre de nouveaux diagnostics par le VIH.	😊	😊
• le nombre de nouveaux diagnostics chez les HARSAH à moins de 250 cas par année;	Nombre de nouveaux diagnostics par le VIH chez les HARSAH.	😊	😊
• le nombre de nouveaux diagnostics chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année.	Nombre de nouveaux diagnostics par le VIH chez les UDI.	😊	😊
Réduire l'incidence d'infection par le VIH à moins de 1,1 par 100 personnes-année chez les HARSAH et à moins de 2,7 par 100 personnes-année chez les personnes faisant usage de drogues par injection.	Incidence de l'infection par le VIH chez les HARSAH.	nd	nd
	Incidence de l'infection par le VIH chez les personnes faisant usage de drogues par injection.	😊	😊
Réduire le taux d'incidence des infections gonococciques à moins de 12 pour 100 000 personnes, et plus précisément :	Taux d'incidence des infections gonococciques.	😞	😞
• à zéro les cas d'infections gonococciques chez les enfants de moins d'un an;	Taux d'incidence des infections gonococciques chez les enfants de moins d'un an.	😊	😊
• à moins de 35 pour 100 000 chez les femmes âgées de 15 et 25 ans;	Taux d'incidence des infections gonococciques chez les femmes âgées de 15 à 24 ans.	😞	😞
• à moins de 45 pour 100 000 chez les hommes âgés de 20 à 39 ans.	Taux d'incidence des infections gonococciques chez les hommes âgés de 20 à 39 ans.	😞	😞
Réduire les taux d'incidence à <i>Chlamydia trachomatis</i> à moins de 120 par 100 000 personnes et, plus précisément :	Taux d'incidence des infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> .	😞	😞
• à moins de 1 000 pour 100 000 personnes chez les femmes âgées entre 15 et 24 ans;	Taux d'incidence des infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> chez les femmes âgées de 15 à 24 ans.	😞	😞
• à moins de 7 pour 100 000 chez les enfants âgés de moins d'un an (infections oculaires, pulmonaires et génitales).	Taux d'incidence des infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> chez les enfants âgés de moins d'un an.	😊	😊
Maintenir à zéro le nombre de cas de syphilis congénitale chez les enfants âgés de moins de deux ans.	Nombre d'enfants âgés de moins de 2 ans infectés par la syphilis congénitale.	😊	😊
Réduire à moins de 200 cas par année le nombre de cas de syphilis infectieuse, particulièrement chez les HARSAH.	Nombre de cas de syphilis infectieuse.	😞	😞
Réduire l'incidence du VHC à moins de 23 pour 100 personnes par année chez les personnes qui font usage de drogues par injection.	Incidence du VHC parmi les clientèles des centres d'accès au matériel stérile.	😞	nd
Maintenir à moins de 20 cas par année le nombre de lymphogranulomatose vénérienne chez les HARSAH.	Nombre de cas de lymphogranulomatose vénérienne ⁵ .	😊	😊
Réduire l'incidence des infections nosocomiales dans les établissements de santé et de services sociaux.	Taux d'incidence des diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i> .	😊	😊
3. Les données concernent certaines maladies qui pourraient être contractées à l'étranger, la variable « acquise hors Québec » étant sous-déclarée.			
4. L'ensemble des groupes d'adultes admissibles à la vaccination sont non mesurables, seulement les personnes âgées de 65 ans et plus.			

Santé environnementale			
Objectifs du programme	Indicateurs sociosanitaires	Appréciation	
		Québec	Montérégie
Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies cardiaques associées à des facteurs de risque environnementaux.	Se référer au domaine <i>Habitudes de vie et maladies chroniques – Maladies chroniques</i> pour cet objectif sociosanitaire.		
Réduire les taux de morbidité et de mortalité liées aux maladies respiratoires associées à des facteurs de risque environnementaux.	Se référer au domaine <i>Habitudes de vie et maladies chroniques – Maladies chroniques</i> pour cet objectif sociosanitaire.		
Réduire les taux d'incidence et de mortalité liés aux cancers de la peau, au cancer des voies respiratoires et d'autres cancers associés à des facteurs de risque environnementaux.	Taux d'incidence pour le mélanome de la peau.	☹	☹
	Taux de mortalité pour le mélanome de la peau.	☹	☹
Réduire la mortalité et la morbidité associées aux maladies d'origine hydrique, aux intoxications d'origine physique ou chimique.	Nombre d'épisodes d'intoxications d'origine chimique ou biologique.	☹	☹
	Taux d'appels au CAPQ pour intoxication involontaire.	↘	↘
Prévenir les problèmes de santé liées à des facteurs de risque environnementaux émergents dont les événements climatiques extrêmes.	Incidence des problèmes de santé liés à des risques environnementaux émergents dont les événements climatiques extrêmes.	nd	nd
5. Les données concernent l'ensemble de la population, et non parmi les HARSAH comme spécifié dans l'objectif.			

Santé en milieu de travail			
Objectifs du programme	Indicateurs sociosanitaires	Appréciation	
		Québec	Montérégie
Diminuer l'incidence des maladies pulmonaires professionnelles.	Incidence des maladies pulmonaires professionnelles.	↘	↗
Diminuer l'incidence de l'asthme professionnel ainsi que la sévérité des manifestations de cette maladie.	Incidence de l'asthme professionnel.	↘	↘
Diminuer l'incidence des intoxications professionnelles.	Incidence des intoxications professionnelles.	↘	↘
Réduire la prévalence des atteintes du système nerveux par le plomb et les solvants organiques.	Incidence des cas déclarés d'intoxication par le plomb et ses composés.	↘	↘
Diminuer l'incidence des maladies infectieuses professionnelles (hépatites A, B, tétanos et autres).	Incidence des maladies infectieuses professionnelles.	nd	nd
Diminuer l'incidence des cancers associés au milieu de travail.	Incidence du cancer du poumon lié à l'amiante.	↘	↘
	Incidence du mésothéliome lié à l'amiante.	↘	↗
	Incidence de l'angiosarcome du foie relié au milieu de travail.	nd	nd
Diminuer l'incidence des issues défavorables de la grossesse attribuables au milieu de travail (prématurité, avortement, mortinaissance) et des retards de croissance ou des problèmes de santé physique chez l'enfant à naître.	Incidence des issues défavorables de la grossesse attribuables au milieu de travail.	nd	nd
Diminuer l'incidence de la surdité professionnelle, les conséquences de cette maladie et les autres problèmes de santé associés à une exposition au bruit.	Cas incidents de surdité, perte ou déficience auditive.	☹	☹
Diminuer l'incidence des troubles musculo-squelettiques reliés au milieu de travail.	Taux d'incidence des troubles musculo-squelettiques liés au milieu de travail.	😊	😊
Direction générale adjointe de la santé publique	nd Données non disponibles ou sous-déclarées, ou impossibilité de comparer les données	↗	Évolue dans le
Juin 2012	😊 Objectif en voie d'être atteint ou atteint	↔	Demeure stable
	☹ Objectif non atteint	↗	N'évolue pas
		↘	Variable

Annexe 3 – Les activités du Centre jeunesse de la Montérégie

La mission du Centre jeunesse de la Montérégie est de protéger les enfants de son territoire dont la sécurité et le développement sont compromis; traiter les problèmes d'adaptation psychosociale sévère, complexes, et persistants des jeunes; contribuer à la prévention et à la promotion des problèmes d'adaptation sociale et contribuer à la compréhension de ces problèmes par le partage de ses connaissances et par la recherche.

Ce serait intéressant de noter ici l'implication des Centres jeunesse Montérégie depuis plusieurs années, suite à un financement particulier de la DSP. Il nous faut garder cela dans la mémoire collective.

Quelques données

Les jeunes hébergés en internat du CJMontérégie représentent un groupe à risque pour plusieurs problèmes. Les données de santé répertoriées ne laissent aucun doute à ce sujet.

➔ *Sur le plan de la sexualité*

- ✓ Près de neuf jeunes sur 10 âgés de 14 à 17 ans ont déjà eu une relation sexuelle orale, vaginale ou anale volontaire au moins une fois au cours de leur vie.
- ✓ Environ 40 % des jeunes ayant déjà eu des relations sexuelles rapportent avoir eu, au moins une fois au cours de leur vie, des relations sexuelles en groupe (relation sexuelle avec plus d'une personne).
- ✓ Les deux tiers avaient consommé de l'alcool ou de la drogue lors de leur dernière relation sexuelle en groupe.
- ✓ 9,1 % des filles et 1,2 % des garçons ont rapporté avoir dansé dans un bar érotique au moins une fois à vie. Un peu plus du quart avant l'âge de 14 ans.
- ✓ 26 % des filles et 40 % des garçons mentionnent avoir toujours utilisé un condom lors de leurs relations sexuelles vaginales à vie. Lors de leurs relations sexuelles anales, 38,7 % des filles et 58,9 % des garçons ont toujours utilisé un condom.
- ✓ Parmi les filles ayant déjà eu des relations sexuelles volontaires, la moitié ont utilisé une contraception d'urgence au moins une fois.

➔ *Sur le plan de la consommation de tabac et de drogues*

- ✓ 65,4 % des filles et 65 % des garçons fument la cigarette.
- ✓ Près de la moitié des jeunes ont déjà consommé de la drogue par inhalation au cours de leur vie, alors que 6,2 % des filles et 1,5 % des garçons en ont consommé par injection.

➔ *Sur le plan des ITSS*

- ✓ 17,6 % des filles et 3,4 % des garçons ont rapporté qu'au moins une fois dans leur vie, un médecin ou une infirmière leur avait annoncé qu'ils avaient une ITSS (chlamydie et condylomes).
- ✓ La prévalence de la chlamydie génitale est de 9,3 % chez les filles et de 1,9 % chez les garçons; celle de l'infection gonococcique est de 1,7 % chez les filles et de 0 % chez les garçons.
- ✓ 61 % des filles et 28,9 % des garçons ont déjà passé un test de détection de l'infection génitale à *C. trachomatis*. Le tiers des filles et 15,3 % des garçons ont passé un tel test dans le mois suivant leur admission en centre jeunesse.

Où en sommes-nous

Depuis la mise en place du Plan d'action régional (PAR) en 2003, à titre illustratif, le Centre jeunesse Montérégie a mis en place des environnements favorables à l'adoption de saines habitudes de vie en internat par l'adoption et l'implantation de :

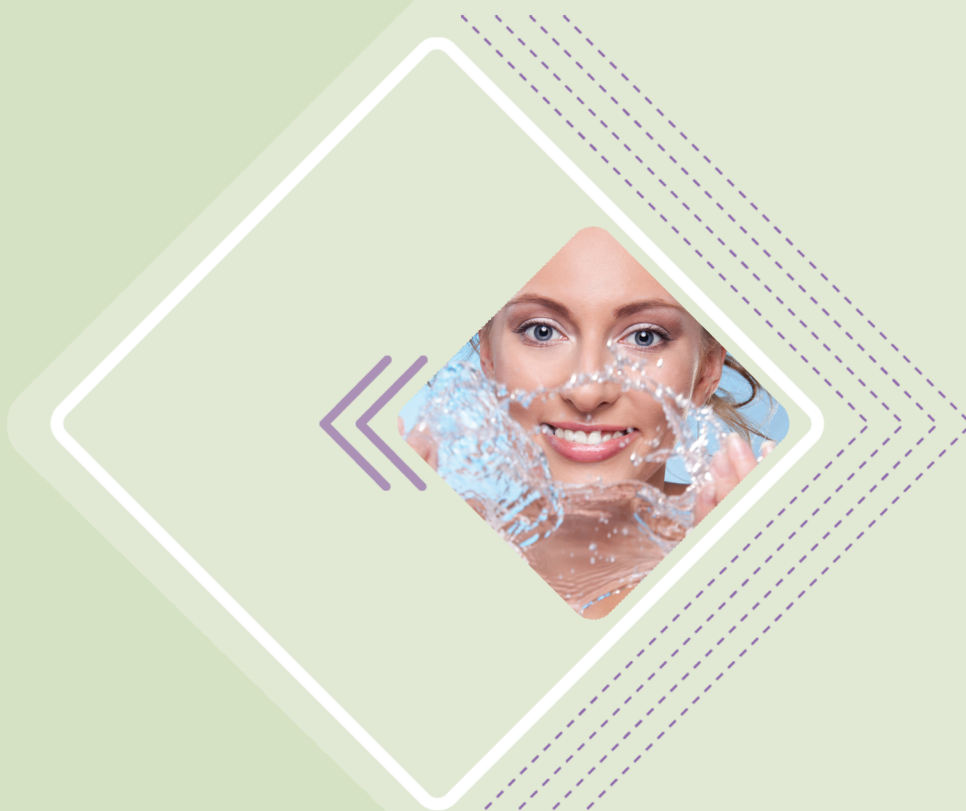
- ✓ Cadre de référence sur les saines habitudes de vie pour les jeunes hébergés en unité de réadaptation interne (2011).
- ✓ Cadre de référence pour contrer le tabagisme chez les jeunes hébergés en unité de réadaptation interne (2009).
- ✓ Politique alimentaire pour les jeunes hébergés en internat (2008).

→ Sur le plan de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang :

- ✓ 82 % des unités d'adolescent renforcent le potentiel des jeunes par l'animation d'un programme d'éducation à la sexualité.
- ✓ L'ensemble des jeunes ont accès à des préservatifs dans les unités ainsi qu'au service de santé sur chacun des campus.
- ✓ 75 % des unités qui hébergent des adolescentes renforcent le potentiel des adolescentes par l'animation du programme Bien dans sa tête bien dans sa peau.

Contribution du Centre jeunesse Montérégie

T10.1	100 % des unités de réadaptation interne du Centre jeunesse de la Montérégie (CJM) auront réalisé au moins deux interventions structurées de promotion d'un mode de vie physiquement actif
T10.2	100 % des unités de réadaptation interne du Centre jeunesse de la Montérégie (CJM) auront réalisé au moins deux interventions structurées de promotion d'une saine alimentation
T10.3	100 % des unités de réadaptation interne du Centre jeunesse de la Montérégie (CJM) auront réalisé au moins une intervention structurée de promotion du non-tabagisme
T10.4	50 % des unités de réadaptation interne du Centre jeunesse de la Montérégie (CJM) auront réalisé des interventions d'éducation à la sexualité auprès des jeunes de 6-12 ans
T10.5	65 % des unités de réadaptation interne du Centre jeunesse de la Montérégie (CJM) auront réalisé des interventions d'éducation à la sexualité auprès des jeunes de 13-18 ans
T10.6	Le Centre jeunesse de la Montérégie (CJM) assurera l'accès à la contraception à l'ensemble des jeunes hébergés
T10.7	Quatre campus du Centre jeunesse de la Montérégie (CJM) auront reçu les ateliers de prévention du passage à l'injection
T10.8	Le Centre jeunesse de la Montérégie (CJM) aura mis en place les mesures structurantes permettant le dépistage de toutes les ITSS par les infirmières tel que recommandé dans le Guide québécois de dépistage des ITSS



Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie

Québec

Direction de santé publique