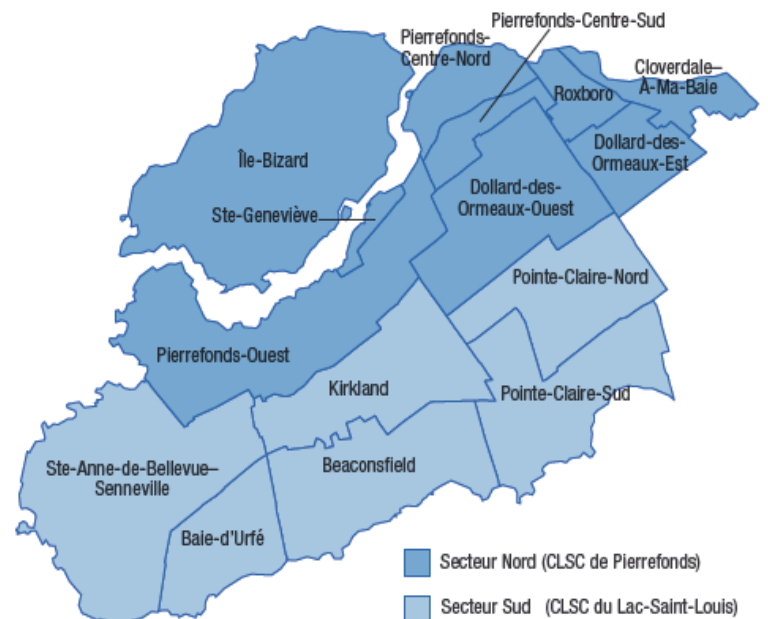


Plan d'action local de santé publique 2010-2015

Centre de santé et de services sociaux
de l'Ouest-de-l'Île
West Island
Health and Social Services Centre



La santé
publique
c'est pour
tout!
le monde!



REMERCIEMENTS



Le Plan d'action local de santé publique (PAL) 2010-2015 du CSSS de l'Ouest-de-l'Île, élaboré par la Direction de santé publique du CSSS ODI est le résultat d'une étroite collaboration entre les gestionnaires, les intervenants du CSSS ODI et les partenaires de la communauté.

Merci à tous pour cette précieuse collaboration.

Coordination des travaux

Paule Masson

Rédaction

Renée Dufour
Paule Masson

Collaboration

Mireille Abadie
Monique Asselin
Céline Bastien
Céline Beaudoin
Lorraine Bériault
Sheila Bonney
Audrey Bouchard
Ruth Bresnen
Normand Croteau
Louise Deschamps
Lucie Desgroseilliers
Manon Fabi
Esther Gariépy

Dr Marie-France Giron
Francine Giroux
Michel Kane
Diane Lemieux
Tim MacMillan
Richard McCready
Danielle Morin
Line Robillard
Marie-Andrée Saumier
Diane Somerville
Dalia Toledano
Claire Wallot

Partenaires communautaires - Consultation du 11 mai 2010

Action jeunesse Ouest-de-l'Île	Hôpital de Montréal pour enfants
AMCAL Youth & Family Services	Incumbent of Christ Church
Arrondissement de Pierrefonds-Roxboro	Initiative 1-2-3- Go
AWISH Arthritis West Island	Lester B. Pearson School Board
Batshaw Youth and Family Centers	Low Vision Self-Help Association
Carrefour des Aînés	Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles
Cégep John Abbott	OMEGA
Centre d'action bénévole Ouest-de-l'Île	Projet communautaire de Pierrefonds
Centre de ressources communautaires de l'ODI	Québec en forme
Centre socio-culturel Shekinah	Service de garde de Lapointe
Cloverdale Multi-Ressources	Table de concertation jeunesse de l'ODI
Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys	Ville de Pointe-Claire
CPE Luminou	West Island Citizens Advocacy
Family Resource Centre	West Island Cancer Wellness Center
Fonds de dépannage de l'Ouest-de-l'Île	

Direction de santé publique de l'Agence de Montréal

Alain Devost, Danielle Dorval, Louis Drouin, Mylène Drouin, Mireille Gaudreau, André Gobeil, Marjolaine Guay, Marjolaine Hamel, Norman King, Pascale Leclerc, Yolande Marchand, Christiane Montpetit, Marie-Josée Paquet, Nathalie Paquet, Renée Paré, Emmanuelle Saint-Arnaud-Trempe, Marie-Pascale Sassine, Christine Savard, Denise Soucy, François Therrien, Linda Thibeault, Claude Tremblay, Francine Trickey, Louise Valiquette

Institut de la statistique du Québec

Dominique André, Guillaume Marois

La version électronique du Plan d'action local de santé publique (PAL) 2010-2015 du CSSS de l'Ouest-de-l'Île est également disponible au www.csssouestdelile.qc.ca.

TABLE DES MATIÈRES

La santé publique
c'est pour
tout le monde!

Mot de la directrice générale du CSSS de l'Ouest-de-l'Île	4
Introduction	
▪ Mise en contexte	5
▪ Démarche d'élaboration du PAL	5
▪ Le PAL, un projet de collaboration	6
Faits saillants du portrait de santé	7
Sept orientations	
▪ Orientation 1 – Des enfants qui naissent et se développent en santé.....	12
▪ Orientation 2 – Des jeunes qui réussissent leur apprentissage scolaire	20
▪ Orientation 3 – Des milieux de travail exempts de menaces à la santé.....	30
▪ Orientation 4 – Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques	34
▪ Orientation 5 – Un environnement urbain favorable à la santé	43
▪ Orientation 6 – Un système de santé qui sert aussi à prévenir	49
▪ Orientation 7 – Des personnes âgées en santé et en sécurité	55
Conclusion	62
Annexe 1 – Fonctions de santé publique	64
Annexe 2 - Liste des définitions.....	65
Annexe 3 - Liste des sigles et des acronymes	66
Notes	67

J'ai le plaisir de vous présenter le Plan d'action local de santé publique 2010-2015 du CSSS de l'Ouest-de-l'Île.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux demande aux CSSS non seulement d'assurer l'accès à une gamme étendue de services, mais aussi d'agir en amont sur l'ensemble des déterminants de la santé. Pour ce faire, le CSSS, en collaboration avec ses partenaires et les autres intervenants du milieu, doit rendre accessible un continuum de services le plus complet possible, allant de la prévention jusqu'au soutien en fin de vie.

Le territoire devient ainsi un lieu d'échanges intersectoriels où plusieurs acteurs coordonnent leurs efforts pour mieux contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, en mettant en avant-plan la prévention et la promotion de la santé.

L'élaboration de ce plan a été rendue possible grâce à la collaboration de nombreux directeurs, gestionnaires, professionnels et intervenants, tant à l'interne que dans la communauté. Cette consultation enrichissante a permis d'amorcer une discussion en vue de nous doter d'une vision commune de la promotion, de la prévention et de la protection de la santé. Elle a également été l'occasion de raffermir nos liens avec plusieurs partenaires, liens que nous souhaitons continuer à développer.

À la lecture du document, vous constaterez que le CSSS de l'Ouest-de-l'Île doit faire face à plusieurs défis tels que la taille de son territoire, l'importance de sa population, les disparités entre les voisinages, l'intégration des immigrants et la rareté des ressources humaines et financières.

Toutefois, soyez assurés de notre engagement à améliorer la santé et le bien-être de notre population, et ce, dans un souci constant d'efficience et de qualité.



Suzanne Turmel
Directrice générale

INTRODUCTION

La santé publique
c'est pour
tout le monde!

MISE EN CONTEXTE

Le Plan d'action local de santé publique (PAL) 2010-2015 du CSSS de l'Ouest-de-l'Île s'inscrit dans le cadre des responsabilités confiées aux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (2004) et par la Loi sur la santé publique (2001).

Tout au long de sa démarche, l'équipe du CSSS a cherché à faire en sorte que son PAL reflète le plus possible les préoccupations et les enjeux locaux, tout en restant conforme aux orientations du tronc commun *Garder notre monde en santé* de la Direction de santé publique de l'Agence de Montréal. Ainsi, les pistes d'action et les recommandations découlant en particulier des quatre forums communautaires tenus entre 2008 et 2010 sur le territoire du CSSS ODI ont donc été prises en considération¹.

Six étapes ont mené à son élaboration :

- La mobilisation des directeurs, gestionnaires et intervenants du CSSS et des partenaires locaux
- L'appropriation des enjeux locaux, de même que des orientations nationales et régionales pour en dégager une vision locale
- La formation de comités de travail
- La réalisation du portrait de santé de la population
- L'identification des objectifs et des actions à réaliser pour chaque orientation
- La rédaction et la validation du document

DÉMARCHE D'ÉLABORATION DU PAL

Le coup d'envoi de la démarche d'élaboration du PAL du CSSS ODI est donné le 19 février 2010 lors de la présentation aux gestionnaires des six orientations régionales par le directeur de santé publique de Montréal, le Dr Richard Lessard.

À ces six orientations, l'équipe du CSSS ODI choisit d'en ajouter une septième portant sur la santé des personnes âgées.

Trois groupes d'acteurs sont rapidement identifiés pour travailler à l'élaboration du PAL : plusieurs équipes du CSSS, les partenaires communautaires et des professionnels de la direction régionale de santé publique

Sept comités de travail – un par orientation – sont mis sur pied. Les directeurs, les cadres et les intervenants des directions concernées se rencontrent à plusieurs reprises afin de s'approprier les données, de revoir les actions en cours, d'en identifier de nouvelles et de prioriser ce qui pourrait être mis de l'avant sur le territoire du CSSS. Des professionnels de la Direction de santé publique de l'Agence de Montréal sont invités à se joindre à quelques rencontres pour échanger sur les actions.

Parallèlement, un portrait du territoire et les sept orientations sont présentés au conseil d'administration, le 29 mars 2010.

Le 11 mai 2010, un déjeuner-rencontre est organisé pour les partenaires communautaires dans le but de présenter les orientations du PAL, d'échanger sur la vision et de recueillir leurs commentaires et suggestions. Une quarantaine de personnes y participent.

La démarche aboutit finalement en octobre 2010 par le dépôt du PAL pour adoption au comité de direction et au conseil d'administration.

LE PAL, UN PROJET DE COLLABORATION

Chaque CSSS doit se doter d'un projet organisationnel et clinique mobilisateur pour son personnel et son réseau de partenaires, intégrant les actions de santé publique. Au CSSS ODI, le projet clinique a été adopté le 22 juin 2009. Le PAL ODI 2010-2015 sera intégré au document « Mise en œuvre du projet clinique du CSSS de l'Ouest-de-l'Île ».

Rappelons que les actions inscrites au PAL du CSSS ODI découlent de la collaboration de plusieurs directions. Ainsi, la Direction de santé publique est maître d'œuvre pour les orientations suivantes :

- Orientation 3 : Des milieux de travail exempts de menaces à la santé
- Orientation 4 (volet mesures d'urgence) : Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques
- Orientation 5 : Un environnement urbain favorable à la santé
- Orientation 6 : Un système de santé qui sert aussi à prévenir (avec le soutien de la direction Santé physique – Médecine)

Les autres orientations et volets sont portés par les directions suivantes :

- Orientation 1 : Des enfants qui naissent et se développent en santé
et
- Orientation 2 : Des jeunes qui réussissent leur apprentissage scolaire
 - Direction enfance - famille - jeunesse et vaccination
- Orientation 4 (autres volets) : Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques
 - Direction des soins infirmiers, Direction services généraux et Direction santé mentale, DI-TED et dépendances
- Orientation 7 : Des personnes âgées en santé et en sécurité
 - Direction personnes âgées en perte d'autonomie et déficience physique

La Direction de santé publique accompagne chacune de ces directions dans l'élaboration de leurs interventions.

FAITS SAILLANTS DU PORTRAIT DE SANTÉ

La santé publique
c'est pour
tout le monde!

Il était une fois un CSSS ...

Le Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île (CSSS ODI) a vu le jour en juin 2004. Il regroupe quatre installations : le CLSC de Pierrefonds, le CLSC du Lac-Saint-Louis, le Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger et l'Hôpital général du Lakeshore.

Le CSSS ODI dessert deux anciens territoires de CLSC qui correspondent au secteur Nord (CLSC de Pierrefonds) et au secteur Sud (CLSC du Lac-Saint-Louis). Plus récemment, un nouveau découpage territorial, plus près des communautés locales, a permis d'identifier 15 voisinages² dont neuf sur le territoire du CLSC de Pierrefonds et six sur celui du Lac-Saint-Louis. Ce sont les voisinages de Sainte-Geneviève, Pierrefonds-Ouest, Dollard-des-Ormeaux-Ouest, Dollard-des-Ormeaux-Est, Cloverdale-À-Ma-Baie, Roxboro, Pierrefonds-Centre-Sud, Pierrefonds-Centre-Nord et Île-Bizard au nord du territoire, et au sud, Sainte-Anne-de-Bellevue-Senneville, Baie-d'Urfé, Beaconsfield, Pointe-Claire-Sud, Pointe-Claire-Nord et Kirkland.

Environ 2 100 employés, 250 médecins et 300 bénévoles travaillent au CSSS ODI. Pour répondre aux besoins de la population, de nombreux établissements et organismes provenant du milieu des CPE et autres garderies, du milieu scolaire (écoles, commissions scolaires), du municipal, du milieu de la santé (cliniques médicales, pharmacies communautaires) et du milieu communautaire (une soixantaine d'organismes) sont aussi à pied d'œuvre. Au moins une vingtaine de tables ou comités intersectoriels sont actifs sur le territoire.

... un territoire

Le territoire du réseau local de services du CSSS ODI comprend deux arrondissements de la ville de Montréal, Pierrefonds-Roxboro et Île-Bizard-Sainte-Geneviève, et sept municipalités : Baie-d'Urfé, Beaconsfield, Dollard-des-Ormeaux, Kirkland, Pointe-Claire, Sainte-Anne-de-Bellevue et Senneville. Le territoire est bordé au nord par la Rivière-des-Prairies et le Lac des Deux-Montagnes, au sud par le Lac-Saint-Louis et à l'est par l'arrondissement de Saint-Laurent et la ville de Dorval. L'autoroute 40 divise le territoire du CSSS en deux : le Nord et le Sud. L'autoroute 20 le traverse également d'est en ouest. Deux trains de banlieue relient l'Ouest-de-l'Île au centre-ville, en plus du réseau d'autobus. Trois principales artères segmentent le territoire du nord au sud : les boulevards des Sources, Saint-Jean et Saint-Charles.

D'une superficie totale d'environ 130 km², le territoire du CSSS ODI est le plus grand de la région de Montréal. Les résidents de l'Ouest-de-l'Île ont accès à une multitude de parcs dont quatre des six parcs-nature de la ville de Montréal, soit le Parc-nature du Cap-Saint-Jacques, celui de l'Anse-à-l'Orme, du Bois-de-l'Île-Bizard et le Parc-nature du Bois-de-Liesse. On retrouve également sur le territoire, des terres cultivées ainsi que le magnifique Campus McDonald de 650 hectares qui abrite la faculté des sciences de l'agriculture et de l'environnement de l'Université McGill.

... une population

On estime la population du territoire du CSSS ODI, au 1^{er} juillet 2009, à 218 759 personnes, dont 107 440 hommes et 111 319 femmes, selon l'Institut de la statistique du Québec³. La population du CSSS constitue 11,5 % de celle de la région sociosanitaire, ce qui en fait le deuxième territoire le plus peuplé de Montréal. On retrouve 63 % de sa population dans le secteur Nord du territoire (136 960 personnes) et 37 % dans le secteur Sud (81 799 personnes)⁴. Entre 1998 et 2006, la population du CSSS ODI a augmenté de 5 %. Les dernières projections démographiques indiquent que la population du CSSS continuera d'augmenter. On prévoit qu'en 2026, 237 469 personnes vivront sur le territoire du CSSS ODI⁵.

Selon le dernier recensement, en 2006, les familles avec enfants constituent 70 % de l'ensemble des familles du territoire, la proportion variant selon le voisinage de 75 % (Kirkland) à 63 % (Pointe-Claire-Sud). Il s'agit du plus fort taux de Montréal, la proportion régionale étant de 63 %. Près des deux tiers des familles avec enfants du territoire vivent dans le secteur Nord. En proportion, les familles monoparentales sont sensiblement moins nombreuses sur le territoire de l'ODI (20 %) que dans la région (33 %), mais constituent tout de même 8 420 familles. Elles sont un peu plus nombreuses dans le secteur Nord, (22 %) que dans le Sud du territoire (18 % des familles). Encore une fois, cette proportion de familles varie sensiblement d'un voisinage à l'autre, passant de 13 % à Kirkland à 30 % et 35 % respectivement à Cloverdale-À-Ma-Baie et à Sainte-Geneviève^{6,7}.

Un peu moins du tiers de la population du CSSS ODI (29 %) est né à l'extérieur du pays (Montréal : 31 %). Cette proportion représente une augmentation depuis 2001 alors que le pourcentage d'immigrants sur le ter-

ritoire était de 26 % (Montréal : 27 %). Des 59 815 résidents du CSSS ODI nés à l'extérieur du pays, 14 % (8 070 personnes) ont immigré depuis moins de cinq ans. Les immigrants vivent en grande partie dans le secteur Nord du territoire (41 735 personnes) où ils représentent 32 % de la population comparativement à 23 % dans le Sud (18 080 personnes). La proportion d'immigrants varie aussi sensiblement selon le voisinage. Les immigrants représentent seulement 14 % et 15 % de la population des voisinages respectivement de Sainte-Anne-de-Bellevue-Senneville et de l'Île-Bizard et autant que 47 %, 42 % et 40 % respectivement de Dollard-des-Ormeaux-Est, Cloverdale-À-Ma-Baie et Pierrefonds-Centre-Sud⁸.

La provenance de la population immigrante du CSSS ODI est très variée. Les principaux pays de naissance sont, en ordre d'importance : l'Inde, le Royaume-Uni, l'Égypte, l'Italie, le Liban, la Roumanie, la République populaire de Chine, la Pologne, les États-Unis, les Philippines, Haïti et la France.

Toujours selon le recensement de 2006, 58 % de la population du CSSS ODI parle le plus souvent anglais à la maison, 28 % français et 14 % une autre langue. Comparativement au Sud, dans le secteur Nord du territoire, davantage de gens parlent plus souvent français à la maison (Nord : 31 % c. Sud : 22 %) ou parle une autre langue (Nord : 18 % c. Sud : 9 %). L'arabe, le chinois et l'espagnol sont les principales « autres langues » utilisées le plus souvent à la maison. Toujours selon le recensement de 2006, environ 2 825 personnes ne peuvent soutenir une conversation ni en français ni en anglais sur le territoire de l'ODI⁹.

FAITS SAILLANTS DU PORTRAIT DE SANTÉ



... une situation socioéconomique

La population du CSSS ODI est, en moyenne, nettement plus favorisée sur le plan socioéconomique, que le reste de l'île de Montréal, en particulier dans le secteur Sud. La proportion de la population défavorisée au CSSS est aussi sensiblement plus faible. Cependant, la taille de la population du CSSS fait en sorte qu'un nombre tout de même substantiel de résidents du territoire sont vulnérables socioéconomiquement.

Selon le recensement 2006, davantage de personnes de 25 ans et plus détiennent un diplôme universitaire sur le territoire (CSSS ODI : 34 % c. Montréal : 29 %), en particulier dans le secteur Sud (42 %), le secteur Nord étant semblable à Montréal. Une plus faible proportion de la population du CSSS (14 %) ne détient pas de diplôme d'études secondaires comparativement à Montréal (22 %) et ce, dans le Sud (11 %,) mais aussi dans le Nord du territoire (15 %).

En ce qui a trait à l'habitation, alors que 62 % des ménages de la région de Montréal sont locataires, c'est le cas de seulement 24 % des ménages du CSSS ODI, 20 % dans le secteur Sud et 26 % dans le Nord. À cet égard, le voisinage de Sainte-Geneviève se démarque avec 61 % de locataires.

La situation de l'emploi est aussi plus favorable au CSSS ODI qu'à Montréal. En 2006, le taux de chômage est de 6,3 % au CSSS ODI (Nord : 6,6 %; Sud : 5,9 %) comparativement à 8,8 % pour Montréal. Le pourcentage de la population de 15 ans et plus qui travaille au CSSS ODI est de 64 % (Nord : 64 %; Sud : 62 %) comparativement à 58 % à Montréal.

Enfin, le revenu médian après impôt des familles du CSSS ODI est, en 2005, de 67 559 \$ (Nord : 62 170 \$; Sud : 75 999 \$) comparativement à 48 195 \$ pour Montréal¹⁰. Cela dit, la vulnérabilité économique est bien présente au CSSS ODI. En 2006, 19 620 personnes vivent sous le seuil de faible revenu après impôt (Nord : 14 170 personnes; Sud : 5 450 personnes). Pour les voisinages de Cloverdale-À-Ma-Baie et Sainte-Geneviève, respectivement le cinquième et près du quart de la population est dans cette situation. De plus, 6 132 résidents du CSSS ODI sont prestataires de l'assistance-emploi (aide sociale)¹¹.

... un environnement social

Le milieu dans lequel les gens tissent des liens, vivent un sentiment de bien-être et de sécurité, ont l'impression d'avoir du contrôle sur leur vie, sans discrimination, a un effet bénéfique certain sur leur santé mentale et physique.

Au chapitre de l'environnement social, le CSSS ODI se distingue de Montréal par une proportion plus faible de personnes vivant seules. En 2006, selon le dernier recensement, la proportion de personnes de 15 ans et plus vivant seules est d'environ 8 % sur le territoire comparativement à 18 % à Montréal. Les proportions sont semblables au Sud et au Nord du territoire.

En ce qui a trait au soutien social et à la satisfaction à l'égard de ses relations, en 2005, la situation est plus que satisfaisante au CSSS ODI, comme d'ailleurs à Montréal, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Dans la population de 12 ans et plus, plus de quatre personnes sur cinq disent avoir un soutien social élevé (82 %) et plus de neuf personnes sur dix se disent satisfaits de leurs relations avec les membres de

FAITS SAILLANTS DU PORTRAIT DE SANTÉ



leur famille (92 %) et avec leurs amis (94 %). Par contre, le sentiment d'appartenance à la communauté est faible pour près de la moitié des résidents de 12 ans et plus, au CSSS ODI comme à Montréal, toujours selon l'ESCC 2005¹².

... des services de santé de première ligne

Premier point de contact de la population avec le réseau de la santé, les services de santé de première ligne constituent un ensemble de soins et de services offerts dans les communautés et dans les milieux de vie des personnes. La façon dont le système de santé s'acquitte de la première ligne a un impact direct sur l'amélioration de la santé de la population.

Une étude sur l'accessibilité et la continuité des services de santé nous indique qu'en 2005, le ratio de médecins pour 1 000 000 habitants est beaucoup plus faible sur le territoire du CSSS ODI (66) qu'à Montréal (89). Par contre, selon la même étude, 69 % de la population de 18 ans et plus du CSSS déclare avoir un médecin de famille (Montréal 64 %)¹³.

Dans le même sens, en ce qui a trait au taux de mortalité pour des causes évitables¹⁴, les données 2001-2005 nous indiquent que le taux du CSSS ODI (78 décès pour 100 000) est inférieur à celui de la région (103 décès pour 100 000), la situation étant plus favorable au Sud (70 décès pour 100 000) qu'au Nord (82 décès pour 100 000) du territoire¹⁵.

... un état de santé et de bien-être

Les principaux indicateurs de l'état de santé dont on dispose suggèrent un meilleur état de santé au CSSS ODI qu'à Montréal. Pour l'espérance de

vie à la naissance, l'espérance de vie en bonne santé et les années potentielles de vie perdues, le CSSS ODI obtient de meilleurs résultats que la région et le secteur Sud plus que le Nord. En 2001-2005, l'espérance de vie à la naissance des hommes est de 80,3 ans dans l'Ouest-de-l'Île (Nord : 79,5 ans; Sud : 81,2 ans) comparativement à 77,3 ans à Montréal. Dans le cas des femmes, l'espérance de vie au CSSS est de 84 ans (Nord : 82,9 ans; Sud : 85,7 ans) comparativement à 82,3 pour Montréal¹⁶.

En ce qui a trait à l'espérance de vie en bonne santé, i.e. sans incapacité, en 2001, pour les hommes du territoire elle est de 68,5 ans (Nord : 67,8 ans; Sud : 69,7 ans) comparativement à 65,5 ans à Montréal. Chez les femmes, elle est de 69,6 ans (Nord : 68,8 ans; Sud : 70,9 ans) comparativement à 67,3 ans à Montréal. Enfin, le taux d'années potentielles de vie perdue pour 2001-2005 est de 353,1 au CSSS ODI (Nord : 376,2; Sud : 315,3) comparativement à 499,7 à Montréal.

En ce qui a trait à la santé mentale des résidents du CSSS ODI, elle semble plutôt bonne. Selon l'ESCC, la proportion de personnes de 20 ans et plus déclarant subir un stress quotidien important, en 2005, était moindre au CSSS ODI (21 %) qu'à Montréal (27 %). La proportion de 20-74 ans qui, toujours en 2005, éprouvait un stress important au travail est aussi moins importante au CSSS ODI (28 %) qu'à Montréal (37 %). Par contre, près de trois personnes sur dix de 12 ans et plus (28 %) rapportent un niveau élevé de détresse psychologique au CSSS ODI comme à Montréal, selon l'ESCC 2005, ce qui suggère que le CSSS ODI n'échappe pas à ce problème en émergence¹⁷.

SEPT ORIENTATIONS



Des enfants qui naissent et se développent en santé

QUELQUES CHIFFRES

Des enfants qui naissent sur le territoire

Pour la période 2004-2006, il y a eu en moyenne 2 018 naissances par année au CSSS ODI¹⁸. On observe une diminution depuis le début des années '90 alors qu'on dénombre 2 748 naissances par année sur le territoire pour 1991-1993¹⁹. De ces 2 018 naissances, 1 362 proviennent du secteur Nord (CLSC de Pierrefonds) et 656 du Sud (CLSC du Lac-Saint-Louis)²⁰. Environ la moitié des nouveau-nés, soit 1 032, ont au moins un parent né à l'extérieur du pays – 769 dans le secteur du CLSC de Pierrefonds et 262 à Lac-Saint-Louis. La langue d'usage de la mère n'est ni le français ni l'anglais pour environ 245 nouveau-nés (12 %) – 198 au Nord et 47 au Sud du territoire^{21,22}.

... dont certains avec des caractéristiques de vulnérabilité...

Un certain nombre de ces nouveau-nés présentent des caractéristiques associées à une plus grande vulnérabilité. En moyenne, pour la période 2004-2006, 26 bébés sont nés d'une mère de moins de 20 ans, dont 19 à Pierrefonds et 7 à Lac-Saint-Louis. Deux cent quarante-deux (242) enfants ont une mère ayant moins de 12 ans de scolarité, 195 dans le secteur Nord et 47 dans le secteur Sud du territoire. Pour la même période annuellement, 120 bébés (5,9 %) sont nés avec un poids à la naissance inférieur à 2 500 g. (Montréal : 6,1 %). De ce nombre, 86 sont du territoire du CLSC de Pierrefonds et 34 du CLSC du Lac-Saint-Louis. Comme pour la région de Montréal, la prématurité touche 7,5 % des nouveau-nés, soit 151 enfants, dont 104 dans le secteur Nord et 47 dans le Sud du territoire. Enfin, environ 7,5 % des nouveau-nés présentent un retard de croissance intra-utérine (Montréal : 9 %), dont 110 à Pierrefonds et 33 à Lac-Saint-Louis^{23,24}.

... et des facteurs de protection ...

Par ailleurs, parmi les facteurs de protection, environ neuf nouveau-nés sur dix sont allaités à la naissance sur le territoire du CSSS ODI et ce, à la fois dans le secteur Nord et dans le Sud.

... des tout-petits qui vivent sur le territoire...

Au 1^{er} juillet 2009, 12 772 enfants de 0-5 ans vivent sur le territoire du CSSS ODI, dont 8 385 (66 %) dans le secteur Nord et 4 387 dans le secteur Sud²⁵. La part des tout-petits dans l'ensemble de la population est d'environ 6 %, tout comme pour l'Île de Montréal. Les données par voisinage nous révèlent que, pour 2006, Cloverdale-À-ma-Baie et Pierrefonds-Ouest ont des proportions un peu plus importantes d'enfants de 0 à 4 ans, soit respectivement 6,6 % et 5,9 %, comparativement à 5,1 % au CSSS et à Montréal²⁶. Les dernières projections démographiques nous révèlent qu'en 2026 les enfants de 0-5 ans représenteront encore environ 6 % de la population du CSSS²⁷.

... dont certains en situation de vulnérabilité

Toujours selon les données du dernier recensement, en 2006, 1 525 enfants (11,6 %) de 0-5 ans du CSSS ODI vivent sous le seuil de faible revenu, dont environ 1 220 dans le Nord et 310 dans le secteur Sud du territoire²⁸. Cette proportion varie sensiblement d'un voisinage à l'autre, passant de 2,8 % à Beaconsfield à 41,5 % à Cloverdale-À-Ma-Baie (Montréal : 29,7 %)²⁹. Par ailleurs, en 2004-2006, 155 enfants de 0 à 4 ans en moyenne par année ont été victimes de négligence ou d'abus, dont environ 130 au CLSC de Pierrefonds et 25 au CLSC du Lac-Saint-Louis³⁰.

Des enfants qui naissent et se développent en santé

Enfin, selon l'enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais réalisée en 2008, la proportion d'enfants de maternelle vulnérables dans au moins un domaine de maturité scolaire³¹ est plus faible au CSSS ODI (32 %) que sur l'ensemble du territoire montréalais (35 %)³².

Par contre, les 656 enfants vulnérables dans au moins un domaine qui vivent dans le secteur Nord font de l'ancien territoire du CLSC de Pierrefonds celui qui compte le plus grand nombre d'enfants vulnérables parmi les 29 anciens territoires de CLSC de Montréal³³. Au sein du CSSS ODI, la proportion d'enfants vulnérables varie sensiblement d'un voisinage à l'autre. Ceux de Pierrefonds-Centre-Sud (47 %), Pierrefonds-Centre-Nord (41 %), Dollard-des-Ormeaux-Est (39 %), Cloverdale-À-Ma-Baie (37 %) et Dollard-des-Ormeaux-Ouest (37 %) présentent les plus fortes proportions d'enfants vulnérables dans au moins un domaine³⁴.

Des enfants qui naissent et se développent en santé

CONTEXTE ET DÉFIS

- Ressources professionnelles insuffisantes, compte tenu du nombre d'enfants vulnérables (maturité scolaire), en particulier pour le volet psychosocial (orthophonistes, psychoéducateurs)
- Besoins spécifiques des mères immigrantes scolarisées sans ressources dédiées

ACQUIS

- Table de concertation Enfance-famille active
- Projets communautaires mobilisateurs : Initiatives 1-2-3 Go de Cloverdale, Initiatives Québec en forme de l'Île-Bizard–Sainte-Geneviève et de Cloverdale
- Trois installations Initiative Amis des bébés (IAB) : CLSC de Pierrefonds, CLSC du Lac-Saint-Louis et Maison de naissance
- Trois haltes-nourrissons

PRIORITÉS ET DÉVELOPPEMENT

- Mobilisation et intervention en maturité scolaire
- Intensification des suivis intensifs pré et postnatals - Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE)
- Obtention de l'exclusivité de l'allaitement maternel jusqu'à 6 mois
- Révision des ententes de services entre le CSSS et le Centre de la petite enfance (CPE)
- Mise à jour des cours prénatals
- Intégration de l'approche de développement des communautés



Des enfants qui naissent et se développent en santé

1

Objectifs

Offre de services / activités

Année de réalisation

2010
2011
2012
2013
2014
2015

1.1 SERVICES EN PRÉNATAL

1.1.1 Rejoindre plus de femmes enceintes et le plus tôt possible durant la grossesse afin de les référer aux programmes existants

Dans le cadre du travail de l'infirmière conseil en prévention clinique, sensibiliser les médecins accoucheurs et les obstétriciens à la référence des femmes enceintes en début de grossesse aux services du CSSS, en particulier :

- ✓ les cours prénatals
- ✓ le programme SIPPE
- ✓ le Centre d'abandon du tabagisme (CAT)

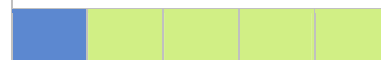


Implanter l'utilisation systématique de l'avis de grossesse afin de mieux desservir notre clientèle en prénatal

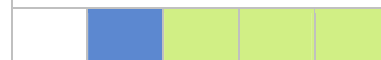
À préciser en fonction de l'agenda régional

1.1.2 Assurer l'accès gratuit des futurs parents à des cours prénatals de qualité dispensés par du personnel formé en pédagogie

Travailler en collaboration avec des maisons d'enseignement universitaire pour développer de nouvelles méthodes pédagogiques favorisant davantage le transfert des connaissances pour les futurs parents



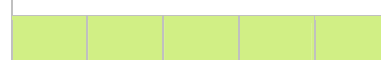
Former tout le personnel qui donne des cours prénatals à ces nouvelles méthodes pédagogiques



Développer et offrir une gamme de cours prénatals pour l'ensemble des clientèles du CSSS avec un guichet d'accès unique



Offrir des cours pratiques en allaitement maternel pour les mères en fin de grossesse en collaboration avec les haltes Nourri-Source

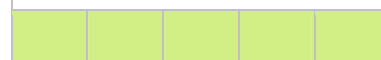


1.1.3 S'assurer que toutes les mères reçoivent leur guide Mieux vivre dès le premier trimestre de leur grossesse

Revoir la logistique de distribution des guides par les médecins accoucheurs et obstétriciens

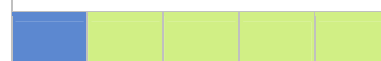


Assurer la distribution du guide

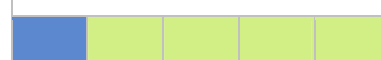


1.1.4 Offrir des services de cessation tabagique aux femmes enceintes

Promouvoir les services du Centre d'abandon du tabagisme auprès des femmes enceintes (voir 6.4.1)



Relancer le projet CAT-hôpital (voir 6.4.2)



Développer

Maintenir

		Des enfants qui naissent et se développent en santé					1	
Objectifs		Offre de services / activités		Année de réalisation				
				2010 2011	2011 2012	2012 2013	2013 2014	2014 2015
1.2 SERVICES EN POSTNATAL								
1.2.1 Assurer un suivi systématique des femmes après le congé du centre hospitalier	Assurer un appel téléphonique dans les 24 heures post-hospitalier							
	Offrir des visites à domicile par une infirmière dans les 24 à 72 heures, idéalement en présence du père, entre autres, pour le soutien à l'allaitement							
1.2.2 Offrir des services de soutien durant les relevailles	Offrir de l'aide à domicile par les auxiliaires familiales pour les familles dans le besoin							
1.2.3 Promouvoir, soutenir et protéger l'allaitement maternel selon les standards de qualité IAB en collaboration avec les organismes communautaires en allaitement	Faire les démarches à l'interne et à l'externe pour le renouvellement de l'accréditation IAB au CLSC de Pierrefonds, au CLSC du Lac-Saint-Louis et à la Maison de naissance							
	Former en continu tous les professionnels de la santé et les auxiliaires familiales en périnatalité							
	Assurer le soutien professionnel et logistique aux haltes Nourri-Source et Halte-bambins							
	Mettre en place une halte nourrisson au CLSC du Lac-Saint-Louis pour toutes les mères							
	Mettre en place une clinique d'allaitement sur notre territoire							
1.2.4 Soutenir les parents qui veulent adopter à l'international	Offrir un soutien psychosocial familial ou en groupe en pré et postadoption							
1.3 SIPPE - SUIVI INTENSIF PRÉ ET POSTNATAL								
1.3.1 Rejoindre davantage de familles vulnérables pour atteindre la cible de 60 %	En partenariat avec les organismes communautaires, offrir à la clientèle de CLSC de Pierrefonds une fois par mois, les services de différents professionnels dans leur milieu de vie, soit au Centre communautaire de l'Est							

Développer

Maintenir



Des enfants qui naissent et se développent en santé

1

Objectifs

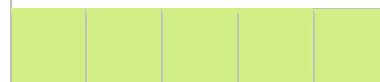
Offre de services / activités

Année de réalisation

2010
2011
2012
2013
2014
2015

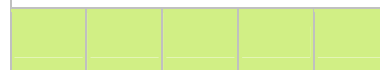
1.3.1 (suite)

En partenariat avec l'organisme communautaire AMCAL, offrir les services de différents professionnels, à la clientèle du CLSC du Lac-Saint-Louis, une fois par semaine, dans leur milieu de vie, soit dans le local Our Place



1.3.2 Augmenter l'intensité du suivi des services en pré et postnatal pour la clientèle des mères de plus de 20 ans selon les recommandations du programme SIPPE

Inscrire le plus tôt possible durant la grossesse toute la clientèle qui répond aux critères de vulnérabilité au moyen de la fiche de périnatalité

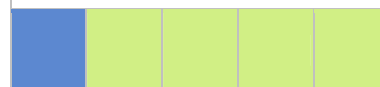


Offrir des ateliers de stimulation précoce aux familles vulnérables



1.3.3 Revoir l'entente de service entre le CSSS et le Centre de la petite enfance (CPE)

En collaboration avec le ministère de la Famille et des Aînés, rencontrer l'ensemble des CPE du territoire du CSSS pour identifier de nouvelles façons de collaborer afin d'offrir le plus de soutien possible aux familles



SIPPE - CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES

1.3.4 Soutenir l'action intersectorielle pour agir collectivement à l'amélioration des conditions de vie et au mieux-être des familles et enfants vulnérables de l'Ouest-de-l'Île

Soutenir la Table de concertation Enfance-famille de l'Ouest-de-l'Île :

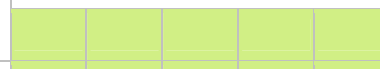
✓ Restructuration de la Table de concertation Enfance-famille pour passer d'une représentation de la clientèle 0-5 ans à 0-12 ans



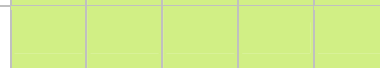
✓ Développement d'un plan d'action local



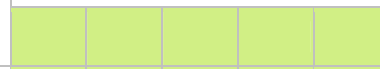
✓ Planification et organisation de formations pour les intervenants et les parents



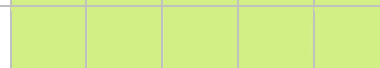
✓ Mobilisation du milieu et des familles



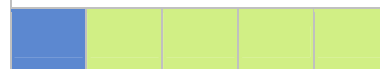
✓ Suivi et évaluation des initiatives financées dans le cadre de la création des environnements favorables (SIPPE)



✓ Recherche de financement



✓ Lobbying sur le développement des services 0-5 ans (psychoéducateur et orthophoniste) publics et communautaires



Développer

Maintenir

		Des enfants qui naissent et se développent en santé					1
Objectifs		Offre de services / activités	Année de réalisation				
			2010 2011	2011 2012	2012 2013	2013 2014	2014 2015
1.3.4 (suite)							
	Améliorer l'arrimage entre les intervenants du CSSS et ceux de la communauté :	✓ Sensibilisation à l'approche communautaire : présentations, rencontres					
		✓ Développement de mécanismes de communication					
1.3.5 Soutenir le développement des communautés pour améliorer les conditions de vie et le bien-être dans quatre milieux particulièrement vulnérables sur le territoire de l'Ouest-de-l'Île	Pour la communauté de Pierrefonds-Centre, réaliser les activités suivantes :						
	✓ Mobilisation de tous les acteurs (milieux scolaire, municipal, de la santé, de garde, communautaire, etc.)						
	✓ Réalisation d'un portrait des besoins, des services et des activités réalisées						
	✓ Planification stratégique						
	✓ Recherche de financement (ex : Québec en forme, Avenir d'enfants)						
	✓ Élaboration du plan d'action						
	✓ Soutien à l'implantation						
	✓ Sensibilisation des intervenants du CSSS à l'approche communautaire						
	Pour les communautés de l'Île-Bizard–Sainte-Geneviève et de Pierrefonds-Ouest, réaliser les activités suivantes :						
	✓ Mobilisation de tous les acteurs (milieux scolaire, municipal, de la santé, de garde, communautaire, etc.)						
	✓ Mise à jour d'un portrait des besoins, des services et des activités réalisées						
	✓ Planification stratégique						
	✓ Recherche de financement (ex : Avenir d'enfants)						
	✓ Élaboration du plan d'action						
	✓ Soutien à l'implantation						

		Des enfants qui naissent et se développent en santé					1	
Objectifs		Offre de services / activités		Année de réalisation				
				2010 2011	2011 2012	2012 2013	2013 2014	2014 2015
1.3.5 (suite)		✓ Sensibilisation des intervenants du CSSS à l'approche communautaire						
	Pour la communauté Cloverdale–À-Ma-Baie, réaliser les activités suivantes :	✓ Réseautage entre le CSSS, la Table et l'Initiative 1-2-3 Go						
		✓ Sensibilisation des intervenants du CSSS à l'approche communautaire						
	Pour la communauté de Pointe-Claire, réaliser les activités suivantes :	✓ Mobilisation de tous les acteurs (milieux scolaire, municipal, de la santé, de garde et communautaire, etc.)						
		✓ Réalisation d'un portrait des besoins, des services et des activités réalisées						
	✓ Planification stratégique							
	✓ Recherche de financement (ex : Québec en forme, Avenir d'enfants)							
	✓ Élaborations du plan d'action							
	✓ Soutien à l'implantation							
	✓ Sensibilisation des intervenants du CSSS à l'approche communautaire							
1.4 Maturité scolaire								
Améliorer le partenariat entre les différents services publics, privés et communautaires touchant le développement de l'enfant, en particulier le développement cognitif et langagier sur le territoire de l'Ouest-de-l'Île	Soutenir le travail du comité sur la maturité scolaire par les activités suivantes visant la sensibilisation et la formation des intervenants :							
	✓ Analyse des besoins des différents partenaires							
	✓ Mise à jour du portrait des services							
	✓ Planification stratégique pour améliorer l'offre de services visant la prévention de la vulnérabilité							
	✓ Élaboration du plan d'action							
	✓ Soutien à l'implantation							

Développer

Maintenir

Développer

Maintenir

Des jeunes qui réussissent leur apprentissage scolaire

Un nombre important de jeunes ...

Le CSSS ODI est le territoire qui compte le plus de jeunes parmi les 12 CSSS de la région de Montréal. Les jeunes sont aussi proportionnellement plus nombreux au CSSS ODI que dans la région. Au 1^{er} juillet 2009, les 6-17 ans représentent 16,6 % de la population du CSSS ODI- 16,5 % du secteur Nord et 16,8 % du secteur Sud, comparativement à 11,8 % pour Montréal³⁵. Selon les dernières projections démographiques produites par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), on prévoit qu'en 2026, les jeunes constitueront 14,6 % de la population du CSSS comparativement à 12,1 % pour la région³⁶. Au 1^{er} juillet 2009, 36 263 enfants et jeunes de 6 à 17 ans vivent sur le territoire du CSSS ODI, dont 16 138 enfants de 6 à 11 ans et 20 125 jeunes de 12 à 17 ans. Du nombre, 22 536 résidents dans le secteur Nord et 13 727 dans le Sud du territoire.

De plus, au moment du dernier recensement, en 2006, parmi les parents avec enfants de moins de 18 ans, environ 38 % sont des immigrants, 44 % dans le secteur Nord et 28 % dans le Sud (Région de Montréal : 47 %). Au total, 19 495 parents immigrants avec enfants de moins de 18 ans vivent au CSSS ODI avec tout ce que cela ajoute de richesse sur le plan culturel et aussi de complexité³⁷.

... dont certains en situation de vulnérabilité

En général, le contexte familial et socio-économique des jeunes est sensiblement plus favorable, et les problèmes sociaux moins fréquents sur le territoire du CSSS ODI qu'à Montréal. Cependant, compte tenu de leur forte population, un nombre substantiel de jeunes font face à des situations potentiellement difficiles sur le territoire.

En ce qui a trait au type de famille dans laquelle ils grandissent, en 2006, 16 % des 5 à 17 ans vivent en famille monoparentale au CSSS ODI comparativement à 27 % à Montréal. Cela représentait 6 335 jeunes de 5 à 17 ans, dont 4 545 dans le secteur Nord et 1 795 dans le Sud.

Toujours selon les données du dernier recensement, 4 000 jeunes de 5 à 17 ans vivent dans une famille sous le seuil de faible revenu au CSSS ODI, dont 1 236 de 6-17 ans (Secteur Nord : 1 158 jeunes; Secteur Sud : 78 jeunes) dans une famille prestataire de l'aide sociale (assistance emploi)³⁸. Or, on sait qu'un faible revenu durant l'enfance affecte la santé et le bien-être d'une personne et ce, tout au long de sa vie.

... dont certains en difficulté ...

Au chapitre des problèmes sociaux, les taux de victimisation et d'externalisation pour les 5-17 ans au CSSS ODI sont parmi les plus bas de la région. Pour la période 2004 à 2006, parmi les jeunes de 5-17 ans, 14 sur 1 000 ont fait l'objet d'un signalement pour négligence, abus physique ou sexuel ou encore abandon parental au CSSS ODI comparativement à 30 sur 1 000 dans la région. Au total, ce sont 545 jeunes qui en ont été victimes au CSSS ODI, dont 412 dans le secteur Nord et 134 dans le Sud³⁹. Pour la même période, les jeunes qui ont fait l'objet d'un signalement à cause d'un trouble de comportement, d'une fugue ou d'une infraction au code criminel est également nettement moins nombreux en proportion sur le territoire (CSSS ODI : 12 % c. Montréal : 21 %). Néanmoins, 488 jeunes du territoire sont touchés, dont 348 au Nord et 140 au Sud du territoire⁴⁰.

Enfin, le décrochage scolaire public en 2006-2007 est aussi beaucoup moins important au CSSS ODI qu'ailleurs dans la région (18 % c. 33 %), mais touche tout de même 370 jeunes du territoire, dont 238 dans le secteur Nord et 132 dans le Sud, avec les répercussions qu'on lui connaît⁴¹.

Des jeunes qui réussissent leur apprentissage scolaire

... avec de bonnes ou de moins bonnes habitudes de vie ...

Les habitudes de vie et les comportements à risque se développent durant l'âge scolaire et ont un impact immédiat et à long terme sur la vie des jeunes. En plus de prévenir les problèmes de santé qui surviennent à l'âge adulte, de saines habitudes de vie contribuent à la santé et au bien-être des jeunes et, par conséquent, à leur réussite scolaire.

On ne dispose pas de données sur les habitudes de vie des jeunes du CSSS ODI en particulier. On sait, par contre, que comme les autres Québécois, deux tiers des jeunes Montréalais de 12-17 ans sont actifs ou très actifs durant leurs loisirs, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2005. Les jeunes Montréalais pratiquent également le transport actif davantage que les jeunes du reste du Québec (78 % c. 57 %)⁴².

En ce qui a trait aux habitudes alimentaires des jeunes Montréalais, elles ne sont pas exemplaires et ne semblent pas non plus s'améliorer à mesure qu'ils grandissent.

Selon l'Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais (EBJM) réalisée en 2003, environ un élève de 6^e année sur cinq (22 %) consomme moins de 5 portions de fruits et légumes par jour alors qu'en secondaire 5, ce sont près de deux jeunes sur cinq (37 %). La moitié des jeunes boivent du lait moins de 3 fois par jour en 6^e année; en secondaire 5, c'est plus de trois jeunes sur quatre. D'ailleurs, dans ce dernier groupe environ un jeune sur sept ne déjeune pas.

Enfin, quel que soit le niveau scolaire, près de sept jeunes sur dix ont eu recours à la restauration rapide au moins une fois au cours de la semaine précédant l'enquête et environ quatre jeunes sur dix (trois sur dix en secon-

daire 5) mangent des croustilles au moins une fois par jour⁴³.

Concernant le tabagisme, selon l'ESCC 2005, environ un jeune Montréalais de 12 à 17 ans sur dix fume, soit un peu moins que les jeunes du reste du Québec (9 % c. 13 %). Le tabagisme gagne en popularité avec l'âge chez les jeunes. En 2005, la proportion de fumeurs est de 5 % chez les 12 à 14 ans et de 13 % chez les 15-17 ans. Les filles fument aussi davantage que les garçons (8 % c. 11 %)⁴⁴.

... dont certains avec des comportements à risque ...

La consommation d'alcool et de drogues est aussi bien présente chez les jeunes Montréalais. Pour certains, il s'agit d'un comportement éphémère et sans conséquence, alors que, pour d'autres, c'est une porte ouverte sur des comportements à risque dont les effets (absentéisme, perte de motivation, problèmes de santé physique ou mentale...) ne sont pas à négliger⁴⁵.

Près de six jeunes sur dix de 12 à 17 ans (59 %) ont déjà consommé de l'alcool (reste du Québec : 66 %)⁴⁶. Comme pour le tabac, la consommation augmente avec l'âge. Selon l'EBJM, environ un élève sur dix (11 %) en secondaire 1 consomme de l'alcool au moins une fois par semaine; en secondaire 5, ce sont près de sept élèves sur dix (67 %).

La consommation de drogues touche également de plus en plus de jeunes au fur et à mesure qu'ils grandissent. Toujours selon l'EBJM, en secondaire 1, près d'un jeune sur dix (9 %) a déjà consommé de la drogue; en secondaire 5, c'est près d'un jeune sur deux (47 %). En ce qui a trait à la consommation régulière de drogue (plus qu'une fois pour essayer), elle touche 5 % des élèves en secondaire 1, environ un élève sur cinq en

Des jeunes qui réussissent leur apprentissage scolaire

secondaire 3 (19 %) et un élève sur trois en secondaire 5 (33 %). Le cannabis arrive en tête de liste des produits consommés : un tiers des jeunes de secondaire 5 admettent en avoir consommé au cours des 12 derniers mois et 11 % en consomment à peu près chaque semaine. Les consommateurs réguliers prennent également des hallucinogènes tels que l'ectasy et le LSD (7 %) et des amphétamines (4 %); les autres drogues (cocaïne, héroïne, colle, solvants) ne représentent ensemble que 1 % des psychotropes utilisés⁴⁷.

Lorsque pratiquées de façon non sécuritaire, les relations sexuelles peuvent également avoir des conséquences importantes sur la santé telles que des infections transmises sexuellement, avec leur lot de problèmes de santé associés (infertilité, grossesse ectopique, etc.) et des grossesses non désirées. Si les grossesses adolescentes non désirées sont de moins en moins fréquentes à Montréal⁴⁸, on assiste par contre à une recrudescence des infections transmises sexuellement, en particulier chez les jeunes.

Selon le dernier rapport sur l'état de santé de la population du Directeur national de santé publique, les jeunes de 15 à 24 ans constituent le segment de la population qui compte le plus grand nombre de personnes infectées⁴⁹. Effectivement, une proportion importante des jeunes actifs sexuellement ne se protègent pas lors de relations sexuelles. Selon l'ESCC, en 2005, parmi le tiers des jeunes Montréalais (15-17 ans) qui ont déclaré avoir déjà eu des relations sexuelles au cours de la dernière année, 16 % n'utilisent habituellement pas de moyens de contraception, résultat deux fois supérieur à celui obtenu dans le reste du Québec⁵⁰. Et c'est sans compter d'autres jeunes aussi très exposés tels que les jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les jeunes hébergés en

centre jeunesse, les jeunes de la rue de même que les jeunes travailleurs et travailleuses du sexe⁵¹. Pour plusieurs jeunes, la combinaison de ces différents comportements (i.e. : alcool et relations sexuelles non protégées) représente un risque accru pour la santé.

... dont l'état de santé est bon ...

Au cours des dernières décennies, le taux de mortalité des jeunes a baissé de façon importante à Montréal comme ailleurs au Québec. Cependant, un nombre encore trop important de décès, 40 % chez les Montréalais de 5-17 ans, pour la période 2001 à 2005, sont attribuables à des causes considérées comme évitables telles que les accidents de transport, le suicide, les incendies et les brûlures.

Ces résultats se reflètent dans les causes d'hospitalisation. Les lésions, les traumatismes et les empoisonnements comptent ensemble pour 18 % de toutes les hospitalisations des 5-17 ans pour la période 2001 à 2006. Entre 1998 et 2008, 3 771 jeunes piétons et cyclistes ont d'ailleurs été blessés dans un accident de la route à Montréal.

Cela dit, l'état de santé des jeunes Montréalais, dont ceux du CSSS ODI, est généralement bon. En 2005, 95 % des jeunes Montréalais de 12-17 se considéraient en bonne, très bonne ou excellente santé selon l'ESCC⁵².

Cette perception est, par contre, moins favorable chez les jeunes qui ont un surplus de poids ou qui souffrent d'un problème de santé chronique. En 2005, environ un jeune Montréalais sur cinq (18 %) avait un surplus de poids (obésité : 3 %; embonpoint : 15 %)⁵³.

Des jeunes qui réussissent leur apprentissage scolaire

Parmi les maladies chroniques affectant les jeunes en 2005, les principales sont les allergies autres qu'alimentaires (28 %), l'asthme (15 %), les allergies alimentaires (5 %) et les maux de dos (autres qu'arthrite et fibromyalgie) qui affligent 5 % des 12 à 17 ans⁵⁴.

Le bien-être psychologique joue un rôle prépondérant dans le développement des jeunes et leur capacité d'affronter des défis. En 2005, 31 % des jeunes Montréalais de 12 à 17 ans (19 % chez les garçons et 46 % chez les filles) rapportent un niveau élevé de détresse psychologique, selon l'ESCC⁵⁵.

Selon ces mêmes données, la détresse psychologique tend ensuite à augmenter puisque près d'un jeune de 18 à 19 ans sur deux avait en 2005, un niveau élevé de détresse psychologique.

Des jeunes qui réussissent leur apprentissage scolaire

CONTEXTE ET DÉFIS

- Ressources professionnelles insuffisantes
- Nombre important de partenaires : deux commissions scolaires, 51 écoles (38 primaires et 13 secondaires), partenaires communautaires et de loisirs
- Arrimage entre le préscolaire et le primaire pour la maturité scolaire
- Besoins spécifiques de la clientèle immigrante sans ressources dédiées

ACQUIS

- Partenariat entre le CSSS et les deux commissions scolaires : Lester B. Pearson (LBPSB) et Marguerite Bourgeoys (CSMB)
- Partenariat entre le CSSS et une douzaine d'écoles primaires ou secondaires au niveau de l'organisation communautaire
- Intérêt et motivation des organismes communautaires famille et jeunesse à travailler en partenariat avec les écoles et les intervenants scolaires
- Initiative Québec en forme dans les écoles primaires et secondaires de Cloverdale et de l'Île-Bizard-Sainte-Geneviève

PRIORITÉS ET DÉVELOPPEMENT

- Implantation du programme ÉMES dans les écoles primaires par la stratégie de développement des communautés
- Consolidation des partenariats entre le CSSS, les commissions scolaires et les directions d'écoles
- Mobilisation des équipes d'intervention auprès des jeunes en difficulté
- Consolidation du programme Crise Ado Famille Enfance (CAFE)
- Réorganisation des concertations en deux tables jeunesse : 1) 0-12 ans et 2) 12-24 ans
- Mise en place d'un réseau de services communautaires pour les 0-24 ans et leurs parents



Des jeunes qui réussissent leur apprentissage scolaire

2

Objectifs

Offre de services / activités

Année de réalisation

2010 2011	2011 2012	2012 2013	2013 2014	2014 2015
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

2.1 ÉMES - ÉCOLES ET MILIEUX EN SANTÉ - PROMOTION

Promouvoir l'approche « Écoles et milieux en santé » sur le territoire du CSSS ODI auprès des partenaires-clefs

Collaborer à la mise en œuvre de l'entente régionale de complémentarité et favoriser son appropriation locale (comité local LBPSB)

Collaborer à la mise en œuvre de l'entente régionale de complémentarité et favoriser son appropriation locale (comité local CSMB)

Améliorer l'arrimage entre les équipes du CSSS et les instances de concertation jeunesse du territoire

Collaborer à la mise en place des mécanismes de liaison entre les différents partenaires (CSSS, écoles, tables et le régional)

Développer le rôle de l'infirmière scolaire

Promouvoir l'actualisation du rôle de l'infirmière scolaire

2.2 ÉMES - ÉCOLES PRIMAIRES - APPROCHE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

2.2.1 À travers les concertations locales, soutenir le développement de :

- 1) milieux en santé dans les quatre communautés ciblées
- 2) de projets d'écoles en santé dans certaines écoles primaires de ces communautés, entre autres en favorisant le développement de saines habitudes de vie (PAG)

Pour la communauté de Pierrefonds-Centre (4 écoles), réaliser les activités suivantes :

- ✓ Mobilisation des 4 écoles de la communauté, de l'arrondissement Pierrefonds-Roxboro et des organismes communautaires Enfance-famille-jeunesse et sécurité alimentaire pour faire partie de la concertation

- ✓ Démarche de planification ÉMES pour la communauté

- ✓ Soutien à l'organisation des activités (ex : prises de contact)

Dans les écoles de cette communauté :

- ✓ Mobilisation de la direction et de l'équipe - école

- ✓ Démarche de planification ÉMES en collaboration avec l'agent pivot scolaire

- ✓ Soutien à l'organisation des activités (ex : mise en réseau avec le milieu communautaire)



Des jeunes qui réussissent leur apprentissage scolaire

2

Objectifs

Offre de services / activités

Année de réalisation

2010
2011 2011 2012 2012 2013 2013 2014 2014 2015 2015

2.2.1 (suite)

Pour la communauté de l'Île-Bizard–Sainte-Geneviève et de Pierrefonds-Ouest (6 écoles), réaliser les activités suivantes :

- ✓ Mobilisation des 6 écoles de la communauté, des arrondissements de Pierrefonds-Roxboro et l'Île-Bizard–Sainte-Geneviève, des organismes communautaires Enfance-famille-jeunesse et sécurité alimentaire pour faire partie de la concertation

- ✓ Démarche de planification ÉMES pour la communauté

- ✓ Accompagnement de la mise en œuvre des plans d'actions sur les saines habitudes de vie (Québec en forme)

- ✓ Soutien à l'organisation des activités (ex : prises de contact)

- ✓ Mobilisation de la direction et de l'équipe – école

- ✓ Démarche de planification ÉMES en collaboration avec l'agent pivot scolaire

- ✓ Soutien à l'organisation des activités (ex : mise en réseau avec le milieu communautaire)

Pour la communauté Cloverdale-Pierrefonds-Est (5 écoles – 6 équipes-école), réaliser les activités suivantes :

- ✓ Intégration du plan de réussite scolaire dans la démarche de la concertation locale

- ✓ Accompagnement, au besoin, des différents regroupements intersectoriels déjà existants pour la mise en œuvre des plans d'action SHV

Dans les écoles de cette communauté :

- ✓ Mobilisation de la direction et de l'équipe – école

- ✓ Démarche de planification ÉMES en collaboration avec l'agent pivot scolaire

- ✓ Soutien à l'organisation des activités (ex. : mise en réseau avec le milieu communautaire)

Au sein de l'équipe d'intervenants jeunesse du CSSS :

- ✓ Sensibilisation des intervenants du CSSS à l'approche communautaire



Objectifs

Offre de services / activités

Année de réalisation

2010 2011	2011 2012	2012 2013	2013 2014	2014 2015
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

2.2 ÉMES - ÉCOLES PRIMAIRES -

APPROCHE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

2.2.2 Mettre en place un réseau organisé permettant d'assurer un continuum de services communautaires pour les 0-24 ans et leurs parents sur le territoire du CSSS ODI

Soutenir la démarche conjointe des exécutifs des deux tables pour la mise en place d'un réseau communautaire Enfance-famille-jeunesse :

✓ Accompagnement de la démarche

✓ Exploration des dimensions légales et administratives d'un changement de structure

✓ Adaptation des outils de communication aux changements proposés (ex : site Web Table Jeunesse)

2.2.3 Soutenir l'action intersectorielle pour agir collectivement à l'amélioration des conditions de vie et du mieux-être des jeunes de l'Ouest-de-l'Île et de leurs parents

Soutenir la table de concertation jeunesse de l'Ouest-de-l'Île :

✓ Restructuration de la Table de concertation Jeunesse pour passer d'une représentation de la clientèle 6 - 24 ans à 12 - 24 ans

✓ Mise à jour du plan d'action local

✓ Suivi et évaluation des initiatives financées dans le cadre d'ÉMES - secteur du CLSC de Pierrefonds

✓ Recherche de financement

Améliorer l'arrimage entre les intervenants du CSSS et ceux de la communauté

✓ Sensibilisation à l'approche communautaire : présentations, rencontres

✓ Développement de mécanismes de communication

2.3 ÉMES - ÉCOLES PRIMAIRES -

SANTÉ DENTAIRE

Mettre en œuvre les activités régionales du Plan d'action en santé dentaire 2005-2012 dans les CPE et les écoles primaires

Dépister systématiquement le besoin évident de traitement de la carie dentaire et classification des enfants à risque élevé de la carie dentaire chez tous les enfants de la maternelle

Assurer un suivi préventif individualisé des enfants à risque élevé de la carie dentaire de la maternelle à la 3^e année



Des jeunes qui réussissent leur apprentissage scolaire

2

Objectifs

Offre de services / activités

Année de réalisation

2010
2011 2012 2013 2014 2015

2.4 ÉMES - ÉCOLES SECONDAIRES

2.4.1 Revoir l'offre de services du CSSS en milieu scolaire

Identifier les besoins spécifiques des écoles ciblées

Proposer une sélection de programmes aux écoles parmi les programmes reconnus efficaces

Revoir l'organisation du travail de l'équipe scolaire afin de favoriser le travail interdisciplinaire

Assurer de la formation continue auprès des intervenants des équipes

2.4.2 Soutenir le développement de projets d'Écoles et milieux en santé dans certaines écoles secondaires, entre autres en favorisant le développement du plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (PAG) en collaboration avec les agents pivot des commissions scolaires

Inciter les écoles secondaires à intégrer dans leur projet éducatif, la démarche ÉMES, au besoin, en collaboration avec les agents pivot des commissions scolaires :

- 1) Former un comité
- 2) Dresser un portrait des besoins
- 3) Définir des objectifs afin de se doter d'un plan d'action
- 4) Réaliser des actions

2.5 SEXUALITÉ

Offrir aux jeunes des services cliniques de contraception et de prévention des ITSS

Poursuivre les activités de promotion de la santé liées aux infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS)

Offrir des consultations individuelles par l'infirmière en milieu scolaire au secondaire

Assurer l'offre de service de la Clinique Jeunesse en CLSC

Développer le modèle d'ordonnance collective de contraception hormonale

Assurer l'actualisation des interventions par la participation à divers comités (comité régional de prévention des grossesses, comité régional des ITSS, comité d'éducation à la sexualité de la LBPSB, comité d'éducation à la sexualité de la CSMB)

2.6 DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET VIOLENCE - LUTTE AUX DÉPENDANCES

2.6.1 Contribuer au développement et à la mise en œuvre d'un programme de prévention de la détresse psychologique

Poursuivre la formation des intervenants jeunesse en milieu scolaire et CLSC sur la détresse psychologique, la violence et l'évaluation de la dangerosité suicidaire



		Des jeunes qui réussissent leur apprentissage scolaire					2				
Objectifs		Offre de services / activités					Année de réalisation				
							2010 2011	2011 2012	2012 2013	2013 2014	2014 2015
2.6.1 (suite)	Offrir le programme CAFE										
	Optimiser les collaborations entre le CSSS et les organismes de santé mentale, tels que Suicide Action Montréal										
	Assurer l'arrimage avec la nouvelle équipe de santé mentale jeunesse qui s'installe sur le territoire										
2.6.2 Lutte aux dépendances	Optimiser les collaborations entre le CSSS et les organismes spécialisés dans le traitement des toxicomanies, entre autres Dollard-Cormier et Foster										

Des milieux de travail exempts de menaces à la santé

QUELQUES CHIFFRES

En vertu d'ententes signées avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et la Commission de la santé et de la sécurité au travail, le CSSS ODI est mandataire d'une des quatre équipes de santé au travail de l'Île de Montréal, ce qui fait qu'en plus de son territoire, le CSSS ODI dessert les entreprises situées sur le territoire du CSSS Dorval-Lachine-LaSalle. Cette équipe est composée de techniciens et d'hygiénistes industriels, d'infirmières, de médecins et d'agents de bureau.

L'axe principal autour duquel s'articulent les interventions de l'équipe de santé au travail est la prévention des maladies professionnelles.

Pour ce faire, les intervenants doivent, en premier lieu, procéder à l'identification et l'évaluation des risques pouvant influencer l'intégrité physique des travailleurs. Ils doivent connaître les situations à risque pour la santé des travailleurs. Ensuite, en combinant leurs compétences et leurs expériences professionnelles, les intervenants informent, forment et soutiennent le milieu de travail dans sa recherche de solutions durables afin d'éliminer les situations dites à risque pour la santé des travailleurs. Dans certains cas, ils effectuent de la surveillance médicale et offrent du soutien à l'organisation des premiers secours et des premiers soins.

Un nombre important d'entreprises

L'intervention des services de santé au travail des CSSS est déterminée par un règlement découlant de la Loi sur la santé et la sécurité au travail. Actuellement, sur les 32 secteurs d'activité économique, tous les établissements des 15 premiers secteurs (industries, bureaux, commerces...) bénéficient d'interventions dans le

cadre du programme de santé spécifique à l'établissement.

Pour les établissements classés dans les 17 autres secteurs, les interventions sont effectuées soit sur demande, soit à la suite de problèmes déclarés ou suspectés.

Le CSSS ODI offre prioritairement des services à plus de 1 100 établissements de ces 15 secteurs dans lesquels on compte près de 35 000 travailleurs⁵⁶. Parmi les secteurs d'activités desservis par le CSSS ODI, les plus importants en nombre d'entreprises sont l'industrie du transport et de l'entreposage (508 établissements), l'industrie de la fabrication des produits en métal (123 établissements), l'administration publique (119 établissements), l'industrie chimique (63 établissements), l'industrie des aliments et boissons (59 établissements) et l'industrie des équipements de transport (40 établissements)⁵⁷.

Des taux de couverture en progression

En janvier 2010, le taux de couverture (au moins une intervention au cours des 5 dernières années) dans les établissements des secteurs ciblés est d'environ 55 % pour les établissements de plus de 2 ans d'existence des secteurs d'activité 2 à 15 (excluant l'administration publique, le transport et l'entreposage).

Pour les secteurs de l'industrie chimique, de la transformation des métaux et des produits minéraux non métalliques, une intensification des activités a permis de hausser le taux de couverture à 85 % au cours des 2 dernières années. Étant donné le faible niveau de risque qui leur est associé, deux secteurs ne sont pas couverts de façon systématique. Ainsi, le pourcentage de couverture du secteur de l'administration publique est actuellement de 8 %, tandis que celui du secteur du transport et d'entreposage est de 5 %.

CONTEXTE ET DÉFIS

- Soutien plus intensif des milieux de travail afin qu'ils se prennent en charge
- Développement de programmes rigoureux afin d'assurer un suivi serré de toutes situations où des travailleurs sont surexposés à des agresseurs chimiques ou lorsqu'ils ont été victimes de maladies à déclaration obligatoire

ACQUIS

- Développement d'un outil de classification des agresseurs visant à identifier les situations les plus à risque pour la santé des travailleurs
- Approche rigoureuse quant à la gestion des situations de surexposition des travailleurs aux contaminants chimiques en milieu de travail
- Intensification des activités visant la prévention des troubles musculo-squelettiques

PRIORITÉS ET DÉVELOPPEMENT

- Accroissement de la connaissance des établissements des secteurs d'activité 2 à 15 afin de repérer les situations les plus à risque et intervenir prioritairement
- En fonction de la disponibilité des médecins, production du plus grand nombre possible de programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE)
- Pour les petites entreprises embauchant une main-d'œuvre immigrante, identification de stratégies favorables au développement et au maintien de mesures de santé et de sécurité au travail, et ce, en collaboration avec l'École de gestion de l'UQAM

		Des milieux de travail exempts de menaces à la santé				3				
Objectifs		Offre de services / activités				Année de réalisation				
						2010 2011	2011 2012	2012 2013	2013 2014	2014 2015
3.1 ÉVALUATION DES MILIEUX DE TRAVAIL										
Augmenter le taux de couverture des établissements (85 % en 2015) afin d'intervenir prioritairement dans les milieux de travail les plus à risque pour les travailleurs	Visiter les établissements									
	Évaluer systématiquement les milieux de travail avec production de portraits environnementaux									
	Compléter systématiquement les grilles d'évaluation Premiers secours premiers soins (PSPS) et des troubles musculo-squelettiques (TMS)									
	Classifier les agresseurs identifiés (saisie dans le SISAT et le Logisat)									
3.2 SIGNALEMENTS ET SUIVI DES SUREXPOSITIONS										
S'assurer qu'aucun travailleur n'est soumis à des valeurs d'exposition aux agresseurs excédant les normes légales québécoises	Assurer un suivi rigoureux de la démarche hors-norme montréalaise									
	Identifier les établissements récalcitrants et les signaler à la direction de santé publique de Montréal									
	Faire la saisie systématique des données dans SISAT									
3.3 PRODUCTION DE PROGRAMMES DE SANTÉ SPÉCIFIQUES À L'ÉTABLISSEMENT (PSSE)										
Assurer une couverture des PSSE pour tous les établissements des groupes 1-02, 2-09 et 2-10 (de moins de 2 ans)	Évaluer les milieux de travail									
	Relancer systématiquement une mise à jour aux 5 ans									
3.4 PRÉVENTION DES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES (TMS)										
3.4.1 Prévenir les problèmes de santé liés aux TMS	Identifier et évaluer les milieux à risque à l'aide de l'outil régional									
	Faire la saisie systématique des données dans le SISAT									
	Réaliser des activités de sensibilisation auprès des établissements									
3.4.2 Favoriser la prise en charge en matière de TMS	Fournir un soutien pour obtenir des ressources spécialisées privées									
3.5 SUIVI DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO) - AMIANTOSE ET SILICE										
Faire en sorte que les milieux de travail se dotent de moyens de prévention efficaces spécifiques aux MADO	Évaluer le milieu de travail et identifier les moyens de prévention									
	Recommander et implanter un programme de prévention via le programme de santé spécifique à l'établissement									

		Des milieux de travail exempts de menaces à la santé				3				
Objectifs		Offre de services / activités				Année de réalisation				
						2010 2011	2011 2012	2012 2013	2013 2014	2014 2015

3.6 SERVICES DE PREMIERS SECOURS ET PREMIERS SOINS (PSPS)

S’assurer que les milieux de travail des groupes prioritaires (1-02 à 3-15) respectent les obligations légales en matière de premiers secours et de premiers soins

Compléter systématiquement les grilles PSPS dans les milieux de travail visités

Assurer un suivi afin que les milieux se conforment à la réglementation en matière de PSPS

Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques

QUELQUES CHIFFRES

Les menaces à la santé, i.e. la présence au sein de la population d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie font l'objet de la quatrième orientation. Alors que les menaces provenant d'agents chimiques et physiques appellent essentiellement les mesures d'urgence, les menaces biologiques sont constituées principalement des maladies infectieuses. Si elles peuvent faire aussi l'objet de mesures d'urgence, elles sont transmises selon différents modes et dans différents milieux et nécessitent donc différents types d'intervention.

Encore et toujours, prévenir les maladies infectieuses

Les activités de prévention des maladies infectieuses sont regroupées en trois pôles : l'immunisation, les maladies à déclaration obligatoire dont principalement les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) et les infections en milieux de soins.

L'immunisation

Le programme de vaccination comprend principalement la vaccination de base des tout-petits, des enfants et des adolescents, de même que la vaccination pour l'influenza saisonnière. Au CSSS ODI, la couverture vaccinale des tout-petits doit être rehaussée. En 2009-2010, la couverture était de 53 % pour le DCaT-Polio-Hb (cible 2010-2011 : 60 %), 30 % pour le méningocoque du sérogroupe C (cible 2010-2011 : 50 %) et 55 % pour le pneumocoque (cible 2010-2011 : 60 %) ⁵⁸.

En ce qui trait aux élèves du primaire, en 2009-2010, 55 % des filles sont protégées contre le virus du papillome humain (Montréal : 64 %) ⁵⁹. Pour les autres vaccins, la couverture vaccinale est meilleure. Pour l'hépatite B, 75 % des élèves de 4^e année sont vaccinés contre l'hépatite B (Montréal : 78 %) ⁶⁰.

Chez les élèves du secondaire, en 2009-2010, 71 % des élèves de secondaire 3 sont vaccinés

pour le DcaT (Montréal : 68 %) ⁶¹ et 60 % contre le virus du papillome humain (Montréal : 62 %) ⁶².

Par ailleurs, en ce qui a trait à la vaccination contre l'influenza saisonnière, les taux de 2008-2009 pour les groupes à risque sont de 13 % pour les 6 à 23 mois (Montréal : 42 %), 13 % pour les 2 à 59 ans atteints de maladies chroniques (Montréal : 38 %), 14 % pour les 60 à 64 ans (Montréal : 43,5 %) et 36 % pour les 65 ans et plus (Montréal : 54 %), pour une valeur globale de 24 % de la population ciblée ⁶³.

Les maladies à déclaration obligatoire

Selon le quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, les infections transmises sexuellement et par le sang sont en nette progression au Québec depuis dix ans ⁶⁴. Le phénomène est d'autant plus inquiétant qu'on sait pertinemment que les statistiques sous-estiment le problème.

En ce qui a trait aux infections d'origine bactériennes, la chlamydie est de loin l'infection la plus fréquente à Montréal, particulièrement chez les 15-24 ans. C'est le cas également au CSSS ODI. En 2006, 152 cas de chlamydie sont répertoriés sur le territoire du CSSS pour un taux d'incidence 70 par 100 000 personnes-années, ce qui le place au dernier rang en ordre d'importance parmi les 12 CSSS ⁶⁵. En 2009, le nombre de cas a presque doublé (291) pour un taux d'incidence de 134 par 100 000 personnes-années ⁶⁶.

En ce qui a trait à la gonorrhée, deuxième infection en importance, elle est en augmentation rapide et constante au Québec depuis dix ans. Par contre, on n'observe pas cette tendance au CSSS ODI. En 2006, 35 cas de gonorrhée étaient identifiés au CSSS ODI pour un taux d'incidence de 16,2 par 100 000 personnes-années, plaçant le CSSS au dixième rang des 12 territoires de CSSS ⁶⁷.

Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques

Les dernières données disponibles nous indiquent peu de changement, 32 cas ayant été identifiés en 2009 pour un taux d'incidence de 14,7 pour 100 000 personnes-années⁶⁸. En 2009, un seul cas était répertorié⁶⁹.

En ce qui a trait aux principales infections d'origine virale, pour l'hépatite B aigüe, un seul cas est identifié en 2006 au CSSS ODI⁷⁰ et aucun en 2009⁷¹. L'infection par le virus de l'hépatite C, qui touche principalement les utilisateurs ou ex-utilisateurs de drogues par injection, est quant à elle, plus présente sur le territoire du CSSS ODI.

En 2006, 35 cas sont répertoriés avec un taux d'incidence de 16,2 par 100 000 personnes-années pour un douzième rang sur 12 parmi les CSSS⁷². En 2009, 25 cas ont été identifiés pour un taux d'incidence de 11,5 pour 100 000 personnes-années⁷³.

Quant à l'utilisation des drogues injectables (UDI), des données de 2006 sur la fréquentation des centres d'accès au matériel stérile d'injection présentent que l'injection de drogues et, possiblement de prostitution sont des phénomènes présents sur le territoire du CSSS.

En effet, près de 150 visites dans les centres d'accès au matériel stérile d'injection ont été effectuées par des résidents de notre territoire, dont la moitié par des femmes. De plus, 3 000 seringues et 2 200 condoms ont été distribués⁷⁴. De nouvelles données disponibles sous peu nous permettront d'identifier l'évolution de ce phénomène.

Pour les autres principales infections d'origine virale, i.e. le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus du papillome humain (VPH) et le virus simplex de l'herpès du type 1 ou 2, il n'existe pas de données locales.

Par contre, selon l'Association de santé publique du Canada, on estime à environ 18 000 personnes porteuses de l'infection par le VIH (incluant les personnes atteintes du sida) au Québec en 2008, ce qui représente une hausse de 12 % par rapport à l'estimation de 2005 (16 000 personnes)⁷⁵.

Dans le cas des deux infections virales les plus fréquentes, soit le VPH (jeunes de 14 à 18 ans) et l'herpès génital, bien qu'il soit difficile d'en estimer correctement l'étendue, on estime qu'en Amérique de Nord, 70 % des personnes actives sexuellement seront infectées par le virus du papillome humain au cours de leur vie et 20 % contracteront l'herpès génital⁷⁶.

Les maladies à déclaration obligatoire (MADO)

Afin de prévenir les risques infectieux dans la communauté, le CSSS applique les lignes directrices pour l'investigation des cas, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions. En 2009-2010, le taux d'incidence des MADO pour l'ensemble du territoire est de 232 par 100 000 comparativement à 455 à Montréal.

Les infections en milieux de soins

Dans le cadre du programme de prévention et contrôle des infections du CSSS ODI, l'accent a été mis sur la surveillance active, l'application rapide des pratiques de base et des précautions additionnelles, les mesures d'hygiène et de salubrité de l'environnement et des équipements, l'hygiène des mains et l'hygiène respiratoire, l'éducation des patients, des familles et du personnel, la réponse aux urgences telle que la gestion des éclosions.

À la surveillance déjà en place, on a ajouté celle des bactériémies des cathéters centraux et celle des infections à staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM).

Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques

En 2009-2010, le CSSS a dû gérer certaines situations particulièrement problématiques telles que : la pandémie A(H1N1) à l'hôpital ainsi que quatre éclosions de gastroentérite d'allure virale, une hausse du Clostridium difficile, une éclosion d'entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) et une augmentation du nombre de cas de bactériémie au Staphylococcus aureus.

Toutefois, on remarque une diminution du taux de SARM et des bactériémies des lignes veineuses centrales.

Au regard de ces situations, les équipes de prévention des infections ont identifié plusieurs défis à relever au cours des prochaines années.

Des mesures d'urgence incontournables

Dans la dernière année, trois situations présentant une menace potentielle à la santé de la population ont requis des mesures d'urgence au CSSS ODI : la pandémie A(H1N1), l'opération Haïti et la chaleur accablante.

Pour l'immunisation contre le virus A(H1N1), au 16 décembre 2009, le CSSS ODI avait rejoint plus de la moitié de sa population (CSSS ODI : 53 % c. Montréal : 45 %). Pour la même période, la collaboration de trois GMF / Cliniques-réseau du territoire a permis de mettre sur pied trois cliniques de grippe. Ils ont reçu 3 104 visites de clients⁷⁷.

Le CSSS a également collaboré à la mise en place de services pour les personnes rapatriées d'Haïti. Le personnel du CSSS et d'une clinique médicale de notre territoire a accueilli les arrivants et traité les blessés à leur arrivée.

Quant à la chaleur accablante, l'épisode de chaleur extrême de juillet 2010 nous a permis de bonifier le plan de chaleur accablante du CSSS ODI.

Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques

CONTEXTE ET DÉFIS

- Demande de la communauté pour relocaliser les cliniques de vaccination contre la grippe dans des locaux plus grands à l'extérieur des CLSC
- Ajout de plusieurs nouveaux vaccins au calendrier vaccinal
- Conformité de la pratique d'hygiène des mains pour les intervenants et patients aux normes de santé publique
- Multiplicité des acteurs municipaux en lien avec les mesures d'urgence

ACQUIS

- Développement d'une expertise à la suite de la pandémie A(H1N1)
- Système continu d'identification et de priorisation de la clientèle vulnérable lors des mesures d'urgence
- Coordination de l'ensemble des activités de vaccination par une ressource et une équipe d'infirmières dédiées à la vaccination
- Programme de surveillance sur la transmission des bactéries multi résistantes en CH et en CHSLD
- Bon arrimage entre les jeunes et les travailleurs de rue eu égard aux infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS)

PRIORITÉS ET DÉVELOPPEMENT

- Finalisation des plans de mesures d'urgence
- À la suite de l'expérience de la pandémie A(H1N1), implantation d'un projet pilote de vaccination influenza dans la communauté afin de rejoindre davantage la clientèle
- Implantation d'une nouvelle procédure des urgences courantes afin d'assurer une coordination efficace en tout temps du travail des différentes équipes impliquées
- Développement d'ordonnances collectives pour les urgences courantes
- Développement du programme de vigie relativement aux infections chirurgicales



Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques

4

Objectifs

Offre de services / activités

Année de réalisation

2010 2011	2011 2012	2012 2013	2013 2014	2014 2015
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

4.1 MESURES D'URGENCE

4.1.1 S'assurer de la conformité du plan local de pandémie avec le plan régional

Mettre à jour le plan local de pandémie du CSSS ODI

Réaliser les activités prévues au plan de pandémie selon les besoins

Si pandémie

4.1.2 Identifier les risques relatifs aux différentes menaces biologiques, chimiques et physiques sur le territoire du CSSS ODI et élaborer des plans particuliers d'intervention

Identifier, évaluer et apprécier les risques au niveau régional et local, en collaboration avec les autres CSSS du territoire, sous la coordination de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal

Élaborer des plans particuliers d'intervention pour les risques locaux qui ont été identifiés comme prioritaires sur le territoire du CSSS ODI, en collaboration avec l'Agence de Montréal

Calendrier de l'Agence de Montréal

4.1.3 Élaborer un plan local de chaleur accablante et extrême en conformité avec le plan régional et le mettre en œuvre en ciblant les clientèles vulnérables

Réviser le plan local de chaleur accablante et extrême

Évaluer les procédures établies pour s'assurer de la disponibilité d'une liste permanente de clients vulnérables

Assurer la mise en œuvre du plan de communication Chaleur accablante et extrême par les différents intervenants du CSSS concernés

Réaliser selon les besoins les activités prévues au plan de chaleur accablante et extrême

Si chaleur accablante

4.1.4 Élaborer et conclure une entente d'intervention psychosociale avec les villes et arrondissements

Élaborer un protocole-type au sein du CSSS

Présenter, négocier et signer un protocole avec chacune des villes

Constituer des équipes d'intervenants et assurer une formation de base et une formation continue à ces derniers

Réaliser les activités prévues aux protocoles, au besoin, en cas d'événement traumatisant

4.1.5 Élaborer et mettre en œuvre un plan particulier d'intervention en cas de pénurie d'eau à partir du guide de l'Agence de Montréal

Élaborer un plan d'intervention en cas de pénurie d'eau sur le territoire

Réaliser les activités prévues au plan au besoin

Si pénurie d'eau



Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques

4

Objectifs

Offre de services / activités

Année de réalisation

2010
2011 2011 2012 2012 2013 2013 2014 2014 2015 2015

4.1.6 S'assurer de la conformité des plans de mesure d'urgence par rapport aux normes et règlements existants pour les installations du CLSC de Pierrefonds, du CLSC du Lac-Saint-Louis, de l'Hôpital général du Lakeshore et du Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger

Réviser aux deux ans le plan des mesures d'urgence du CLSC de Pierrefonds

Réviser aux deux ans le plan des mesures d'urgence du CLSC du Lac-Saint-Louis

Mettre à jour aux deux ans le plan des mesures d'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore

Mettre à jour aux deux ans le plan des mesures d'urgence du Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger

Mettre à jour aux deux ans le plan stratégique des mesures d'urgence du CSSS ODI

4.2 PROGRAMME DE VIGIE, ENQUÊTE ET PRISE EN CHARGE DES MADO, ÉCLOSIONS ET SIGNALEMENTS

4.2.1 Développer un système de réponse rapide pour les interventions de prise en charge des urgences courantes en maladies infectieuses

Mettre à jour et diffuser le document Prise en charge des urgences courantes en maladies infectieuses

4.2.2 Assurer la prise en charge des cas et des contacts référés par la Direction de santé publique de l'Agence de Montréal dans les délais prescrits selon le protocole de Prophylaxie post-exposition (PPE)

Offrir l'immunisation suite à une exposition à risque pour une maladie transmissible (ex : rage, hépatite A, hépatite B aigüe).

Offrir une chimioprophylaxie pour les contacts de cas aigus de maladies contagieuses (ex. méningocoque, streptocoque invasif du groupe A, coqueluche, H. influenza type B).

Offrir les tests cutanés à la tuberculine (TCT) et référer les cas positifs pour un suivi

Revoir les mécanismes de collaboration à l'interne et à l'externe en particulier pour le comité des mesures d'urgence

4.2.3 Assurer la prise en charge des cas PPE en soirée la semaine, en fin de semaine et les jours fériés

Renouveler l'entente avec la clinique-réseau afin d'assurer une meilleure accessibilité

Mettre en place l'ordonnance collective pour permettre la prescription d'une chimioprophylaxie par les infirmières en charge des urgences courantes



Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques

4

Objectifs

Offre de services / activités

Année de réalisation

		2010 2011	2011 2012	2012 2013	2013 2014	2014 2015
4.2.4 En collaboration avec la DSPM, planifier l'intervention et intervenir lors d'éclosions de maladies respiratoires ou entériques lors d'infestations parasitaires dans des milieux de garde, des centres d'hébergement ou d'autres établissements du territoire	Identifier le personnel qui doit intervenir lors d'une éclosion, et ce, pour chacun des milieux identifiés					
	Sensibiliser et former personnel concerné des différents milieux					
	Préciser la contribution d'une conseillère en prévention et contrôle des infections pour les éclosions dans les centres d'hébergement et autres résidences pour personnes âgées, en collaboration avec la Direction des soins infirmiers (DSI)					
4.2.5 Assurer la référence ou la prise en charge des personnes exposées à des liquides biologiques potentiellement contaminés (virus de l'immunodéficience humaine (VIH), virus de l'hépatite C (VHC), virus de l'hépatite B (VHB))	Assurer la prise en charge des employés exposés à des liquides biologiques par le bureau de santé du CSSS					
	Dépister les clients exposés à des liquides biologiques potentiellement contaminés (VIH, VHC ou VHB) et si nécessaire faire une référence médicale					
4.3 PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS EN MILIEUX DE SOINS						
4.3.1 Améliorer la conformité des pratiques aux normes d'hygiène des mains	Réaliser les activités de la campagne mondiale l'hygiène des mains					
	Effectuer trimestriellement des audits sur les pratiques					
	Sensibiliser les professionnels à l'hygiène des mains					
4.3.2 S'assurer de la conformité de la pratique aux normes d'hygiène respiratoire	Promouvoir l'étiquette respiratoire auprès des professionnels et des patients					
4.3.3 Identifier précocement la propagation des bactéries multi-résistantes au sein de nos milieux hospitaliers et d'hébergement et en assurer le contrôle et le suivi	Actualiser les politiques pour la surveillance des bactéries multirésistantes					
	Développer et implanter une politique de gestion des éclosions pour le contrôle de la propagation des bactéries multirésistantes					
	Développer le tableau de bord pour le suivi des taux d'infections périodiques					
	Intensifier les activités du comité de prévention des infections					



Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques

4

Objectifs

Offre de services / activités

Année de réalisation

		2010 2011	2011 2012	2012 2013	2013 2014	2014 2015
4.3.4 Effectuer le suivi des indicateurs de sécurité de prévention des infections	Accroître la vigilance des bactériémies associées aux cathéters veineux					
	Développer la vigilance des pneumonies associées aux ventilateurs					
	Développer la vigilance des infections sur plaies chirurgicales					
4.4 PROGRAMME D'IMMUNISATION						
4.4.1 Réduire les délais vaccinaux chez les enfants de 0 à 12 mois	Vacciner prioritairement les enfants de 0 à 12 mois					
	Promouvoir la vaccination lors de la visite postnatale					
	Augmenter les connaissances scientifiques des infirmières afin d'améliorer leur capacité à promouvoir la vaccination, en particulier les injections multiples					
4.4.2 Atteindre les taux ciblés dans le programme de vaccination scolaire primaire et secondaire	Planifier et coordonner la campagne vaccinale en 4 ^e année du primaire pour les vaccins Twinrex, VPH (filles) et varicelle					
	Planifier et coordonner la campagne vaccinale en secondaire 3 pour les vaccins contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos (dcaT), et le virus du papillome humain (VPH)					
	Saisir les données vaccinales dans I-CLSC					
4.4.3 Atteindre le taux de couverture vaccinale ciblé pour les vaccins influenza et pneumocoque (80 %) des résidents en CHSLD et en résidences privées	Planifier et coordonner la campagne annuelle et vacciner les clientèles visées contre l'influenza et le pneumocoque					
	Assurer l'accessibilité des services de vaccination le jour ainsi que le soir ou la fin de semaine pour les groupes ciblés					
4.4.4 Faire la promotion de la vaccination	Diffuser le matériel promotionnel de la campagne vaccinale auprès de la population cible du territoire et mobiliser les ressources en fonction des clientèles visées					
4.4.5 Soutenir la pratique vaccinale des infirmières du CSSS	Mettre en place des activités de formation et de la formation continue pour les vaccinatrices du CSSS, en collaboration avec la DSPM					
	Maintenir à jour la pratique vaccinale des infirmières par la participation du chef de programme vaccination aux diverses activités internes et au comité des répondants en immunisation de la DSPM					



Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques

4

Objectifs

Offre de services / activités

Année de réalisation

2010 2011	2011 2012	2012 2013	2013 2014	2014 2015
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

4.5 ITSS - PROGRAMME DE

PROMOTION ET DE PRÉVENTION, PROTECTION ET PRISE EN CHARGE

4.5.1 Rendre disponible des activités de dépistage et de prévention des ITSS pour la clientèle adulte de notre territoire

Analyser les services de dépistage actuels

Rendre disponible le matériel de prévention

Réviser la règle de soins pour le dépistage par les infirmières des ITSS chez la clientèle adulte

Effectuer la surveillance des ITSS fréquentes sur notre territoire

Développer des ordonnances collectives pour ces ITSS

Former les infirmières pour effectuer le dépistage des ITSS chez la clientèle adulte

4.5.2 Rendre disponibles des activités de dépistage et de prévention des ITSS pour la clientèle jeunesse de notre territoire

(Voir section 2.5)

4.5.3 Offrir des services psychosociaux et de soins infirmiers accessibles aux utilisateurs de drogues injectables (UDI)

Former un comité de travail avec nos partenaires

Dresser un portrait de la situation et le partager au sein du comité

Consulter les usagers pour préciser les besoins

Identifier les objectifs, services et processus à mettre en place

Rédiger le plan d'action

Former le personnel

Réaliser le plan d'action

Développer et mettre en œuvre un plan de communication

Développer un plan de suivi

Un environnement urbain favorable à la santé

QUELQUES CHIFFRES

Pour s'assurer de vivre dans un environnement sain et sécuritaire à long terme, il est impératif d'agir dans une perspective de développement durable. La Loi sur le développement durable, adoptée par l'Assemblée nationale du Québec en avril 2006, définit seize principes qui doivent être pris en compte par l'ensemble des ministères et des organismes publics. Selon le premier principe, la protection de la santé et l'amélioration de la qualité de vie doivent être au centre des préoccupations de développement durable, les personnes ayant droit à une vie saine et productive, en harmonie avec la nature⁷⁸.

Protéger, prévenir les problèmes de santé

L'esprit de ce premier principe de la Loi se retrouve au cœur du Programme national de santé publique (PNSP). Selon le PNSP, la dégradation de l'environnement (eau, air, sol, aliments), les mauvaises conditions de salubrité, l'aménagement du territoire et les changements climatiques ont des impacts mesurables sur la santé des populations. Ils se traduisent, entre autres, par des excès de maladies respiratoires, cardiovasculaires et entériques, des intoxications, des atteintes des systèmes immunitaires, nerveux et reproducteurs et par divers types de cancer.

Afin de protéger la santé de la population et prévenir les problèmes de santé liés par la contamination biologique, chimique ou physique de l'air, de l'eau ou du sol, le PNSP a identifié différentes actions. Il s'agit, entre autres, d'activités portant sur la qualité de l'air intérieur et extérieur (fumée secondaire, herbe à poux, bois de chauffage), et d'autres visant l'amélioration de la qualité de vie et la promotion des environnements sains et sécuritaires (transport, accès aux aliments)⁷⁹.

L'herbe à poux ...

Le portrait de l'environnement urbain à Montréal en général et au CSSS ODI en particulier, appelle effectivement à l'action. En ce qui a trait à l'exposition à l'herbe à poux, la situation du CSSS ODI est moins favorable que celle de la région. En 2005, l'indice moyen d'herbe à poux était plus élevé dans l'Ouest-de-l'Île qu'à Montréal (CSSS ODI : 4,4 %; Montréal : 2,3 %). En 2006, la proportion d'enfants de 6 mois à 12 ans présentant des manifestations allergiques associées à l'herbe à poux est plus importante sur le territoire du CSSS ODI (19 %) que dans la région (16 %), le secteur du Lac-Saint-Louis (21 %) étant davantage touché que le secteur Nord (18 %)⁸⁰.

La fumée secondaire ...

Par contre, au chapitre de la qualité de l'air intérieur en 2005, une proportion moins importante des non fumeurs de 12 ans et plus est exposée à la fumée secondaire au CSSS ODI comparativement à Montréal (7 % c.11 %), selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)⁸¹.

La combustion résidentielle du bois ...

Parmi les principales sources de pollution de l'air, la combustion résidentielle du bois occupe une place prépondérante à Montréal. En 2006, 61 % des émissions annuelles de particules fines proviennent de la combustion résidentielle du bois, selon la direction de l'environnement et du développement durable de la ville de Montréal. En 2007, un inventaire des poêles et foyers dans l'Île de Montréal indique qu'un nombre important d'appareils de chauffage au bois se trouve dans l'Ouest-de-l'Île. Plus de 60 % des 34 691 appareils des villes reconstituées sont situés sur le territoire du CSSS ODI : Dollard-des-Ormeaux : 6 064 appa-

Un environnement urbain favorable à la santé

reils; Beaconsfield : 5 948 appareils; Kirkland : 3 948 appareils; Pointe-Claire : 3 783 appareils; Baie d'Urfé : 1 327 appareils; Senneville : 348 appareils; Sainte-Anne-de-Bellevue : 248 appareils. De plus, Pierrefonds-Roxboro arrive au troisième rang des arrondissements de la ville de Montréal avec 9,7 % des appareils de la ville (4 884 poêles et foyers). L'Île-Bizard-Sainte-Geneviève est au 11^e rang avec 3,7 % des appareils (1 852 poêles et foyers)⁸².

Le transport des particuliers ...

Au chapitre du transport, peu de ménages sont sans voiture dans l'Ouest-de-l'Île. Selon l'enquête Origine-destination (O-D), en 2003, c'est dans l'Ouest-de-l'Île que la motorisation est la plus importante dans la région de Montréal avec 82 % des ménages motorisés et 1,25 automobile par ménage⁸³. Selon le dernier recensement en 2006, environ 73 % de la population active de 15 ans et plus utilise la voiture (conducteur) pour se rendre au travail sur le territoire du CSSS ODI comparativement à 51 % à Montréal⁸⁴. Mais encore, le cycle suivant de l'enquête O-D indique une croissance de la motorisation dans la région de Montréal entre 2003 et 2008, augmentation davantage liée à l'évolution socioéconomique qu'aux besoins de mobilité^{85,86}.

Concernant les blessés de la route (occupants de véhicules, piétons, cyclistes et motocyclistes), si leur nombre est nettement plus élevé dans les arrondissements centraux de Montréal à l'exception de Westmount et Outremont, entre 1999 et 2003, tout de même 1 889 occupants de véhicules, 236 cyclistes, 198 piétons et 73 motocyclistes ont été blessés sur la route au CSSS ODI⁸⁷.

Enfin, en ce qui a trait au transport actif, le CSSS ODI ne fait pas bonne figure. Selon l'ESCC, environ le tiers (32 %) de la population

de 12 ans et plus au CSSS ODI n'a fait aucun déplacement par la marche ou par vélo pour se rendre au travail, à l'école ou pour faire des emplettes au cours d'une semaine normale, en 2005, proportion significativement plus élevée qu'à Montréal (21 %)⁸⁸.

L'accès physique aux fruits et légumes frais ...

Une étude réalisée par la Direction de santé publique de l'Agence de Montréal en 2004 révèle que très peu de secteurs du territoire du CSSS ODI bénéficient de services de proximité (dans un rayon de 500 mètres) pour l'approvisionnement en fruits et légumes frais, à tel point que le territoire est qualifié de désert alimentaire⁸⁹. De plus, quand on tient compte du taux de motorisation estimé dans chaque aire de diffusion et des surfaces de vente de fruits et légumes dans un rayon de 3 km, l'Ouest-de-l'Île comporte le plus faible indice de la région montréalaise. Cela signifie que même là où presque tous les ménages possèdent une voiture, l'offre de fruits et légumes frais est faible sur une distance de 3 km.

Les milieux naturels ...

Enfin, les résidents du CSSS ODI disposent d'indéniables atouts en matière de milieux naturels, ne serait-ce que les multiples espaces verts et la proximité de trois plans d'eau. D'ailleurs en 2005, toujours selon l'ESCC, 93 % des résidents du CSSS ODI se disent satisfaits de leur quartier comparativement à 84 % pour Montréal⁹⁰. Cela pose la question, tout particulièrement pour les résidents de l'Ouest-de-l'Île, de la préservation des milieux naturels.

CONTEXTE ET DÉFIS

- Momentum favorable pour l'environnement
- Mobilisation politique de la Direction de santé publique de l'Agence de Montréal faite principalement avec la ville centre
- Particularité de la présence de plusieurs partenaires municipaux sur le territoire du CSSS ODI : six villes liées et 2 arrondissements de la ville de Montréal

Acquis

- Priorités clairement établies par la communauté : logement et transport

PRIORITÉS ET DÉVELOPPEMENT

- Appropriation par les principaux acteurs des enjeux locaux en développement durable
- Réseautage du CSSS ODI avec les villes et les arrondissements

Objectifs		Un environnement urbain favorable à la santé		5				
		Offre de services / activités		Année de réalisation				
				2010 2011	2011 2012	2012 2013	2013 2014	2014 2015
5.1 DÉMARCHAGE POUR L'ÉLABORATION DE PROJETS EN DÉVELOPPEMENT DURABLE								
5.1.1 Développer une connaissance de la situation en développement durable de l'Ouest-de-l'Île pour chaque ville et arrondissement	Faire un état de situation en développement durable : ✓ Répertorier les données sur le transport, l'herbe à poux, le logement, les poêles à bois ✓ Identifier les principaux acteurs ✓ Comprendre l'historique des actions réalisées par les villes et arrondissements ✓ Dresser l'inventaire des règlements (avec le soutien de la DSPM) ✓ Identifier les actions potentielles à réaliser (avec la DSPM)							
5.1.2 Identifier et communiquer les principales préoccupations des citoyens et des organismes du territoire sur la question du développement durable	Consulter des acteurs clefs : forum citoyens, groupes focus, etc.							
	Créer des alliances avec nos partenaires communautaires en soutenant entre autre, le comité Éco-santé							
	Créer un portail d'information WEB pour l'Ouest-de-l'Île							
5.1.3 Informer et sensibiliser chacune des villes et chacun des arrondissements sur leurs problématiques de santé en développement durable et identifier celles sur lesquelles ils veulent agir	Réaliser une tournée des municipalités et des arrondissements							
5.1.4 Développer une vision commune des enjeux à prioriser et susciter l'émergence de projets concrets concertés pour les acteurs en développement durable du territoire	À la suite à la tournée, faciliter les arrimages entre les différents acteurs intéressés par le développement de nouveaux projets locaux							
5.1.5 Susciter les arrimages, partager les bons coups et maintenir la mobilisation en développement durable sur le territoire	Réaliser un événement mobilisateur en collaboration avec les partenaires locaux et la DSPM							

		Un environnement urbain favorable à la santé				5				
Objectifs		Offre de services / activités				Année de réalisation				
						2010 2011	2011 2012	2012 2013	2013 2014	2014 2015
5.1.6 Sensibiliser la population et les acteurs locaux aux enjeux de santé liés à l'environnement dans l'Ouest-de-l'Île	Développer un plan de communication sur des enjeux précis									
	Diffuser les informations sur les différentes problématiques et participer aux campagnes populationnelles : Défi climat, herbe à poux, info-smog, chaleur accablante, chauffage au bois...									
5.2 INTERVENTION SUR LE LOGEMENT										
Sensibiliser les intervenants à domicile du CSSS à l'importance de signaler les logements insalubres (punaises et moisissures) et les outiller pour le faire		Développer des procédures pour les signalements de problèmes d'insalubrité des logements : clarification des rôles, établissement de corridors de services, formation des intervenants								
5.3 INTERVENTION SUR LE TRANSPORT										
Identifier avec les partenaires des priorités d'action en transport : transport actif, accessibilité		Soutenir les actions du comité transport issu du forum d'avril 2010								
5.4 CONTRÔLE DE L'HERBE À POUX										
Sensibiliser les citoyens de notre territoire à cette problématique	Réaliser les activités de la campagne régionale sur le territoire du CSSS									
	Informar les municipalités et les citoyens de l'importance de tondre ou d'arracher l'herbe à poux à la mi-juillet et à la mi-août									
	Identifier et faire connaître aux municipalités les règlements qui peuvent avoir un impact sur le contrôle de l'herbe à poux									
5.5 QUARTIERS/AGENDA 21, QUARTIERS DURABLES										
Susciter l'intérêt pour l'aménagement des quartiers durables		Soutenir au moins une communauté dans la mise en œuvre d'activités en développement durable								
5.6 SÉCURITÉ ALIMENTAIRE										
Améliorer la sécurité alimentaire des familles à faible revenu		Soutenir les deux concertations en sécurité alimentaire pour : 1) l'identification des besoins 2) l'élaboration d'un plan d'action 3) le maintien de la mobilisation 4) l'arrimage entre les deux concertations 5) l'émergence de projets en sécurité alimentaire								

		Un environnement urbain favorable à la santé					5		
Objectifs		Offre de services / activités			Année de réalisation				
					2010 2011	2011 2012	2012 2013	2013 2014	2014 2015

5.7 POÊLES À BOIS

Sensibiliser la communauté et les principaux acteurs sur les impacts sur la santé des foyers et des poêles à bois

Proposer aux citoyens des alternatives durables

Présenter aux municipalités des exemples des règlements municipaux qui favorisent le développement durable

Un système de santé qui sert aussi à prévenir

QUELQUES CHIFFRES

Des personnes souffrant de maladies chroniques ...

Bien que l'état de santé de la population du CSSS ODI soit généralement meilleur que celui de la région montréalaise, un nombre important de personnes sur le territoire du CSSS sont touchées par différentes maladies chroniques, dont certaines sont préoccupantes, étant donné leur sévérité.

Durant la période 2001-2005, il y a en moyenne 834 nouveaux cas de cancer par année sur le territoire du CSSS ODI, dont 493 dans le secteur Nord et 341 dans le Sud⁹¹. En 2005-2006⁹², 2 128 personnes de 40 ans et plus sont atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). De plus, chez les 20 ans et plus, 1 728 personnes souffrent d'insuffisance cardiaque⁹³ et 21 169 d'hypertension artérielle.

La prévalence de certaines maladies chroniques tend à augmenter. C'est le cas du diabète qui touche 4,5 % des 20 ans et plus au CSSS ODI en 2 000, pour atteindre 6,2 % en 2005-2006, soit 9 955 personnes, dont 6 534 du secteur Nord (7 %) et 3 421 du Sud (5,2 %).

Le surplus de poids (embonpoint et obésité) est également en augmentation dans la région comme ailleurs au Québec, au Canada et plus largement. Le CSSS ODI ne fait pas exception. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), en 2005, 45 % de la population du CSSS ODI a un surplus de poids (embonpoint : 32 %; obésité : 13 %), soit 75 800 personnes.

Des facteurs de risque qu'on peut modifier

Trois habitudes de vie sont en cause dans environ 80 % des décès liés aux maladies cardiovasculaires (MCV), 90 % des décès liés au diabète et dans environ le tiers des décès liés au cancer : le tabagisme, la mauvaise alimentation et la sédentarité⁹⁴. Si des progrès sont été enregistrés au cours des dernières années au Québec⁹⁵, il reste beaucoup de tra-

vail à faire, également au CSSS ODI, pour augmenter la pratique de l'activité physique, de loisir et le transport actif, diminuer le tabagisme et améliorer les habitudes alimentaires.

... dont la pratique d'activités physiques

La recherche a démontré que l'inactivité physique constitue un grand facteur de risque de décès prématurés, de maladies chroniques et d'invalidités. À l'inverse, les personnes qui pratiquent régulièrement des activités physiques aérobies (i.e. : marche, natation, bicyclette, etc.) même à faible intensité, courent beaucoup moins de risque de souffrir de MCV dont l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, le diabète de type 2, le surplus de poids, l'ostéoporose et certaines formes de cancer. Or selon l'ESCC en 2005, au CSSS ODI, environ 35 % de la population de 18 ans et plus est peu active dans ses loisirs (Montréal : 39 %). Cela représente près de 60 000 personnes qui ont un faible niveau d'activité physique et de loisirs. Les données de l'ESCC chez les 12 ans et plus nous révèlent également qu'environ le même nombre, soit 61 100 personnes ne rapportent aucun transport actif dans leurs déplacements (travail, études, emplettes). Cela représente 32 % de la population de 12 ans et plus sur le territoire du CSSS (Montréal : 21 %).

... dont le tabagisme ...

Le tabagisme est, de loin, la principale cause de décès évitables au Québec. En 2005, le tabagisme touche 20 % de la population de 12 ans et plus du CSSS ODI (Montréal : 25 %), soit 36 500 personnes (ESCC-2005). Selon les données du sondage de la DSPM recueillies entre 2002 et 2007, bien qu'on observe une tendance à la baisse depuis cinq ans, le tabagisme est encore plus répandu chez les hommes que chez les femmes (sauf chez les moins de 18 ans où c'est le contraire), chez les francophones que les anglophones ou les allophones, les moins de 65 ans, les personnes qui vivent dans un milieu plus défavorisé et celles qui sont moins scolarisées.

Un système de santé qui sert aussi à prévenir

... dont les habitudes alimentaires ...

L'alimentation joue également un rôle crucial, entre autres dans la prévention des maladies chroniques. À l'inverse, elle est mise en cause dans « 80 % des décès liés aux maladies cardiovasculaires, dans 90 % des décès liés au diabète et dans le tiers des décès liés au cancer »⁹⁶. Le sondage de la DSPM s'est intéressé à l'apport en fruits et légumes, lait et fromage, en pain de grains entiers et en légumineuses, tous considérés comme une valeur ajoutée à une saine alimentation⁹⁷. À la lumière de ces résultats, des progrès sont à faire sur notre territoire, en particulier en ce qui a trait à la consommation de fruits et légumes, et de lait et fromage. Seulement 28 % de la population de 15 ans et plus consomme en moyenne 5 fruits et légumes ou plus par jour⁹⁸ sur le territoire du CSSS, proportion semblable à celle de Montréal. Un peu plus du tiers (35 %) de la population du CSSS prend du lait ou du fromage deux fois ou plus par jour, proportion également semblable à celle de Montréal (37 %). En ce qui a trait au pain de grains entiers (une fois et plus par jour) et aux légumineuses (une fois et plus par semaine), ils sont consommés davantage sur notre territoire qu'à Montréal (pain de grains entiers : CSSS ODI-56 % c. Montréal : 52 %; légumineuses-CSSS ODI-62 % c. Montréal - 59 %).

Une maladie grave qu'on peut dépister précocement

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), en place depuis 1998, consiste pour les femmes de 50 à 69 ans à passer une mammographie de dépistage tous les deux ans dans un centre de dépistage désigné. Pour atteindre son objectif de réduction de 25 % de la mortalité liée au cancer du sein, le taux de participation doit être de 70 %.

Au 30 juin 2008, le taux de participation s'établissait à 39 % sur le territoire du CSSS ODI, 40 % pour le secteur Nord et 38 % pour le Sud, comparativement à 43 % à Montréal. Des quinze voisinages du territoire, quatre ont un plus faible taux de participation au PQDCS : Pierrefonds-Centre-Sud (32 %), Roxboro (35 %), Pierrefonds-Centre-Nord (36 %) et Dollard-des-Ormeaux-Est (36 %).

Depuis 2005, la progression du taux de participation dans l'Ouest-de-l'Île a été plus lente que celle de Montréal. Par contre, le taux de couverture à la mammographie (mammographie de dépistage et de diagnostic) du CSSS ODI est plus élevé que pour Montréal (65,8 % c. 62 %), ce qui s'explique par une forte proportion de mammographies de diagnostic (CSSS ODI : 37 %; Montréal : 26,8 %).

Au chapitre des modalités de référence, on constate une utilisation moindre de la lettre sur le territoire du CSSS (48,1 %) qu'à Montréal (52,8 %) et plus faible chez les participantes anglophones (44,8 %) que francophones (52,6 %). Enfin, la proportion de mammographies effectuées en utilisant une ordonnance du médecin est plus importante au CSSS ODI qu'à Montréal et ce, à la fois pour la mammographie initiale (CSSS ODI : 73 %; Montréal : 67,3 %) que pour les subséquentes (CSSS ODI : 45,1 %; Montréal : 40,8 %)⁹⁹.

CONTEXTE ET DÉFIS

- Deux groupes de médecins de famille (GMF) et trois cliniques-réseau (CR)
- Un seul centre de dépistage désigné (CDD) pour le dépistage du cancer du sein
- Nombre important de mammographies de diagnostic versus des mammographies de dépistage

Acquis

- Bonne collaboration entre le CSSS et les groupes de médecine de famille et cliniques-réseau
- Centre d'éducation pour la santé (CES) et Centre d'abandon du tabagisme (CAT) performants

PRIORITÉS ET DÉVELOPPEMENT

- Développement d'un projet pour accroître le dépistage du cancer du sein : participation des femmes et des médecins
- Projet CAT-hôpital avec le département d'obstétrique

		Un système de santé qui sert aussi à prévenir				6				
Objectifs		Offre de services / activités	Année de réalisation							
			2010 2011	2011 2012	2012 2013	2013 2014	2014 2015			
6.1 PROMOTION DES SERVICES DE PRÉVENTION (CES, CAT, PQDCS, ETC.) Augmenter l'utilisation des services de prévention par la clientèle ciblée		Travailler avec les différentes directions concernées afin de développer des façons de faire et des outils permettant de référer en continu la clientèle du CSSS aux services de prévention								
		Développer un plan de communication : ✓ Afin que les différents partenaires connaissent et réfèrent leurs clients aux services de prévention ✓ Pour informer la population sur les services existants								
6.2 SYSTÈME DE PRÉVENTION CLINIQUE (SPC) - INTERVENTIONS AUPRÈS DES MÉDECINS DES GMF, CR ET AUTRES MILIEUX CLINIQUES ET DU CSSS 6.2.1 Augmenter le nombre de milieux cliniques qui adhèrent au SPC										
		Identifier de nouveaux milieux cliniques intéressés et y soutenir l'implantation des pratiques cliniques préventives								
		Présenter aux médecins de façon régulière les outils en lien avec les pratiques cliniques préventives								
		Informar les médecins sur les activités éducatives de groupe disponibles sur le territoire du CSSS								
		Offrir des conférences-midi aux médecins et infirmières des GMF et CR sur les pratiques cliniques préventives ou en réponse aux besoins exprimés								
	6.2.2 Soutenir l'intérêt des milieux cliniques où le SPC est déjà implanté	Afin d'accroître l'intensité et le nombre d'interventions préventives au sein du GMF Médistat : ✓ Identifier les besoins de soutien dans leurs activités préventives ✓ Donner le soutien par des services, de la formation ou des outils								
		Sensibiliser les médecins accoucheurs et les obstétriciens à la référence des femmes enceintes en début de grossesse aux services du CSSS, en particulier: les cours prénatals, le programme SIPPE et le CAT								
6.3 CENTRE D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (CES) 6.3.1 Améliorer les corridors de services au sein du CSSS afin d'augmenter les références au CES		Rencontrer les équipes de travail du CSSS pour leur rappeler les services du CES et en informer le nouveau personnel								

		Un système de santé qui sert aussi à prévenir				6				
Objectifs		Offre de services / activités				Année de réalisation				
						2010 2011	2011 2012	2012 2013	2013 2014	2014 2015
6.3.1 (suite)		Développer un système de référence au CES pour les clients du CSSS								
6.3.2 Rejoindre dans son milieu (avec l'aide des organismes communautaires) la clientèle peu encline à utiliser les services		Identifier les besoins de la clientèle et développer une offre de service adaptée incluant le CES mobile								
6.3.3 Offrir les services du CES à toute la clientèle		Dispenser des consultations individuelles sur les habitudes de vie à raison de trois jours par semaine								
6.4 CENTRE D'ABANDON DU TABAGISME (CAT)										
6.4.1 Offrir les services du CAT		Dispenser des consultations individuelles sur la cessation tabagique à raison de trois jours par semaine								
6.4.2 Relancer le projet CAT-hôpital		Former un comité avec les directions concernées (unité mère-enfant, autres à préciser)								
		Développer et implanter le projet								
		Assurer le suivi du projet								
6.4.3 Soutenir les pharmaciens communautaires dans leurs interventions auprès des fumeurs		Revoir les modes de collaboration CAT-pharmaciens								
		Soutenir les pharmaciens dans leurs activités préventives par : ✓ Formation sur la thérapie de remplacement de la nicotine ✓ Formation sur le counselling bref et l'approche motivationnelle								
6.5 PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS)										
6.5.1 Augmenter la participation des femmes du territoire au PQDCS – VOLET MÉDECINS		À partir de l'analyse du <i>Portrait de la participation des Montréalaises pour le CSSS ODI</i> (taux de participation, taux de couverture, modalités de références) élaborer en collaboration avec le médecin responsable de la première ligne et réaliser un plan d'action auprès des médecins pour qu'ils réfèrent leurs patientes au PQDCS								
		Visiter régulièrement les médecins afin de les outiller davantage sur le PQDCS								
6.5.2 Augmenter la participation des femmes du territoire au PQDCS – VOLET FEMMES		À partir de l'analyse du <i>Portrait de la participation des Montréalaises pour le CSSS ODI</i> , identifier avec les intervenants du CSSS et les partenaires, les voisinages où intervenir prioritairement								
		Rencontrer des femmes de ces voisinages afin d'identifier les obstacles et les facteurs facilitant leur participation au PQDCS, préciser les actions								

		Un système de santé qui sert aussi à prévenir				6				
Objectifs		Offre de services / activités				Année de réalisation				
						2010 2011	2011 2012	2012 2013	2013 2014	2014 2015
6.5.2 (suite)		Mettre en place les actions								
6.6 PLANIFICATION INTÉGRÉE DES MALADIES CHRONIQUES										
6.6.1 Assurer une planification intégrée du continuum des maladies chroniques et optimiser les interventions	Former un comité interne stratégique avec les directions santé publique, services généraux et santé physique-médecine									
	Répertorier et analyser les interventions en promotion et en prévention offertes au CSSS									
	Identifier les besoins en gestion des maladies chroniques sur le territoire									
	Présenter un rapport au comité de direction									
	Bonifier notre offre de service en gestion des maladies chroniques à la lumière des résultats de notre analyse									
6.7 ACTIVITÉS DE PROMOTION DE SAINES HABITUDES DE VIE										
Mobiliser la population et les décideurs du territoire sur la question des saines habitudes de vie en développant un plan de marketing sociétal incluant un plan de communication	Former un comité de travail interne (Projet de laboratoire en promotion de la santé)									
	Former un comité aviseur externe avec des leaders du territoire									
	Élaborer un plan d'action afin d'agir simultanément, de façon orchestrée, dans les différents milieux de vie des citoyens du territoire									
	Présenter un plan de marketing sociétal au comité de direction et au conseil d'administration (CA)									
	Implanter et évaluer									

Des personnes âgées en santé et en sécurité

QUELQUES CHIFFRES

Au 1^{er} juillet 2009, 31 097 personnes de 65 ans et plus vivent sur le territoire du CSSS ODI, dont 17 787 dans le secteur Nord et 13 310 dans le Sud¹⁰⁰. Les données par voisinage nous indiquent que la proportion de personnes de 65 ans et plus varie sensiblement d'un voisinage à l'autre, passant en 2006, de 9 % à l'Île-Bizard, à environ 22 % à Pointe-Claire-Sud¹⁰¹. Ce dernier voisinage se distingue particulièrement puisqu'il compte le plus grand nombre d'aînés du CSSS, soit 4 460 personnes en 2006, suivi de Dollard-des-Ormeaux-Ouest qui comprend 4 125 personnes âgées.

Une population croissante d'aînés ...

La proportion de personnes de 65 ans et plus dans la population totale du CSSS était de 14 % au 1^{er} juillet 2009, 16 % dans le secteur Sud et 13 % du secteur Nord, alors que 16 % de la population de la région de Montréal avait 65 ans et plus. Par contre, selon les dernières projections démographiques¹⁰², on prévoit qu'en 2026, 21 % de la population du CSSS ODI aura 65 ans et plus (25 % dans le secteur Sud et 19 % dans le secteur Nord), comparativement à 20 % pour Montréal. Cela devrait représenter des hausses en proportion et en nombre parmi les plus fortes de la région.

Tout comme ailleurs dans la région de Montréal ou au Québec, davantage d'aînés sont des femmes (55 %)¹⁰³. Par contre, il y a, en proportion, plus d'hommes de 65 ans et plus sur le territoire du CSSS que dans la région (45 % c. 40 %)¹⁰⁴.

Parmi les personnes âgées, la proportion de 75 ans et plus, considérée comme plus vulnérable, est un peu moindre au CSSS ODI qu'à Montréal (48 % c. 51 %)¹⁰⁵. Cette proportion est toutefois plus importante dans le secteur Sud (52 %) que dans le Nord (45 %)¹⁰⁶. Au 1^{er} juillet 2009, 14 930 personnes de 75 ans et plus vivent sur le territoire du CSSS ODI, dont 7 979 dans le secteur Nord et 6 951 dans le secteur Sud.

... dont la grande majorité vit à la maison

En général, les personnes de 65 ans et plus vivent à la maison. En 2006, dans la région de Montréal, plus de neuf personnes sur dix de 65 ans et plus et une personne sur deux de 75 ans et plus résident en ménage privé, les autres étant en ménage collectif, institutions de santé publiques ou privées, ou encore en communauté religieuse¹⁰⁷. En 2005, le taux d'institutionnalisation sur le territoire du CSSS ODI pour les 75 ans et plus est de 5,8 %, donc plus faible que celui de la région (6,3 %)¹⁰⁸.

... qui jouit d'une meilleure espérance de vie à 65 ans ...

Comme c'est le cas depuis plusieurs années, pour la période 2004-2006, l'espérance de vie à 65 ans est meilleure sur le territoire du CSSS ODI que dans la région. À 65 ans, les hommes peuvent espérer vivre encore 18,7 ans (Montréal : 17,8 ans) alors que les femmes du territoire peuvent s'attendre à vivre encore 22,5 ans (Montréal : 21,4 ans).

Des personnes âgées en santé et en sécurité

... pour plusieurs avec des incapacités et des problèmes de santé ...

En ce qui a trait à l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans, disponible seulement à l'échelle régionale, en 2001, elle est d'environ 10 ans inférieurs à l'espérance de vie et semblable pour les deux sexes. Cela signifie que, bien que les femmes aient une espérance de vie à 65 ans plus longue, une portion importante de cette période sera marquée par des incapacités.

D'ailleurs, selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), en 2005, dans la région de Montréal, neuf personnes de 65 ans et plus sur dix souffrent d'au moins un problème de santé chronique. Les plus fréquents sont l'arthrite ou les rhumatismes (43 %), l'hypertension (40 %), les problèmes oculaires chroniques (glaucome ou cataractes) (25 %), les maladies cardiaques (17 %) et le diabète (16 %) ¹⁰⁹.

Toujours selon l'ESCC (2005), 21 % des aînés Montréalais ont souvent de la difficulté à entendre, à voir, à communiquer, à marcher, à monter un escalier, à se pencher, à apprendre à ou à faire des activités semblables. Cette limitation qui touche 17 % des aînés Montréalais vivant en ménage privé, fait en sorte que la personne est en perte d'autonomie, i.e. qu'elle a besoin d'une aide extérieure pour se laver, s'habiller, manger, se déplacer dans la maison, se rendre à des rendez-vous, faire des commissions ou préparer les repas.

Un niveau de vulnérabilité parmi les moins élevés ...

Par ailleurs, un indice de vulnérabilité a été développé afin d'apprécier la répartition de la vulnérabilité des personnes âgées sur le territoire de Montréal ¹¹⁰. Trois grands enjeux sont considérés dans l'indice : la perte d'autonomie, la détresse psychologique et le besoin de soins à domicile (demande de soins).

La répartition de la vulnérabilité indique que le CSSS ODI présente globalement un niveau de vulnérabilité parmi les moins élevés pour les trois enjeux. Seul le voisinage de Sainte-Geneviève est plus vulnérable pour la perte d'autonomie et les soins à domicile ¹¹¹.

...bien que certains aînés soient vulnérables

Les facteurs retenus dans le calcul de l'indice de vulnérabilité, i.e. le seuil de faible revenu, une faible scolarité et le fait de vivre seul sont toutefois bien présents sur le territoire. En effet, même si les conditions socioéconomiques des aînés du territoire sont nettement meilleures que celles de la région, lors du dernier recensement, près du quart (24 %) des personnes âgées du CSSS ne détiennent pas de diplôme d'études secondaires (Montréal : 44 %) ¹¹². En 2006, environ une personne âgée de 65 ans et plus sur 12 (8,3 %) vit sous le seuil de faible revenu au CSSS ODI, 6,8 % dans le secteur Sud et 9,4 % dans le Nord (proportion régionale : 17 %) soit un total de 2 120 personnes de 65 ans et plus ¹¹³.

Également, une personne de 65 ans et plus sur quatre (26 %) vit seule au CSSS ODI (Montréal : 36 %), davantage en proportion dans le secteur Sud (29 %) que dans le Nord (23 %) du territoire ¹¹⁴. La proportion de personnes seules varie sensiblement d'un voisinage à l'autre, atteignant les valeurs les plus importantes à Pointe-Claire-Sud où 1 665 personnes âgées (39,5 %) déclarent vivre seules ¹¹⁵. Cela dit, selon le recensement 2006, environ une personne de 15 ans et plus sur cinq rapporte prodiguer des soins aux aînés sur le territoire du CSSS ODI (Sud : 21 %; Nord : 19 %) proportion légèrement supérieure à la valeur régionale de 17 % ¹¹⁶.

CONTEXTE ET DÉFIS

- Soutien à domicile insuffisant pour répondre à la demande
- Soutien psychosocial et services de répit pour les proches aidants insuffisants
- Financement insuffisant des organismes communautaires qui offrent des services aux aînés (ex. : accompagnement)
- Pénurie de bénévoles, peu de relève
- Offre insuffisante de transport en commun et de transport pour les rendez-vous médicaux réguliers
- Offre insuffisante de logements abordables et appropriés pour les aînés

Acquis

- Regroupements intersectoriels d'aînés
- Organisme de référence et d'information sur les services offerts (CRC ODI)
- Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)
- Services adaptés de repas pour les aînés : popotes roulantes, repas congelés
- Interventions sociales des organismes communautaires (soutien affectif, accompagnement sur la défense des droits et programme pour briser l'isolement)
- Programmes récréatifs (associations, clubs d'Âge d'or)
- Services d'entretien ménager subventionné (projet d'économie sociale)

PRIORITÉS ET DÉVELOPPEMENT

- Prévention des abus et de la maltraitance
- Soutien aux proches aidants
- Déploiement de PIED sur le territoire
- Besoin de transport et d'accompagnement des personnes âgées (ABO)
- Planification et soutien dans la démarche de *Municipalité amie des aînés*

		Des personnes âgées en santé et en sécurité	7				
Objectifs	Offre de services / activités		Année de réalisation				
			2010 2011	2011 2012	2012 2013	2013 2014	2014 2015
7.1 PROGRAMME INTÉGRÉ D'ÉQUILIBRE DYNAMIQUE (PIED) Promouvoir PIED	Offrir des rencontres d'information sur le PIED dans des associations, des groupes communautaires municipaux ou des groupes d'aidants naturels						
	7.1.2 Offrir PIED	Animer les sessions d'exercices du PIED en groupe à raison de deux fois par semaine pendant douze semaines, dans différents points de service, en ciblant les voisinages défavorisés du territoire Dispenser de courtes sessions d'information (capsules préventives) aux participants du programme					
7.2 PROGRAMME DE DÉPISTAGE DE LA DÉFICIENCE VISUELLE 7.2.1 Repérer systématiquement la déficience visuelle chez les personnes âgées de 75 ans et plus et les orienter vers les services 7.2.2 Développer des corridors de services entre les Centres de réadaptation et le CSSS	Assurer le repérage de la déficience visuelle à l'aide d'un questionnaire standardisé dans le cadre de l'évaluation et de la réévaluation au domicile de l'utilisateur						
	Référer les clients au Centre de réadaptation en déficience visuelle MAB-MacKay, à l'Institut Nazareth et Louis-Braille lorsque requis						
	Offrir des activités de formation continue pour la mise à jour des connaissances sur le repérage avec les intervenants						
	Former les nouveaux employés sur le repérage						
7.3 PROGRAMME DES ABUS ET DE LA MALTRAITANCE 7.3.1 Soutenir l'action intersectorielle pour prévenir les abus et la maltraitance envers les aînés	Mettre en place un processus de suivi des clients entre les deux établissements						
	Coordonner les activités de la <i>Table de concertation pour contrer l'abus et la maltraitance</i> envers les personnes âgées						
	Faire de la recherche de financement						
	Rédiger des règlements généraux						
	Faire l'inventaire des activités concernant les abus et la maltraitance envers les aînés sur le territoire						
	Élaborer un plan d'action local						
	Évaluer le plan d'action local						

		Des personnes âgées en santé et en sécurité				7				
Objectifs		Offre de services / activités				Année de réalisation				
						2010 2011	2011 2012	2012 2013	2013 2014	2014 2015
7.3.2	Favoriser la collaboration entre les intervenants du CSSS, les membres de la Table et les autres acteurs impliqués	Organiser et réaliser une activité annuelle de rapprochement et d'échanges entre les différents intervenants impliqués								
		Assurer une communication fluide entre la Table et le CSSS en déléguant la répondante professionnelle des travailleurs sociaux et la travailleuse sociale de la direction de PAPA-DP à la Table								
7.3.3	Sensibiliser la population à la prévention et au dépistage des abus et de la maltraitance	Organiser et offrir des séances d'information (ex : fraude) dans les résidences privées accréditées, les tours d'habitation et les associations d'aînés								
		Planifier et offrir de la formation sur la prévention des abus et la maltraitance aux différents intervenants communautaires en utilisant l'expertise des membres de la Table								
7.4 PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PROCHES AIDANTS – SOUS-COMITÉ SANTÉ DE LA TABLE DE CONCERTATION DES AÎNÉS DE L'ODI										
7.4.1	Soutenir les organismes qui offrent des groupes de soutien aux proches aidants du territoire du CSSS ODI	Offrir trois soirées d'information par des professionnels de l'équipe PAPA-DP aux participants des groupes de soutien aux proches aidants du CHSLD Vigie Santé de Dollard-des-Ormeaux sur : 1) la sécurité à domicile 2) l'offre de services des CLSC 3) les services d'hébergement pour les personnes âgées								
		Lors des visites à domicile, inciter les intervenants à domicile et les autres membres de l'équipe PAPA-DP à diffuser de l'information aux proches aidants, entre autres sur les groupes de soutien								
7.4.2	Sensibiliser la population à la situation des proches aidants	Réaliser les activités de sensibilisation (campagnes de promotion, semaine du proche aidant, rencontres régulières, etc.) du Professionals Networking for Caregivers du CSSS Cavendish sur le territoire du CSSS ODI								
		Diffuser des outils éducatifs sur la situation des proches aidants et des dépliants promotionnels sur les ressources gouvernementales (ex. : prestations de compassion)								

		Des personnes âgées en santé et en sécurité				7				
Objectifs		Offre de services / activités				Année de réalisation				
						2010 2011	2011 2012	2012 2013	2013 2014	2014 2015
7.4.3	Favoriser la collaboration entre le sous-comité santé et les intervenants du CSSS concernant les proches aidants	Organiser et réaliser une activité annuelle de rapprochement et d'échanges (ex. : lors d'une rencontre d'équipe PAPA-DP) entre les différents intervenants impliqués								
7.4.4	Faire un état de situation des besoins des proches aidants du territoire	En collaboration avec le sous-comité santé de la Table de concertation des aînés de l'ODI : ✓ Répertorier les ressources pour les proches aidants du territoire ✓ Étudier les besoins des proches aidants au moyen de groupes de discussion ✓ Rédiger un bilan								
7.5 SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT BÉNÉVOLE DE L'OUEST (ABO)										
Soutenir l'organisme Accompagnement bénévole de l'Ouest (ABO)		Soutenir la mise sur pied de trois comités consultatifs : 1) comité des bénévoles 2) comité des usagers de l'organisme 3) comité de représentants des organismes du milieu								
		Identifier les besoins de transport et d'accompagnement médical des personnes âgées de l'Hôpital général du Lakeshore et des deux CLSC par une collecte d'information auprès : 1) Des intervenants de première ligne de PAPA-DP et des services généraux par le moyen d'un sondage 2) Des chefs d'unités de l'Hôpital général du Lakeshore où de leurs représentants délégués au moyen d'entrevues individuelles								
		En fonction des résultats de l'analyse de besoins, identifier les mécanismes à mettre en place afin d'adapter les services								
7.6 PROGRAMME MUNICIPALITÉ AMIE DES ÂÎNÉS										
7.6.1	Étudier la faisabilité de réaliser une démarche <i>Municipalité amie des aînés</i> sur le territoire	Faire la recension des projets pilotes <i>Municipalité amie des aînés</i> 2008-2012 dans les différentes villes du Québec								
		Identifier et accompagner un porteur de dossier pour présider le comité de pilotage qui travaillera en collaboration avec le Carrefour action municipale et familiale (CAMF)								
		Promouvoir le projet auprès des villes et arrondissements du territoire et identifier au moins une ville ou un arrondissement								
7.6.2	Dans la mesure où les conditions de faisabilité sont réunies, réaliser un projet de <i>Municipalité amie des aînés</i> sur le territoire	Collaborer avec la Table de concertation des aînés de l'ODI et la Table de concertation des aînés de Montréal à la rédaction et à la mise en œuvre d'un plan d'action annuel								

		Des personnes âgées en santé et en sécurité					7				
Objectifs		Offre de services / activités				Année de réalisation					
							2010 2011	2011 2012	2012 2013	2013 2014	2014 2015
7.6.2 (suite)		Évaluer la démarche et les actions de façon continue									

CONCLUSION



Certaines conditions apparaissent essentielles pour faciliter la mise en œuvre des actions inscrites dans le PAL et à la poursuite de cette démarche de planification.

Le PAL... une responsabilité partagée

La santé publique devra s'insérer encore davantage dans tous les secteurs d'activités du CSSS pour faire en sorte que la prévention et la promotion de la santé deviennent des préoccupations. On doit reconnaître la prévention comme un enjeu important du système de santé. La collaboration entre le CSSS et les partenaires du réseau local devra se poursuivre et s'intensifier.

Le PAL... un plan stratégique muni de mécanismes d'évaluation

Ce plan d'action vient baliser les actions qui seront menées au cours des cinq prochaines années. Bien qu'on constate de longs délais entre les interventions préventives et les résultats sanitaires, nous nous assurerons de la mise en place de mécanismes de suivi. Les orientations et les objectifs resteront identiques, mais ces mécanismes nous permettront d'évaluer annuellement le degré d'implantation des actions planifiées et d'ajuster les prochaines étapes en fonction de notre analyse et de la disponibilité des ressources.

Pour ce faire, la Direction de santé publique du CSSS travaille déjà en étroite collaboration avec les différentes équipes du CSSS. Aussi, un comité de coordination de santé publique, formé des principaux directeurs concernés par le PAL, précisera les mécanismes et les outils de suivi interne du PAL.

De plus, il a été mentionné, lors de la rencontre du 11 mai 2010 avec nos partenaires communautaires, qu'une rencontre annuelle chaque printemps serait appréciée. Elle permettrait de dresser un bilan de nos réalisations, de revoir les priorités pour la prochaine année et d'ajuster, selon les besoins, nos mécanismes de collaboration. Nous souhaitons également développer un dialogue constant – le plus près du terrain possible – avec les principaux acteurs-clés.

Le PAL... un plan stratégique alimenté par des indicateurs de suivi

Le présent PAL ne comprend pas d'indicateurs de suivi. Une démarche amorcée par la Direction de santé publique de l'Agence de Montréal avec les CSSS de Montréal nous permettra d'intégrer prochainement les indicateurs retenus à la suite de cette démarche de réflexion. Ils seront alors ajoutés à notre version du PAL et au tableau de bord du CSSS.

Le PAL... un plan stratégique doté de ressources humaines et financières

Le financement des activités de santé publique provient d'enveloppes budgétaires spécifiques (mesures financées) et du budget régulier du CSSS. Nous attendons avec impatience les résultats du travail amorcés par la Direction de santé publique de l'Agence de Montréal, en collaboration avec certains CSSS, sur le contour des ressources. Ce travail permettra d'identifier les ressources affectées à la réalisation du PAL et d'identifier les besoins de consolidation nécessaires à la réalisation d'un PAL structurant.

En terminant, nous sommes convaincus de la capacité et de la volonté des intervenants du CSSS, de ses partenaires du milieu et de la population à travailler ensemble pour améliorer la santé et le bien-être de la population et permettre à chacun de s'épanouir.

Nous remercions bien sincèrement tous les intervenants du CSSS de même que nos partenaires qui poursuivront leurs engagements à la mise en œuvre de ce plan au cours des cinq prochaines années.

FONCTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

En santé publique, les activités s'inscrivent avant tout à l'intérieur de quatre fonctions essentielles :

- La surveillance continue de l'état de santé de la population
- La promotion de la santé et du bien-être
- La prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes
- La protection de la santé

Trois autres fonctions appuient l'exercice des fonctions essentielles :

- La réglementation, la législation et les politiques publiques ayant des effets sur la santé
- La recherche et l'innovation
- Le développement et le maintien des compétences

LISTE DES DÉFINITIONS

1. **Approche populationnelle** : Une responsabilité collective reconnue qu'ont les CSSS et leurs partenaires locaux envers la population de leur territoire. Ils assument cette responsabilité en assurant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer l'état de santé et de bien-être de la population
2. **Déterminants de la santé** :
 - Les caractéristiques individuelles : génétique, facteurs biologiques, compétences personnelles, capacité d'adaptation
 - Les comportements individuels : habitudes de vie, tabagisme, activité physique, alimentation, comportements à risque
 - Les services de santé : soins de santé et interventions préventives et de santé publique
 - L'environnement socio-économique : revenu, statut social, éducation, emploi, soutien social
 - L'environnement physique : air, eau, sol, habitation, espaces verts, transports
3. **Développement des communautés** : Un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre la population et les institutions d'un milieu local. Il vise l'amélioration des conditions propices à la participation active des citoyens à la vie sociale, de même qu'à un partage plus équitable de l'enrichissement collectif
4. **Indice de défavorisation matérielle et sociale** de Pampalon et Raymond : Cet indice vise, entre autres, à permettre aux acteurs régionaux et locaux d'identifier les territoires les plus défavorisés dans chacune des 17 régions du Québec. L'indice de défavorisation est obtenu à partir de six indicateurs, issus des recensements de 1991, 1996, 2001 et 2006. Les indicateurs retenus pour la construction de l'indice l'ont été en fonction de leurs relations connues avec la santé, leurs affinités avec les dimensions matérielle et sociale de la défavorisation et leur disponibilité par SD ou AD. Ces indicateurs sont :
 - La proportion de personnes de 15 ans et plus sans certificat ou diplôme d'études secondaires
 - Le ratio emploi/population chez les 15 ans et plus
 - Le revenu moyen des personnes de 15 ans et plus
 - La proportion de personnes de 15 ans et plus vivant seules dans leur domicile
 - La proportion de personnes de 15 ans et plus séparées, divorcées ou veuves
 - La proportion de familles monoparentales
5. **Voisinages** : Des territoires sociologiques établis par la communauté sur la base de réalités perçues et partagées par les résidents

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ACQ :	Amélioration continue de la qualité	MADO :	Maladie à déclaration obligatoire
ASSS :	Agence de la santé et des services sociaux	MFA :	Ministère de la Famille et des Aînés
BET :	Besoin évident de traitement (Santé dentaire)	MPOC :	Maladie pulmonaire obstructive chronique
CA :	Conseil d'administration	ODI :	Ouest-de-l'Île
CAFE :	Crise Ado Famille Enfance	OLO :	Œuf, lait, jus d'orange
CAMF :	Carrefour action municipale et famille	PAG :	Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids
CAT :	Centre d'abandon du tabagisme	PAL :	Plan d'action local
CDD :	Centre de dépistage désigné	PAR :	Plan d'action régional
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	PCP :	Pratiques cliniques préventives
CLSC :	Centre local de services communautaires	PIED :	Programme intégré d'équilibre dynamique
CPE :	Centre de la petite enfance	PIQ :	Programme d'immunisation du Québec
CR :	Clinique-réseau	PNSP :	Programme national de santé publique
CRID :	Centre de référence pour investigation désigné	PPE :	Prophylaxie post-exposition
CSDM :	Commission scolaire de Montréal	PQDCS :	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
CSMB :	Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys	PSPS :	Premiers secours et premiers soins
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux	PSSE :	Programmes de santé spécifiques aux établissements
CSST :	Commission de la santé et de la sécurité du travail	SHV :	Saines habitudes de vie
DCAT :	Diphtérie, coqueluche, tétanos	SIPPE :	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
DSI :	Direction des soins infirmiers	SISAT :	Système d'information sur la santé au travail
DSPM :	Direction de santé publique de Montréal	SPC :	Système de prévention clinique
ÉMES :	Écoles et milieux en santé	TCT :	Test cutané à la tuberculine
GMF :	Groupe de médecine de famille	TMS :	Troubles musculo-squelettiques
HTA :	Hypertension artérielle	TRN :	Thérapie de remplacement de la nicotine
IAB :	Initiative des amis des bébés	UDI :	Utilisateur de drogues par injection
ICPC :	Infirmière-conseil en prévention clinique	VHB :	Virus de l'hépatite B
ITSS :	Infection transmissible sexuellement et par le sang	VHC :	Virus de l'hépatite C
LBPSB :	Lester B. Pearson School Board	VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine
LSST :	Loi sur la santé et la sécurité du travail		

¹ **Forum Tout-petits** : À la suite de l'enquête sur la maturité scolaire réalisée par la Direction de santé publique de l'Agence de Montréal, un sommet local réalisé en deux temps et réunissant une soixantaine d'intervenants a été organisé sur le territoire du CSSS ODI, en 2008-2009. D'abord, une rencontre pour permettre aux différents partenaires communautaires et publics de s'approprier les données s'est tenue en 2008. En 2009, une journée d'étude a ensuite été organisée pour discuter de la problématique de la maturité scolaire sur le territoire de l'ODI et développer des recommandations. Ces recommandations guident les travaux d'un sous-comité de travail de la Table de concertation Enfance-famille de l'Ouest, dont le CSSS est partenaire.

Forum Jeunes : Entre 2007 et 2009, la Table de concertation jeunesse a conduit une démarche de planification communautaire en quatre temps. D'abord, on a procédé à une évaluation de la concertation. Cette évaluation a mis en lumière la nécessité de se doter d'un plan de développement communautaire. Une ébauche de plan a été élaborée. Elle a ensuite été présentée pour discussion lors du forum communautaire jeunesse du 1^{er} mai 2009 auquel 90 personnes ont participé. Le document intitulé *Planification communautaire pour les 16-30 ans de l'Ouest-de-l'Île de Montréal* intégrant une mise en priorité des actions pour les 3 à 5 prochaines années a finalement été déposé à la Table de concertation jeunesse.

Forum personnes âgées : En 2007, la Table de concertation des aînés de l'Ouest-de-l'Île (TCAOI) et le Parrainage Civique de la Banlieue-Ouest ont été mandatés par Centraide du Grand Montréal pour faire le portrait des besoins de la population âgée de l'Ouest-de-l'Île et proposer des pistes d'action. Pour assurer le suivi du projet, un comité de la table a été mis sur pied. Douze groupes de personnes âgées ont été consultés. Au total, environ 170 personnes âgées ont participé à la démarche. Le 27 mai 2008, une journée d'échange a lieu afin de partager les pistes d'action identifiées dans ce portrait. Une centaine d'aînés et d'intervenants ont assisté à l'événement. En novembre 2008, la version finale du document *Portrait et besoins des aînés de l'ODI* est diffusée.

Forum communautaire : Un forum communautaire a eu lieu le 8 avril 2010. Il avait pour objectifs de favoriser les échanges entre les organismes communautaires de tout le territoire de l'Ouest-de-l'Île, de prioriser les enjeux des tables de l'Ouest-de-l'Île et de dégager une vision commune du développement pour les prochaines années. Le CSSS a collaboré activement à cette démarche à laquelle ont participé 112 personnes. Le rapport final *Concertation Ouest-de-l'Île - Évaluation des priorités sociocommunautaires de l'Ouest-de-l'Île* a été déposé le 11 mai 2010.

² Les voisinages sont des territoires sociologiques établis par la communauté sur la base de réalités perçues et partagées par les résidents (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009a). *Principales caractéristiques de la population du CSSS de l'Ouest-de-l'Île, 2009a : Données du recensement de 2006*, Montréal : Direction de santé publique, 11 p.).

³ Institut de la statistique du Québec (2010). Estimation de la population des CLSC, 4 février 2010. Données provisoires.

⁴ *Ibid.*

⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2010a). *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire*, de 1981 à 2031, édition 2010. www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?id=121,0,0,1,0,0.

⁶ Selon le dernier recensement, le voisinage de Sainte-Geneviève comprenait 490 familles en 2006, ce qui en faisait le plus petit du territoire du CSSS ODI en nombre de familles.

⁷ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009a). *Principales caractéristiques de la population du CSSS de l'Ouest-de-l'Île : Données du recensement de 2006*, Montréal : Direction de santé publique, 11 p.

⁸ *Ibid.*

-
- 9 *Ibid.*
- 10 *Ibid.*
- 11 *Ibid.*
- 12 Dorval, D. (2008). *Portrait sociodémographique de l'Ouest-de-l'Île*, Montréal : Direction de santé publique, 47 p.
- 13 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2005). *Étude sur l'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec. Rapport de recherche*. Montréal : Direction de santé publique, 86 p.
- 14 Causes pour lesquelles une grande part de décès devrait pouvoir être évitée, compte tenu d'interventions médicales appropriées en temps utile principalement dans la population de moins de 75 ans ex : tuberculose (0-74 ans), diabète (0-49 ans), appendicite (0-74 ans), maladies respiratoires (1-14 ans), leucémie (0-44 ans) (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008).
- 15 Dorval, D. (2008), *op.cit.*
- 16 *Ibid.*
- 17 *Ibid.*
- 18 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009b) *Statistiques et surveillance : des chiffres qui parlent – Nouveau-nés selon certaines caractéristiques, CSSS de l'Ouest-de-l'Île, 2001-2003 et 2004-2006*, Montréal : Direction de santé publique, 3 p.
www.santepubmtl.qc.ca/Portrait/montreal/naissances.html.
- 19 Dorval, D. (2008). *Portrait sociodémographique de l'Ouest-de-l'Île*, Montréal : Direction de santé publique, 47 p.
- 20 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009c). *Statistiques et surveillance : des chiffres qui parlent – Nouveau-nés selon certaines caractéristiques, CLSC du CSSS de l'Ouest-de-l'Île, 2001-2003 et 2004-2006*, Montréal : Direction de santé publique, 1 p.
www.santepubmtl.qc.ca/Portrait/csss/ouestdelile/naissancesclsc.html
- 21 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009b), *op.cit.*
- 22 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009c), *op.cit.*
- 23 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009b), *op.cit.*
- 24 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009c), *op.cit.*
- 25 Institut de la statistique du Québec (2010), *op.cit.*
- 26 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009a). *Principales caractéristiques de la population du CSSS de l'Ouest-de-l'Île (2009) : Données du recensement de 2006*, Montréal : Direction de santé publique, 11 p.
- 27 Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2010a). *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire, de 1981 à 2031, édition 2010*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, www.msss.gouv.q.ca/statistiques.
- 28 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009c), *op.cit.*
- 29 *Ibid.*
- 30 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009d) *Panorama Santé Montréal – Statistiques détaillées. Nombre et taux de victimisation pour la population 0-17 ans, par territoire de CSSS et de CLSC, Montréal, 2004-05 – 2005-06*, Montréal : Direction de santé publique, 2 p., www.santepubmtl.qc.ca/Portrait/domaine/index.html.
- 31 Les cinq domaines de la maturité scolaire étudiés sont : la santé physique et le bien-être, la compétence sociale, la maturité affective, le développement cognitif et langagier et les habiletés de communication et les connaissances générales (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008a).
- 32 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2008b). *Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais (En route pour l'école) Portrait du CSSS de l'Ouest-de-l'Île*. Montréal, Direction de santé publique, 36 p.
- 33 *Ibid.*

-
- 34 *Ibid.*
- 35 Institut de la statistique du Québec (2010). *Estimation de la population des CLSC*, 4 février 2010. Données provisoires.
- 36 Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2010a). *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire*, de 1981 à 2031, édition 2010.
www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?id=121,0,0,1,0,0
- 37 Institut de la statistique du Québec (2010a). *Estimation de la population des CLSC*, 4 février 2010. Données provisoires.
- 38 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010a). *En santé pour l'avenir? Un portrait des jeunes Montréalais d'âge scolaire*, Montréal : Direction de santé publique, 46 p.
- 39 *Ibid.*
- 40 *Ibid.*
- 41 *Ibid.*
- 42 *Ibid.*
- 43 *Ibid.*
- 44 *Ibid.*
- 45 Selon le Guide alimentaire canadien (2007), on recommande aux adolescents de 14 à 18 ans de consommer quotidiennement 7 à 8 portions de fruits et légumes.
- 46 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010), *op.cit.*
- 47 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2005). Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population. *Objectif Jeunes : comprendre, soutenir*. Montréal : Direction de santé publique, 107 p.
- 48 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010a), *op.cit.*
- 49 Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010b). Quatrième rapport sur l'État de santé de la population. *L'épidémie silencieuse : les infections transmises sexuellement et par le sang*. Québec : Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux, 76 p.,
msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/b61878f3a23060658525772900418b4e?OpenDocument.
- 50 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010a), *op.cit.*
- 51 Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010b), *op.cit.*
- 52 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010a), *op.cit.*
- 53 *Ibid.*
- 54 *Ibid.*
- 55 *Ibid.*
- 56 Système d'information en santé au travail, janvier 2010. www.portail-rrsstq.com/fiches/SISAT.html.
- 57 *Ibid.*
- 58 CSSS de l'Ouest-de-l'Île (2010). *Suivi des ententes de gestion 2009-2010*. Période 13. Annexe. Pointe-Claire : Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest de l'Île, 3 p.
- 59 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010b). *Taux de protection contre le VPH au primaire, année scolaire 2009-2010*. Région de Montréal, CSSS de l'Ouest-de-l'Île. Montréal : Direction de santé publique, 1 p.
- 60 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010c). *Couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les élèves de 4^e année, années scolaires 1994-1995 à 2009-2010*. CSSS de l'Ouest-de-l'Île. Montréal : Direction de santé publique, 1 p.
- 61 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010d). *Couverture vaccinale (dCaT) des élèves de 3^e secondaire, année scolaire 2009-2010*. CSSS de l'Ouest-de-l'Île. Montréal : Direction de santé publique, 1 p.

-
- 62 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010e). *Taux de protection contre le VPH au secondaire, année scolaire 2009-2010*. Région de Montréal, CSSS de l'Ouest-de-l'Île. Montréal : Direction de santé publique, 1 p.
- 63 Direction de santé publique de l'Agence de Montréal, septembre 2010
- 64 Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010), *op.cit.*
- 65 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2008b). *Situation épidémiologique des ITSS – 2006. Fiche descriptive pour le CSSS de l'Ouest-de-l'Île*. Montréal : Direction de santé publique, 30 p.
- 66 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010c). *Taux d'incidence par 100 000 personnes par CSSS, ITSS, CLSC, sexe et groupe d'âge. Année 2009. CSSS de l'Ouest-de-l'Île*. Fichier régional DCIMI (avril 2010). Montréal : Bureau de surveillance épidémiologique, Direction de santé publique, 4. p.
- 67 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2008b), *op.cit.*
- 68 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010c), *op.cit.*
- 69 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2008b), *op.cit.*
- 70 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010c), *op.cit.*
- 71 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2008b), *op.cit.*
- 72 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010c), *op.cit.*
- 73 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2008b), *op.cit.*
- 74 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010c), *op.cit.*
- 75 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2008b), *op.cit.*
- 76 Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009b). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec. Année 2008 (et projections 2009)* Québec : Direction des communications, 100 p.
- 77 Gouvernement du Québec (2006a). *Projet de loi No 118 : Loi sur le développement durable*. Québec : Éditeur officiel du Québec, 20 p.
- 78 Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Mise à jour 2008, Québec, Direction des communications, 103 pages.
- 79 Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Mise à jour 2008, Québec, Direction des communications, 103 pages.
- 80 Dorval, D. (2008), *op.cit.*
- 81 *Ibid.*
- 82 Ville de Montréal (2009). Document complémentaire à la présentation du projet de règlement sur les appareils à combustion solides. Montréal : Direction de l'environnement et du développement durable, 10 p.
- 83 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006a). Rapport annuel 2006 sur la santé de la population montréalaise. *Transport urbain, une question de santé*, Montréal : Direction de santé publique, 133 p.
- 84 Agence métropolitaine de transport (2008). Enquête Origine-Destination 2008, *La mobilité des personnes dans la région de Montréal*. Faits saillants, 28 p.
- 85 *Ibid.*
- 86 Cette augmentation de la motorisation est toutefois accompagnée d'une croissance relative importante de l'usage des transports en commun, d'une légère diminution de l'usage de l'auto (observée pour la première fois depuis 1970), d'une croissance importante des transports non-motorisés et d'une croissance de la part de marché des transports en commun de 2003 à 2008 (Agence métropolitaine de transport, 2008).
- 87 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2005b). *Distribution géographique des blessés de la route sur l'île de Montréal (1999-2003)* Cartographie pour les 27 arrondissements, Montréal : Direction de santé publique, 177 p.
- 88 Dorval, D. (2008), *op.cit.*
- 89 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006b). *Les disparités dans l'accès à des aliments santé à Montréal. Une étude géomantique*. Montréal : Direction de santé publique, 17 p.

-
- 90 *Ibid.*
- 91 Fichier des tumeurs, MSSS.
- 92 Données tirées des banques médico-administratives jumelées (RAMQ et MED-ECHO), MSSS
- 93 *Ibid.*
- 94 Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008), *op.cit.*
- 95 Dorval, D. (2008), *op.cit.*
- 96 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec (2009). *L'utilisation des services de santé par les personnes souffrant d'une MPOC – CSSS de l'Ouest-de-l'Île : Années 2000-2001 à 2005-2006*, Montréal : Direction de santé publique, 4 p., www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/csss/carnetparcsss.html.
- 97 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec (2010). *L'utilisation des services de santé par les personnes souffrant d'une insuffisance cardiaque – CSSS de l'Ouest-de-l'Île : Années 2000-2001 à 2005-2006*, Montréal : Direction de santé publique, 4 p., www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/csss/carnetparcsss.html.
- 98 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec (2010). *L'utilisation des services de santé par les personnes souffrant d'hypertension – CSSS de l'Ouest-de-l'Île : Années 2000-2001 à 2005-2006*, Montréal : Direction de santé publique, 4 p., www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/csss/carnetparcsss.html.
- 99 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec (2010). *L'utilisation des services de santé par les personnes diabétiques du territoire du CSSS de l'Ouest-de-l'Île : Années 2000-2001 à 2005-2006*, Montréal : Direction de santé publique, 4 p., www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/csss/carnetparcsss.html.
- 100 Dorval, D. (2008), *op.cit.*
- 101 Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008), *op.cit.*
- 102 Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010a). *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire, de 1981 à 2031*, édition 2010, www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?id=121,0,0,1,0,0
- 103 Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010c). *État de santé de la population québécoise : Quelques repères*, Québec, Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux, 34 p.
- 104 Institut de la statistique du Québec (2010), *op.cit.*
- 105 *Ibid.*
- 106 *Ibid.*
- 107 *Ibid.*
- 108 *Ibid.*
- 109 INSPQ en collaboration avec le MSSS et ISQ (2006). *Portrait de santé du Québec et ses régions 2006; les statistiques*, gouvernement du Québec, 659 pages.
- 110 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2008). *Vieillir à Montréal : Un portrait des aînés, 2^e édition*, Montréal : Direction de santé publique, 24 p.
- 111 *Ibid.*
- 112 *Ibid.*
- 113 *Ibid.*
- 114 *Ibid.*
- 115 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010f). *Carte de la vulnérabilité des personnes âgées, voisinages du territoire du CSSS de l'Ouest-de-l'Île*. Montréal : Direction de santé publique.
- 116 *Ibid.*