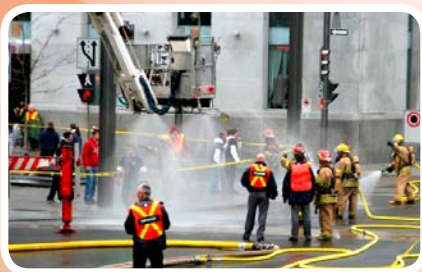


Plan régional de santé publique 2010–2015

Une population vaccinée et protégée des infections et des risques chimiques et physiques

4
Orientation



Plan régional de santé publique 2010–2015

Une population vaccinée et protégée des infections et des risques chimiques et physiques

4
Orientation



Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec



Une réalisation du secteur Vigie et protection
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

Rédaction et direction des travaux

Louise Valiquette
Maryse Lapierre

Collaboration à la rédaction

Lucie Bédard
Catherine Guimond
Alexandra Kossowski
Jérôme Latreille
Luc Lefebvre
Monique Letellier
Louise Meunier
Carole Morissette
Sandra Palmieri
Nathalie Paquette
Lucie-Andrée Roy
Maxime Roy
avec la contribution des professionnels des équipes thématiques

Secrétariat

Jocelyne Doucet

Graphisme

Paul Cloutier

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

ISBN 978-2-89673-089-6 (version imprimée)
ISBN 978-2-89673-090-2 (version PDF)

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

Table des matières

Introduction	6
Mission du secteur et grandes stratégies d'intervention	6
Les cinq priorités	8
1. Réduire l'incidence des ITSS, en particulier les infections par le VIH et par le VHC.....	8
2. Diminuer l'incidence des maladies évitables par la vaccination	12
3. Diminuer l'incidence, la morbidité et la mortalité associées aux infections nosocomiales.....	16
4. Réduire l'impact des risques infectieux ou chimiques dans la communauté	20
5. Réduire la morbidité et la mortalité associée à une urgence majeure.....	23
Bibliographie	25

Liste des sigles et acronymes

ACIA	Agence canadienne d'inspection des aliments
ADDICQ	Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec
ASSTSAS	Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales
ASSSM	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
ATOMc	<i>Awareness to Make Change</i>
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
C. difficile	<i>Clostridium difficile</i>
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CO	Monoxyde de carbone
COSPIN	Comité de suivi des dossiers portant sur la prévention des infections nosocomiales
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DACD	Diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i>
DIA	Direction de l'inspection des aliments
DSP	Direction de santé publique
E. Coli	<i>Escherichia coli</i>
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
GE	Gastroentérite
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IIC	Infections ou intoxications survenant dans la communauté
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes (d'une ITS) et de leurs partenaires
ISO	Infection du site opératoire
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
KPC	<i>Klebsiella pneumoniae</i> productrice de carbapénémases
LGV	Lymphogranulome vénérien
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MCI	Manifestation clinique inhabituelle
MCV	Maladie cardiovasculaire
MEV	Maladie évitable par la vaccination
MRNF	Ministère des Ressources naturelles et de la Faune
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OC	Organisme communautaire
OSB	Offre de service de base
PCI	Prévention et contrôle des infections
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec

PPE	Prophylaxie post-exposition
PTG	Prothèse totale de genou
PTH	Prothèse totale de hanche
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RBQ	Régie du bâtiment du Québec
RRO	Rougeole, rubéole et oreillons
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SAG	Syndrome d'allure grippale
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SGA	Streptocoque bêta-hémolytique du groupe A
SICA-TB	Suivi intégral des cas actifs de tuberculose
SIS	Services d'injection supervisée
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
TOD	Traitement sous observation directe
TRPIN	Table régionale de prévention des infections nosocomiales
UDI	Utilisateur de drogues par injection
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

Introduction

Chaque jour, le secteur Vigie et protection traite en moyenne 110 signalements et déclarations de maladies à déclaration obligatoire (MADO) provenant de médecins, de professionnels et de laboratoires, et intervient auprès d'une trentaine de personnes et d'établissements. Chaque année, les quelque 40 000 signalements et déclarations¹ reçus représentent entre 9000 et 9500 cas de MADO chez des Montréalais et donnent lieu à environ 11 000 interventions, dont 3500 enquêtes épidémiologiques. Le

nombre de MADO et de signalements, en hausse depuis quelques années, reflète des changements survenus à divers chapitres, notamment : profil ethnoculturel et mobilité de notre population, pratiques à risque (sexuelles, d'injections, alimentaires, etc.), promotion du dépistage, de la déclaration et du signalement et accessibilité à des tests de dépistage ou diagnostiques plus sensibles pour certaines infections.

Mission du secteur et grandes stratégies d'action

La mission du secteur Vigie et protection est de contribuer à la réalisation du mandat légal du directeur de santé publique au regard des agents biologiques, chimiques et physiques pouvant affecter la santé de la population montréalaise et de ses groupes les plus vulnérables. Pour ce faire, un éventail de stratégies sont déployées :

- assurer une vigie des événements sociosanitaires à partir de sources variées afin de détecter, à un stade précoce, les menaces à la santé de l'ensemble de la population montréalaise ou de groupes vulnérables;
- exercer une surveillance de l'état de santé et de ses déterminants, à l'égard des menaces biologiques, chimiques et physiques;
- évaluer les risques que constituent ces menaces à la santé et recommander les mesures de prévention et de contrôle appropriées;
- informer la population, les partenaires et les décideurs pour qu'ils reconnaissent les risques et les mesures appropriées pour les prévenir;
- mobiliser et soutenir les partenaires locaux et régionaux, sectoriels et intersectoriels pour définir, développer et appliquer des stratégies efficaces de prévention et de promotion de la santé, ainsi que pour mettre en place une gamme complète et intégrée de services de protection de la santé publique à Montréal, adaptés aux clientèles vulnérables;
- suivre le déploiement des interventions et en évaluer périodiquement l'impact;
- influencer les politiques publiques et promouvoir les programmes de lutte contre la pauvreté et l'exclusion;
- mener des études visant à améliorer la capacité de détecter, de prévenir et de diminuer l'impact des menaces à la santé de la population;
- fournir un milieu stimulant d'enseignement aux futurs professionnels de santé publique ainsi qu'aux autres étudiants du réseau de la santé et de disciplines connexes.

¹ Ce nombre inclut les signalements et déclarations de cas de personnes résidant à l'extérieur de la région (et transférés aux Directions de santé publiques [DSP] concernées), les cas ne répondant pas aux critères de MADO après analyse et les déclarations multiples pour un même cas (doublons). Les signalements et les cas de MADO ne font pas tous l'objet d'une enquête épidémiologique détaillée.

Afin d'accomplir sa mission, une fois les risques connus, le secteur doit définir et soutenir l'application de stratégies ou de mesures efficaces. Modulées par le contexte juridique et divers programmes et cadres de référence provinciaux, les interventions mises de l'avant doivent en outre être adaptées à la complexité et à la diversité de la population et des réseaux de partenaires montréalais. Pour ce faire, il faut tenir compte d'un ensemble d'éléments liés aux caractéristiques de l'agent visé (biologique, chimique ou physique), des individus ou des populations exposés (hôtes) et de l'environnement dans lequel ils interagissent.

Sans être exhaustif, le tableau suivant présente quelques éléments à considérer dans l'évaluation du risque et le choix des stratégies et des interventions à privilégier.

maladies chroniques. Cette contribution s'intègre dans les cinq priorités du secteur :

1. réduire l'incidence des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), en particulier les infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et par le virus de l'hépatite C (VHC);
2. diminuer l'incidence des maladies évitables par la vaccination (MEV);
3. diminuer l'incidence, la morbidité et la mortalité associées aux infections nosocomiales;
4. réduire l'impact des risques infectieux ou chimiques dans la communauté;
5. réduire la morbidité et la mortalité associées à une urgence majeure.

Agent (biologique, chimique, physique)	Fréquence, virulence, pathogénicité, mode de transmission, potentiel de contagiosité, dispersion dans l'environnement
Individus ou populations (hôtes)	Âge, sexe, langue, culture, niveau de scolarité, connaissances, croyances, comportements, état de santé
Environnement	Social, culturel, économique, politique, juridique, caractéristiques du milieu de vie, du milieu de travail ou du territoire, accès aux services de santé, rôles et responsabilités des divers partenaires sectoriels et intersectoriels

Tous ces éléments influencent notamment le risque d'exposition à un agent et son impact sur la santé, la perception de ce risque, la capacité de s'en protéger adéquatement, l'importance ou la valeur accordée à la prévention, l'accessibilité, la disponibilité et l'acceptabilité des interventions préventives proposées.

Compte tenu des caractéristiques de la population montréalaise, de nos partenariats et de l'évolution des besoins, nous devons régulièrement revoir et adapter nos pratiques et déployer un continuum d'interventions allant de la détection précoce des risques à la création d'environnements favorables à la santé. Nos actions contribuent de façon directe ou indirecte à la réduction des inégalités sociales et de santé et à la lutte aux

Les sections suivantes présentent, pour chaque priorité, quelques faits saillants, le chemin parcouru avec nos partenaires depuis 2003-2006, les principaux défis, les résultats escomptés d'ici 2015, les stratégies et les interventions à mettre de l'avant et l'offre de service de notre secteur à ses partenaires.

Les cinq priorités

1. Réduire l'incidence des ITSS, en particulier les infections par le VIH et le VHC

Les ITSS, qui ont pris des proportions alarmantes, ont un impact marqué non seulement sur la santé des personnes touchées, mais aussi sur le système de santé et la société en général. La marginalité, qui va souvent de pair avec la pauvreté, l'itinérance, la prostitution ou l'incarcération, crée un contexte favorable à la propagation des ITSS. Les jeunes de la rue, les personnes utilisatrices de drogues injectables (UDI) et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) y sont particulièrement vulnérables en raison de leurs conditions de vie, de facteurs psychosociaux et de comportements à risque. Bien que l'incidence du VIH et le partage de matériel d'injection chez les UDI aient connu une réduction significative depuis 1995, l'importante épidémie de l'infection par le VHC qui sévit à l'heure actuelle représente un véritable défi. Le VHC et le VIH causent des infections chroniques ayant de graves complications (cirrhose, cancer du foie et autres cancers).

Quelques faits saillants

- En 2009, la chlamydie (4 252 cas), la gonorrhée (973 cas), l'infection par le VHC (741 cas) et la syphilis (236 cas) représentaient 70 % des cas de MADO rapportés chez les Montréalais.
- L'infection par le VIH frappe un nombre élevé d'UDI et de HARSAH. Ainsi, on estime que 18 % des personnes UDI et 15 % des HARSAH sont infectés par le VIH.
- L'infection par le VHC touche surtout les personnes UDI et celles nées dans un pays où la prévalence du VHC est élevée. À Montréal, la transmission de ce virus est très active parmi les personnes UDI. Bien que les deux tiers des personnes UDI aient déjà été infectées par le VHC, le recours au dépistage est peu fréquent et 27 % des personnes atteintes ignorent leur état. Enfin, seulement moins de 10 % des personnes UDI infectées par le VHC ont amorcé un traitement.
- La recrudescence de la syphilis laisse craindre une augmentation de la transmission du VIH chez les HARSAH. En 2009, le taux de syphilis chez les hommes était près de 40 fois plus élevé que celui observé en 2000. Les HARSAH représentent à eux seuls 94 % des cas de syphilis. Depuis quelques années, on observe

l'émergence d'éclotions de lymphogranulome vénérien (LGV) et de shigellose, ainsi que d'infections concomitantes du VIH au sein de la population des HARSAH.

- L'infection gonococcique et la chlamydie ont augmenté tant chez les hommes que chez les femmes.
- Différents **comportements** augmentent le risque de contracter une ITSS, notamment :
 - Les relations sexuelles non protégées et la multiplicité des partenaires. Selon une enquête menée en 2008, près d'un HARSAH sur trois avait eu une relation anale non protégée au cours des six mois précédant l'enquête. Depuis l'avènement des traitements antirétroviraux et l'émergence de nouveaux lieux de rencontre, le changement dans les pratiques sexuelles chez les HARSAH constitue une source de forte préoccupation.
 - Le partage de matériel d'injection usagé. En 2007, 27 % des personnes UDI avaient utilisé une seringue usagée au cours des six mois précédant l'enquête. On distribue à Montréal moins de 1 million de seringues par an, ce qui est nettement insuffisant étant donné que le nombre estimé d'injections est de 15 millions par an.
- Les **conditions de vie précaires**, la **stigmatisation** et l'**accès difficile aux services** de santé et aux services psychosociaux constituent des facteurs environnementaux particuliers au contexte montréalais, qui contribuent à rendre les personnes plus vulnérables aux ITSS, en particulier les personnes UDI et les HARSAH.

Chemin parcouru avec nos partenaires

Grâce aux **activités de vigie et de surveillance** des ITSS, chaque Centre de santé et de services sociaux (CSSS) possède maintenant une connaissance actualisée de sa population locale et de son environnement.

La forte **participation** des partenaires au sein des structures régionales et les **collaborations intersectorielles** permettent de faire avancer des dossiers importants, tels que l'implantation du cadre de référence

2010-2015 du Programme montréalais de prévention des ITS – volet communautaire, l'implantation du Guide québécois de dépistage des ITSS et le développement de services de proximité. Dans la plupart des territoires, la collaboration entre les groupes communautaires et les CSSS est bien amorcée.

Défis

La Direction de santé publique et ses partenaires communautaires et du réseau de la santé sont appelés à relever certains défis :

- mieux joindre les groupes les plus vulnérables;
- intensifier et diversifier les modalités de distribution du matériel de protection pour en augmenter l'accès;
- intensifier l'offre de service de dépistage et de services psychosociaux de proximité des ITSS, incluant l'accès aux laboratoires par les infirmières;
- coordonner et développer une organisation de réseau facilitant le traitement du VIH et de l'infection par le VHC;
- favoriser la mise en place de corridors de services médicaux pour le traitement des cas;
- optimiser l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS ainsi que de leurs partenaires.

Les principaux résultats escomptés d'ici 2015

1. Augmenter la proportion des personnes UDI et des HARSAH qui utilisent le matériel de protection.

- *Accroître de 25 % la quantité de matériel stérile d'injection distribué sur le territoire montréalais et la quantité de condoms distribués dans les lieux de rencontre des HARSAH (saunas, « sex parties »).*

2. Accroître la proportion des personnes UDI et des HARSAH qui connaissent leur statut d'infection (VIH, VHC).

- *Réduire à moins de 15 % la proportion d'UDI qui ignorent leur statut d'infection par le VHC (30 % en 2009) et à moins de 10 % la proportion d'HARSAH qui ignorent leur statut d'infection par le VIH (15 % en 2009).*

3. Augmenter la proportion des personnes traitées parmi les personnes UDI infectées par le VHC et le VIH.

- *Augmenter à 30 % la proportion des personnes UDI infectées par le VHC qui reçoivent un traitement (10 % en 2009) et à 65 % la proportion de personnes UDI infectées par le VIH qui reçoivent un traitement (50 % en 2009).*

4. Réduire la transmission secondaire des ITSS aux partenaires.

- *Consolider l'offre de service d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires (IPPAP).*

Nos stratégies, nos actions

et l'offre de soutien à nos partenaires

Stratégie	Contribution régionale	Offre de soutien aux partenaires
Détecter les menaces et les situations problématiques et en suivre l'évolution.	Monitorer, analyser et interpréter les données de diverses sources (ex. : MADO, enquêtes). Mener des études épidémiologiques sur la prévalence et l'incidence des ITSS ainsi que sur les comportements chez les populations vulnérables : jeunes de la rue, personnes UDI, HARSAH et communautés ethnoculturelles. Estimer la taille des populations visées. Développer la surveillance rehaussée en VHC.	Produire un rapport régional sur les résultats de recherche et de surveillance. Le diffuser à la population, aux partenaires et aux décideurs régionaux. Produire des portraits locaux ITSS. Produire des avis, alertes et appels à la vigilance.
Appliquer les mesures de prévention et de contrôle efficaces et soutenir leur mise en œuvre lors de menaces causées par une ITSS.	Réaliser les enquêtes épidémiologiques ITSS. Développer une réponse conforme aux recommandations provinciales pour la prophylaxie post-exposition (PPE) aux liquides biologiques. Soutenir l'IPPAP en 2^e ligne incluant l'IPPAP-VIH. Convenir du déploiement de l'IPPAP incluant l'IPPAP-VIH. Convenir de l'offre de service en fonction de l'état de situation des services de PPE aux liquides biologiques.	Diffuser des avis avec constats et recommandations. Offrir la formation IPPAP pour les infirmières afin de soutenir l'IPPAP en 1^{ère} ligne. Répondre aux demandes de professionnels en suivi des personnes pouvant transmettre le VIH. Assurer une réponse d'expert-conseil (garde ITSS).
Accroître l'accès au matériel de protection aux personnes UDI et aux HARSAH.	Assurer la gestion régionale de l'approvisionnement en matériel de protection. Réviser le type de matériel disponible et les messages en fonction de l'émergence de nouvelles pratiques sexuelles et de consommation des drogues. Développer de nouvelles interventions reconnues efficaces pour mieux joindre les personnes UDI et les HARSAH.	Soutenir le déploiement de nouvelles stratégies de distribution en proximité par les organismes communautaires (OC). Soutenir les différents paliers de collaboration CSSS-OC-DSP pour implanter de nouvelles initiatives (ex. : machine distributrice de matériel stérile d'injection, charte d'engagement sauna, distribution dans les « sex parties »). Soutenir l'implantation du projet d'adaptation des services aux UDI.
Favoriser l'implantation de pratiques cliniques préventives exemplaires par les intervenants des organismes communautaires et par ceux du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).	Documenter les pratiques exemplaires en matière de prévention et de contrôle des ITSS. Développer et évaluer de nouvelles pratiques (ex. : utilisation du test rapide VIH, intervention motivationnelle auprès des UDI, des jeunes de la rue et des HARSAH). Développer un programme de formation visant l'acquisition de pratiques exemplaires.	Diffuser les lignes directrices, rédiger des guides et des outils d'aide à la pratique (ex. : ordonnances collectives pour le traitement de la chlamydie, évaluation d'une personne infectée par le VHC). Offrir un programme de formation visant l'offre de service ITSS adaptée aux populations vulnérables. Développer un cadre de référence de la pratique de proximité. Diffuser les résultats et développer des activités d'appropriation de nouvelles pratiques exemplaires.

Stratégie	Contribution régionale	Offre de soutien aux partenaires
Développer et coordonner l'organisation des services de prévention et de traitement des ITSS.	Collaborer avec les autres directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM), les directions des CSSS et des organismes communautaires afin : ➤ d'assurer l'implantation et le suivi du cadre de référence de prévention des ITSS-volet communautaire; ➤ d'augmenter l'accès aux services de dépistage des ITSS et de soutien psychosocial adapté aux personnes UDI et aux HARSAH; ➤ de développer une organisation de services intégrés de traitement du VHC et du VIH pour les personnes UDI et les HARSAH.	Soutenir les plans d'action des organismes communautaires. Coordonner et animer diverses instances : tables des directeurs généraux des groupes OC, Sous-table CSSS-ITSS, Comité régional de prévention et de traitement de l'infection par le VHC et sous-comités de travail. Soutenir les comités locaux ITSS. Assurer l'accès aux services de biologie médicale. Coordonner et soutenir l'intégration en réseau des services de traitement du VIH et de l'infection par le VHC.
Influencer les politiques publiques en faveur de la prévention et promouvoir les programmes qui luttent contre la pauvreté et l'exclusion sociale.	Obtenir l'adhésion à la politique de réduction des méfaits par les autorités provinciales, régionales et locales de sécurité publique, dont le milieu carcéral, de la justice, des travaux publics et de développement social des municipalités. Collaborer avec les directions de l'ASSSM pour : ➤ amener les enjeux de santé publique aux différents paliers sectoriels (ex. : Comité régional Services-dépendances) et intersectoriels (ex. : Comité de vigie et de partage des espaces publics); ➤ mener une étude de faisabilité concernant l'implantation d'une offre régionale de services d'injection supervisée (SIS); ➤ assurer l'accès aux logements sociaux et aux services d'hébergement pour les personnes infectées par le VHC.	Aborder les enjeux de santé publique aux divers paliers à l'égard des programmes de répression, des zones de tolérance entourant les programmes d'accès au matériel d'injection et des SIS. Soutenir la participation des associations vouées à la défense des droits, à l'intégration sociale et à l'amélioration des conditions de vie (ex. : l'Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec [ADDICQ]) et des populations vulnérables aux divers paliers provinciaux, régionaux et locaux. Soutenir le développement d'un projet pilote d'implantation de SIS. Convenir du processus de révision du mandat des maisons d'hébergement VIH-Sida. Soutenir le développement d'interventions par les pairs (ex. : L'injecteur, <i>Awareness to Make Change</i> [ATOMc]).
Promouvoir la santé et l'offre de service ciblant les HARSAH et les personnes UDI.	Développer des campagnes de promotion de la santé et des services, comme la promotion du dépistage du VHC chez les personnes UDI et du test rapide de VIH chez les HARSAH.	Soutenir le déploiement de campagnes de promotion. Produire des outils (ex. : carte-ressources santé UDI).
Évaluer les stratégies et les plans mis en œuvre.	Monitorer des activités de prévention, de distribution de matériel dans les organismes communautaires et les établissements du RSSS. Monitorer l'implantation et l'organisation des services intégrés sur le suivi et le traitement des personnes infectées par le VIH et par le VHC et en mesurer l'impact.	Produire un rapport régional et des rapports locaux de monitoring. Développer un système d'information pour suivre le développement des services de traitement du VHC. Évaluer les plans d'action des organismes communautaires.

2. Diminuer l'incidence des maladies évitables par la vaccination

La vaccination demeure l'intervention préventive la plus efficace et la plus rentable. Depuis 1931, l'introduction progressive de programmes de vaccination a permis de réduire de manière significative les maladies infantiles qui touchaient presque tous les enfants avant l'âge de 5 ans. Toutefois, pour assurer le maintien des acquis procurés par la vaccination chez les enfants et améliorer la protection des populations vulnérables, de grands défis sont à relever.

Quelques faits saillants dans la région

- L'incidence de la diphtérie, de la poliomyélite et de la rubéole congénitale se maintient à zéro.
- La rougeole et les oreillons sont généralement contrôlés. Quelques éclosions surviennent chez certains groupes de personnes refusant la vaccination.
- Les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b chez les enfants âgés de moins de 5 ans se maintiennent à moins de 2 cas par année.
- Les infections à méningocoque de sérogroupe C chez les moins de 20 ans causent moins de 5 cas invasifs par année.
- Depuis l'implantation, en 2004, du Programme de vaccination contre le **pneumocoque** chez les jeunes enfants, l'incidence annuelle des infections invasives dues à cette bactérie a diminué rapidement de 40 cas à moins de 5 cas par 100 000.
- Grâce au dépistage systématique de l'**hépatite B** durant la grossesse et au suivi des mères porteuses de ce virus, près de 95 % de leurs nouveau-nés sont protégés par une vaccination dès leur naissance. Il s'agit d'un acquis majeur car, sans la vaccination, près de 90 % des enfants infectés à la naissance développeront une hépatite B chronique.
- La **surveillance** et les **interventions post-exposition** à une MEV permettent de détecter à un seuil précoce les éclosions et d'intervenir rapidement. L'expérience récente de la détection du virus de la grippe A (H1N1) et de la vaccination massive qui a suivi le démontre. La mobilisation du réseau a permis de vacciner la moitié de la population montréalaise, ce qui correspond à l'un des taux de vaccination les plus élevés parmi les grandes villes du monde.

Malgré ce tableau plutôt encourageant, les efforts doivent être poursuivis afin d'accroître les **couvertures vaccinales** de certains programmes et d'en optimiser l'impact :

- Moins de la moitié des enfants âgés de 2 mois reçoivent les vaccins DCaT-Polio-Hib et pneumocoque au moment recommandé (2009-2010).
- Le taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B en 4^e année du primaire, variant de 83 % à 86 % depuis le début des années 2000, n'a jamais atteint l'objectif québécois de 90 %. En 2009-2010, à Montréal, ce taux a chuté à 78 %, alors que le Québec enregistrait un taux de 85 %. La proportion de filles de 4^e année vaccinées contre le virus du papillome humain (VPH) est passée de 70 % (2008-2009) à 64 % (2009-2010).
- Seulement 38 % des personnes âgées de 2 à 59 ans atteintes d'une maladie chronique sont vaccinées contre l'influenza.
- La couverture vaccinale contre l'influenza des travailleurs de la santé en Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) atteint à peine 40 % (en 2009-2010).

Chemin parcouru avec nos partenaires

Depuis 2005, un sous-comité de la Table régionale de santé publique en **immunisation** (CSSS-DSP) travaille à définir et à implanter des stratégies pour améliorer l'organisation de l'offre de service et bonifier l'acte vaccinal. Résultats : les retards vaccinaux chez les enfants de moins de 2 ans ont diminué et le programme de formation offert aux vaccinateurs s'est adapté à la demande du personnel de terrain en offrant de plus en plus d'outils et d'ateliers pratiques. La mise en place d'un sous-comité de conseillères en immunisation a permis d'améliorer le transfert de connaissances à l'échelle locale.

Défis

Trois défis demeurent, soit :

- mobiliser le réseau des intervenants en vaccination dans un contexte de pénurie de ressources humaines, de roulement de personnel et de contraintes financières;
- assurer l'accès à des services de vaccination de qualité adaptés à la demande;
- surmonter les obstacles à l'acceptation de la vaccination :
 - auprès des parents inquiets de la sécurité des vaccins;
 - auprès des personnes atteintes d'une maladie chronique, mais ne se reconnaissant pas comme telles;
 - auprès des travailleurs de la santé ne craignant pas l'influenza pour eux-mêmes ou leurs patients;
 - auprès de certains groupes actifs contre la vaccination (réseaux sociaux, web);
 - auprès des communautés culturelles difficiles à joindre avec les approches traditionnelles.

Les principaux résultats escomptés d'ici 2015

1. Réduire les retards vaccinaux chez les enfants de 2 et de 12 mois.

- Augmenter à 85 % la proportion d'enfants vaccinés en CSSS qui reçoivent la première dose du vaccin DCaT-Polio-Hib à l'âge de 2 mois (+ 14 jours).
- Augmenter à 80 % la proportion d'enfants vaccinés en CSSS qui reçoivent la première dose des vaccins contre la rougeole, la rubéole, les oreillons (RRO) et le méningocoque de sérogroupe C à l'âge de 12 mois (+ 14 jours).

2. Augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B et le VPH des enfants de la 4^e année du primaire.

- Augmenter à 90 % la proportion d'enfants de 4^e année du primaire vaccinés contre l'hépatite B.
- Augmenter à 80 % la proportion de filles de 4^e année du primaire vaccinées contre le VPH.

3. Augmenter la couverture vaccinale contre l'influenza chez les personnes souffrant d'une maladie chronique et leurs contacts, ainsi que chez les travailleurs de la santé.

- Accroître de 20 % la proportion de personnes souffrant de maladies chroniques vaccinées contre l'influenza.
- Augmenter à 60 % la proportion de travailleurs de la santé en CHSLD vaccinés contre l'influenza.
- Maintenir à au moins 80 % la proportion de patients en CHSLD vaccinés contre l'influenza.

4. Maintenir la qualité et la sécurité des produits immunisants administrés à la population.

- Diminuer le nombre de bris de chaîne de froid.

Nos stratégies, nos actions

et l'offre de soutien à nos partenaires

Stratégie	Contribution régionale	Offre de soutien aux partenaires
Détecter les menaces et les situations problématiques et en suivre l'évolution.	Effectuer la surveillance des manifestations cliniques inhabituelles (MCI). Effectuer une veille épidémiologique de l'influenza. Concilier les attentes provinciales et régionales quant aux outils de monitoring de la couverture vaccinale. Analyser les données des retards vaccinaux à l'âge de 2 et 12 mois et les données de couverture vaccinale scolaire. Évaluer la couverture vaccinale des enfants de 1 et 2 ans (enquête provinciale prévue en 2013). Évaluer la couverture vaccinale contre l'influenza des personnes atteintes de maladies chroniques et leurs contacts. Évaluer la couverture vaccinale contre l'influenza chez les personnes hébergées en CHSLD et chez les travailleurs de la santé des établissements du réseau. Établir annuellement les cibles des indicateurs de gestion inclus dans l'entente entre l'ASSSM et les CSSS en matière de vaccination. Évaluer l'intention de vaccination (Sondage Omnibus et enquêtes montréalaises).	Adapter les outils de monitoring et soutenir l'amélioration de la saisie des données de vaccination. Produire des rapports régionaux, des portraits locaux et des cartographies des MEV, des MCI et de la couverture vaccinale. Développer une compréhension cohérente commune des indicateurs et de leurs cibles.
Appliquer les mesures de contrôle des infections lors de situations de menaces à la santé causées par une MEV.	Réaliser les enquêtes épidémiologiques (MEV, MCI). Collaborer à la gestion des éclosions (ex. : rougeole).	Rédiger au besoin et diffuser un rapport avec constats et recommandations et en assurer le suivi. Établir conjointement le plan de la PPE selon les meilleures pratiques.
Favoriser l'implantation des pratiques exemplaires en vaccination.	Promouvoir le respect du calendrier de vaccination selon les recommandations provinciales. Promouvoir les nouveaux programmes de vaccination. Favoriser le partage des constats locaux ainsi que des stratégies efficaces.	Soutenir l'implantation des stratégies définies dans le plan d'action provincial pour la promotion de la vaccination adapté aux constats locaux. Offrir des activités de formation aux infirmières et aux infirmières auxiliaires. Offrir une expertise-conseil aux infirmières, aux médecins et aux autres professionnels vaccinateurs (garde téléphonique). Produire un bulletin d'information en vaccination pour les professionnels. Coordonner et animer le sous-comité en immunisation de la Table régionale de santé publique (gestionnaires). Coordonner et animer le sous-comité de conseillères en immunisation. Diffuser les outils régionaux et provinciaux de promotion de la vaccination.

Stratégie	Contribution régionale	Offre de soutien aux partenaires
Maintenir une offre de service de vaccination de qualité répondant aux besoins de la population.	Gérer les produits immunisants et leur distribution selon les normes établies dans le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ). Faciliter la déclaration des MCI par les professionnels. Inventorier chaque année les partenaires de vaccination par territoire selon les points de distribution des produits immunisants.	S'assurer que les normes de gestion et de conservation des vaccins sont connues. Revoir l'offre de service de vaccination des 0-5 ans dans la région (avec le soutien de l'Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]).
Adapter la promotion de la vaccination aux réalités locales et aux clientèles vulnérables : communautés culturelles, malades chroniques.	Développer des approches de communication aux clientèles en tenant compte des changements technologiques.	Soutenir les gestionnaires et les conseillères en immunisation des CSSS pour caractériser les clientèles et élaborer des stratégies adaptées aux populations cibles. Développer des outils adaptés aux besoins régionaux (ex. : campagne de vaccination contre l'influenza).
Évaluer les stratégies et activités mises en œuvre.	Développer un projet d'évaluation de l'état des retards vaccinaux mesurés 2005-2011-2015).	Assurer une rétroaction des données aux partenaires périodiquement et annuellement.

3. Diminuer l'incidence, la morbidité et la mortalité associées aux infections nosocomiales

Les infections liées aux soins de santé entraînent un coût humain important : hospitalisations prolongées, incapacités temporaires ou permanentes et, parfois, décès. En plus de leurs effets directs sur les personnes atteintes, les infections nosocomiales affectent le fonctionnement du réseau hospitalier, notamment en raison des mesures supplémentaires nécessaires pour les combattre et qui réduisent la disponibilité des lits.

Le tiers des infections nosocomiales seraient évitables par des programmes de prévention et de contrôle des infections (PCI) bien structurés. Selon l'Organisation mondiale de la santé, « leurs causes sont multiples, liées à la fois aux systèmes, aux procédures de soins et aux pratiques comportementales ». Le succès de la lutte aux infections nosocomiales demande donc un effort concerté des acteurs à tous les paliers : local, régional et national.

Quelques faits saillants

- L'épidémie de *Clostridium difficile* (*C. difficile*) survenue à Montréal en 2003-2004 a mis en évidence la vulnérabilité de notre réseau hospitalier. Cette crise a entraîné la mobilisation des professionnels, médecins et gestionnaires du réseau aux niveaux local, régional et national en faveur de la prévention et du contrôle des infections et a permis des avancées dans la lutte aux infections nosocomiales, notamment :
 - Réduction de plus de 50 % du taux d'incidence des diarrhées associées au *C. difficile* (DACD) dans les établissements de santé montréalais par rapport aux taux notés lors de l'instauration du système de surveillance en 2004.
 - Réduction de l'incidence des infections causées par le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) dans certains centres hospitaliers qui ont appliqué des mesures de prévention et de contrôle rigoureux.
- Malgré ces progrès, les infections nosocomiales demeurent un sujet de préoccupation, et pour cause :
 - Environ 1400 patients ont contracté la DACD dans les hôpitaux montréalais en 2009-2010; si la majorité des personnes atteintes s'en sont rétablies, certaines ont dû subir une colectomie, d'autres en sont décédées.
 - Parmi les bactéries multirésistantes aux antibiotiques, le nombre de nouveaux cas d'entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) déclarés par les laboratoires a quintuplé entre 2007-2008 (276 cas) et 2009-2010 (1494 cas). De plus, l'émergence d'une souche de bactérie *Klebsiella pneumoniae* productrice de carbapénémases (KPC) a été signalée dans la région et une transmission nosocomiale a été documentée.
 - On estime généralement que de 2 à 5 % des patients opérés subiront une infection du site opératoire (ISO). Celle-ci peut avoir de graves conséquences (réadmission, réintervention chirurgicale, incapacités, décès), notamment dans le cas des chirurgies orthopédiques (prothèse totale de hanche [PTH], prothèse totale de genou [PTG]) (environ 4 000 interventions par an à Montréal) et des chirurgies cardiaques (environ 4 000 interventions chez les adultes à Montréal par an). La majorité des infections du site opératoire sont considérées évitables. L'implantation d'outils informatiques faciliterait la cueillette et l'analyse des données portant sur les ISO selon le risque infectieux lié au patient et à l'acte chirurgical. Cela permettrait aux établissements de comparer leur performance aux standards nord-américains, de quantifier le nombre d'infections évitables ou leurs complications et d'établir les mesures spécifiques à appliquer pour en prévenir un plus grand nombre.
 - Les éclosions de gastroentérites (GE) et de syndrome d'allure grippale (SAG) surviennent fréquemment en milieu de soins. Si leur survenue est difficilement évitable en raison de la prédominance de ces maladies dans la communauté (en particulier durant les périodes épidémiques), il est possible de minimiser leur impact en appliquant rapidement les mesures de prévention et de contrôle. Les retards et les difficultés rencontrées dans l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections, comme le lavage des mains et la vaccination contre l'influenza des travailleurs de la santé, peuvent avoir un impact sur la durée des éclosions, le nombre de personnes atteintes et le fonctionnement du réseau (ex. : réduction de la disponibilité de lits, absentéisme du personnel, etc.).

Chemin parcouru avec nos partenaires

Au cours des dernières années, la lutte aux infections nosocomiales à Montréal s'est mieux organisée. La création de tables, comités, groupes de travail et communautés de pratiques a permis de réunir des médecins, des professionnels et des infirmières spécialisées en PCI de divers établissements (courte durée, longue durée, réadaptation), de la DSP et des autres directions de l'ASSSM. Ces regroupements ont permis notamment de mieux comprendre les enjeux liés à la prévention et au contrôle des infections dans les établissements, de partager des outils et des connaissances et d'adopter des mécanismes de surveillance et de suivi de gestion.

Défis

La prévention et le contrôle des infections se heurtent à plusieurs obstacles, dont :

- la vétusté des établissements montréalais qui comportent peu de chambres privées, beaucoup de toilettes partagées et des espaces exigus, ce qui favorise la proximité du propre et du souillé;
- la grande demande de services hospitaliers par une population vulnérable et vieillissante qui entraîne une pression constante pour réduire les durées de séjour à la salle d'urgence et accélérer les transferts interétablissements;
- la difficulté d'harmoniser les pratiques de PCI entre les divers établissements de la région;
- la nécessité d'adapter les lignes directrices provinciales à la réalité et aux contraintes du réseau montréalais.

Les principaux résultats escomptés d'ici 2015

1. Diminuer le nombre de cas et la durée des éclosions en milieu de soins.

- Augmenter à 90 % la proportion des Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'incidence de DACD inférieurs aux seuils établis par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (71 % en 2010-2011).
- Réduire de 20 % le nombre moyen de cas de SAG et de GE lors d'éclosions en CHSLD (par rapport aux années 2008-2010).

- Réduire de 20 % le nombre moyen de cas d'ERV lors d'éclosions en CHSGS (par rapport aux années 2008-2010).
- Maintenir à 90 % la proportion de CHSGS ayant des taux de bactériémies à SARM inférieurs aux seuils établis par le MSSS (90 % en 2010-2011).

2. Prévenir les infections du site opératoire en chirurgie orthopédique et en chirurgie cardiaque.

- Documenter les taux d'infections du site opératoire en chirurgie orthopédique, notamment pour la PTH et la PTG et en chirurgie cardiaque chez au moins 90 % des adultes subissant ce type de chirurgie dans un CHSGS.

Nos stratégies, nos actions et l'offre de soutien à nos partenaires

Stratégie	Contribution régionale	Offre de soutien aux partenaires
Détecter les menaces et les situations problématiques et en suivre l'évolution.	Monitorer, analyser et interpréter les données de diverses sources (portail de surveillance de l'INSPQ, suivi des ententes de gestion, enquêtes réalisées à la DSP) : documenter les situations problématiques et en aviser les autorités concernées. Poursuivre le développement du tableau de bord régional, avec indicateurs de structure, processus et résultats, en incluant tous les nouveaux indicateurs disponibles. Planifier, coordonner et réaliser des études de prévalence régionale de certaines infections nosocomiales en collaboration avec la Table régionale de préventions des infections nosocomiales (TRPIN).	Soutenir le développement et l'implantation de systèmes de surveillance des infections du site opératoire (chirurgies de la hanche et du genou et chirurgie cardiaque) en collaboration avec les établissements, l'ASSSM et les associations de chirurgiens concernées. Soutenir le groupe de travail en longue durée pour l'implantation de la surveillance locale des SAG et de la gastroentérite. Produire et diffuser des avis et des appels à la vigilance.
Favoriser l'application des mesures de contrôle des infections lors de situations de menace dans un établissement du réseau de la santé.	Réaliser des enquêtes épidémiologiques lors d'éclosions d'ERV, de GE, de SAG et de DACD et dans toute autre situation de menace signalée par les établissements. Soutenir les établissements présentant des situations problématiques persistantes en matière de prévention et de contrôle de certains pathogènes nosocomiaux par divers moyens, en collaboration avec les directions de l'ASSSM : visite de l'établissement, offre d'expertise-conseil pour l'analyse épidémiologique ou pour la révision des mesures de PCI ou d'hygiène et salubrité.	Après enquête, faire des recommandations sur les mesures à mettre en place pour contrôler les éclosions. Après l'intervention de soutien, transmettre à l'établissement un rapport avec constats et recommandations et en assurer, au besoin, le suivi en collaboration avec les directions de l'ASSSM.
Favoriser l'implantation des pratiques exemplaires en prévention et contrôle des infections nosocomiales dans tous les milieux de soins.	Faire une recension périodique des écrits scientifiques et lignes directrices afin de connaître les pratiques efficaces. Soutenir les efforts de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) dans la promotion de la vaccination contre l'influenza du personnel soignant. Soutenir le déploiement régional de campagnes québécoises ou canadiennes de promotion de soins sécuritaires. Déterminer les actions à réaliser au niveau régional pour favoriser la PCI dans les établissements montréalais et minimiser l'impact sur le fonctionnement du réseau, notamment à l'égard de la lutte à l'ERV.	Diffuser les lignes directrices et faire connaître les meilleures pratiques en prévention et contrôle des infections nosocomiales dans tous les milieux (<i>bundle approach</i>) selon les priorités retenues par la TRPIN. Faire connaître les stratégies les plus efficaces pour favoriser la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque chez les patients à risque hospitalisés (inclure la vaccination dans le plan thérapeutique infirmier [PTI], etc.). Offrir des formations sur la vaccination contre l'influenza en milieu de soins. Offrir des formations sur la gestion des éclosions de SAG et de GE et diffuser les outils à jour afin de favoriser la prise en charge adéquate des éclosions. Définir les services de laboratoires nécessaires pour répondre aux besoins en PCI des établissements. Soutenir le développement d'une ordonnance collective pour la prescription d'antiviraux lors d'éclosion d'influenza en CHSLD.

Stratégie	Contribution régionale	Offre de soutien aux partenaires
Harmoniser les pratiques de PCI entre les établissements.	Développer, en collaboration avec la TRPIN, un plan d'action régional opérationnel. Soutenir l'ASSSM dans le dossier de l'harmonisation des pratiques de dépistage du SARM et de l'ERV lors du transfert de patients des CHSGS vers les centres hospitaliers de réadaptation. Animer le Comité de suivi des dossiers portant sur la prévention des infections nosocomiales (COSPIN) et assurer le suivi des dossiers à l'échelle régionale. S'assurer que des liens sont développés entre la Table régionale en hygiène et salubrité et la TRPIN.	Coprésider et assurer le soutien logistique de la TRPIN. Organiser des rencontres régionales en PCI selon les priorités établies par la TRPIN. Soutenir et animer les communautés de pratique en PCI en longue durée et réadaptation. Favoriser le partage de pratiques, d'expériences et d'outils entre les équipes de PCI. Produire un bulletin d'information pour les équipes de PCI et les directions d'établissement (INFO TRPIN). Harmoniser les pratiques de surveillance locale en développant et en diffusant des outils (ex. : outil d'aide à la classification de DACD, tableau de surveillance pour cas de SAG en CHSLD).
Évaluer les stratégies et les plans mis en œuvre.	Assurer le suivi périodique du tableau de bord régional avec la TRPIN et le COSPIN. Suivre l'évolution des indicateurs des ententes de gestion et convenir des suivis appropriés avec les directions de l'ASSSM. Produire un rapport synthèse annuel sur la lutte aux infections nosocomiales dans la région.	Assurer une rétroaction mensuelle aux décideurs à l'échelle locale et régionale en diffusant des données comparatives sur les taux de certaines infections nosocomiales (ex. : DACD).

4. Réduire l'impact des risques infectieux ou chimiques dans la communauté

Le tiers des signalements et déclarations reçus à la DSP sont des infections ou des intoxications survenant dans la communauté, principalement des maladies entériques, des maladies respiratoires, des zoonoses, des infections invasives variées et des intoxications d'origine chimique. Certains groupes y sont plus vulnérables en raison d'un risque accru d'exposition, d'acquisition ou de complication : les femmes enceintes, les enfants en garderie, les personnes âgées, les immigrants, les itinérants, les HARSAH et les voyageurs.

Quelques faits saillants

- Tous les signalements et déclarations reçus à la DSP sont traités et analysés afin de vérifier si le portrait épidémiologique observé (temps, lieu, personne) correspond au portrait prévu. Certains cas font l'objet d'enquêtes approfondies : près de 1500 enquêtes sont entreprises chaque année pour des infections ou intoxications survenant dans la communauté (IIC). Ces enquêtes, qui permettent de recueillir des données précieuses sur les cas d'infection ou d'intoxication, donnent généralement lieu aux interventions suivantes :
 - Offrir une PPE aux personnes exposées (immunoglobulines, antibiotiques, vaccins). Plus de 350 enquêtes et interventions de ce type sont réalisées chaque année. Il s'agit essentiellement de cas d'infections invasives causées par le streptocoque beta-hémolytique du groupe A (SGA) ou par le méningocoque, de cas d'hépatite A ou d'hépatite B aiguë et de morsure causée par des animaux susceptibles d'être infectés par le virus de la rage.
 - Prévenir de nouveaux cas en déterminant une source de contamination commune (ex. : toxi-infection alimentaire, listériose, légionellose, botulisme ou intoxication d'origine chimique).
 - Limiter la transmission ou l'exposition de certains agents infectieux en intervenant dans un milieu ou une communauté, tels que les milieux de garde, les écoles, certains lieux de rassemblement (ex. : les saunas) et les lieux de restauration.
 - Identifier des personnes qui ont besoin d'un dépistage après avoir été exposées à une personne infectée ou assurer la prise en charge d'une personne en

vue d'un traitement, dans les cas de tuberculose par exemple (plus d'une centaine de cas par an).

- Documenter un phénomène en émergence.

Chemin parcouru avec nos partenaires

Au cours des dernières années, la DSP a renforcé sa capacité à **définir** rapidement, à **évaluer** et à **gérer les risques**, infectieux et chimiques, par différents moyens : le développement d'un système de vigie multirisque, la mise en place d'un mécanisme quotidien d'échange d'information entre les membres du secteur Vigie et protection, la mise à jour des protocoles et des outils d'intervention et la formation continue offerte aux professionnels participant à l'un des deux services de garde régionale de deuxième ligne en santé publique (garde 24/7 pour les maladies infectieuses et les urgences chimiques).

Nous avons travaillé de manière plus étroite avec nos **partenaires** municipaux, notamment la Division de l'inspection des aliments pour les enquêtes alimentaires et le Service de prévention des incendies pour les campagnes de prévention des intoxications au monoxyde de carbone. Le travail réalisé avec les CSSS, au sein du sous-comité des urgences courantes, a permis de soutenir le développement de l'offre de service locale pour la PPE (formation, développement de protocoles, d'outils, de corridors de services, etc.).

Défis

- Le développement d'une solide **première ligne** en santé publique se heurte à plusieurs obstacles : réalisation des interventions d'urgence au détriment des activités planifiées, manque d'accès aux ressources médicales de première ligne, manque d'accès aux laboratoires, difficulté de maintenir une expertise pour des situations peu fréquentes à l'échelle locale.
- Les maladies entériques représentent un fardeau non négligeable pour la santé de la population. Toutefois, les interventions actuelles n'ont pas permis de réduire ce fardeau de manière significative au cours des dernières années. Il nous faut donc élargir nos connaissances sur les stratégies préventives efficaces.

- Il faut poursuivre et intensifier nos liens avec les partenaires sectoriels et intersectoriels (ville, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec [MAPAQ], CSSS, pharmacies, organismes communautaires, Régie du bâtiment du Québec [RBQ], diverses tables régionales) pour mieux déployer les interventions préventives.
- Le système de réponse pour la PPE à la suite d'une exposition à des liquides biologiques doit être réévalué.

Les principaux résultats escomptés d'ici 2015

1. Éviter la transmission secondaire des infections pour lesquelles il existe une PPE : hépatites A et B, infections invasives causées par le méningocoque ou le SGA et la tuberculose.

- *S'assurer qu'au moins 95 % des contacts étroits des cas d'infection à méningocoque, des cas de SGA et d'hépatite A identifiés lors des enquêtes sont dirigés pour prophylaxie dans les délais prescrits.*
- *S'assurer qu'au moins 85 % des cas de tuberculose pulmonaire active complètent le traitement recommandé.*

2. Éviter la transmission secondaire des infections entériques sporadiques à potentiel d'éclosion (shigellose, fièvre typhoïde et infections à *Escherichia coli* (*E. coli*) producteur de vérocytotoxine).

- *Développer des corridors de services pour assurer le suivi de personnes infectées, comme les manipulateurs d'aliments et les enfants en service de garde.*

3. Éviter les cas de rage humaine.

4. Prévenir les intoxications au monoxyde de carbone (CO).

5. Réduire l'ampleur et la durée des éclosions (maladies entériques ou respiratoires), notamment dans les groupes plus à risque d'exposition, d'acquisition ou de complications.

6. Limiter l'impact sur la communauté des risques émergents, notamment dans les groupes plus à risque d'exposition, d'acquisition ou de complications.

Nos stratégies, nos actions et l'offre de soutien à nos partenaires

Stratégie	Contribution régionale	Offre de soutien aux partenaires
Détecter les menaces et les situations problématiques et en suivre l'évolution.	Effectuer une vigie sanitaire multirisque quotidienne. Effectuer une veille épidémiologique quotidienne. Développer une vigie et surveillance utilisant des comparatifs avec des grandes villes pour certaines MADO (ex. : Toronto, Boston). Effectuer une surveillance des facteurs de risque, des facteurs de protection et des déterminants en relation avec les cibles (habitudes alimentaires, détecteur de CO, occupation à risque).	Produire des alertes et des appels à la vigilance et à la détection d'une menace réelle ou appréhendée. Développer et consolider les canaux de communication avec les cliniciens considérant les nouvelles ressources et technologies. Caractériser les milieux ou groupes à risque sur le territoire; produire des états de situation. Produire des portraits locaux.
Appliquer les mesures de contrôle des infections et des intoxications lors de situation de menaces à la santé dans la communauté.	Réaliser les enquêtes épidémiologiques permettant d'évaluer le risque infectieux ou chimique dans la communauté. Définir, recommander et, au besoin, soutenir le déploiement des mesures de prévention et de contrôle appropriées (dépistage, PPE, suivi).	Offrir une expertise conseil 24/7 aux CSSS et aux partenaires. Soutenir le développement de protocoles d'entente, d'ordonnances collectives et de corridors de services pour faciliter l'accès aux ressources nécessaires (immunoglobulines, tests de laboratoire, suivi médical, etc.). Soutenir le développement des liens entre les CSSS et les pharmacies afin de faciliter le traitement sous observation directe (TOD) pour la tuberculose.
Favoriser l'implantation de pratiques préventives exemplaires.	Évaluer périodiquement l'efficacité des interventions (collaborer à la révision de l'offre de service de base provinciale [OSB]). Mettre à jour les protocoles d'intervention en fonction des meilleures données disponibles et en tenant compte de la réalité montréalaise.	Diffuser les mises à jour des guides et des protocoles. Développer des outils pour soutenir l'implantation des nouvelles recommandations au besoin. Offrir des formations aux intervenants des CSSS et autres clientèles (ex. : PPE).
Soutenir la 1ère ligne en santé publique et collaborer avec nos partenaires sectoriels et intersectoriels.	Poursuivre le travail de collaboration avec nos partenaires : Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA), MAPAQ, Ville de Montréal (Direction d'inspection des aliments [DIA] et autres), Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), ministère des Ressources naturelles et de la Faune (MRNF), CSSS, Infosanté, autres directions de l'ASSSM.	Soutenir et animer le sous-comité des urgences courantes avec les CSSS afin de définir les interventions et les outils à mettre de l'avant pour améliorer la prise en charge des interventions de première ligne.
Soutenir la promotion de mesures de prévention efficaces.	Soutenir les campagnes de promotion développées par les partenaires : promotion de l'étiquette respiratoire et hygiène des mains, prévention des morsures animales, etc. Coordonner la campagne régionale de prévention des intoxications au CO. Définir des stratégies efficaces pour la réduction des maladies entériques dans la population.	Diffuser les outils dans les divers milieux. Développer des messages préventifs adaptés aux différentes populations vulnérables, incluant les particularités régionales ou locales.
Évaluer les stratégies et les plans mis en oeuvre.	Monitorer les activités de protection par les indicateurs identifiés. Évaluer le projet pilote Suivi intégral des cas actifs de tuberculose (SICA-TB) par les CSSS.	Assurer une rétroaction aux CSSS et aux partenaires.

5. Réduire la morbidité et la mortalité associée à une urgence majeure

Aujourd'hui, toute grande ville doit se préparer à des urgences majeures causées notamment par les menaces naturelles (ex. : canicules), les maladies respiratoires infectieuses graves et la menace terroriste. Par ailleurs, Montréal étant un pôle industriel névralgique, l'utilisation et le transport de matières dangereuses comportent un risque en cas d'accident, surtout pour les groupes socioéconomiquement défavorisés, qui habitent souvent les secteurs les plus à risque.

Quelques faits saillants

- L'actualité nous rappelle régulièrement que les **catastrophes** surviennent bel et bien et que leurs conséquences sont encore plus désastreuses quand on ne s'y est pas préparé. Il faut rester vigilant et revoir constamment l'ensemble des systèmes de protection en visant un degré supérieur de prévention, de préparation, de réponse et de rétablissement. Depuis 13 ans, Montréal a connu la tempête de verglas de 1998, la crise des colis soupçonnés d'être contaminés par le bacille du charbon en 2001, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003, la pandémie de grippe A (H1N1) en 2009, la canicule de 2010 et de multiples accidents relatifs à des matières dangereuses.
- L'utilisation et le transport de **matières dangereuses** par des industries situées à faible distance des zones habitées comportent un risque pour les travailleurs comme pour la population. En raison de sa situation géographique, Montréal constitue une plaque tournante du transport routier et ferroviaire de matières dangereuses. En outre, Montréal compte bon nombre d'industries alimentaires, pétrolières et pétrochimiques.
- Le réchauffement de la planète et les **bouleversements climatiques** observés depuis quelques années laissent prévoir de nouveaux épisodes de températures extrêmes.
- Les maladies **respiratoires infectieuses** graves demeurent une menace à prévoir, que ce soit sous la forme d'une pandémie ou d'une infection émergente.

- La **menace terroriste** est une réalité à laquelle toutes les grandes villes internationales doivent se préparer. Montréal possède elle aussi des points vulnérables : son aéroport international, son port de transbordement de conteneurs et son réseau souterrain de métro.

Chemin parcouru avec nos partenaires

Face aux menaces réelles ou appréhendées, la **coordination des interventions** est un des éléments-clés d'une intervention multidisciplinaire efficace. C'est dans une perspective d'amélioration de la réponse aux urgences que la DSP a travaillé activement à l'harmonisation des plans d'intervention avec les partenaires du réseau de la santé et du réseau de la sécurité civile. Comment? En participant à des comités statutaires, tels que la Table des coordonnateurs locaux de mesures d'urgence et de sécurité civile des CSSS, le Comité de sécurité civile de l'agglomération de Montréal, le Comité aviseur antiterrorisme de Montréal, le Comité aviseur de sécurité civile et le Comité aviseur pour les maladies infectieuses à l'aéroport P.-E.-Trudeau.

Pour mieux détecter les menaces et suivre leur évolution, la DSP a développé depuis 2003 un système de **vigie multirisque**. L'information à la base du système est le fruit de la collaboration de nombreux partenaires aux niveaux régional et provincial.

Défis

En 2008, les membres du Comité aviseur antiterrorisme de Montréal ont analysé les **capacités de réponse** de l'agglomération de Montréal dans le cas d'un événement lié à la présence d'un agent biologique, chimique, radiologique, nucléaire ou explosif, en utilisant le modèle américain *Target Capabilities List*, qui est surtout axé sur les performances escomptées. Cette analyse a permis de relever un certain nombre d'écarts dans les catégories suivantes : la planification, les procédures, la formation et les exercices; les communications avec le public et les partenaires; le manque d'équipements et d'outils de toutes sortes pour accomplir correctement le travail; les besoins en décontamination de masse.

Les principaux résultats escomptés d'ici 2015

Renforcer la capacité du réseau, des communautés et des individus de prévenir les conséquences des urgences majeures, de s'en protéger, d'y répondre rapidement et de s'en rétablir :

1. En collaboration avec les partenaires : améliorer nos capacités collectives et les mesurer selon le modèle *Target Capabilities List* du ministère américain de la Sécurité intérieure (Department of Homeland Security).

- Produire des rapports d'évaluation et d'amélioration après tous les événements et exercices d'urgence majeure dans lesquels la DSP est impliquée.
- Reprendre en 2015 la démarche menée en 2008 avec le comité aviseur antiterrorisme de Montréal.

2. Pour la DSP : démontrer la capacité de mener à bien toutes les activités pour lesquelles les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) américains ont développé une mesure de performance (*Public Health Preparedness Capabilities: National Standards for State and Local Planning*), notamment à l'égard des fonctions suivantes :

- centre d'opérations d'urgence;
- avertissement et information au public;
- laboratoires;
- surveillance et enquêtes épidémiologiques.

Nos stratégies, nos actions et l'offre de soutien à nos partenaires

Stratégie	Contribution régionale	Offre de soutien aux partenaires
Réduire les probabilités de survenue des urgences et de leurs conséquences potentielles.	Inciter au développement d'une politique montréalaise sur l'aménagement du territoire qui prenne en considération les risques industriels.	
Préparer la réponse aux urgences.	Évaluer les risques de sinistres au niveau régional. Prioriser les risques. Élaborer des plans particuliers d'intervention pour les risques prioritaires.	Offrir du soutien dans l'évaluation et la gestion des risques. Rédiger des guides et des outils pratiques à l'intention des partenaires pour l'élaboration de plans locaux et la gestion locale des risques. Offrir un programme de formation et d'exercices visant à développer les habiletés nécessaires à la prise en charge des urgences majeures aux niveaux régional et local.
Mettre en œuvre les mesures de protection.	Assurer une expertise de pointe dans l'évaluation et la gestion de risques chimiques, biologiques, radioactifs ainsi que de changements climatiques et de terrorisme. Informar la population, les intervenants et les décideurs sur les mesures à prendre pour se protéger.	Offrir une expertise conseil 24/7.
Coordonner et harmoniser les pratiques.	Coordonner les interventions de santé publique et harmoniser les plans d'intervention des partenaires du réseau de la santé et du réseau de la sécurité civile.	
Évaluer les stratégies et les plans mis en œuvre ainsi que les capacités régionales de réponse.	Après un événement ou un exercice, analyser les impacts sur la santé, l'efficacité des mesures mises en place et la capacité des organisations à y faire face une prochaine fois. Produire un rapport d'évaluation et un plan d'amélioration.	Diffuser les rapports et en assurer le suivi.

Bibliographie

- Boulianne, N., Bradet, R., Audet, D. et G. Deceuninck. *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2008*, INSPQ, 2010.
- Centers for disease control and prevention. Office of Public Health Preparedness and Response. *Public Health Preparedness Capabilities: National Standards for State and Local Planning*, 2011.
- Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (Rapport Aucoin), *D'abord, ne pas nuire... Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité*, Québec, MSSS, 2005, 83 p.
- Cosma, Y. « Annexe 5 : Balises légales du signalement », dans MSSS, *Cadre de référence sur les rôles et responsabilités des directions de santé publique en matière de surveillance et de protection de la santé de la population*, Québec, 2008, p. 68-73.
- Deshaies, D. *Rapport sur les signalements de morsures animales et l'utilisation de la prophylaxie postexposition contre la rage - Années 2008-2009*, 2010, 13 p.
- Direction de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Rapport annuel 2003 sur la santé de la population. Gestion des risques et santé. Un filet de protection pour notre temps*, 2003.
- Direction de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire : guide à l'intention des CSSS, des Commissions scolaires et des directions d'école*, 2009, 104 p. et annexes.
- Direction de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Rapport du directeur de santé publique. *Les infections transmissibles sexuellement et par le sang*, 2010. ISBN : 978-2-89494-964-1 (version imprimée) ISBN : 978-2-89494-965-8 (version PDF).
- Direction de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Cadre de référence 2010-2015. Programme de prévention du VIH, des hépatites et autres infections transmissibles sexuellement (ITS) pour la région de Montréal, volet communautaire*, 2010, 40 p.
- Direction de santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec. *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007*, Québec, Gouvernement du Québec, février 2005, 599 p.
- Direction générale de la santé publique (DGSP). *Programme national de santé publique 2003-2012*, MSSS, 2003, 133 p.
- Émond, A. *Cadre d'orientation pour le développement et l'évolution de la fonction surveillance au Québec*. Direction générale de santé publique, MSSS, 2007, 51 p.
- Espace montréalais d'information sur la santé. *Grippe : population cible vaccinée*. [consulté le 2011-05-02].
<http://emis.santemontreal.qc.ca/sante-des-montrealais/maladies-a-declaration-obligatoire>
- Espace montréalais d'information sur la santé. *MADO – Statistiques (Maladies infectieuses)*. [consulté le 2011-05-02].
<http://emis.santemontreal.qc.ca/sante-des-montrealais/maladies-a-declaration-obligatoire>
- Espace montréalais d'information sur la santé. *Maladies et intoxications d'origine chimique*. [consulté le 2011-05-02].
<http://emis.santemontreal.qc.ca/sante-des-montrealais/maladies-a-declaration-obligatoire>
- Gouvernement du Québec. *Loi sur la santé publique L.R.Q., S-2.2*. [consulté le 2011-05-02].
<http://www.canlii.org/fr/qc/legis/lois/lrq-c-s-2.2/derniere/lrq-c-s-2.2.html>
- Gouvernement du Québec. *Règlement d'application de la Loi sur la santé publique S-2.2, r.1*. [consulté le 2011-05-02].
<http://www.canlii.org/fr/qc/legis/regl/rq-c-s-2.2-r-1/derniere/rq-c-s-2.2-r-1.html>

- Gouvernement du Québec. *Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique S-2.2, r.2*. [consulté le 2011-05-02]. <http://www.canlii.org/fr/qc/legis/regl/2003-goq-2-4909/derniere/2003-goq-2-4909.html>
- Groupe de travail sur les MADO et signalements d'origine chimique ou physique, *Guide de traitement des cas de MADO et des signalements d'origine chimique ou physique*, 2011, 122 p., Document en consultation pour adoption durant l'été 2011.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). *Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique*, 2003, 85 p.
- Institut national de santé publique du Québec, *Plan québécois de promotion de la vaccination*, 2010, 53 p. + annexes.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). *Rapport de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN)*. [En ligne] <http://www.inspq.qc.ca/publications>
- Ministère de la Sécurité publique – Québec. Concepts de base en sécurité civile, 2009.
- Ministère de la Sécurité publique – Québec. Approche et principes en sécurité civile, 2009.
- Ministère de la Sécurité publique – Québec. Gestion des risques en sécurité civile, 2009.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). *La prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec*, Québec, MSSS, 2006, 109 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). *Cadre de référence sur les rôles et responsabilités des directions de santé publique en matière de surveillance et de protection de la santé de la population*. Québec, MSSS, 2008, 86 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). *Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales au Québec 2010 2015*, Québec, MSSS, 2011, 90 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Guide d'intervention : Prévention et contrôle des infections dans les services de garde à l'enfance*, 2008, Dernière mise à jour mars 2011.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)*. Cinquième édition, dernière mise à jour avril 2011. [En ligne] <http://msss.gouv.qc.ca/documentation/>
- Organisation mondiale de la santé. « Un soin propre est un soin plus sûr ». <http://www.who.int/gpsc/background/fr/>
- Pilon, P. A., Tremblay, M., Dion, R. et M. Lacroix. *Cas de maladies entériques sporadiques – Guide sur les notions de base : définitions, principes d'intervention, surveillance épidémiologique, impact des maladies entériques, populations vulnérables, hygiène, sécurité et salubrité alimentaire, et zoonoses*, Direction de santé publique, 2008, 90 p.
- Todd, E.C.D. « Costs of acute bacterial foodborne disease in Canada and the United States ». *International Journal of Food Microbiology*. Vol. 9, no 4, Déc. 1989, p. 313-326.
- U.S. Department of Homeland Security. *Target Capabilities List: A companion to the National Preparedness Guidelines*, 2007.

Notes

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 