

Plan régional de santé publique 2010–2015

Un système de santé qui sert aussi à prévenir

6

Orientation

Plan régional de santé publique 2010–2015

Un système de santé qui sert aussi à prévenir

6

Orientation

Une réalisation du secteur Services préventifs en milieu clinique
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.dsp.santemontreal.qc.ca

Remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à la rédaction et à la révision
de l’Orientation 6 : Un système de santé qui sert aussi à prévenir.

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2011)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-093-3 (version imprimée)
ISBN 978-2-89673-094-0 (version PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2011

Table des matières

1. Introduction	5
2. Assises du secteur SPMC	6
2.1 Vision	6
2.2 Positionnement des actions du secteur au sein du continuum de services	6
2.3 Priorités d'action	8
2.4 Stratégies d'intervention	9
2.5 Population cible	11
2.6 Contribution essentielle des partenaires	12
3. Portrait de santé	16
3.1 Fardeau des maladies chroniques et des cancers	16
3.2 Prévalence préoccupante de plusieurs facteurs de risque modifiables	17
3.3 Exposition aux pratiques cliniques préventives (PCP) encore limitée	18
3.4 Organisation de la première ligne	19
3.5 Défis de surveillance	20
4. Le secteur SPMC en action	20
4.1 Système de prévention clinique	21
4.2 Programme québécois de dépistage du cancer du sein	25
4.3 Recherche en santé des populations et services de santé (SPSS)	29
5. Conditions gagnante et défis d'actualisation d'un système de santé qui sert aussi à prévenir	33
6. Conclusion	34
Références	35

Liste des acronymes

ASSS	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CDD	Centre de dépistage désigné
CES	Centre d'éducation à la santé
CLSC	Centre local de service communautaire
CR	Clinique réseau
CRI	Clinique réseau intégrée
CRID	Centre de référence pour investigation désigné
CRSP	Conseil régional des services pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DAMU	Département des affaires médicales universitaires
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
ÉPS	Éducateur pour la santé
ETP	Équivalent temps plein
GMF	Groupe de médecine familiale
HPS	Hôpital promoteur de santé
ICPC	Infirmière-conseil en prévention clinique
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCP	Pratique clinique préventive
PNSP	Programme national de santé publique
PSMA	Produits, services et moyens amaigrissants
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
RLS	Réseau local de santé
SPC	Système de prévention clinique
SPMC	Secteur Services préventifs en milieu clinique
UMF	Unité de médecine familiale

1. Introduction

Garder notre monde en santé, voilà la mission de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal qui rassemble ses membres dans la réalisation d'actions concertées agissant sur les déterminants de la santé. Par ces actions, nous contribuons non seulement à réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité évitables, mais aussi à réduire les inégalités sociales et de santé existant dans le territoire montréalais.

En 2008, dans le cadre de la révision de son plan d'action régional de santé publique, le Directeur de santé publique a confié à chaque secteur une orientation propre en vue d'en faire la pierre d'assise de ses activités régionales et des activités de soutien aux CSSS^[1]. Le secteur Services préventifs en milieu clinique s'est vu confier le mandat de l'orientation 6, *Un système de santé qui sert aussi à prévenir*.

Par ses interventions et ses activités de recherche, le secteur SPMC travaille de concert avec les partenaires du réseau de la santé à faire émerger une première ligne forte, qui intègre la prévention clinique dans l'ensemble du continuum de services. La prévention des maladies chroniques et des cancers constitue la problématique prioritaire d'intervention et de recherche de notre secteur.

Les mandats qui nous sont confiés sont ambitieux, mais bénéficient de solides points d'ancrage dans la réforme du réseau de la santé amorcée en 2004. Cette réforme donne désormais aux CSSS la responsabilité de la santé d'une population sur un territoire et privilégie l'intégration d'actions de prévention dans le continuum de services (*Prévenir Guérir Soutenir*) en collaboration avec les acteurs de première ligne du réseau local de services. De plus, la réorganisation de la première ligne médicale, avec la création des GMF, des cliniques-réseau, et plus récemment des cliniques-réseau intégrées, constitue un levier d'action crucial pour étendre l'offre de services de santé en y intégrant davantage la prévention clinique.

L'ensemble des activités de notre secteur répondent à deux des grandes priorités de la planification stratégique 2010-2015 de l'ASSS, soit le développement d'une première ligne forte et la mise en place de services de prévention et de gestion des maladies chroniques à l'intérieur des réseaux locaux de services^[2].

Les interventions et les recherches déployées par le secteur s'inscrivent plus globalement dans les orientations du MSSS en répondant directement aux plans d'action et programmes nationaux que sont le Programme national de santé publique 2003-2012^[3], le Plan québécois de lutte au tabagisme^[4], le Plan d'action gouvernemental pour la promotion de saines habitudes de vie reliées à la problématique du poids^[5], le Plan de lutte contre le cancer^[6] et le Programme québécois de dépistage du cancer du sein^[7].

Nous souhaitons que le présent plan d'action guide notre pratique pour les prochaines années, qu'il donne sens à nos actions et nous aide à garder le cap pour que la prévention occupe une place de choix au sein du réseau de la santé montréalais.

2. Assises du secteur SPMC

2.1 Vision

Les activités du secteur SPMC visent à ce **que l'ensemble de la population montréalaise bénéficie de services préventifs adaptés à ses besoins grâce à une première ligne forte et qu'elle devienne plus autonome dans l'adoption de comportements préventifs**. Nos actions ciblent les professionnels de la santé dans les milieux cliniques et la population adulte, avec une attention particulière aux groupes dits vulnérables ou non desservis par la première ligne.

Deux grands déterminants de la santé guident notre action, soit les habitudes de vie et les comportements des personnes ainsi que l'organisation du système de soins, en particulier la première ligne.

Fondées sur deux stratégies de la **Charte d'Ottawa** ^[8], nos interventions et nos recherches cherchent à amener le système de santé à :

- intégrer la promotion et la prévention dans la pratique des professionnels du réseau
- favoriser l'acquisition d'aptitudes individuelles en matière de comportements préventifs
- développer des modèles de soins qui se traduisent en gains de santé à l'échelle populationnelle et contribuant à réduire les inégalités sociales et de santé.

Charte d'Ottawa

La réorientation des services de santé

Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant [...] le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains.

La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire, ainsi que des changements au niveau de l'éducation et de la formation professionnelle. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement.

Le développement des aptitudes personnelles

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables à celle-ci.

2.2 Positionnement des actions du secteur au sein du continuum de services

Inscrire la prévention à l'intérieur du continuum de services exige de bien délimiter la portée de nos actions en déterminant les populations visées, les cibles et les milieux d'intervention ainsi que les grandes stratégies d'intervention utilisées.

La Figure 1 présente les programmes et interventions dans le continuum de services en prévention et gestion des maladies chroniques. Nos actions se concentrent surtout autour de la promotion auprès de la population générale et de la prévention et du dépistage auprès des individus présentant des facteurs de risque.

Figure 1 :

Continuum de services en prévention et gestion des maladies chroniques et cancers

Population cible	Ensemble de la population	Individus en santé avec ou sans facteur de risque	Individus à risque – stade pré-clinique de la maladie	Individus présentant une maladie chronique
Continuum promotion-prévention	Promotion	Prévention primaire	Détection précoce et prévention secondaire	Gestion des maladies chroniques et prévention tertiaire
Cible de l'intervention	Déterminants socio-économiques, culturels, politiques et environnementaux	Tabagisme Activité physique Alimentation Consommation d'alcool Allaitement	Hypertension Obésité Dyslipidémie Syndrome métabolique Cancer –stade pré clinique	Maladie cardiovasculaire Diabète MPOC Asthme Ostéoporose Cancers
Objectifs d'intervention	Promouvoir des environnements favorables	Prévenir le passage des individus en santé vers les « groupes à risque »	Prévenir le développement de la maladie	Prévenir les complications, les ré-hospitalisation et améliorer la qualité de vie
Milieux d'intervention	Santé publique Action intersectorielle	Santé publique 1 ^{re} ligne Milieux de vie	Santé publique 1 ^{re} ligne	1 ^{re} ligne 2 ^e ligne – services spécialisés Milieu communautaire

Adapté du modèle australien, « Preventing Chronic Disease: A Strategic Framework », Australian Health Ministers' Advisory Council (2001).

2.3 Priorité d'action

- **Priorité 1 : le développement d'une première ligne forte qui intègre la prévention**

On entend par *première ligne forte* un réseau de services au centre du système de soins pouvant répondre à l'ensemble des besoins de la population^[9]. **Considérés comme un déterminant important de la santé, les services de première ligne doivent être en mesure d'assurer le *premier contact* de la population avec le système de soins et l'accès à des services de santé globaux et continus.** C'est pourquoi il faut consacrer des efforts à doter la première ligne de modèles organisationnels intégrant la prévention des maladies chroniques ainsi que la gestion et la coordination des soins, tout en maintenant les plus hauts standards de qualité et en se souciant des personnes vulnérables. Cette priorité s'actualise à travers des partenariats avec les directions de l'ASSS et les tables professionnelles qui ont le mandat régional d'organiser les services de première ligne sur le territoire (DAMU, DRMG, CRSP).

- **Priorité 2 : la promotion et le soutien aux pratiques préventives auprès des milieux cliniques et de la population**

Les pratiques cliniques préventives sont un ensemble d'interventions menées par un professionnel de la santé auprès d'un patient. Ces interventions regroupent le counselling en relation avec les comportements préventifs, le dépistage des maladies ou facteurs de risque, l'immunisation et la chimioprophylaxie^[10]. **La promotion et le soutien aux PCP sont inscrites parmi les cinq grandes stratégies d'action du PNSP et offrent un potentiel considérable au niveau populationnel.** D'une part, l'influence des professionnels de santé sur les comportements de leurs patients a été démontrée^[10]. D'autre part, les milieux cliniques de première ligne, par leur mandat et le nombre élevé d'individus qui les consultent chaque année, constituent des lieux stratégiques pour agir en promotion et prévention. De plus, le Collège des médecins du Québec recommande l'application, en première ligne, d'un ensemble de pratiques préventives à inscrire dans l'examen médical périodique^[11].

3 priorités d'action

Services préventifs en milieu clinique

Développement
d'une 1^{re} ligne forte
qui intègre la prévention

Promotion et soutien
de la prévention
en milieu clinique
et dans la population

Prévention des maladies
chroniques et des cancers

- **Priorité 3 : la prévention des maladies chroniques et des cancers**

Le PNSP définit les maladies chroniques comme des maladies non contagieuses qui se développent lentement, conduisent à des incapacités et sont souvent incurables, mais évitables^[12]. Cette définition inclut notamment plusieurs types de cancers. Ces maladies sont attribuables au cumul d'un ensemble complexe de facteurs qui incluent les habitudes de vie, la présence de polluants dans l'environnement, l'âge, les facteurs génétiques et le contexte social^[13]. **Nos efforts de prévention se centrent sur quatre grands groupes de maladies, soit les maladies cardiovasculaires, les cancers**, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et le diabète.**

** Le cancer du sein, le cancer du poumon, le cancer colorectal, et le cancer du col de l'utérus sont les cancers retenus par le secteur SPMC.

2.4 Stratégies d'intervention

Nos actions s'articulent autour de six grandes stratégies d'intervention fondées sur la Charte d'Ottawa et englobant les fonctions transversales de santé publique :

1. La mobilisation des acteurs-clés

Si l'amélioration de la santé de la population et la réduction des inégalités passent par des services de première ligne assurant une couverture populationnelle complète et équitable et par la prévention des maladies chroniques, les acteurs reconnaissent qu'il faut encore consentir de grands efforts. Le secteur SPMC souhaite mobiliser les acteurs du réseau dans la réorganisation de la première ligne afin d'en faire une pierre d'assise de la prévention clinique et de la prévention des maladies chroniques. Ceci s'opérationnalise grâce à des projets de mobilisation et de transfert de connaissances visant à intégrer les préoccupations de santé publique au sein des plans d'action et des politiques régionales et locales en matière d'organisation de la première ligne et de prévention et gestion des maladies chroniques.

2. La facilitation et le soutien aux PCP auprès des professionnels de la santé et des milieux cliniques

La technique de facilitation, reconnue en divers milieux ^[14], est une métastratégie où un facilitateur accompagne un groupe de professionnels dans l'objectif d'atteindre leurs objectifs d'amélioration d'une ou de plusieurs pratiques cliniques grâce à des actions éducatives, au soutien à la pratique et à des changements organisationnels. Le facilitateur vise à appuyer le changement dans les pratiques des professionnels de la santé et à participer à la création d'environnements favorables à l'intégration des activités préventives dans les pratiques courantes ^[15, 16].

Conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration des PCP ^[10]

- Motivation des milieux
- Accompagnement des milieux
- Flexibilité de l'intervention
- Intensité de l'intervention
- Continuité de l'intervention
- Inclusion de changements organisationnels dans l'intervention

3. Le développement d'une gamme de services préventifs au sein des RLS et arrimés aux continuums de services de santé

Le secteur SPMC développe et coordonne l'implantation d'une gamme de services préventifs pour soutenir les activités réalisées par les intervenants des milieux cliniques. Nous soutenons aussi à l'échelle régionale la mise en œuvre de services, comme les Centres d'éducation pour la santé, les Centres d'abandon du tabagisme, la désignation de centres associés au Programme québécois de dépistage du cancer du sein et leur mise en réseau avec les autres ressources du RLS.

4. La promotion et le soutien à l'acquisition d'aptitudes individuelles à l'égard des comportements préventifs

À l'instar de la Charte d'Ottawa, le secteur SPMC considère l'autonomisation, c'est-à-dire l'acquisition par les personnes elles-mêmes des aptitudes nécessaires à l'adoption et au maintien de comportements préventifs, comme un élément fondamental à des changements durables dans les habitudes de vie et dans la prévention des maladies chroniques et des cancers. L'ensemble des programmes en milieu clinique ainsi que les services préventifs développés (CAT, CES) intègrent donc une approche d'autonomisation. De plus, afin de rejoindre la population adulte non desservie par la première ligne, le secteur SPMC organise des campagnes populationnelles et des activités de promotion dans les milieux de vie.

5. L'acquisition et le transfert de connaissances (surveillance, monitoring, recherche et évaluation)

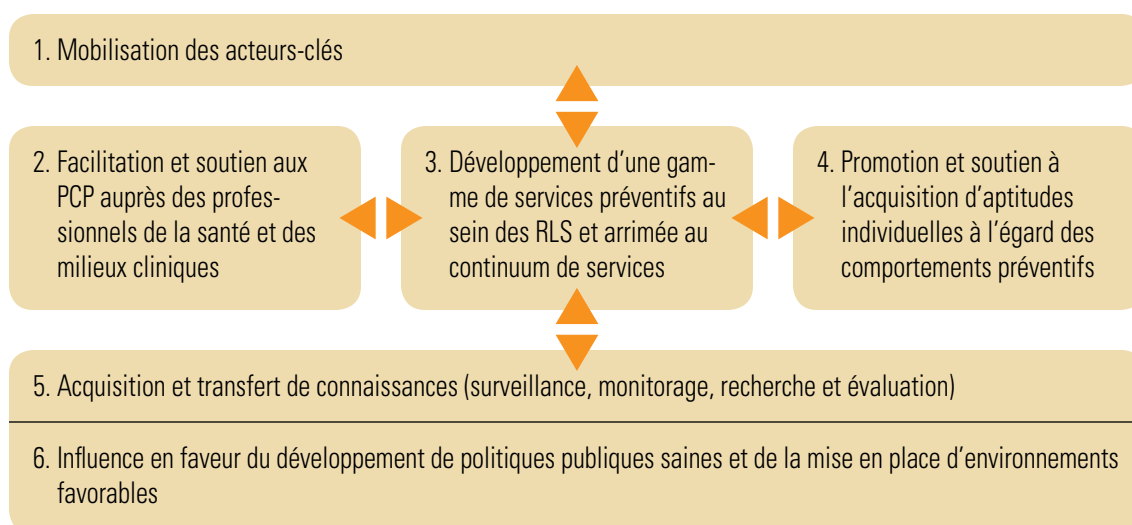
Par ses activités de surveillance, notre secteur acquiert une meilleure compréhension de l'état de santé de la population montréalaise et des déterminants qui y sont associés. Par nos activités de monitoring et d'évaluation, nous tentons de mieux comprendre

comment s'implantent les programmes et quels sont leurs impacts au niveau populationnel. Dans une perspective d'amélioration continue, ces travaux réévaluent de façon périodique nos interventions. Par nos activités de recherche, nous obtenons de nouvelles connaissances sur le développement de la première ligne et son adéquation aux besoins de santé de la population, sur les PCP et sur la prévention des maladies chroniques et des cancers. Enfin, différentes stratégies de transfert de connaissances servent à partager ces connaissances et à favoriser leur utilisation par les partenaires, les décideurs, les gestionnaires et les intervenants du réseau.

6 L'influence et l'appui au développement de politiques publiques saines et à la création d'environnements favorables

Plusieurs leviers d'action sont tributaires des décisions relevant des lois et des politiques régionales ou provinciales. Le secteur SPMC est amené à se positionner ou à appuyer l'élaboration de politiques publiques favorisant l'équité d'accès en santé, la prévention clinique et l'implantation de modèles organisationnels prometteurs. Il faut signaler aussi que les interventions visant le développement d'environnements favorables à l'adoption de comportements préventifs (loi sur le tabac, politique alimentaire dans les établissements de santé...) figurent au cœur de nos actions.

6 stratégies d'intervention



2.5 Population cible

Les interventions réalisées visent à rejoindre la population adulte vivant à Montréal. Dans un souci de rejoindre le plus grand nombre et d'assurer l'équité d'accès aux services préventifs, il nous paraît nécessaire d'adapter nos actions en considérant certaines caractéristiques de la population ^[17, 18].

Caractéristiques de la population montréalaise (recensement 2006)

- La population adulte montréalaise s'élevait à 1 508 030 personnes dont 26 % était âgées de 45 ans et plus.
- 30,7 % de la population est issue de l'immigration, soit 560 395 personnes, ce qui représente 86,9 % de la population immigrante de l'ensemble du Québec
- 2,6 % des Montréalais ne parlent ni le français, ni l'anglais
- 21,5 % des 25 ans et plus n'ont pas de diplômes d'études secondaires
- 16,5 % des familles vivent sous le seuil du faible revenu

Le secteur se doit d'adapter ses services, ses interventions et ses outils éducatifs à diverses réalités culturelles et sociodémographiques ainsi qu'à divers niveaux de littératie de manière à ne pas creuser d'écart de santé entre les groupes de la population.

2.6 Contribution essentielle des partenaires

L'étendue du réseau montréalais des établissements de santé offre de nombreuses opportunités d'agir en synergie avec les acteurs-clés^[19]. Pour accomplir sa mission, notre secteur travaille étroitement avec divers partenaires à l'échelle nationale, provinciale, régionale et locale. Du côté de l'ASSS, nous travaillons de concert avec la DAMU, le DRMG, le CRSP, l'équipe régionale du programme de lutte contre le cancer et le réseau HPS afin de créer une synergie dans nos actions à travers le continuum de services en prévention et en gestion des maladies chroniques et des cancers.

Dans l'action, chaque partenaire joue un rôle essentiel et contribue, selon son expertise propre, à améliorer la santé de l'ensemble de la population.

De plus, nous collaborons activement avec plusieurs organismes non gouvernementaux, avec des groupes communautaires ou issus du milieu associatif et avec

des associations professionnelles de même qu'avec le milieu universitaire et les centres de recherche. Montréal compte en effet plus de 600 organismes communautaires partenaires du réseau. Ce réseau élargi offre une multitude de services venant compléter ceux offerts par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Cela permet d'établir de précieuses collaborations, tant dans l'intervention qu'au niveau de la production et de la diffusion de connaissances.

Les pages suivantes présentent, en un coup d'œil, la vision du secteur SPMC, nos trois priorités d'action principales, nos grandes stratégies d'intervention ainsi que les résultats escomptés pour chaque priorité.

Partenaires de la première ligne du réseau de la santé montréalais (2010)

- En 2010, on dénombrait l'équivalent de 1680 médecins omnipraticiens à temps plein dans 53 points de services – CLSC, 11 UMF, 26 GMF, 2 CRI, près de 350 polycliniques et cabinets privés, dont plusieurs ayant un statut de CR.
- Plus de 400 pharmacies communautaires et plus de 1 300 pharmaciens offrant directement leurs services à la population.
- 15 Centres de dépistage désignés par le programme québécois de dépistage du cancer du sein et 5 centres de référence en investigation désignés.
- 19 établissements membres du Réseau montréalais des CSSS et hôpitaux promoteurs de santé de l'OMS. A cet égard, les normes 2 et 3 de l'accréditation HPS représentent un bon levier d'action pour promouvoir les PCP dans l'ensemble des établissements membres du réseau.

Figure 2 :

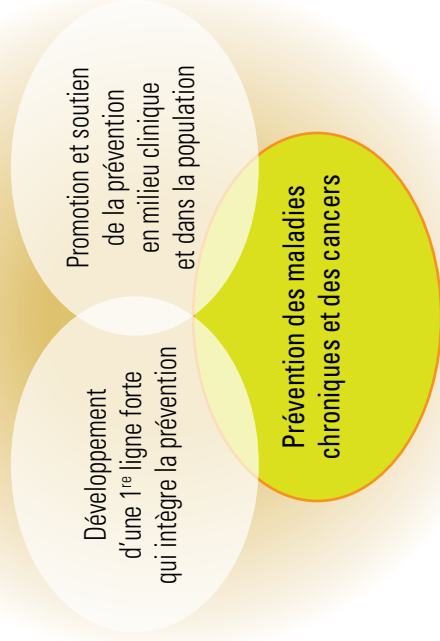
Vision, priorités d'action, stratégies d'interventions et partenaires du secteur SPMC

Orientation 6 : Un système de santé qui sert aussi à prévenir

Faire émerger, dans la région de Montréal, un réseau de première ligne fort intégrant la prévention clinique dans le continuum de services de sorte que l'ensemble de la population adulte bénéficie de services préventifs adaptés à ses besoins et devienne de plus en plus autonome dans l'adoption de comportements préventifs.

3 priorités d'action

Services préventifs en milieu clinique



6 stratégies d'intervention

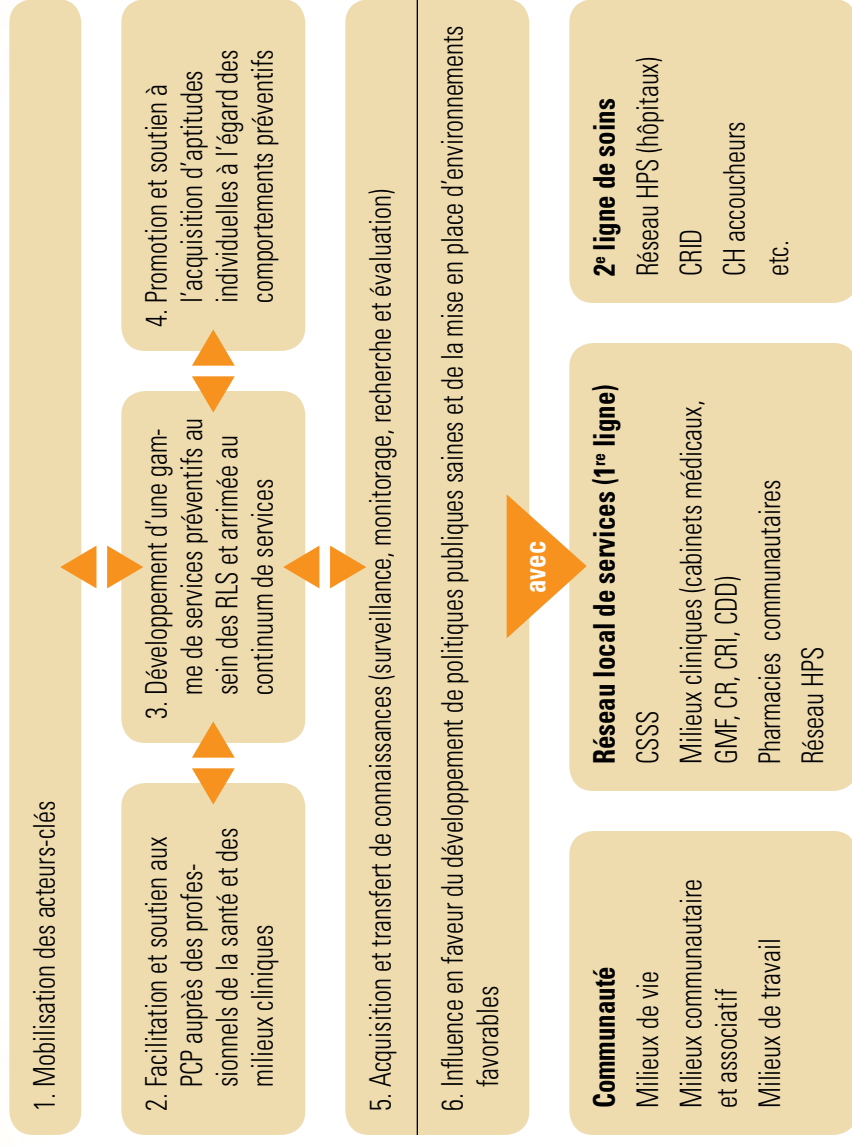


Figure 3 :

Résultats attendus pour l'orientation 6

RESULTATS LONG TERME d'ici 2020

Freiner l'augmentation de la prévalence du diabète chez les 20 ans et plus (7,5 % en 2007-2008)

Freiner l'augmentation de la prévalence de l'hypertension chez les 20 ans et plus (16 % en 2009)

Réduire de 25 % le taux de mortalité associé au cancer du sein chez les femmes dépistées de 50-69 ans sur une période de 10 ans

Réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % la prévalence de l'excès de poids chez les adultes par rapport à 2008

Réduire à moins de 45 % la proportion des adultes qui consomment des fruits et légumes moins de 5 fois par jour

Réduire à moins de 46 % la proportion des adultes inactifs physiquement

Réduire à 16 % la prévalence du tabagisme chez les 15 ans et plus

Réduire l'écart par rapport à la moyenne régionale de la prévalence du tabagisme dans les territoires où la proportion de fumeurs est plus élevée

Contribuer au développement d'une 1^{re} ligne forte ayant une place centrale dans les RLS

Contribuer au développement et à l'évaluation de modèles organisationnels de 1^{re} ligne qui intègrent la prévention et la gestion des maladies chroniques

RESULTATS INTERMÉDIAIRES d'ici 2015

Niveau populationnel

Dépistage du cancer du sein

- Augmenter à 54 % le taux de participation des femmes de 50-69 ans au PQDCS
- Réduire à moins de 15 % l'écart régional entre le taux de couverture à la mammographie et le taux de participation au PQDCS
- Réduire à moins de 5 % l'écart entre le taux de dépistage moyen régional et celui des territoires de CSSS ayant les taux les plus faibles

Saines habitudes de vie

- Augmenter la proportion des adultes ayant engagé des actions pour améliorer leur alimentation ou leur niveau d'activité physique
- Augmenter la proportion des adultes recevant un counselling sur l'alimentation par un professionnel de la santé à leur source habituelle de soins
- Augmenter la proportion des adultes recevant un counselling sur l'activité physique par un professionnel de la santé à leur source habituelle de soins
- Augmenter à plus de 80 % la proportion des 20 ans et plus dont la tension artérielle est mesurée aux 2 ans

Cessation tabagique

- Augmenter à 6 % la proportion de fumeurs ayant cessé de fumer au cours des 12 derniers mois
- Augmenter à 5 % la proportion des fumeurs ayant l'intention de cesser de fumer ayant reçu l'un des services de soutien à la cessation tabagique au cours des 12 derniers mois
- Augmenter le nombre de fumeurs exposés à une TRN par l'entremise de l'ordonnance collective
- Augmenter à 70 % la proportion des fumeurs ayant reçu un counselling bref par un professionnel de la santé à leur source habituelle de soins

Réduire la proportion de la population déclarant avoir des besoins de santé non comblés, surtout dans les groupes défavorisés et vulnérables

RESULTATS INTERMÉDIAIRES d'ici 2015

Niveau pratiques professionnelles - PCP

Augmenter l'offre :

- Augmenter le nombre de personnes adressées par les professionnels de la santé en 1^{re} ligne aux services préventifs de leur RLS (CAT, CES, etc.)
- Augmenter le nombre de pharmacies émettant des ordonnances collectives TRN

Niveau organisationnel

- Conclure une entente avec 50 % des GMF, CR et CRI sur le déploiement d'un plan d'action à l'égard d'une PCP
- Mettre en place des mesures organisationnelles structurantes favorisant l'intégration de la prévention clinique en 1^{re} ligne : ordonnances collectives, corridors de services, ententes, système d'information clinique, etc.
- Assurer l'accessibilité à une gamme de services de qualité pour soutenir la modification des habitudes de vie dans tous les territoires de CSSS qui s'arrime au continuum de services en prévention et gestion des maladies chroniques
- Augmenter le nombre de mammographies de dépistage réalisées dans un CDD
- Assurer l'accessibilité aux services de dépistage en CDD et conclure des ententes intégrant des modalités pour rehausser la qualité des services avec 100 % des CDD
- Diminuer le taux de refus de transmettre des données dans les CDD dépassant la moyenne régionale

- Produire des portraits régionaux et locaux à l'égard des maladies chroniques, de leurs déterminants et des PCP
- Produire des données probantes, des portraits régionaux et locaux, et des synthèses de connaissances sur l'organisation des services en 1^{re} ligne et les modèles organisationnels de 1^{re} ligne intégrant la prévention et la gestion des maladies chroniques
- Produire des rapports de monitoring et d'évaluation sur les interventions déployées à l'échelle régionale et locale en rapport avec les priorités du secteur
- Favoriser l'utilisation de données probantes sur l'organisation des services de santé de 1^{re} ligne et les besoins de la population dans la prise de décision
- Influencer les plans d'actions et les politiques régionales et locales sur l'organisation des services de santé et le déploiement de programmes de prévention clinique

PROGRAMMES

SYSTEME DE PREVENTION CLINIQUE
(Tableau des activités, p. 22-23)

PROGRAMME QUEBECOIS DE DEPISTAGE
DU CANCER DU SEIN
(Tableau des activités, p. 26-27)

PROGRAMMATION DE RECHERCHE
EN SANTE DES POPULATIONS ET
SERVICES DE SANTE
(Tableau des activités, p. 30-31)

3. Portrait de santé

Les portraits de santé soutiennent l'exercice de planification et aident à déterminer, dans une perspective populationnelle, les principales problématiques de santé auxquelles il faudrait accorder une attention particulière, soit à cause de l'ampleur du problème, de sa distribution inégale selon des caractéristiques sociodémographiques ou selon le territoire de résidence (CSSS).

Les données présentées dans cette section démontrent l'urgence d'agir sur les facteurs de risque pour les maladies chroniques et révèlent qu'il existe des écarts significatifs entre territoires de CSSS et entre groupes de population. Ces données méritent toute l'attention des décideurs et gestionnaires du réseau de la santé montréalais afin de prioriser des problématiques territoriales et d'intensifier les actions dans ces territoires ou auprès de certains groupes de population.

3.1 Fardeau des maladies chroniques et des cancers

De façon générale, la santé des Montréalais s'est améliorée au cours des dernières années. Entre 1981 et 2005, l'espérance de vie est passée de 71,5 à 78,3 ans chez les hommes, et de 79,2 à 83,6 ans chez les femmes^[20]. Certains problèmes de santé demeurent néanmoins préoccupants et touchent des groupes particuliers de

la population, en fonction de divers facteurs : âge, sexe, immigration, etc.^[21-23]. De 2005 à 2009, les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et le diabète étaient responsables de 72 % des décès enregistrés chez les 20 ans et plus, soit l'équivalent de 10 300 décès par an^[21].

Faits saillants, maladies chroniques, Montréal^[21-23]

Cancers (Fichiers des décès, 2005-2009)

- Les cancers sont responsables de 34 % des années potentielles de vie perdues. Le cancer du poumon demeure au premier rang comme cause de mortalité par cancer. Chez les femmes, le cancer du sein figure au second rang des causes de mortalité par cancer.

Risques cardiométaboliques (ESCC, 2007-2008, Fichiers des décès, 2005-2009)

- Plus de 43 % des 18 ans et plus présentent un surplus de poids (IMC supérieur à 25), une proportion qui grimpe à 50 % chez les hommes et à 61 % chez les personnes sans diplôme d'études secondaires.
- La prévalence du diabète est de 7,5 % chez les plus de 20 ans et de 18 % chez les 65 ans et plus.
- Plus du quart (28 %) des 45 ans et plus, soit environ de 205 000 personnes, rapportent souffrir d'hypertension artérielle, dont près de 40 000 (7 %) souffrent aussi du diabète.
- La proportion de personnes souffrant d'hypertension artérielle (45 ans et plus) s'élève à 37,8 % chez les personnes sans diplôme alors que la moyenne montréalaise se situe à 28,4 %.
- Certains écarts significatifs par rapport au reste de la province ressortent quant aux principales causes de mortalité, Montréal comptant davantage de décès attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire ainsi qu'au diabète.

Maladies respiratoires (ESCC, 2007-2008, Fichiers des décès, 2005-2009)

- La prévalence des MPOC chez les 45 ans et plus est de 7 % et près de 600 personnes décèdent chaque année d'une MPOC.

3.2 Prévalence préoccupante de plusieurs facteurs de risque modifiables

Le tabagisme, la sédentarité ainsi que les mauvaises habitudes alimentaires amènent une hausse de la prévalence de plusieurs problèmes de santé, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète et le cancer. Selon l'OMS (2005), il serait possible d'éviter jusqu'à 80 % de l'ensemble des cas de maladies cardiovasculaires et de diabète de type 2 ainsi que de plus de 40 % des cancers

en éliminant les principaux facteurs de risque que sont la sédentarité, la mauvaise alimentation et le tabagisme^[24].

Dans la région de Montréal, la prévalence de ces facteurs de risque demeure élevée et varie en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques ou selon le territoire de résidence^[25, 26].

Faits saillants, facteurs de risque des maladies chroniques, population de 18 ans et plus

Tabagisme (ESCC 2007-2008)

- En 2008, Montréal comptait plus de 400 000 fumeurs réguliers et occasionnels (26 % de la population).
 - La proportion de fumeurs est plus élevée chez les hommes (30 %) et chez les personnes nées au Canada (31%).
 - Cette prévalence varie de 20 à 37 % selon le territoire de CSSS.

Activité physique (ESCC 2007-2008)

- Plus de la moitié des Montréalais (51 %) sont inactifs durant leurs loisirs ou leurs déplacements.
 - La proportion atteint 61 % chez les personnes issues de l'immigration récente (moins de 10 ans).
 - Le niveau de sédentarité varie de 46 à 64 % selon le territoire de CSSS.

Alimentation (ESCC, 2005)

- Près d'un Montréalais sur deux (50 %) ne consomme pas assez de fruits et légumes.
 - La proportion grimpe à 57 % chez les hommes et à 59 % chez les personnes sans diplôme.

3.3 Exposition aux pratiques cliniques préventives encore limitée

Il existe encore peu de données disponibles pour dresser un portrait juste de l'exposition de la population aux pratiques cliniques préventives. Celles qui sont disponibles suggèrent toutefois qu'un effort doit être

fait pour améliorer la couverture des PCP dans la population, en particulier auprès des personnes n'ayant pas accès à un médecin de famille et auprès des groupes vulnérables ^[25, 26].

Faits saillants, exposition de la population adulte aux PCP

Dépistage de l'hypertension artérielle (ESCC, 2007-2008)

- Plus du trois quarts (77 %) des Montréalais de 15 ans et plus indiquent qu'un professionnel a mesuré leur tension artérielle au cours de la dernière année.

Dépistage du cancer du sein (RAMQ, 2007-2008)

- Montréal présente le taux de couverture à la mammographie de dépistage le plus faible au Québec, avec moins de 45 % des femmes de 50-69 ans ayant eu une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années par rapport à 56 % au Québec.
- Ce taux varie entre de 37 % et 50 % selon le territoire de CSSS.

Dépistage du cancer du col (ESCC, 2007-2008)

- Plus de 70 % des Montréalaises de 18 à 69 ans ont passé un test de dépistage du cancer du col de l'utérus (test de Pap) au cours des trois dernières années (soit l'équivalent de la moyenne provinciale).

Vaccination

- Seulement 56 % des 60 ans et plus ont reçu le vaccin contre la grippe saisonnière en 2007.
- Cette proportion varie de 43 % à 74 % selon les territoires de CSSS.

3.4 Organisation de la première ligne

Les réformes et les changements organisationnels amorcés ces dernières années ont entraîné des réaménagements de l'offre de services en première ligne à Montréal. Bien que de nouveaux modes d'organisation (GMF, CR, CRI) voient le jour depuis quelques années, l'offre globale de services de première ligne demeure à parfaire. Par exemple, le travail de groupe, l'interdisciplinarité et la coordination des soins avec les autres fournisseurs de soins sont peu développés à l'échelle de la région. L'offre territoriale de services est encore bien inégale.

On note ainsi que le nombre d'omnipraticiens (en ETP) travaillant en première ligne varie d'un territoire à l'autre ainsi que le nombre de cliniques médicales comptant des infirmières qui réalisent les activités de prévention et de gestion des maladies chroniques ^[28]. Ces constats sur l'organisation de la première ligne ne sont pas sans conséquence sur l'accès aux services et leur utilisation par les Montréalais, leur expérience de soins et l'existence de besoins de services non comblés.

Faits saillants,

Les services médicaux de 1^{re} ligne à Montréal 2005 ^[27, 28]

Des difficultés d'accès aux services non négligeables

- Moins de 46 % des Montréalais évaluent favorablement l'accessibilité de premier contact, c'est-à-dire l'accès rapide à des services de santé de 1^{re} ligne.
- Près d'un Montréalais sur cinq (18 %) déclare avoir eu des besoins de services non comblés.
 - Cette proportion varie de 13 % à 24 % selon le CSSS.
 - Elle atteint 22 % chez les personnes à faible revenu et 27 % chez les personnes immigrées depuis moins de 10 ans.

Affiliation à un médecin de famille

- Seulement 64 % de la population adulte rapporte avoir un médecin de famille.
 - Cette proportion varie de 60 à 70 % selon le CSSS.
 - Elle n'est que de 58 % chez les personnes à faible revenu et de 34 % chez les personnes immigrées depuis moins de 10 ans.

Des modèles organisationnels de 1^{re} ligne à revoir

- Moins de 6 % des cliniques participent à un réseau d'accessibilité ou à un système de garde (régional ou local).
- Un peu moins de la moitié des cliniques (48 %) ont des ententes de collaboration avec des centres hospitaliers pour le suivi des patients.
- Moins du tiers des cliniques de 1^{re} ligne (31 %) comptent une ou des infirmières dans leur équipe soignante.
- Seules 14 % des cliniques disposent de ressources technologiques d'information pour soutenir le travail clinique.

3.5 Défis de surveillance

Au cours des prochaines années, la surveillance donnera lieu à plusieurs défis. Nous aurons à intégrer de nouvelles sources de données permettant de réaliser des analyses à l'échelle locale. Nous devons déployer des efforts supplémentaires afin de bien traduire les analyses de données sur l'état de santé de la population, son évolution et ses déterminants en outils pratiques et mobilisateurs pour les partenaires et les gestionnaires du réseau de la santé montréalais. Enfin, l'ensemble de nos activités de surveillance devront viser à mesurer les écarts liés aux inégalités de santé, à mieux en comprendre les mécanismes d'action et à dégager des pistes d'amélioration pour les programmes ou à développer de nouveaux programmes.

4. Le secteur SPMC en action

À Montréal, l'opérationnalisation de l'orientation 6 prend forme à travers trois grands programmes, soit :

- ✓ **Le Système de prévention clinique**
- ✓ **Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein**
- ✓ **La Recherche en santé des populations et services de santé**

Chacun de ces programmes couvre, à divers degrés, l'ensemble des trois grandes priorités d'action de notre secteur (première ligne forte, prévention clinique et prévention des maladies chroniques et des cancers). Ces activités s'articulent autour des six stratégies d'action retenues par notre secteur. Dans les pages qui suivent, chacun de ces programmes est présenté en précisant la finalité, les principales cibles d'action, le chemin parcouru depuis leur mise en place et les activités à déployer dans le cadre du plan d'action régional 2010-2015.



Système de prévention clinique (SPC)



Résultats intermédiaires

D'ici 2015

Niveau populationnel

- Augmenter la proportion des adultes réalisant des gestes pour améliorer leur alimentation ou leur niveau d'activité physique.
- Augmenter la proportion des adultes ayant reçu un counselling sur les saines habitudes de vie par un professionnel de la santé à leur source habituelle de soins.
- Augmenter la proportion de fumeurs ayant cessé de fumer au cours des 12 derniers mois.
- Exposer plus de 5 % des fumeurs ayant l'intention de cesser de fumer à l'un des services de soutien à la cessation tabagique au cours des 12 derniers mois.

Niveau des pratiques professionnelles

- Augmenter le nombre de personnes que les professionnels de la santé en 1^{re} ligne dirigent vers les services préventifs de leur RLS (CAT, CES, etc.).
- Augmenter le nombre de pharmacies émettant des ordonnances collectives TRN.

Résultats santé

D'ici 2020

- *Réduire la prévalence des maladies chroniques et des principaux facteurs de risque (tabagisme, sédentarité, alimentation, problématique du poids, hypertension)*
- *Augmenter l'exposition de la population aux pratiques cliniques préventives et réduire les écarts de couverture des PCP entre territoires et ceux liés aux inégalités sociales*

Niveau organisationnel

- Conclure une entente avec 50 % des GMF, CR, CRI, UMF et CSSS pour l'intégration du SPC et le déploiement d'un plan d'action à l'égard d'une PCP.
- Mettre en place à l'échelle régionale et dans chaque RLS des mesures organisationnelles favorisant l'intégration de la prévention clinique dans la pratique des professionnels de 1^{re} ligne (ordonnances collectives, corridors de services, ententes, etc.).
- Consolider dans l'ensemble des CSSS la gamme de services pour soutenir l'adoption de saines habitudes de vie et les arrimer au continuum de prévention et gestion des maladies chroniques.
- Adapter les services du SPC à certains groupes vulnérables et développer des stratégies d'autonomisation envers les comportements préventifs.



Activités régionales selon les

1. Mobiliser les acteurs-clés et les partenaires

- Positionner le SPC auprès des partenaires et des instances de concertation régionales et locales.
- Créer des liens avec les équipes de la DSP pour élargir l'offre de soutien aux PCP (ITSS, Tout-petits et jeunes).
- Créer des partenariats avec des organismes externes pour développer des initiatives en prévention clinique.
- Mettre en place, animer et coordonner des canaux de communication et de concertation avec les partenaires locaux/régionaux : sous groupe de travail SPMC (sous-table), communautés de pratique, comité régional consultatif PCP.
- Organiser des activités d'information, de transfert de connaissances et de réseautage.
- Assurer une vigie scientifique des meilleures pratiques en prévention clinique.

2. Faciliter les PCP en milieu clinique

- Formaliser des ententes relatives à la prévention clinique à inscrire dans les modalités d'accréditation des GMF et CRI.
- Déployer des activités de formation en prévention clinique pour les professionnels de 1^{re} ligne et mettre à leur disposition les lignes directrices et les outils d'aide à la pratique.
- Développer et alimenter le site web « Montréal MD » sur le portail de l'ASSSM.
- Contribuer à la formation de base et à la formation continue des étudiants en médecine, en pharmacie et en santé communautaire à l'égard des PCP et de la prévention des maladies chroniques.
- Développer une offre de service « santé publique et prévention clinique » pour rejoindre les nouveaux médecins pratiquant dans la région.
- Développer un cadre de référence du rôle du pharmacien en santé publique et collaborer au déploiement du modèle pharmaceutique montréalais dans le volet prévention.
- Donner la formation en ICPC, ÉPS et CAT et maintenir à jour ces compétences par l'entremise des communautés de pratique.
- Accompagner les ICPC dans leur travail auprès des milieux cliniques.
- Développer et maintenir à jour un coffre à outils d'aide à la pratique à l'usage des milieux cliniques pour chacune des PCP ciblées.
- Contribuer au développement du module prévention dans le système d'information clinique montréalais (système OACIS).

3. Consolider la gamme de services préventifs arrimés au continuum de services

- Développer, en collaboration avec la DAMU, le plan d'action montréalais en prévention et gestion des maladies chroniques.
- Coordonner et soutenir à l'échelle régionale le déploiement de services de promotion des saines habitudes de vie arrimés au continuum de services en prévention des maladies chroniques (CES, CAT, ateliers de groupe).
- Contribuer à la mise en réseau des ressources et services préventifs sur les territoires (pharmacies, ressources communautaires, etc.).
- Soutenir l'implantation de projets de soutien à la cessation tabagique en milieu hospitalier et en CSSS.
- Développer et promouvoir des ordonnances collectives régionales visant des PCP (ex : Ordonnance collective TRN).
- Soutenir le développement, l'implantation et l'évaluation d'innovations locales (ex : « Centre de prévention clinique » basé sur l'examen médical périodique).

70 % des personnes vues dans un Centre d'éducation à la santé présentent un problème de surpoids.

stratégies d'intervention

4. Développer les aptitudes individuelles à l'égard des comportements préventifs

- Promouvoir les campagnes grand public et les arrimer aux services du SPC.
- Développer et alimenter la section prévention dans la zone « grand public » du portail web de l'ASSSM.
- Développer une offre de services d'éducation à la santé dans les milieux de vie pour favoriser l'adoption de comportements préventifs (notamment pour rejoindre les groupes vulnérables).
- Développer des outils destinés au grand public adaptés à divers niveaux de littératie et à diverses communautés culturelles.
- Développer des stratégies pour sensibiliser les patients aux comportements préventifs dans la salle d'attente des milieux cliniques et pharmacies communautaires.

5. Acquisition et transfert de connaissances (surveillance, recherche, évaluation, monitoring)

- Produire des portraits de santé (maladies chroniques, facteurs de risque, couverture populationnelle des PCP et couverture des services de 1^{re} ligne) en intégrant la perspective des inégalités sociales et de santé.
- Produire périodiquement des bilans du monitoring des services du SPC.
- Évaluer les services du SPC dans un but d'amélioration continue de la qualité et d'adaptation des services.

6. Appuyer les politiques publiques saines et les environnements favorables à la prévention

- Soutenir les établissements de santé, et les mettre en réseau, dans l'adoption et la mise en œuvre de leur politique alimentaire.
- Faire des représentations et produire des avis pour influencer l'adoption de mesures structurantes favorables à la prévention clinique (rémunération, accessibilité économique, etc.).
- Appuyer les partenaires régionaux et nationaux dans le développement de politiques publiques favorables à l'adoption de saines habitudes de vie (ex : loi sur le tabac, taxation boissons gazeuses, réglementation concernant le sel, etc.).

Près du tiers des utilisateurs des Centres d'abandon du tabagisme (27,6 %) sont toujours non fumeurs 6 mois après l'intervention (2009).

Chemin parcouru

- L'implantation du SPC a débuté en 2006 dans les 12 territoires des CSSS et se fait en étroite partenariat avec les CSSS, les milieux cliniques (GMF, CR, CRI, UMF, CLSC services courants, cabinets médicaux et CH pour les projets en cessation tabagique), les pharmacies communautaires et les ressources communautaires de chaque CSSS.
- Dans chaque CSSS, le SPC est mis en œuvre par une équipe locale multidisciplinaire regroupant un gestionnaire, une infirmière-conseil en prévention clinique, un éducateur pour la santé et un conseiller en abandon du tabagisme.
- Le déploiement du SPC repose sur 4 volets :

1) la facilitation aux PCP en milieu clinique

- mobilisation et engagement des milieux cliniques
- analyse des besoins
- élaboration d'un plan d'action adapté au milieu clinique
- soutien au milieu dans l'intégration de PCP à la pratique
- suivi de l'implantation et appréciation des changements de pratique

2) les activités de transfert de connaissances

- diffusion des lignes directrices en prévention clinique et des outils d'aide à la pratique
- coordination d'activités d'échange et d'ateliers thématiques en prévention clinique

3) le développement et la mise en réseau de services et ressources locales en prévention

- Centres d'éducation pour la santé : bilan des habitudes de vie, intervention motivationnelle, plan d'action individualisé et liaison avec les ressources de soutien à l'adoption de saines habitudes de vie du territoire
- Centres d'abandon du tabagisme : service d'accompagnement du fumeur dans le processus d'arrêt tabagique

- Groupes en cessation tabagique : service d'accompagnement en groupe pour les fumeurs en processus d'arrêt tabagique

4) la promotion et le soutien à l'acquisition d'aptitudes individuelles à l'égard des comportements préventifs

- sensibilisation aux comportements préventifs grâce à des campagnes promotionnelles (Défi, *J'Arrête, j'y gagne*, Défi santé 5/30 *Équilibre*, *Famille sans fumée*, etc.)
- diffusion d'outils de sensibilisation et d'éducation à l'intention du grand public
- promotion des services et des ressources en prévention auprès de la population

Pour l'heure, les pratiques préventives priorisées incluent le counselling sur les saines habitudes de vie, le dépistage de facteurs de risque pour les maladies chroniques, notamment les risques cardiométaboliques et le dépistage du cancer du sein. Selon les besoins populationnels et/ou les demandes venant des milieux cliniques ou de ses partenaires, le secteur étendra son offre de soutien à d'autres PCP figurant dans le PNSP, comme les PCP en périnatalité, les ITSS et la vaccination.

Certaines activités du SPC s'inscrivent en réponse au Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, dont l'un des axes d'intervention vise à améliorer les services aux personnes aux prises avec un tel problème. Par le biais d'une intervention centrée sur l'acquisition de saines habitudes de vie, l'accent est mis sur les gains pour la santé plutôt que sur la perte de poids, qui constitue une cible secondaire. De plus, le secteur compte dans les prochaines années mieux outiller les intervenants de première ligne en matière de recommandations pour les personnes ayant un problème de poids face à la panoplie de produits, services et moyens amaigrissants sur le marché.

En route pour l'avenir...

Priorités et défis

- Optimiser les liens entre les acteurs du RLS en matière de prévention clinique.
- Adapter les services du SPC à certains groupes vulnérables (niveau élevé de défavorisation, immigration récente, problèmes de santé mentale, problématiques liés au poids).
- Collaborer au développement d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques pour Montréal, incluant les services préventifs du SPC.

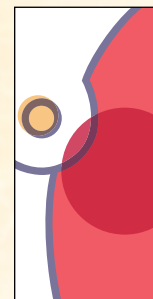
Pour en savoir plus...

Consultez la page thématique sur le [Système de prévention clinique](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca) sur le site du Directeur de santé publique au www.dsp.santemontreal.qc.ca (dossier thématique > services préventifs > thématique système de prévention clinique).

Contact : **Marie-Josée Paquet, Coordonnatrice Équipe PCP - 514 528-2400 poste 3510**



Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein



Résultats intermédiaires

D'ici 2015

Niveau populationnel

- Augmenter à 54 % le taux de participation des femmes de 50-69 ans au PQDCS.
- Augmenter à plus de 35 % la proportion de femmes qui présentent la lettre d'invitation au dépistage pour la première mammographie.
- Diminuer le taux de refus à la transmission des données dans les territoires se situant au-dessus de la moyenne régionale (6 %).
- Augmenter le taux de fidélisation des femmes à la mammographie de dépistage dans le cadre du programme.
- Réduire à moins de 15 % l'écart régional entre le taux de couverture à la mammographie et le taux de participation au PQDCS.
- Réduire à moins de 5 % l'écart entre le taux de dépistage moyen régional et celui des territoires de CSSS présentant les plus faibles taux.

Résultats santé

D'ici 2020

- *Réduire la mortalité par cancer du sein de 25 % sur 10 ans*

Niveau organisationnel

- Augmenter le nombre de mammographies de dépistage réalisées dans un CDD.
- Assurer l'accessibilité aux services de dépistage en CDD et conclure des ententes intégrant des modalités pour rehausser la qualité des services dans 100 % des CDD.



Activités régionales selon les

1. Mobiliser les acteurs-clés et les partenaires

- Arrimer les objectifs et activités du PQDCS au Plan montréalais de lutte contre le cancer.
- Renforcer les liens avec la coordination provinciale du programme pour s'assurer que les stratégies prioritaires du MSSS tiennent compte des enjeux montréalais.
- Mettre sur pied une structure de partenariat entre Montréal et les autres régions.
- Développer et consolider les liens avec les acteurs régionaux et développer des projets novateurs en promotion de la mammographie de dépistage.
- Inscrire dans les ententes-types de tous les laboratoires d'imagerie médicale des conditions assurant des services de qualité à la population.
- Organiser des activités d'information et de transfert de connaissances pour les acteurs locaux/régionaux.
- Soutenir les activités de planification des CSSS et des infirmières PQDCS.
- Soutenir des projets spéciaux avec les partenaires des CSSS ou les organismes communautaires pour s'assurer de tenir compte des réalités locales et favoriser la réduction des écarts dans l'utilisation des services.

2. Faciliter les PCP en milieu clinique

- Développer des stratégies de communication ciblant les professionnels de la santé, par exemple la mise à jour du site « Montréal MD » sur le portail de l'ASSSM.
- Renforcer la vigie scientifique concernant le dépistage du cancer du sein et participer à des activités de transfert des connaissances avec les partenaires clés du programme.
- Intégrer une stratégie globale de soutien à la PCP *Dépistage du cancer du sein* dans les activités de promotion et de facilitation du Système de prévention clinique (SPC).
- Offrir des formations pour les partenaires des CSSS, les dispensateurs de service (CDD, CRID) et les médecins.
- Développer une stratégie de recrutement de médecins volontaires pour les femmes n'ayant pas de médecin traitant.

3. Consolider la gamme de services préventifs arrimés au continuum de services

- Consolider les activités du Centre de coordination des services régionaux (CCSR) :
 - activités de liaison et de communication pour faire connaître le rôle du CCSR auprès des partenaires du PQDCS et auprès des femmes;
 - activités relatives aux communications directes avec la clientèle admissible (correspondance pour invitations et lettres de résultats, ligne téléphonique d'information, site web, système de réponse courriel);
 - prise en charge des femmes ayant besoin d'examen complémentaires.
- Dresser un portrait des services au niveau régional et analyser les besoins.
- Mieux comprendre les trajectoires des femmes qui utilisent les services grâce à une tournée systématique de tous les CDD et les CRID.
- Renforcer le soutien aux femmes en attente d'examen complémentaire.
- Développer des corridors de services respectant les principes de hiérarchisation et l'approche populationnelle.
- Soutenir les CDD et les CRID dans leurs démarches d'agrément et de certification et dans leurs activités liées au programme.

Cinq ans après sa mise en place, le PQDCS semble associé à une réduction de la mortalité par cancer du sein. Chez les participantes au dépistage, cette réduction pourrait atteindre de 35 à 41 % ^[29].

stratégies d'intervention

4. Développer les aptitudes individuelles à l'égard des comportements préventifs

- Adopter des stratégies de promotion du dépistage du cancer du sein basées sur l'approche du marketing social.
- Réviser et adapter les outils informationnels/promotionnels destinés au grand public.
- Mettre en place une vigie médiatique des messages en relation avec le dépistage du cancer du sein.
- Effectuer une relance spéciale auprès des femmes n'ayant jamais répondu à la lettre du PQDCS les invitant à venir passer une mammographie de dépistage.

5. Acquisition et transfert de connaissances (surveillance, recherche, évaluation, monitoring)

- Produire un portrait régional et mettre à jour les portraits locaux de la participation.
- Mettre en place un processus de monitoring des activités du PQDCS essentielles au maintien et au renforcement de la qualité des services.
- Développer des indicateurs en assurance-qualité.

Chemin parcouru

Le PQDCS s'actualise dans une réalité urbaine caractérisée par la multiethnicité, une grande mobilité de la clientèle admissible, des réalités socio-économiques et une organisation complexe des services, ce qui affecte le taux de participation. Montréal compte :

- 1) 15 centres de dépistage désignés et 5 centres de référence pour investigation désignés; et
 - 2) et réalise plus de 98 000 mammographies de dépistage tous les 2 ans dans les centres désignés.
- Depuis 1998, les Québécoises de 50 à 69 ans sans antécédent de cancer du sein sont invitées aux 2 ans par le directeur de santé publique à une mammographie de dépistage gratuite dans un Centre de dépistage désigné répondant aux standards de qualité du PQDCS.
 - Même si, en 2008, 62 % des Montréalaises de 50 à 69 ans avaient passé une mammographie au cours des deux dernières années, 43 % seulement l'ont fait dans le cadre du PQDCS.

- Les portraits réalisés en 2009 démontrent clairement qu'il existe d'importants écarts de participation entre territoires de CSSS ainsi qu'au sein d'un même territoire.
- De nombreux efforts restent nécessaires afin de faire connaître les avantages, pour les femmes et pour les professionnels de la santé, de diriger les femmes vers les centres désignés dans le cadre du programme (CDD et CRID).
- Deux conditions de succès demeurent cruciales afin d'atteindre l'objectif de réduction de la mortalité par cancer du sein, soit obtenir un haut taux de participation et mettre en place des services de dépistage et d'investigation accessibles et de qualité. Pour y arriver, deux cibles d'action sont priorisées :
 - La promotion de la mammographie de dépistage aux 2 ans en CDD auprès des femmes et des professionnels de la santé.
 - L'accès à des services de dépistage et d'investigation diagnostique qui respectent les plus hauts standards de qualité.



En route pour l'avenir...

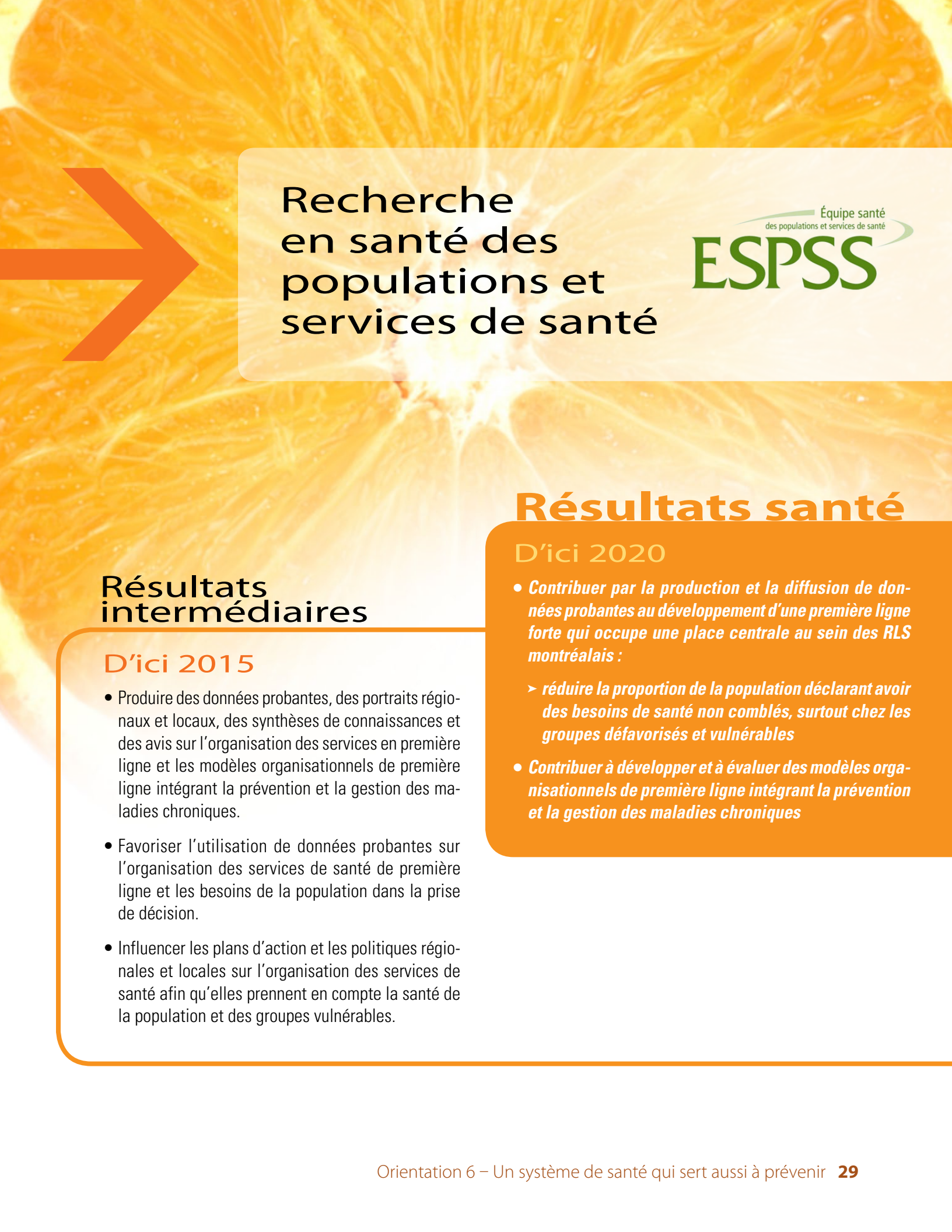
Priorités et défis

- Mieux comprendre les raisons expliquant le faible taux de participation des Montréalaises en examinant les particularités des femmes et celles des services de santé de chacun des territoires de CSSS
- Adapter les messages et les moyens de communication à la population et aux professionnels de la santé
- Assurer l'accès à des services de dépistage et d'investigation respectant les meilleurs standards de qualité
- Faire valoir les avantages et limites du programme auprès des femmes et des professionnels de la santé afin d'assurer un consentement éclairé.

Pour en savoir plus...

- Consultez les [portraits locaux de participation des femmes montréalaises](http://emis.santemontreal.qc.ca/fr/sante-des-montrealais/determinants/habitudes-de-vie-et-comportements/participation-au-pqdc/) au programme au <http://emis.santemontreal.qc.ca/fr/sante-des-montrealais/determinants/habitudes-de-vie-et-comportements/participation-au-pqdc/>
- Consultez le Bilan 10 ans 1998-2008 – Programme québécois de dépistage du cancer du sein, MSSS (2009).

Responsable : **Lynda Thibeault, Coordonnatrice, Équipe PQDCS - 514 528-2400 poste 3963**



Recherche en santé des populations et services de santé



Résultats intermédiaires

D'ici 2015

- Produire des données probantes, des portraits régionaux et locaux, des synthèses de connaissances et des avis sur l'organisation des services en première ligne et les modèles organisationnels de première ligne intégrant la prévention et la gestion des maladies chroniques.
- Favoriser l'utilisation de données probantes sur l'organisation des services de santé de première ligne et les besoins de la population dans la prise de décision.
- Influencer les plans d'action et les politiques régionales et locales sur l'organisation des services de santé afin qu'elles prennent en compte la santé de la population et des groupes vulnérables.

Résultats santé

D'ici 2020

- *Contribuer par la production et la diffusion de données probantes au développement d'une première ligne forte qui occupe une place centrale au sein des RLS montréalais :*
 - *réduire la proportion de la population déclarant avoir des besoins de santé non comblés, surtout chez les groupes défavorisés et vulnérables*
- *Contribuer à développer et à évaluer des modèles organisationnels de première ligne intégrant la prévention et la gestion des maladies chroniques*



Activités régionales selon les

1. Mobiliser les acteurs-clés et les partenaires

- Élaborer un plan régional de diffusion des connaissances tirées des recherches sur l'organisation des services de 1^{re} ligne et son impact sur la santé de la population et sur la prévention et la gestion des maladies chroniques.
- Réaliser et diffuser des portraits régionaux et locaux sur les transformations des services de santé de 1^{re} ligne à Montréal et sur l'utilisation des services, l'expérience de soins et la santé de la population.
- Réaliser un collectif de recherche sur la 1^{re} ligne montréalaise et participer à l'organisation d'un forum sur le développement de la 1^{re} ligne à Montréal, en partenariat avec les acteurs régionaux et locaux.
- Accompagner les CSSS dans leur projet de développement de réseaux de services intégrés et fournir des données probantes utiles aux CSSS : analyses territoriales sur les modes d'organisation, utilisation des services, expérience de soins et pratiques cliniques préventives.
- Participer aux groupes de réflexion et aux comités régionaux traitant de l'organisation des services de santé de 1^{re} ligne et des services de prévention et de gestion des maladies chroniques.

2. Faciliter les PCP en milieu clinique

- Réaliser et diffuser des portraits régionaux et territoriaux sur l'exposition de la population aux pratiques cliniques préventives réalisées dans les milieux cliniques de 1^{re} ligne.
- Favoriser le développement de réseaux intégrés de services pour les personnes atteintes de maladies chroniques en accompagnant l'Agence et les CSSS dans la mise en œuvre du programme interdisciplinaire intégré de prévention et de gestion du risque cardiométabolique.
- Influencer la mise en place de modèles organisationnels de 1^{re} ligne favorables à la prestation des PCP.

En 2005, la proportion de personnes rapportant des besoins en services non comblés variait de 13 % à 24 % selon les territoires de CSSS.

stratégies d'intervention

5. Acquisition et transfert de connaissances (surveillance, recherche, évaluation, monitoring)

- Par des travaux de recherche, produire des données probantes sur l'adéquation des services médicaux de 1^{re} ligne et les besoins populationnels, en particulier ceux des groupes défavorisés et vulnérables, par exemple :
 - l'offre de services en 1^{re} ligne de prévention et de gestion des maladies chroniques, cancers inclus;
 - les modèles organisationnels prometteurs et la pratique médicale de 1^{re} ligne;
 - l'utilisation et l'accès aux services de santé;
 - l'expérience de soins de la population, en particulier celle des groupes défavorisés et vulnérables.
- Développer des indicateurs permettant de suivre les phénomènes relatifs à l'utilisation et à l'expérience de soins de 1^{re} ligne.
- Réaliser des recherches évaluatives sur l'évolution des services de santé de 1^{re} ligne et son impact sur l'utilisation des services, l'expérience de soins et la santé de la population, notamment les projets suivants :
 - évolution de l'organisation et performance des services de 1^{re} ligne (2005-2010) dans deux régions - Montréal et Montérégie;
 - impact des transformations des services de santé de 1^{re} ligne sur la santé de la population montréalaise : analyse des banques de données médico-administratives 2000-2010.
- Mener des recherches sur les modèles organisationnels novateurs et leur impact sur l'utilisation des services, l'expérience de soins et la santé de la population, notamment les projets suivants :
 - évaluation de la mise en œuvre d'un réseau intégré de prévention et de gestion du risque cardiométabolique;
 - les Groupes de médecine de famille : étude de cohortes.
- Soutenir le développement d'un réseau de recherche en 1^{re} ligne comme moyen d'enrichir l'information sur l'impact des services sur la santé de la population.

6. Appuyer les politiques publiques saines et les environnements favorables à la prévention

- Encourager l'adoption de politiques soutenant le développement d'une 1^{re} ligne forte au centre du système de soins grâce à une représentation scientifique dans les tribunes régionales et nationales.
- Soutenir les initiatives encourageant le développement et l'utilisation de systèmes de gestion et de communication des informations cliniques.
- Agir à titre d'expert conseil sur l'organisation des services de santé et les besoins des populations.

Chemin parcouru

- En 2002, la Direction de santé publique et l'INSPQ ont mis en commun leurs ressources pour créer une équipe conjointe de recherche en Santé des populations et Services de santé.
- Les travaux de l'équipe portent sur les transformations des services de santé et leurs effets sur la santé des populations, avec une attention particulière à la première ligne, à la prévention et à la gestion des maladies chroniques et aux iniquités d'accès liées aux inégalités sociales.
- Grâce à des enquêtes populationnelles et organisationnelles et à l'analyse des bases de données médico-administratives, les travaux de recherche apportent un éclairage sur la situation montréalaise ainsi que sur les modèles organisationnels les plus prometteurs.
- Quelques constats :
 - Les résultats révèlent des lacunes dans la prise en charge et le suivi des clientèles les plus vulnérables.
 - L'expérience de soins de première ligne de la population varie aussi selon les territoires de CSSS.
 - Des disparités territoriales existent quant à la disponibilité des ressources médicales et à la présence de modèles organisationnels prometteurs au sein des RLS.
 - Les profils d'utilisation des services pour les personnes atteintes de maladies chroniques varient selon les territoires de CSSS.
- Dans le contexte des transformations du système de soins, la proximité de l'équipe de recherche avec les milieux décisionnels locaux et régionaux favorise le transfert des connaissances acquises grâce aux travaux de recherche et à l'utilisation de données probantes dans la prise de décision.



En route pour l'avenir...

Priorités et défis

- Maintenir la capacité de l'équipe de recherche à produire des données probantes sur l'évolution des services de première ligne à Montréal, les modèles d'organisation les plus prometteurs pour la santé de la population et la réduction des inégalités.
- Adapter, rendre accessibles et utiles des données probantes pour les acteurs régionaux et locaux chargés de l'organisation de la première ligne médicale et de la prestation des services.

Pour en savoir plus...

Consultez la page thématique [Santé des populations et services de santé](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossier_thematique_services_preventifs_thematique_sante_des_populations_et_services_de_sante) sur le site du Directeur de santé publique au www.dsp.santemontreal.qc.ca (dossier thématique > services préventifs > thématique santé des populations et services de santé).

Responsable : **Audrey Couture, Coordonnatrice, Équipe SPSS - 514 528-2400 poste 3492**

5. Conditions gagnantes et défis d'actualisation d'un système de santé qui sert aussi à prévenir

Des conditions gagnantes pour la mise en œuvre et l'atteinte de résultats

Plusieurs conditions favoriseront la réussite des objectifs de notre secteur pour la période 2010-2015. C'est pourquoi nous souhaitons mobiliser nos efforts de façon à réaliser ces conditions, tant à l'échelle régionale que dans l'ensemble des territoires de CSSS.

- Obtenir un engagement concret de la part des décideurs du réseau montréalais à l'égard de l'importance d'investir dans le développement d'une première ligne forte et dans la prévention des maladies chroniques et des cancers. Ces conditions sont de trois ordres :
 - Consolider des équipes spécifiques, compétentes et mobilisées, tant à l'échelle régionale que locale.
 - Développer et alimenter des canaux de communication dynamiques et participatifs avec l'ensemble de nos partenaires régionaux et locaux pour faciliter la synergie dans la mise en œuvre des programmes.
 - Instaurer des mécanismes d'amélioration continue de la qualité de nos interventions grâce à un système de monitoring et d'appréciation de la performance qui permet une rétroaction en temps opportun sur l'avancement et l'impact de nos programmes.

Des défis de taille à relever

Pour mettre en place ces conditions gagnantes, il nous faut porter une attention particulière à plusieurs défis, entre autres :

- Convenir ensemble, avec les CSSS et nos partenaires régionaux, des priorités d'action, des résultats escomptés et des contributions respectives des acteurs locaux et régionaux.
- Adapter nos interventions aux réalités locales dans la recherche d'un équilibre entre le développement d'un cadre d'intervention suffisamment structurant et la souplesse qui favorise un leadership local.
- Intégrer la dimension des inégalités sociales et de santé (ISS) dans la planification, l'intervention et l'évaluation des interventions régionales et locales.
- Produire des données de monitoring et de surveillance à l'échelle locale pour soutenir la planification des interventions et les adapter aux réalités locales.

6. Conclusion

Nous avons présenté dans ces pages les assises de nos actions et établi clairement la direction que nous souhaitons prendre avec nos partenaires pour atteindre nos objectifs à l'égard de l'orientation 6 de la DSP pour les cinq années à venir.

Nos interventions se centrent en priorité sur la prévention des maladies chroniques et des cancers. Toutefois, le spectre de la prévention clinique étant bien plus vaste, nous serons amenés à considérer l'intégration d'actions ciblant de nouvelles problématiques de santé ou de nouveaux groupes de population, en fonction de divers facteurs (notamment, santé mentale, dépendance, personnes âgées, etc.).

Vu que le système de santé fait face à une demande croissante en services curatifs au relation avec les maladies chroniques et les cancers, inscrire la prévention

clinique au sein des continuums de services représente donc un défi de taille pour notre secteur. Ensemble, nous sommes amenés à déployer des efforts concertés pour que les cliniciens, avec les acteurs des RLS, en particulier ceux de la première ligne, travaillent en amont de la maladie et contribuent ainsi à garder notre monde en santé et à réduire les inégalités sociales et de santé.

Nous lançons donc un appel à travailler ensemble en vue de développer des réseaux locaux de services qui accordent une place de choix à la prévention de sorte que l'ensemble des Montréalais bénéficie de services préventifs de qualité près de chez eux et adaptés à leurs besoins et, en outre, se mobilise pour adopter des comportements préventifs.

Références

1. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. http://www.santepub-mtl.qc.ca/trsp/pdf/tronccomun_revise_2008-2012.pdf. (espace privé de la sous-table SPMC) (visité le 20 avril 2011).
2. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. PLANIFICATION STRATÉGIQUE. Des priorités urbaines pour des Montréalais en santé. http://www.santemontreal.qc.ca/fr/plans_regionaux/plans.html (visité le 15 avril 2011).
3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008*. Québec, MSSS, direction générale de la santé publique. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf> (visité le 26 avril 2011).
4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010 (PQLT)*, MSSS, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-006-17.pdf> (visité le 20 avril 2011).
5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Plan d'action gouvernemental pour la promotion de saines habitudes de vie reliées à la problématique du poids (PAG)*. Québec, MSSS, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-289-01.pdf> (visité le 20 avril 2011).
6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Plan de lutte contre le cancer (PLCC)*. Québec, MSSS, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1997/97-729-5.pdf> (visité le 26 avril 2011).
7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1996). *Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*. Québec, MSSS, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96-005.pdf> (visité le 20 avril).
8. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), AGENCE CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ CANADA (1986). Charte d'Ottawa. <http://www.aspq.org/documents/file/charte-d-ottawa.pdf> (visité le 26 avril 2011).
9. STARFIELD, B. (1998). *Adult primary care assessment tool - short version*. Primary Care Policy Center, Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health.
10. PROVOST, M. H. ET COLL. (2007). *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
11. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'AGENCE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL ET COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2009). *L'examen médical périodique de l'adulte : données probantes 2009*, p. 29. <http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Ateliers/ExamenMedicalPeriodique.aspx> (visité le 26 avril 2011).
12. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, direction générale de la santé publique. www.agencesss12.gouv.qc.ca/documents/Programme_nationale_sante_pub.pdf (visité le 10 mai 2011).
13. POIRIER, ALAIN, ET MARC-ANDRÉ MARANDA. *Rapport national sur l'état de santé du Québec : Produire la santé*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, direction des communications, 2005, p. 29.
14. MARTEL, D. ET LEAUNE, V. (2009). *Le Système de prévention clinique - Phase1 : Intégration optimale du counselling sur les habitudes de vie*. Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, p. 11.

15. RIJKEN M., JONES M., HEIJMANS M., DIXON A. (2008). « Supporting self-management », dans Nolte E., McKee M., ed., *Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective*. Maidenhead : Open University Press/McGraw-Hill, p. 259.
16. NAGYKALDI, Z., MOLD, J. W., ET ASPY, C. B. (2005). « Practice facilitators: a review of the literature », *Family Medicine*, 37(8), p. 581-588.
17. VILLE DE MONTRÉAL. Montréal en statistique – éducation. http://ville.montreal.qc.ca/portal/page?_pageid=6897,67881574&_dad=portal&_schema=PORTAL (visité le 20 avril 2011).
18. VILLE DE MONTRÉAL, « Portraits démographiques la population immigrante dans la région métropolitaine de Montréal », http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/mtl_stats_fr/media/documents/01_RMR%20DE%20MONTR%C9AL.PDF (visité le 26 avril 2011)
19. Portrait du réseau montréalais : partenaires du réseau montréalais. <http://www.santemontreal.qc.ca/fr/portrait/partenaire.html> (visité le 26 avril 2011)
20. DORVAL D. ET SAINT-ARNAUD-TREMPE E., *L'espérance de vie poursuit sa lancée*. <http://emis.santemontreal.qc.ca/fr/sante-des-montrealais/etat-de-sante/sante-globale/esperance-de-vie/> (visité le 26 avril 2011)
21. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Fichier des décès, 2005 à 2009.
22. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*, Gouvernement du Québec, 659 p.
23. STATISTIQUE CANADA. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2007/2008.
24. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2005). *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève. OMS. http://www.who.int/entity/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf (visité le 20 avril 2011)
25. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2005). *Sondage omnibus de la direction de la santé publique*. Montréal, ASSS, Direction de santé publique.
26. STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2005*.
27. PINEAULT, R., LÉVESQUE, J.-F., ROBERGE, D., ET COLL. *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la 1^{re} ligne au Québec*. Banque de données populationnelles, 2005.
28. PINEAULT, R., LÉVESQUE, J.-F., ROBERGE, D., ET COLL. *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la 1^{re} ligne au Québec*. Banque de données populationnelles, 2010.
29. VANDAL, N., DAIGLE, J.-M., HÉBERT-CROTEAU, N., ET COLL. *Évolution de la mortalité par cancer du sein depuis l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*. Institut national de santé publique du Québec, 2009, 24 p.



BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Plan régional de santé publique 2010-2015 Orientation 6 : Un système de santé qui sert aussi à prévenir	8 \$	
	NUMÉRO D'ISBN (version imprimée) 978-2-89673-093-3		

Nom

Adresse

No	Rue	App.
Ville	Province	Code postal

Téléphone

Télécopieur

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la Direction de santé publique de Montréal.

Retourner à l'adresse suivante :

Centre de documentation
Direction de santé publique
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514 528-2400 poste 3646

