



PRÉVENIR AUJOURD'HUI, MIEUX VIVRE DEMAIN

Plan d'action régional
intégré de santé publique
de Montréal — Offre de services détaillée

2016

2021

Une réalisation de la
Direction régionale de santé publique
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

1301, rue Sherbrooke est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
dsp.santemontreal.qc.ca

Cette publication a été réalisée en partenariat avec les équipes territoriales de santé publique des CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, du Nord-de-l'Île-de-Montréal et de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Graphisme

Manon Girard, Linda Daneau et Atlas & Axis

Remerciements

De nombreuses personnes ont participé à l'élaboration du PARI 2016-2021.
Nous tenons à les remercier chaleureusement de leur contribution.

©Direction régionale de santé publique
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

ISBN (version pdf) – ISBN: 978-2-550-77518-8

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2017

Les reproductions de ce texte, en tout ou en partie, sont autorisées à condition d'en mentionner la source.

Dans cette publication, l'emploi du masculin pour désigner les personnes n'a d'autre fin que d'alléger le texte.

TABLE DES MATIÈRES

ÉLABORATION DE L’OFFRE DE SERVICES.....	5
TYPLOGIE DES INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE.....	8
AXE 1.....	14
<i>LE DÉVELOPPEMENT GLOBAL DES ENFANTS ET DES JEUNES</i>.....	14
SERVICES PRÉVENTIFS EN PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE.....	15
ALLAITEMENT.....	20
ENVIRONNEMENT FAMILIAL.....	24
SERVICES DE GARDE ÉDUCATIFS DE QUALITÉ.....	28
HABITUDES EN LIEN AVEC LA SANTÉ BUCCODENTAIRE DES 0-17 ANS.....	32
SERVICES DENTAIRES PRÉVENTIFS POUR LES ENFANTS.....	36
SERVICES PRÉVENTIFS SPÉCIFIQUES POUR LES JEUNES.....	40
VIOLENCE INTERPERSONNELLE ET INTIMIDATION CHEZ LES JEUNES.....	44
RELATIONS AMOUREUSES ET SEXUALITÉ CHEZ LES JEUNES.....	48
AXE 2.....	53
<i>L’ADOPTION DE MODES DE VIE ET LA CRÉATION D’ENVIRONNEMENTS SAINS ET SÉCURITAIRES</i>.....	53
ALIMENTATION.....	54
ACTIVITÉ PHYSIQUE, SÉCURITÉ DES DÉPLACEMENTS ACTIFS ET SÉDENTARITÉ.....	60
TABAGISME ET EXPOSITION À LA FUMÉE DE TABAC.....	66
CONSOMMATION D’ALCOOL ET DE DROGUES ET PRATIQUE DES JEUX DE HASARD ET D’ARGENT.....	73
SALUBRITÉ ET ABORDABILITÉ DES LOGEMENTS.....	77
SALUBRITÉ DANS LES MILIEUX INSTITUTIONNELS.....	82
EXPOSITION À DES RISQUES EN MILIEU DE TRAVAIL.....	85
EXPOSITION À LA CHALEUR EXTRÊME.....	89
EXPOSITION AU BRUIT ET À LA POLLUTION DE L’AIR EXTÉRIEUR.....	93
EXPOSITION À DES RISQUES PRÉSENTS DANS L’EAU, L’AIR ET LE SOL.....	97
SERVICES COMMUNAUTAIRES EN PRÉVENTION DU SUICIDE.....	100
SERVICES DE PRÉVENTION CLINIQUE EN MALADIES CHRONIQUES ET CHUTES.....	104
PARTICIPATION SOCIALE DES AÎNÉS.....	110
POUVOIR D’AGIR DES COMMUNAUTÉS LOCALES.....	116
AXE 3.....	121
<i>LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES</i>.....	121
SERVICES DE VACCINATION ET COUVERTURES VACCINALES.....	122
SERVICES DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DES ITSS ET DE RÉDUCTION DES MÉFAITS LIÉS AUX DROGUES.....	127

SERVICES DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE	133
EXPOSITION À DES RISQUES INFECTIEUX EN MILIEUX DE SOINS	137
EXPOSITION À DES RISQUES INFECTIEUX DANS LES MILIEUX DE VIE ET L'ENVIRONNEMENT.....	141
AXE 4	145
LA GESTION DES RISQUES ET DES MENACES ET LA PRÉPARATION AUX URGENCES	145
SERVICES DE VIGIE, D'ENQUÊTE ET D'ÉVALUATION DU RISQUE ET DE PROTECTION	146
PRÉPARATION ET RÉPONSE AUX URGENCES MAJEURES	151
GROUPES DE TRAVAIL DE LA DRSP POUR L'ÉLABORATION DE L'OFFRE DE SERVICES	156

ÉLABORATION DE L'OFFRE DE SERVICES

UN DISPOSITIF RENOUVELÉ

Le Plan d'action régional est le dispositif prévu par la Loi sur la santé publique pour définir, dans chaque région, l'offre du programme-services santé publique, en conformité avec le *Programme national de santé publique 2015-2025* (PNSP) et les cinq *Plans d'action thématiques tripartites* (PATT) qui en découlent. Le PNSP est structuré autour de quatre axes thématiques et d'un axe transversal, la surveillance. Les PATT précisent, pour chacun de ces cinq axes, les rôles et les responsabilités respectifs du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). En l'occurrence, le Plan d'action régional fait écho à la structure de l'offre de services du PNSP et aux attentes à l'égard des régions que l'on trouve dans les PATT. Ces éléments sont adaptés, lorsque requis, à la réalité montréalaise. Viennent aussi s'y ajouter quelques éléments propres à la région.

L'île de Montréal comporte cinq CIUSSS, mais une seule direction de santé publique, rattachée au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Le directeur de santé publique est responsable d'élaborer le plan d'action régional intégré de santé publique et de coordonner l'utilisation des ressources et les services dans toute la région. Ce plan inclut donc les services offerts par l'équipe de la direction régionale de santé publique (DRSP) et par les équipes territoriales de santé publique des cinq CIUSSS, d'où l'appellation plan d'action régional *intégré*.

UNE PLANIFICATION PAR DÉTERMINANT

La santé publique a pour but d'éviter les problèmes de santé évitables. Pour ce faire, nous agissons sur un ensemble de facteurs causaux en amont de la maladie, que nous appelons des déterminants de la santé. Or, les mêmes déterminants influencent plusieurs états de santé, comme c'est le cas par exemple pour les habitudes de vie et les maladies chroniques. Dans le but de maximiser l'impact de nos actions, nous avons décidé d'adopter un modèle novateur de planification qui nous amène à élaborer une offre de services intégrée et cohérente pour agir sur chaque déterminant important de la santé des Montréalais.

LA DÉMARCHE DE PLANIFICATION

PHASE 1 - PRIORISATION DES DÉTERMINANTS

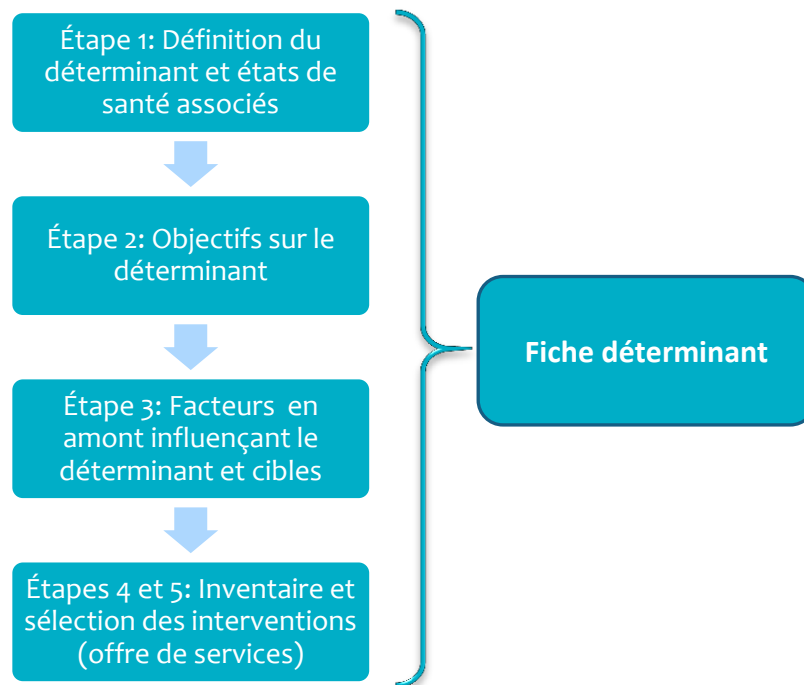
Au cours du printemps et de l'été 2014, un portrait de la santé des Montréalais a été produit par la DRSP (*État de situation sur la santé des Montréalais et ses déterminants, 2014*). Ce document a servi de base de travail pour un exercice de mise en priorité des déterminants avec des professionnels et gestionnaires de toutes les équipes de la DRSP. En cours de processus, l'équipe responsable a également réalisé une consultation en ligne, à laquelle ont participé plus de 400 personnes de la DRSP, du milieu communautaire et du réseau de la santé et des services sociaux.

Le Portrait de santé comportait une cinquantaine de déterminants, regroupés en sept catégories. À la suite de l'exercice de mise en priorité, la liste de déterminants a été réduite en nombre et simplifiée. On compte maintenant 30 déterminants prioritaires classés selon les quatre axes du PNSP. Ces déterminants décrivent le champ d'action de la santé publique à Montréal pour les cinq prochaines années.

PHASE 2 – ÉLABORATION D'UNE OFFRE DE SERVICES PRÉLIMINAIRE

Les 30 déterminants ont constitué le point de départ de la phase 2 réalisée à l'automne 2015 et à l'hiver 2016 : élaborer une proposition d'offre de services optimisée pour agir sur chacun d'eux afin de diminuer le fardeau des problèmes de santé qui en découlent. Durant cette deuxième phase des travaux, les connaissances scientifiques sur les déterminants et les interventions efficaces, et les savoirs expérientiels des professionnels ont été mis à contribution afin de produire pour chaque déterminant une offre de services préliminaire comprenant les interventions de l'équipe de la DRSP et des équipes territoriales de santé publique des cinq CIUSSS.

Une méthode en cinq étapes a encadré cette démarche. La première étape a consisté à définir le déterminant et à expliciter les états de santé associés. L'étape suivante a permis de convenir d'objectifs à atteindre, devant refléter les progrès souhaités au regard du déterminant, afin d'avoir un impact significatif sur les états de santé associés. Le travail réalisé à l'étape 3 a consisté à préciser les facteurs influençant le déterminant et sur lesquels la santé publique peut agir, et à définir des cibles pour chacun de ces facteurs. Enfin, aux étapes 4 et 5, à partir d'un inventaire d'interventions efficaces ou prometteuses, les interventions à réaliser en priorité ont été sélectionnées en tenant compte des ressources limitées du programme-services santé publique et des besoins particuliers de la région. Cette sélection, présentée suivant les termes d'une typologie des interventions de santé publique développée préalablement par une équipe de la DRSP (voir prochaine section), a constitué l'offre de services préliminaire, soumise à la consultation des CIUSSS et des partenaires d'autres secteurs.



PHASE 3 – CONSULTATIONS SUR L’OFFRE DE SERVICES PRÉLIMINAIRE ET PRODUCTION D’UNE OFFRE DE SERVICES FINALE

ATELIERS DE TRAVAIL AVEC LES CIUSSS ET LES ÉTABLISSEMENTS NON FUSIONNÉS

L’offre de services préliminaire a servi de base pour des discussions avec les représentants des équipes territoriales des cinq CIUSSS et des établissements non fusionnés. En tout, huit ateliers de travail thématiques ont eu lieu entre le 11 mars et le 22 avril 2016. Ces rencontres ont permis de réviser et d’ajuster l’offre de services préliminaire, en particulier en ce qui a trait aux interventions des équipes territoriales.

RENCONTRES DE DISCUSSION AVEC LES PARTENAIRES D’AUTRES SECTEURS

L’offre de services ajustée a été transmise aux partenaires concernés, qui ont été invités à la commenter. Ces derniers provenaient du milieu scolaire, des milieux de garde, du milieu communautaire et milieu municipal. Les rencontres avaient pour but de communiquer les cibles poursuivies et l’offre de services correspondante et, le cas échéant, d’apporter les modifications requises aux cibles et aux interventions. En tout, sept rencontres de discussion ont eu lieu entre le 10 juin et le 21 juillet 2016. À la suite de ces rencontres, les dernières corrections ont été apportées.

L’offre de services du Plan régional intégré de santé publique 2016-2021 est présentée sous forme de trente courtes fiches, soit une fiche par déterminant prioritaire. Chaque fiche reprend les principaux éléments issus des cinq étapes décrites précédemment : une définition du déterminant, les états de santé associés qui en justifient la pertinence et les principaux facteurs en amont sur lesquels la santé publique peut agir. Ces trois éléments fondateurs sont résumés dans un schéma explicatif. Les interventions réalisées pour agir sur les facteurs en amont sont ensuite présentées dans un tableau, en distinguant les responsabilités de la DRSP et celles des cinq équipes des CIUSSS.

TYPLOGIE DES INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

Une typologie des interventions de santé publique a été développée dans le but de clarifier la contribution distinctive des professionnels qui œuvrent dans le programme santé publique. Cette section présente les éléments de cette typologie et donne pour chacun une définition sommaire.

De façon générale, une intervention de santé publique consiste en un ensemble de moyens organisés mis en place dans un contexte spécifique pour atteindre une ou plusieurs cibles. La typologie comporte deux grandes catégories : (1) les interventions réalisées directement auprès de la population et (2) celles réalisées indirectement, qui consistent à mobiliser, soutenir ou collaborer avec un tiers pour agir auprès de la population. En amont des interventions de santé publique, des activités de surveillance et de vigie sont réalisées pour apprécier et analyser les besoins de la population, tandis que d'autres activités contribuent à la mise en œuvre et à l'amélioration continue des interventions. Ces différentes activités ne sont pas définies dans la présente typologie qui se limite aux interventions visant spécifiquement à répondre aux besoins de la population.

AGIR AUPRÈS DE LA POPULATION – ACTION DIRECTE

DÉMARCHAGE DANS LES MILIEUX DE VIE

Travail de proximité (de milieu ou de rue) par lequel un intervenant rejoint dans leur milieu de vie des clientèles vulnérables, en situation d'isolement ou d'exclusion, afin de les amener à intégrer et à utiliser les services et les ressources de leur communauté.

SERVICES INDIVIDUELS EN PROMOTION DE LA SANTÉ ET EN PRÉVENTION

Activités menées par un ou des intervenants auprès d'un individu ou d'une famille. Cela inclut le counseling sur les habitudes de vie et les compétences personnelles et sociales, l'identification des facteurs de risque et le dépistage des maladies, ainsi que l'immunisation (vaccination) et la chimioprophylaxie (prescription d'une médication à visée préventive). Cela inclut aussi la référence et l'accompagnement vers les ressources de la communauté.

SERVICES INDIVIDUELS DE PROTECTION

Activités cliniques menées auprès d'un individu ou d'un groupe, généralement par des infirmières ou des médecins, dans le but protéger ces personnes ou le reste de la population face à une menace à la santé. Ces services incluent par exemple le dépistage de masse ou de personnes ayant été en contact avec un risque ou une menace, la prophylaxie post-exposition (vaccination ou chimioprophylaxie), le traitement d'infections et la vaccination de masse en contexte de menace. La loi de santé publique confère aux autorités de santé publique le pouvoir d'exiger la mise en œuvre de mesures de protection lorsque nécessaire.

INTERVENTIONS DE GROUPE EN PROMOTION DE LA SANTÉ ET EN PRÉVENTION

Activités structurées spécifiquement pour des groupes offertes par un ou plusieurs intervenants à des personnes qui vivent une situation ou ont des besoins semblables. Les interventions de groupe visent habituellement l'enseignement et le développement de compétences personnelles et sociales.

MARKETING SOCIAL

Recours aux principes et aux techniques du marketing dans le but d'amener un public-cible à adopter, modifier ou délaisser un comportement en vue de produire un impact positif pour un groupe ou l'ensemble de population, généralement par des campagnes de communication. Pour avoir l'impact attendu, les activités de la campagne de communication doivent s'inscrire dans un plan de mise en marché global qui résulte d'un processus rigoureux (formulation d'objectifs de changement de comportement; analyse et segmentation des publics-cibles; analyse de l'environnement; choix de stratégies et de tactiques qui en tiennent compte).

IDENTIFICATION DE RISQUES SANITAIRES

Identification de situations comportant des risques pour des individus ou des groupes, pouvant s'agir de maladies à déclaration obligatoire ou d'autres menaces à la santé, et déclaration ou signalement à l'instance responsable d'en faire l'évaluation et la gestion.

ÉVALUATION ET GESTION DE RISQUES SANITAIRES

Évaluation des risques à la santé ou enquêtes épidémiologiques et émission de recommandations ou mise en place de mesures spécifiques pour prévenir l'exposition à des risques ou protéger la santé de la population, dans un milieu et/ou un contexte spécifique. Ces activités peuvent être en réponse à une déclaration, un signalement, une urgence ou une menace détectée par la vigie ou sur le terrain, ou à un risque anticipé d'exposition en lien avec un projet de développement ou des modifications à l'aménagement.

INFORMATION À LA POPULATION

Transmission d'information sur des questions spécifiques concernant la promotion de la santé, la prévention des maladies et la protection de la santé. Adaptée à la population, cette information peut être transmise sous différentes formes, de manière réactive ou proactive. Il peut s'agir de répondre aux questions de personnes qui initient le contact, par exemple par le biais d'une ligne téléphonique de réponse à la population sur un programme en particulier (ex : ligne Info-Mammo pour le PQDCS). Les activités proactives conçues pour un public plus large ou la population se réalisent en général via les médias ou d'autres canaux de transmission.

AGIR AVEC OU AUPRÈS DE TIERS – ACTION INDIRECTE

MOBILISER

Ensemble d'actions stratégiques visant à convaincre directement ou indirectement un public-cible ayant du pouvoir sur une situation (décideurs, parties prenantes, population, etc.) de réaliser des actions contribuant à l'atteinte d'objectifs. En santé publique, l'influence constitue un effort de sensibilisation auprès de l'ensemble des acteurs de la société afin de convaincre les décideurs de mettre en place les conditions propices à l'amélioration de la santé de la population. Les interventions d'influence peuvent se déployer en promotion de la santé, en prévention ou en protection.

Analyse de contexte

Composante essentielle de toutes les interventions de la catégorie mobilisation qui consiste à analyser l'environnement, les parties prenantes et les enjeux propres à une situation d'intérêt pour la santé publique, afin de développer une stratégie de mobilisation et d'identifier les moyens d'influence les plus appropriés.

RELATIONS MÉDIA

Transmission de messages à différents publics-cibles via les médias et les journalistes dans le but d'influencer l'opinion publique et, ultimement, les décideurs.

DÉVELOPPEMENT D'OUTILS DE COMMUNICATION

Conception d'outils visant à informer et sensibiliser des décideurs ou un public-cible donné qui, éventuellement, pourrait faire pression sur des décideurs (ex. : publications imprimées et électroniques, conférences, événements, etc. au sujet de résultats de recherches, de données de surveillance ou d'évaluations d'impact sur la santé).

DÉVELOPPEMENT DE COALITIONS ET D'ALLIANCES

Création et maintien de réseaux d'acteurs engagés partageant des valeurs communes et prêts à les traduire en actions publiques, dans le but de favoriser une synergie entre les acteurs.

REPRÉSENTATIONS PUBLIQUES ET RENCONTRES AVEC DES DÉCIDEURS

Intervention publique ou privée auprès des décideurs pour les amener à changer leurs priorités, objectifs ou politiques ou à y inclure des considérations d'amélioration de la santé.

AVIS ET MÉMOIRES

Élaboration de documents publics dans lesquels la santé publique prend position sur un enjeu en se basant sur l'ensemble des connaissances scientifiques pertinentes.

SOUTENIR

Ensemble d'actions visant à aider divers acteurs-clés à réaliser une intervention ou une activité qui améliore la santé de la population.

DÉVELOPPEMENT D'ORDONNANCES COLLECTIVES

Processus d'élaboration, d'approbation et de diffusion (incluant la formation) d'une ordonnance médicale qui délègue à un groupe d'intervenants habilités (ex. : infirmières, pharmaciens) des activités cliniques qui excèdent leur champ de pratique, telles que le pouvoir de prescrire, de détecter une infection chez une personne symptomatique ou de réaliser des interventions préventives. Une ordonnance collective peut s'appliquer en prévention primaire (ex. : prescription de thérapies de remplacement à la nicotine par les pharmaciens) ou secondaire (ex. : suivi des résultats de mammographies par les infirmières dans le cadre du dépistage du cancer du sein; distribution par les pharmaciens communautaires de trousse de Naloxone pour prévenir les surdoses mortelles de drogue). Une ordonnance collective peut soit être développée à l'initiative du directeur de santé publique, auquel cas sa portée sera régionale, soit être élaborée par un établissement sous-régional et adoptée par son Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) pour la population de son territoire. Les principales conditions de succès à l'adoption d'une ordonnance collective par un établissement sont les suivantes : une bonne connaissance de la Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé; le soutien d'autorités sanitaires provinciales, régionales ou locales; une démonstration claire des besoins et des retombées pour la population; une bonne connaissance des enjeux politiques dans l'établissement, de ses antécédents en matière d'ordonnances collective, du rôle des différents professionnels impliqués et des corridors de services médicaux pour le problème visé; de bons liens de collaboration entre les infirmières, les pharmaciens et les médecins, basés sur la confiance et la reconnaissance des compétences de chacun; et un plan de communication et de formation comprenant une évaluation des acquis auprès des professionnels habilités.

DIFFUSION D'INFORMATION OU D'OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION

Transmission d'informations justes et en temps opportun à des professionnels ou des gestionnaires ciblés afin de soutenir leur travail auprès de la population. Les informations peuvent porter sur un enjeu spécifique ou ponctuel concernant l'état de santé de la population ou ses déterminants, ou encore sur une intervention de protection, de prévention ou de promotion de la santé en cours ou à déployer.

ÉVÉNEMENTS DE PARTAGE DE CONNAISSANCES

Organisation et animation d'activités de groupe visant à susciter les échanges et à sensibiliser les professionnels et les gestionnaires à des connaissances et des pratiques d'intérêt ou des enjeux d'actualité.

PRODUCTION D'OUTILS DE RÉFÉRENCE

Développement et diffusion de cadres de référence, lignes directrices, guides de pratique professionnelle, portraits de santé, synthèses chiffrées, tableaux de bord, cartographies, outils d'intervention et rapports d'évaluation pour guider la réalisation des mandats ou pour soutenir les activités des gestionnaires, des professionnels et des responsables des politiques et programmes.

FORMATIONS

Organisation et animation d'activités visant à assurer l'acquisition, le maintien et le développement de connaissances et de compétences dans des champs ou domaines liés à la santé publique. L'apprentissage peut se faire en présentiel ou en ligne (ex. : atelier, formation en ligne, conférence et congrès spécialisés, stage d'étudiant, tutorat). Les formations ont des objectifs d'apprentissage clairement définis et comprennent une évaluation des acquis. Dans le cas des formations accréditées par la DRSP, les participants peuvent obtenir des crédits de formation.

SESSIONS D'ORIENTATION

Organisation et animation d'activités individuelles ou de groupe, de durée variable, visant l'intégration de professionnels et gestionnaires dans un champ d'intervention donné.

EXPERTISE-CONSEIL

Services fournis directement à des gestionnaires ou des professionnels en réponse aux besoins exprimés sous forme de conseils, de recommandations ou d'avis scientifiques pour mettre à profit les connaissances scientifiques disponibles sur l'efficacité des interventions ou l'organisation de services en promotion de la santé ou en prévention, sur un enjeu de protection ou encore sur une approche méthodologique (ex. : planification, évaluation, monitoring de la performance, etc.), dans une perspective d'aide à la décision ou de soutien pour un mandat particulier (ex. : expertise au sein de groupes de travail ou de comités scientifiques, consultation scientifique, soutien au développement méthodologique).

SERVICE DE GARDE 24/7

Réception de déclarations ou de signalements de risques sanitaires s'accompagnant d'un service d'expertise-conseil en lien avec ces risques, disponibles en temps réel, menant à une évaluation des risques et, lorsque pertinent, à une intervention de gestion de risques.

APPRÉCIATION ET RÉTROACTION SUR LES PRATIQUES

Activités d'évaluation ou d'audit de différentes pratiques en lien avec la mise en œuvre d'un service ou d'un programme. Ces activités prennent généralement la forme de visites sur les lieux, afin de mieux comprendre le contexte local et la réalité du terrain pour dégager les conditions de succès et les modalités d'adaptation pertinentes.

MENTORAT

Rencontres et autres activités d'échange sur les pratiques professionnelles et de gestion, dans le cadre d'une relation de soutien entre le mentor expérimenté et la personne mentorée, afin de consolider les compétences en santé publique de cette dernière. Le jumelage s'appuie sur les affinités entre les personnes qui s'engagent avec authenticité, ouverture, confiance et respect mutuels. Habituellement programmées sur une base régulière, les activités d'échange peuvent prendre différentes formes et s'organisent en fonction des besoins, des objectifs et des défis de la personne mentorée.

SOUTIEN CLINIQUE

Service offert individuellement ou en groupe à des intervenants afin de résoudre les enjeux qui surviennent dans le cadre de leur pratique, de leur donner l'occasion de partager leur expérience et de soutenir leur développement professionnel.

COMMUNAUTÉS DE PRATIQUE

Organisation et animation d'espaces de réflexion sous forme de rencontres ou d'échanges sur une plateforme virtuelle pour un groupe de professionnels qui s'engagent dans un apprentissage collectif dans un champ d'intervention spécifique, en partageant leurs connaissances et leur expérience, et en se soutenant dans l'expérimentation d'une nouvelle pratique. Les membres de la communauté de pratique définissent eux-mêmes leur mode de fonctionnement et les objectifs des rencontres. Dans un esprit d'engagement

mutuel, chacun contribue activement au développement du savoir collectif. Un animateur maintient le niveau d'activité entre les membres, favorise l'orientation des échanges et suggère des sujets de discussion. La communauté de pratique est d'une durée minimale d'un an.

ACCOMPAGNEMENT DE PROJET OU DE PROCESSUS D'AMÉLIORATION

Soutien offert à un groupe dans le cadre d'un projet ou d'un processus d'amélioration des pratiques qui consiste essentiellement à le guider et à le diriger tout au long du processus de réflexion, d'expérimentation et d'implantation qu'il réalise. Cette forme de soutien requiert une posture différente de la posture habituelle d'expert, l'objectif étant d'aider le groupe à trouver lui-même au fur et à mesure de l'avancement de ses travaux la solution qui répond à ses besoins. Différents dispositifs structurés peuvent être mis en place (ex. : laboratoire, groupe de réflexion, communauté stratégique, etc.). Tout projet d'amélioration est un processus exigeant qui implique de réfléchir et d'expérimenter le changement pour innover. Cette démarche nécessite un engagement substantiel en termes d'intensité et de durée de la part du groupe qui veut apporter ce changement et de l'accompagnant. Les conditions favorables à l'amélioration des pratiques professionnelles ou de gestion relèvent soit du dispositif mis en place (engagement des participants; approche participative; rencontres régulières; démarche structurée; entente formelle convenue; activités locales de diffusion et de communication), soit de l'organisation (culture d'amélioration, soutien de la haute direction, accès aux ressources requises).

SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

Soutien aux initiatives issues des communautés, par contraste aux interventions planifiées et mises en œuvre par le réseau institutionnel, qui comprenant trois types d'activités : 1) le financement des activités de concertation locale et de projets locaux; 2) la participation des établissements ou de la DRSP à des instances de concertation en tant que partenaires de leur communauté; 3) la contribution à des processus pour l'analyse des besoins, la mobilisation, le choix des interventions, le soutien à l'implantation, etc.

COLLABORER

Moyens déployés pour mettre en œuvre des programmes de santé publique ou des projets visant à améliorer la santé de la population avec des tiers du secteur de la santé ou d'autres secteurs de la société.

CONCERTATION

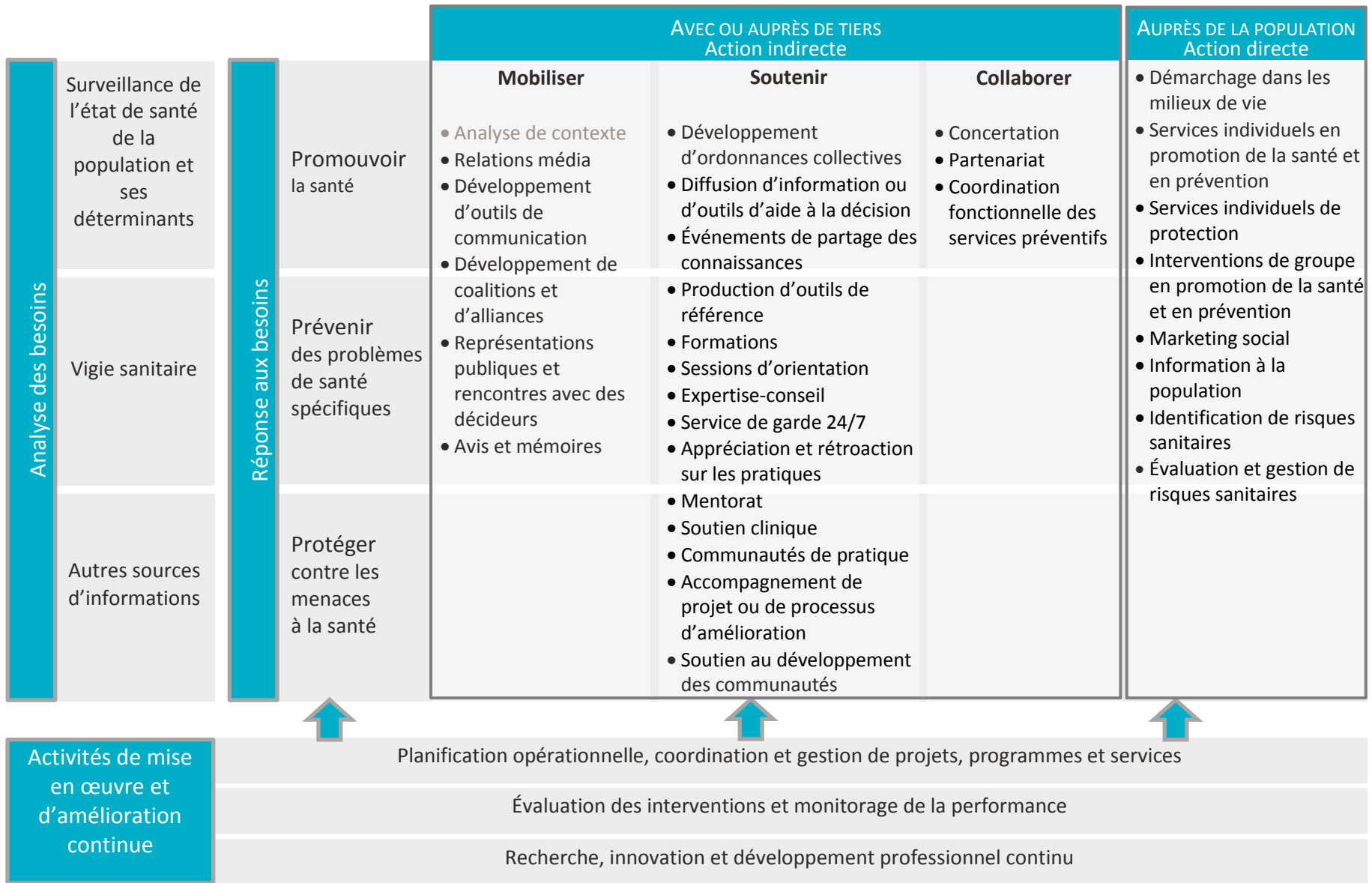
Mise en relation d'organisations selon un fonctionnement structuré dans le but de partager de l'information, analyser des problèmes ou des enjeux spécifiques (par problématique ou par territoire), et convenir d'objectifs communs et d'actions que chacun peut réaliser. Ces organisations délèguent des personnes ayant un mandat de représentation et une capacité d'engager leur organisation. La concertation peut ou non mener à des partenariats.

PARTENARIAT

Mise en relation d'organisations selon un fonctionnement structuré ayant pour mandat de développer, implanter et faire le suivi d'actions réalisées conjointement. Le partenariat implique un engagement formel définissant le partage des responsabilités, les ressources mises en commun et les mécanismes de suivi, le tout pouvant être enchâssé dans une entente écrite (ex. : Entente logement, Initiative montréalaise de soutien au développement social, etc.).

COORDINATION FONCTIONNELLE DES SERVICES PRÉVENTIFS

Mécanisme mis en place pour coordonner le travail réalisé par plusieurs entités organisationnelles œuvrant en réseau dans le but de gérer la performance des services préventifs dans une perspective de responsabilité populationnelle.



AXE 1

**LE DÉVELOPPEMENT GLOBAL
DES ENFANTS ET DES JEUNES**

DÉFINITION

Les services préventifs périnataux et pédiatriques se déclinent en services préventifs universels et en services préventifs spécifiques pour les familles en contexte de vulnérabilité.

Les services préventifs **universels** regroupent les services décrits dans la Politique de périnatalité 2008-2018 du MSSS et par les grandes associations médicales. Ils sont complétés par des mesures adaptées au contexte montréalais pour une offre de services optimale :

- Le **suivi prénatal préventif** débutant au cours du premier trimestre de grossesse permet de : suivre l'évolution de la grossesse; formuler des conseils préventifs (notamment pour assurer un apport d'acide folique afin de prévenir les anomalies du tube neural chez le fœtus); évaluer les risques reliés aux habitudes, aux conditions de vie et au travail; dépister des problèmes de santé chez la mère pouvant affecter le bébé à naître (hypertension, diabète, anémie, hypothyroïdie et problèmes de santé mentale); puis référer, lorsqu'il y a lieu. Un **service de counseling préventif** s'inspirant du projet pilote des Centres d'éducation à la santé (CES)/volet femme enceinte, offert tôt durant la grossesse, vise l'adoption de saines habitudes de vie liées à des facteurs auxquels les femmes enceintes et leur bébé à naître sont particulièrement vulnérables (tabac, alimentation, alcool, activité physique).
- Les services d'information prénatale regroupent **les rencontres prénatales de groupe** et la distribution du **guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans***.
- Le programme **Pour une maternité sans danger** (PMSD) permet aux femmes exposées à des facteurs de risque dans leur milieu de travail pendant leur grossesse et l'allaitement d'être réaffectées à une autre tâche ou d'être retirées de leur travail tout en recevant des contributions financières de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).
- Le suivi postnatal, dont la **visite postnatale à domicile** dans les 24 à 72 heures, permet, en plus du counseling préventif, de s'assurer de l'état de santé de la mère et du bébé, des compétences parentales, du bon déroulement de l'allaitement, et de déceler certaines situations de vulnérabilité ou de besoins particuliers et d'offrir rapidement d'autres **services postnatals** requis autant **pour la mère** (risque de dépression postpartum, problème de santé mentale, violence conjugale, etc.) que **pour le nourrisson**, particulièrement au cours du premier mois de vie.
- Le **suivi pédiatrique** jusqu'à 5 ans, en plus de documenter la croissance des enfants et de dépister les troubles physiques et les retards de développement, permet la dispensation de conseils préventifs, le soutien à l'allaitement maternel, la réassurance des parents, le soutien aux compétences parentales, l'identification de situations de négligence ou d'abus ainsi que la promotion de la vaccination. Une première visite est recommandée au cours de la première semaine de vie des nourrissons et une autre avant ou près du premier mois. Par la suite, elles suivent le calendrier vaccinal.

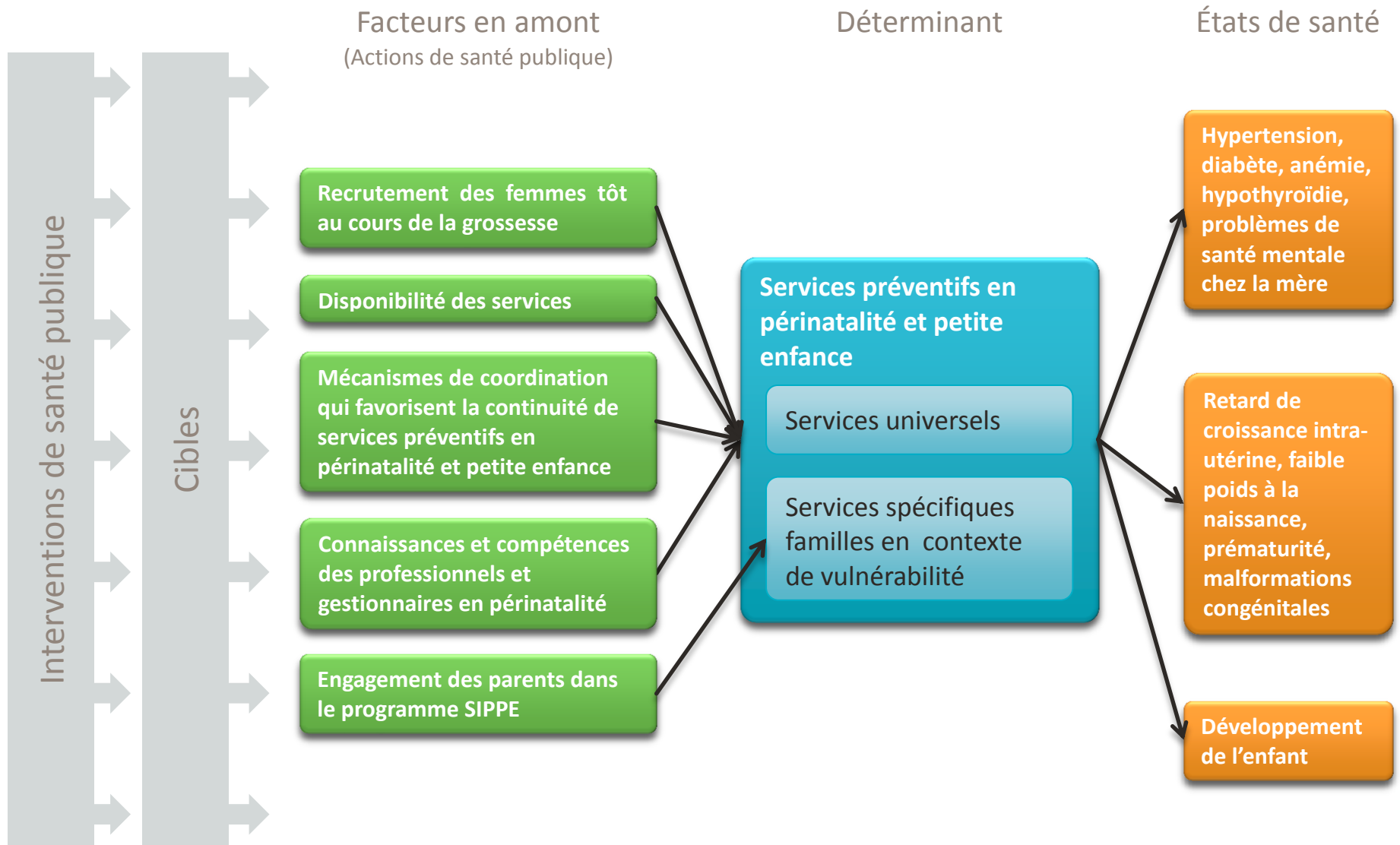
Les services préventifs **spécifiques pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité** se composent :

- Du programme **Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE)** qui comporte deux volets : le volet *Accompagnement des familles* qui offre des visites à domicile de la grossesse jusqu'à 5 ans selon une intensité qui décroît à mesure que l'enfant vieillit et le volet *Soutien à la création d'environnements favorables* qui finance des tables de concertation pour des projets dans la communauté qui répondent aux besoins des familles. Le présent déterminant comprend uniquement le volet clinique des SIPPE, soit le volet *Accompagnement des familles*.
- Des services de nutrition prénatals et postnatals offrant un suivi nutritionnel et des suppléments alimentaires et vitaminiques (OLO).

PERTINENCE

L'accès à des services préventifs en périnatalité et petite enfance est une priorité des systèmes de santé modernes et performants. Or, depuis une dizaine d'années, le réseau de la santé montréalais peine à offrir cette gamme de services préventifs périnataux et pédiatriques à l'ensemble de la population. Ces occasions d'interventions précoces manquées limitent la prévention et le dépistage de problèmes de santé et de développement qui peuvent avoir un impact tout au long de la vie de l'enfant. Le problème d'accès aux services préventifs périnataux contribue à augmenter les inégalités de santé car ce sont généralement les clientèles plus vulnérables qui sont les plus touchées. D'ailleurs, les mères moins scolarisées ou vivant dans un milieu matériellement défavorisé donnent plus fréquemment naissance à un bébé de faible poids, prématuré ou ayant un retard de croissance intra-utérin. À Montréal, c'est 29 % des enfants de moins de 6 ans qui vivaient dans une famille à faible revenu en 2010.

Note : cette fiche ne couvre pas les services préventifs reliés à l'allaitement, la vaccination, les ITSS et la santé buccodentaire, traités dans d'autres fiches.



OBJECTIFS MONTRÉLAIS

Services préventifs universels en périnatalité et petite enfance : D’ici 2021,

1. Augmenter la proportion de femmes enceintes qui bénéficient des services cliniques préventifs au cours de leur premier trimestre de grossesse;
2. Augmenter la proportion de futurs parents qui reçoivent de l’information de qualité en temps opportun en période périnatale ainsi qu’une visite postnatale à domicile dans les 24 à 72 heures après le congé de la maternité;
3. Augmenter la proportion d’enfants de 0-5 ans qui bénéficient de services cliniques préventifs en première ligne;
4. Augmenter la proportion des travailleuses enceintes, particulièrement celles à statut précaire, qui se prévalent du PMSD et qui bénéficient en temps opportun d’un retrait préventif en raison de leurs conditions de travail non sécuritaires;
5. Augmenter la proportion de parents d’enfants 0-5 ans vivant un problème de santé mentale ou une situation de violence conjugale qui reçoivent les services appropriés;

Services préventifs spécifiques pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité : D’ici 2021,

6. Augmenter la proportion de familles ciblées par les SIPPE qui bénéficient du programme de manière précoce, intensive et continue;
7. Augmenter la proportion de femmes enceintes vivant sous le seuil de faible revenu qui bénéficient de l’offre de services de nutrition prénatals et postnatals.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 1.1, 1.2, 1.3, 1.6, 2.15

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D’AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
1. D’ici 2021, toutes les femmes enceintes auront été rejointes par leur CIUSSS au cours de leur premier trimestre de grossesse.	1. Mise en place d’un mécanisme d’avis de grossesse pour la région, en collaboration avec les CIUSSS. 2. Expertise-conseil pour l’implantation de l’avis de grossesse dans les CIUSSS. 3. Marketing social pour promouvoir l’utilisation de l’avis de grossesse.	1. Rencontres avec des décideurs et des gestionnaires concernés dans le CIUSSS afin d’implanter un mécanisme d’avis de grossesse et d’assurer une offre de services cliniques préventifs. 2. Démarchage : contact de la femme enceinte suite à la réception de l’avis de grossesse pour présenter l’offre de services du CIUSSS.	-
2. D’ici 2021, 80 % des familles admissibles seront inscrites au programme SIPPE. 3. D’ici 2021, toutes les familles inscrites au programme SIPPE le seront entre la 12 ^e et 20 ^e semaine de grossesse.	4. Diffusion d’information auprès des médecins, des pharmaciens et des organismes rejoignant les femmes enceintes pour promouvoir le programme SIPPE.	3. Démarchage par les intervenants SIPPE en collaboration avec des organismes communautaires pour recruter les familles où elles se trouvent et le plus tôt possible dans la grossesse.	-
4. D’ici 2021, toutes les femmes enceintes, nouveaux parents et leur	5. Rencontre avec les décideurs (PDG et directeurs concernés des CIUSSS) pour la priorisation et	4. Rencontres avec des décideurs et des gestionnaires concernés dans le CIUSSS	-

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
<p>enfant auront accès à l'ensemble des services préventifs cliniques.</p> <p>5. D'ici 2021, les familles suivies dans le cadre des SIPPE recevront des visites à domicile selon l'intensité prévue au cadre de référence du programme.</p> <p>6. D'ici 2021, augmenter la proportion de travailleuses enceintes potentiellement exposées à des risques à leur santé ou à celle de leur bébé à naître qui font une demande au PMSD en temps opportun.</p>	<p>l'optimisation (offre et disponibilité) des services préventifs en périnatalité et petite enfance selon une trajectoire optimale adaptée aux besoins des familles.</p> <p>6. Expertise-conseil auprès des gestionnaires et professionnels en périnatalité et petite enfance pour la planification et l'optimisation des services préventifs en appliquant les meilleures pratiques (avis émis par l'INSPQ) et en fonction d'une trajectoire optimale adaptée aux familles.</p> <p>7. Représentation auprès du comité de gestion du PCNP lors du renouvellement de l'entente prévue en 2017 afin que les allocations budgétaires soient basées sur des données populationnelles récentes reflétant la réalité des territoires.</p> <p>8. Concertation avec les CIUSSS pour soutenir l'application des programmes et stratégies de santé publique afin de répondre aux besoins des futurs et nouveaux parents et de leur enfant.</p> <p>9. Information aux milieux de travail rencontrés par les équipes de santé au travail dans le cadre du programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE) sur les mesures pour protéger la travailleuse enceinte ou qui allaite en temps opportun de certains dangers présents dans l'établissement.</p>	<p>afin de prioriser et d'optimiser les services cliniques préventifs en périnatalité et petite enfance (offre et disponibilité).</p> <p>5. Offre de l'ensemble des services individuels préventifs auprès des futurs et nouveaux parents et de leurs enfants :</p> <p>a. Universels : suivi prénatal, service de counseling prénatal, distribution du guide <i>Mieux vivre avec notre enfant</i>, programme PMSD, visite postnatale à domicile (avis de l'INSPQ à venir), services postnatals pour mères et nourrissons (1^{er} mois);</p> <p>b. Pour les familles vulnérables : services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE – volet accompagnement des familles), services de nutrition prénatals et postnatals.</p> <p>6. Interventions de groupe : offre universelle de rencontres prénatals de qualité respectant les recommandations de l'avis de l'INSPQ.</p>	
<p>7. D'ici 2021, augmenter la proportion des familles rejointes par les SIPPE qui demeurent dans le programme jusqu'à ce que l'enfant entre à l'école.</p>	-	<p>7. Services individuels SIPPE adaptés aux besoins des familles d'enfants de 18 mois et plus (ex. : accompagnement vers la fréquentation d'un service de garde).</p> <p>8. Interventions de groupe auprès familles SIPPE en complément du programme de visites à domicile.</p>	-
<p>8. D'ici 2021, tous les professionnels œuvrant en périnatalité des CIUSSS et des 3 centres hospitaliers accoucheurs (CHA) non fusionnés communiqueront aux futurs et nouveaux parents de</p>	-	<p>9. Formation des professionnels œuvrant en périnatalité sur le contenu du <i>Portail d'information périnatale</i>.</p>	<p><i>CHA non fusionnés :</i></p> <p>1. Formation des professionnels œuvrant en périnatalité sur le</p>

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
l'information congruente avec celle du <i>Portail d'information périnatale</i> .			contenu du <i>Portail d'information périnatale</i> .
9. D'ici 2021, tous les intervenants et gestionnaires du programme SIPPE auront les compétences pour appliquer le programme.	<p>10. Expertise-conseil pour l'application du programme SIPPE.</p> <p>11. Production d'outils de référence selon les besoins exprimés par les équipes SIPPE et en collaboration avec ces dernières.</p> <p>12. Événements de partage des connaissances sur des enjeux spécifiques.</p> <p>13. Formation de base et continue, en collaboration avec les superviseurs et répondants cliniques des CIUSSS, et rétroaction sur les pratiques pour les intervenants et les gestionnaires SIPPE des CIUSSS.</p> <p>14. Communauté de pratique regroupant les répondantes cliniques de chacune des équipes interdisciplinaires SIPPE visant un déploiement optimal du programme en complément avec l'offre de service du ministère.</p>	10. Soutien clinique (ex. : expertise-conseil, mentorat, collaboration avec la DRSP pour la formation) par le superviseur ou répondant clinique auprès des professionnels SIPPE dans leur intervention auprès des familles.	-
10. D'ici 2021, des corridors de service seront mis en œuvre entre les services hospitaliers et les services en périnatalité de 1 ^{re} ligne afin d'assurer une continuité des services pour les parents et leur enfant en période prénatale et postnatale immédiate (jusqu'à 1 mois).	<p>15. Rencontre avec les décideurs concernés dans les CIUSSS et les 3 CHA non fusionnés pour la mise en place d'une instance de concertation régionale inter-établissements en périnatalité pour un continuum de services commun et la mise en œuvre de ses modalités.</p> <p>16. Expertise-conseil auprès des gestionnaires pour le volet préventif du continuum.</p>	11. Rencontres avec des décideurs et partenariats avec les CHA et cliniciens de 1 ^{re} ligne pour la mise en place de corridors de services.	-
11. D'ici 2021, les femmes enceintes et les parents rejoints par les services préventifs cliniques en périnatalité et petite enfance qui vivent un problème de santé mentale, une situation de violence conjugale ou de négligence auront accès rapidement aux autres services ou programmes requis.	17. Expertise conseil auprès des gestionnaires et des professionnels pour l'optimisation de l'intervention dans le cadre des services cliniques préventifs en périnatalité et petite enfance pour les parents présentant des problèmes de santé mentale.	12. Rencontre avec des décideurs et gestionnaires concernés afin de s'assurer de trajectoires de services qui permettent de répondre aux besoins des parents présentant des problèmes de santé mentale ou vivant une situation de violence conjugale ou de négligence.	-

DÉFINITION

L'importance de l'allaitement est indéniable et ses effets protecteurs sont reliés à sa durée et son exclusivité. Un allaitement est qualifié d'exclusif lorsque l'enfant ne reçoit aucun supplément de préparation commerciale pour nourrissons, de solides, d'eau ou d'autres liquides.

L'OMS, l'UNICEF et la Société canadienne de pédiatrie considèrent l'allaitement maternel comme le mode d'alimentation normal et inégalé chez le nourrisson et recommandent :

- La pratique de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois;
- La poursuite de l'allaitement, combiné à d'autres aliments, jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà.

PERTINENCE

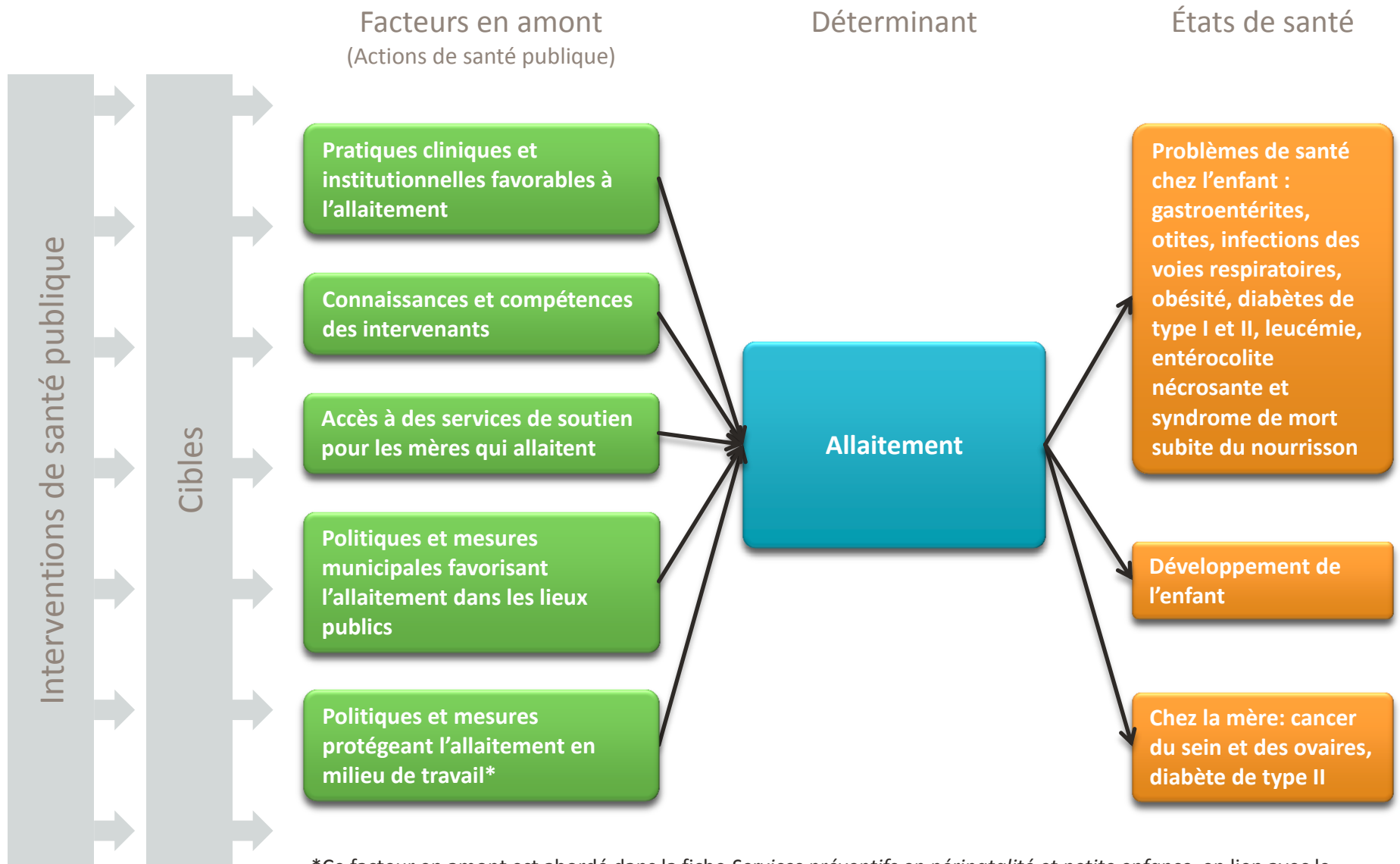
Les bénéfices de l'allaitement sont multiples. Chez l'enfant, l'allaitement exclusif pendant 6 mois est associé à une diminution de 50 % des gastroentérites, de 43 % des otites et de 30 % des infections des voies respiratoires, causes de consultation parmi les plus fréquentes chez les enfants montréalais de moins de 5 ans. D'autres études associent la pratique de l'allaitement à une diminution de l'obésité chez les jeunes, du diabète de type I et II, de la leucémie, de l'entérocolite nécrosante et du syndrome de mort subite du nourrisson. De plus, une enquête québécoise a démontré qu'un allaitement d'au moins quatre mois réduit le risque d'hospitalisation jusqu'à l'âge de 6 ans chez les enfants de milieu socioéconomique défavorisé. Chez la mère, un allaitement de 12 mois est associé à une diminution de 28 % ou plus (selon le nombre d'années d'allaitement) du cancer du sein, de 37 % du cancer des ovaires, et de 9 % (cumulatif pour chaque année supplémentaire d'allaitement) du diabète de type II.

À Montréal, 88 % des nouveau-nés sont allaités (allaitement total : exclusif et mixte) à la sortie des services de maternité mais seulement 48 % le sont exclusivement. À l'âge de 6 mois, 61 % de nourrissons sont allaités mais seulement 5 % le sont exclusivement (Enquête sur l'allaitement maternel de 2005-2006). Au Québec, les mères de faible statut socioéconomique allaitent dans de moins grandes proportions. Par contre, l'écart des taux d'allaitement entre les femmes moins scolarisées et les plus scolarisées s'est amenuisé entre 1992 et 2008 au Canada.

L'Initiative des Amis des bébés (IAB) de l'OMS et de l'UNICEF est reconnue comme stratégie efficace pour augmenter l'allaitement (en durée et en exclusivité) et ce jusqu'au douzième mois de vie de l'enfant. Le MSSS en a d'ailleurs fait sa principale stratégie pour promouvoir, soutenir et protéger l'allaitement maternel. Les pratiques proposées par l'IAB pour les établissements ou installations sont :

- l'adoption d'une politique d'allaitement maternel;
- le développement des compétences nécessaires au soutien des mères par tout le personnel soignant;
- l'offre aux parents d'une préparation à l'allaitement avant la naissance;
- la mise en place des meilleures pratiques cliniques de soutien : le contact peau à peau, la cohabitation mère-enfant 24 heures par jour, l'allaitement à la demande, etc.;
- l'offre d'un soutien aux familles suite au retour à la maison;
- le respect du Code de commercialisation des substituts du lait maternel.

Les établissements reconnus IAB répondent davantage aux besoins d'information, de préparation et de soutien des mères que les autres non-certifiés. En général, les mères des établissements reconnus IAB se fixeraient des objectifs d'allaitement flexibles et réalistes, tout en étant bien préparées à faire face aux difficultés potentielles, ce qui leur permettrait d'allaiter plus longtemps que prévu. À Montréal, moins de la moitié des installations offrant des services en périnatalité sont certifiées Amis des bébés.



*Ce facteur en amont est abordé dans la fiche *Services préventifs en périnatalité et petite enfance*, en lien avec le programme *Pour une maternité sans danger*.

OBJECTIFS MONTRÉLAIS

Initiation de l’allaitement

1. D’ici 2021, augmenter le taux d’allaitement (total : exclusif ou mixte) à la sortie des services de maternité à 95 %;
2. D’ici 2021, réduire l’écart entre les taux d’allaitement à la sortie des services de maternité chez les familles défavorisées et favorisées;

Allaitement exclusif

3. D’ici 2021, augmenter le taux d’allaitement exclusif à 75 % à la sortie des services de maternité et à 10 % au 6^e mois de vie de l’enfant;
4. D’ici 2021, réduire l’écart entre les taux d’allaitement exclusif chez les familles défavorisées et favorisées.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 1.3, 1.4, 1.6

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D’AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. D’ici 2018, tous les établissements¹ seront engagés dans un processus de promotion, protection et soutien à l’allaitement visant l’accréditation, le renouvellement et l’amélioration du niveau d’implantation IAB dans leurs installations². 2. D’ici 2021, 6 installations supplémentaires offrant des services en périnatalité seront certifiées IAB, dont 3 CLSC œuvrant en milieu défavorisé. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rencontres avec les PDG des établissements pour préciser leur engagement dans un processus d’accréditation IAB. 2. Rétroaction sur les pratiques cliniques auprès de chaque établissement et installation, basée sur une mesure du niveau d’implantation IAB. 3. Accompagnement aux établissements et installations dans leurs démarches d’accréditation IAB. 4. Communauté de pratique regroupant les répondantes cliniques en allaitement des CIUSSS et des centres hospitaliers accoucheurs non fusionnés. 5. Production d’outils de référence : portrait des taux d’allaitement à la sortie des services de maternité à l’intention des centres hospitaliers accoucheurs et des maisons de naissance à Montréal. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rencontres avec les gestionnaires concernés dans les établissements afin de prioriser la mise en place d’une démarche d’accréditation IAB et désigner un porteur de dossier et une répondante clinique en allaitement (MSSS, 2001). 	<p>-</p>
<ol style="list-style-type: none"> 3. D’ici 2021, tous les intervenants du réseau 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Formation continue aux intervenants en périnatalité des CIUSSS et établissements non fusionnés en collaboration 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Soutien par la répondante clinique auprès des professionnels intervenant auprès des mères 	<p>-</p>

¹ Les établissements incluent les CIUSSS et centres hospitaliers non fusionnés.

² Les installations incluent les CLSC, centres hospitaliers accoucheurs et maisons de naissances.

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
montréalais œuvrant en périnatalité auront les connaissances et les compétences en allaitement.	avec les répondants cliniques des CIUSSS. 7. Formation en ligne accessible gratuitement aux professionnels de la santé du réseau et hors réseau, aux milieux communautaires et académiques. 8. Événement de partage de connaissances lors de la semaine mondiale de l'allaitement pour les professionnels de la santé du réseau (<i>Journée annuelle des professionnels</i>).	(ex. : expertise-conseil, mentorat, collaboration avec la DRSP pour la formation).	
4. D'ici 2021, des services de soutien de qualité en allaitement seront disponibles pour toutes les mères de Montréal.	9. Appréciation et rétroaction sur l'offre de services de soutien en allaitement des CIUSSS. 10. Production d'outils de référence : portrait des taux d'allaitement à 0, 2, 4, 6 et 12 mois à Montréal par CIUSSS et installation à l'intention des CIUSSS. 11. Concertation regroupant des représentants d'établissements ou d'installations et de groupes communautaires œuvrant en allaitement à Montréal	3. Services individuels et interventions de groupe en soutien à l'allaitement : a) Counseling prénatal en allaitement dans le cadre des rencontres prénatales de groupe. b) Soutien en allaitement dans le cadre des visites postnatales systématiques à domicile dans les 24 à 72 heures après le congé de la maternité. c) Soutien en allaitement au cours du premier mois de vie du nourrisson dans un court délai, sous différentes formes telles que consultation individuelle, clinique d'allaitement ou du nourrisson, etc. d) Soutien en allaitement dans le cadre de rencontres de groupe pour les mères qui allaitent (halte-allaitement, rencontres thématiques, etc.). e) Services spécialisés pour le soutien de certaines problématiques complexes d'allaitement notamment par le biais de cliniques spécialisées en allaitement.	<i>Organismes communautaires :</i> 1. Services individuels et de groupe de soutien de type marrainage, haltes allaitement, routes de lait, etc.
5. D'ici 2021, 5 municipalités auront adopté au moins une mesure permanente (politique, règlement, etc.) qui favorise l'allaitement dans les lieux publics.	12. Représentations auprès des municipalités en faveur de politiques et règlements favorisant l'allaitement dans leurs installations (parc, piscines, etc.). 13. Expertise-conseil auprès des municipalités pour favoriser la création d'environnements favorables à l'allaitement.	-	-

DÉFINITION

L'environnement familial est la principale source d'influence sur le développement de l'enfant et sert d'intermédiaire avec son environnement élargi. Il est considéré ici sous l'angle de la relation parent-enfant et de la qualité de cette interaction. Les pratiques parentales, la santé mentale des parents et les relations conjugales sont reconnues comme étant les aspects les plus fondamentaux de l'environnement familial immédiat. Ils se définissent comme suit :

1. **Les pratiques parentales** réfèrent aux réponses des parents aux besoins de leur enfant (stimulation, affection, encadrement, protection, etc.). Les pratiques parentales positives sont associées à des comportements tels que féliciter, exprimer de l'affection, écouter, être cohérent dans l'application des règles de conduite. Les pratiques négatives réfèrent à des pratiques coercitives (critiquer, donner des ordres, menacer, utiliser des punitions corporelles), trop permissives et incohérentes (ne pas imposer de limites, renforcer positivement des comportements inadéquats) ou inappropriées à l'âge de l'enfant (avoir des attentes irréalistes).
2. **La santé mentale des parents** inclut le stress parental, la dépression périnatale, les autres problèmes de santé mentale et les dépendances. Les problèmes de santé mentale chez les parents sont associés à une baisse de l'utilisation de pratiques parentales positives, à une hausse de l'utilisation de pratiques parentales négatives et au développement de problèmes de comportement et de santé mentale chez l'enfant.
3. **Le climat conjugal** réfère ici à la présence de conflits et de violence conjugale.

Les conditions de vie influencent l'environnement familial immédiat et sont des déterminants majeurs également considérés dans le PARI (ex. : fiches *Salubrité et abordabilité des logements*, *Alimentation*).

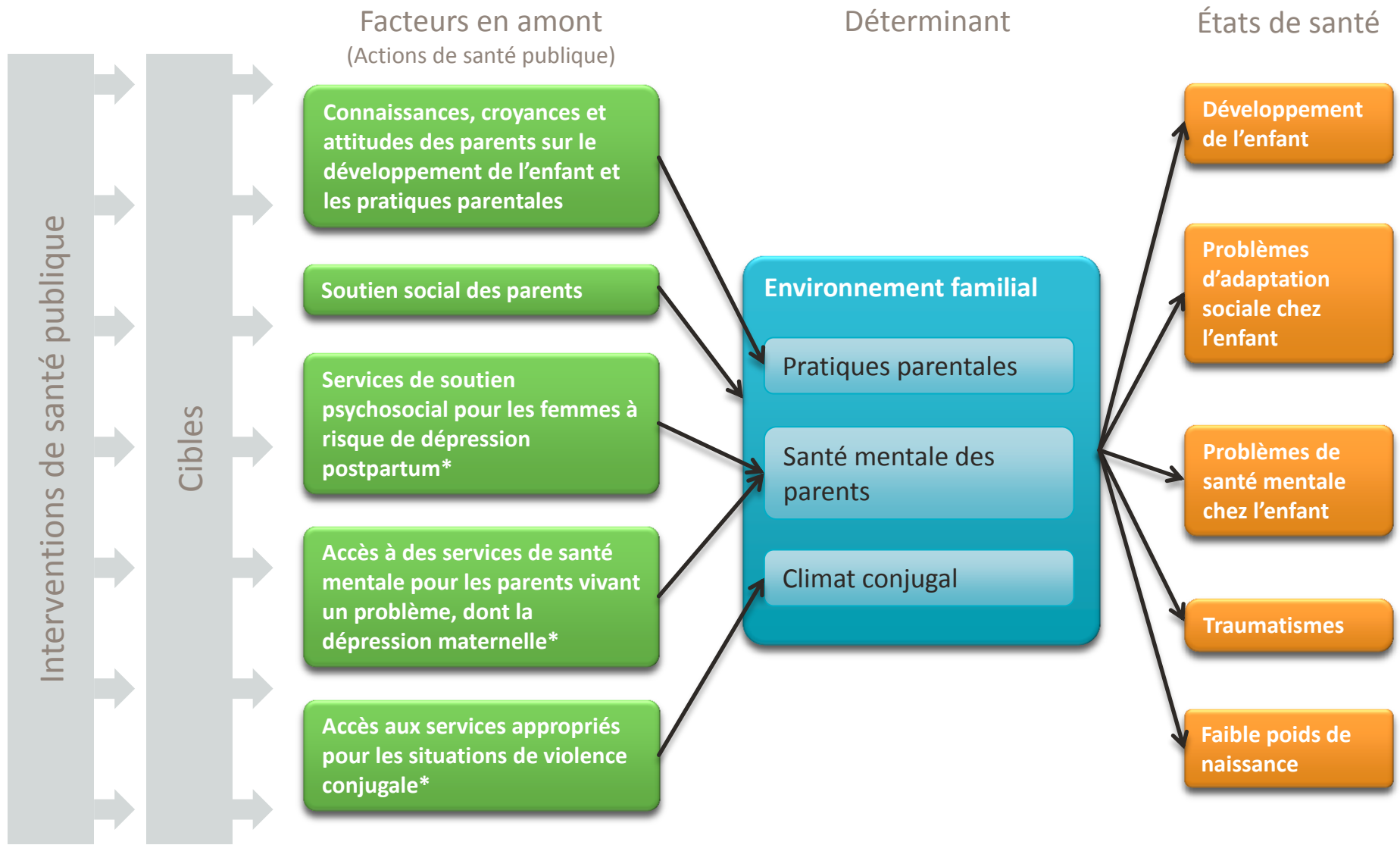
PERTINENCE

Une interaction parent-enfant de qualité et stable dans le temps est particulièrement favorable au développement socio-affectif et langagier, et peut constituer un important facteur de protection pour des enfants dans des conditions de vie difficiles ou stressantes. Les enfants qui grandissent dans un environnement familial où les parents ont des pratiques parentales négatives, souffrent de problèmes de santé mentale ou vivent des relations conjugales violentes, peuvent voir leur développement fortement entravé.

Les pratiques parentales sont l'un des facteurs d'influence du développement de l'enfant les plus puissants sur lesquels il est possible d'agir. Il est démontré que les pratiques parentales négatives sont étroitement liées aux problèmes de comportement chez l'enfant. Ces enfants sont plus susceptibles de présenter des difficultés de régulation des émotions, d'agressivité, des symptômes d'hyperactivité/inattention, d'anxiété ou de dépression. Les enfants de parents dont les pratiques éducatives sont positives et constantes présentent davantage de comportements prosociaux, manifestent moins de problèmes d'hyperactivité/inattention, tendent à être plus attentifs à leurs travaux scolaires et ont une meilleure estime d'eux-mêmes. Dans une enquête auprès de mères d'enfants de 0 à 8 ans dans 2 territoires de CLSC défavorisés de Montréal, 50 % des mères rapportent que leur enfant a subi au moins 3 fois dans l'année de l'agression psychologique, 15 %, de la violence physique mineure et 1 %, de l'agression physique sévère.

La dépression maternelle est associée entre autres à l'insuffisance de poids à la naissance, à un plus faible taux d'allaitement, à une moins bonne relation d'attachement, au retard de langage et aux problèmes de comportement. Environ 10 % des femmes vivront une dépression pendant la grossesse, et entre 10 et 20 % des mères souffriront d'une dépression postpartum, avec une proportion plus élevée chez les familles vivant en contexte de vulnérabilité. Le stress maternel durant la grossesse affecte aussi le développement de l'enfant. Plus l'enfant est exposé de manière chronique à des problèmes de stress et de santé mentale chez ses parents, plus les conséquences seront graves.

Les conflits conjugaux dont les enfants sont témoins, en particulier ceux marqués par l'expression de la colère, perturberaient leur développement sur le plan de la régulation des émotions et des comportements. Selon l'enquête sur la violence familiale de 2012, 6 % des enfants de 6 mois à 17 ans ont été exposés à de la violence physique ou psychologique et 24 % à de la violence verbale (au moins une fois dans l'année).



* Ces facteurs en amont sont abordés dans la fiche-déterminant *Services préventifs en périnatalité et petite enfance*.

OBJECTIFS MONTRÉLAIS

D'ici 2021,

1. Augmenter la proportion de parents d'enfants de 12 ans et moins qui ont des pratiques parentales positives;
2. Augmenter la proportion de parents d'enfants de 12 ans et moins qui ont recours à des pratiques disciplinaires non violentes;
3. Diminuer la proportion de parents d'enfants de 12 ans et moins ayant des conduites abusives ou négligentes envers leur enfant;
4. Diminuer la proportion d'enfants de 12 ans et moins exposés à des conduites violentes entre conjoints³;
5. Diminuer la proportion de parents qui vivent un stress élevé associé à l'exercice d'un rôle parental, particulièrement ceux vivant en contexte de vulnérabilité¹.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 1.1, 1.2, 1.9

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
1. D'ici 2021, les parents d'enfants de moins de 12 ans disposeront de connaissances sur le développement de l'enfant et les pratiques parentales positives, particulièrement les parents vivant en contexte de vulnérabilité.	1. Information aux parents : production d'un outil présentant les principales sources d'information de qualité sur le développement des enfants 0-12 ans et les pratiques parentales. 2. Production d'outil de référence : lignes directrices pour soutenir l'organisation d'une offre de formations de groupe sur les habiletés parentales destinées aux parents, à l'intention et en collaboration avec les équipes famille-enfance-jeunesse (FEJ) des CIUSSS, l'équipe de santé publique, les organisateurs communautaires et autres partenaires. 3. Événements de partage de connaissances pour les gestionnaires et intervenants FEJ, organismes communautaires famille et autres sur les formations de groupe aux habiletés parentales. 4. Rétroaction sur les pratiques concernant les programmes de formation de groupe sur les habiletés parentales auprès des gestionnaires des programmes FEJ. 5. Formations sur l'attachement et les pratiques parentales à l'intention des intervenantes SIPPE.	1. Services individuels : distribution de matériel et counseling aux parents sur le développement de l'enfant et les pratiques parentales positives : guide <i>Mieux Vivre avec notre enfant de la grossesse à 2 ans</i> et autres outils de référence et d'information répondant à des critères de qualité en termes de contenu et de littératie. 2. Interventions de groupe sur les habiletés parentales destinées aux parents d'enfants de 0 à 12 ans en cohérence avec les lignes directrices et adaptées aux besoins des clientèles. 3. Services individuels : soutien aux pratiques parentales dans le cadre des services universels et de programmes ciblés (ex. : SIPPE, OLO). 4. Soutien clinique et expertise-conseil aux intervenants des organismes communautaires famille qui offrent des services individuels et des interventions de groupe sur les habiletés parentales.	Organismes communautaires et autres partenaires : 1. Interventions individuelles et de groupe sur les habiletés parentales.
2. D'ici 2021,	6. Événements de partage de connaissances sur les	5. Démarchage auprès des familles isolées en	Organismes

³ Les interventions décrites dans la fiche *Services préventifs en périnatalité et petite enfance* contribuent également à l'atteinte de ces objectifs.
 PARI-SP de Montréal 2016-2021 – Offre de services détaillée, 3 mars 2017

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
<p>augmenter la proportion de familles qui ont un soutien social adéquat, particulièrement chez les familles vivant en contexte de vulnérabilité.</p>	<p>stratégies pour rejoindre les familles isolées, renforcer le soutien social des familles et développer des environnements favorables au développement des enfants pour les gestionnaires et intervenants FEJ, organismes communautaires familles et autres.</p> <p>7. Concertation régionale <i>Horizon 0-5</i> autour du développement de l'enfant visant notamment à partager et renforcer les stratégies pour rejoindre les familles isolées.</p>	<p>collaboration avec les organismes communautaires.</p> <p>6. Services individuels : accompagnement des familles SIPPE par les intervenantes privilégiées vers les ressources de la communauté.</p> <p>7. Soutien au développement des communautés pour le déploiement d'une offre d'activités et de projets de soutien social pour les familles (halte-répit, café-rencontre, cuisine collective, fête de quartier, etc.) via par exemple le volet <i>Soutien à la création d'environnements favorables</i> des SIPPE.</p>	<p><i>communautaires :</i></p> <p>2. Services individuels aux familles isolées : accompagnement, etc.</p> <p>3. Interventions de groupe : activités et projets de soutien social pour les familles (halte-répit, café-rencontre, cuisine collective, fête de quartier, etc.).</p>

DÉFINITION

L'appellation « services de garde éducatifs (SGÉ) » inclut essentiellement les services de garde éducatifs à l'enfance SGÉ régis par le ministère de la Famille (MF), soit les Centres de la petite enfance (CPE), les garderies privées offrant des places à contribution réduite ou non et les services de garde en milieu familial à contribution réduite. La **qualité** d'un service de garde éducatif réfère ici :

1. Aux exigences du MF concernant l'existence d'un programme éducatif, la formation des éducatrices, le ratio enfants-éducatrices, la sécurité des lieux, la place donnée aux parents (ex. : comité de parents), etc.;
2. À la capacité du SGÉ à soutenir les enfants vivant en contexte de vulnérabilité ou dont le développement inquiète et leur famille;
3. À la capacité du SGÉ à mettre en œuvre des interventions de promotion et de prévention portant sur les compétences personnelles et sociales, les saines habitudes de vie, les comportements sains et sécuritaires.

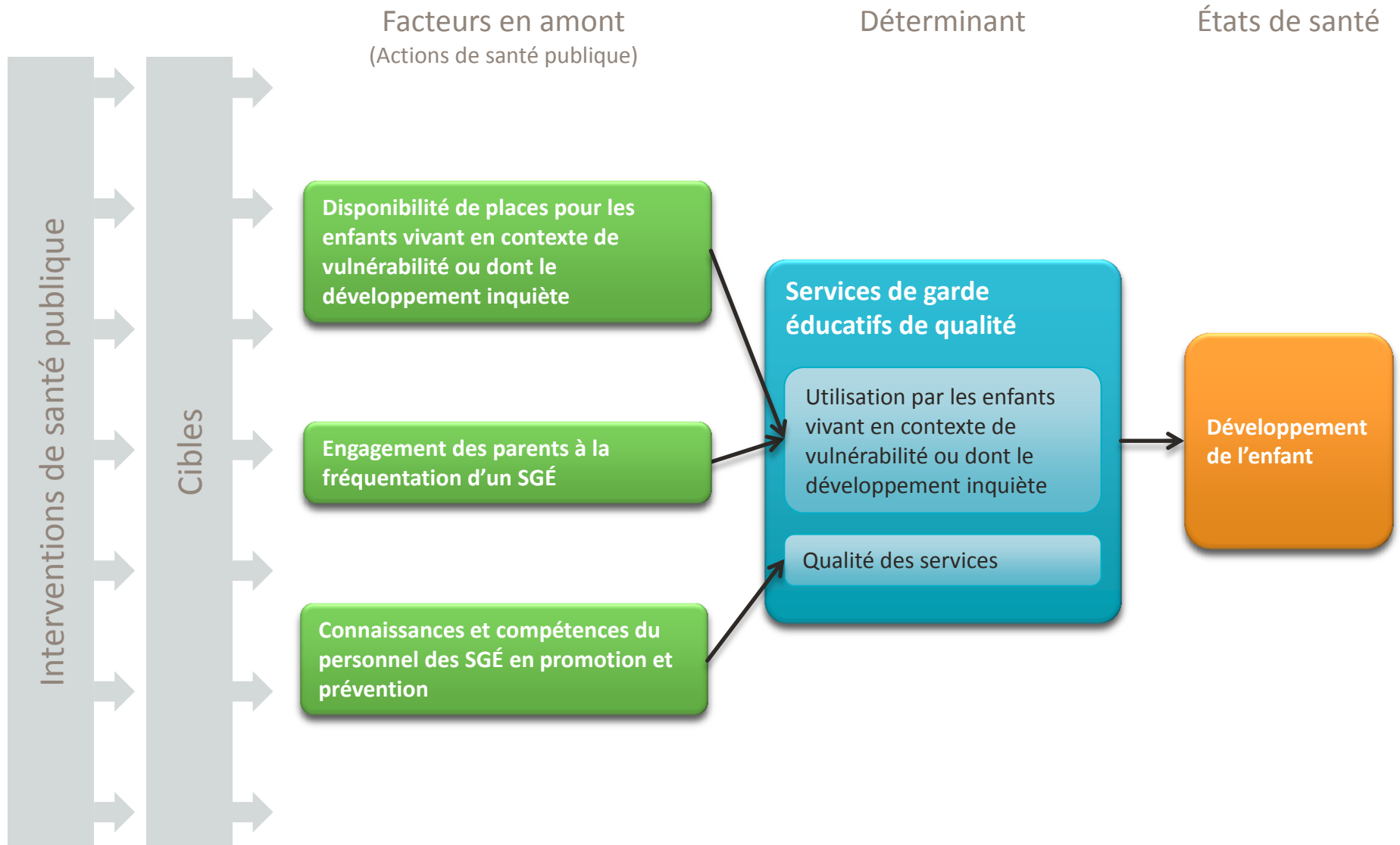
Seuls les points 2 et 3 seront abordés en raison du domaine d'action de la santé publique. L'offre de services de santé publique pour ce déterminant s'articule autour de: 1) l'utilisation des SGÉ par les enfants vivant en contexte de vulnérabilité ou dont le développement inquiète et 2) la capacité des SGÉ à soutenir les enfants vivant en contexte de vulnérabilité ou dont le développement inquiète et à mettre en œuvre des interventions de promotion et de prévention (qualité). Actuellement les CSSS soutiennent les SGÉ dans le cadre du programme montréalais Interventions éducatives précoces (IÉP). Par exemple, les intervenants (psychoéducateurs ou orthophonistes) soutiennent l'intégration des enfants SIPPE et répondent aux besoins de soutien clinique des éducateurs en SGÉ pour des enfants dont le développement inquiète. Des activités de soutien clinique sont également offertes aux haltes garderies des organismes communautaires famille.

PERTINENCE

En 2015 à Montréal, les places disponibles pour les enfants de moins de 5 ans en SGÉ répondaient à seulement 74% de la demande (79 216 places pour 107 342 enfants). Ce taux diffère beaucoup d'un territoire de CSSS à l'autre.

Les expériences vécues par les enfants dans des milieux éducatifs de qualité influencent positivement leur trajectoire de développement et plus largement leur trajectoire de vie. On observe des effets bénéfiques sur les habiletés cognitives, langagières et sociales à l'entrée à l'école, particulièrement pour les enfants issus de milieux socioéconomiques défavorisés, pour lesquels la fréquentation d'un SGÉ constitue un facteur de protection (*Enquête longitudinale du développement des enfants au Québec (ELDEQ), Enquête montréalaise sur l'expérience préscolaire des enfants de maternelle (EMEP), 2012*).

Cependant les enfants les plus susceptibles de bénéficier des milieux de garde y ont proportionnellement moins recours. Le rapport du Vérificateur général du Québec de 2011 confirme une déficience dans l'accès aux services de garde éducatifs pour les enfants autochtones, de milieux défavorisés, ceux ayant des besoins particuliers et d'immigrants récents. Plus particulièrement à Montréal, bien que la grande majorité des enfants fréquente un SGÉ avant leur entrée à la maternelle, les enfants de familles à faible revenu sont en proportion moins nombreux à les fréquenter, débutent leur fréquentation à un âge plus tardif et tendent à fréquenter des services de moindre qualité (EMEP, 2012). Pour que ce soit bénéfique à leur développement, les enfants issus de familles défavorisées devraient fréquenter un service de garde éducatif de qualité l'équivalent d'au moins 2 jours/semaine et durant une assez longue période, la fréquentation débutant au plus tard vers 18-24 mois.



OBJECTIFS MONTRÉLAIS

D'ici 2021,

1. Augmenter la proportion d'enfants vivant en contexte de vulnérabilité ou dont le développement inquiète qui fréquentent un service de garde éducatif de qualité au moins 2 jours/semaine et au plus tard à partir de 18-24 mois environ;
2. Améliorer la capacité des SGÉ à soutenir des enfants vivant en contexte de vulnérabilité ou dont le développement inquiète, et leur famille;
3. Améliorer la capacité des SGÉ à mettre en œuvre des interventions de promotion et de prévention, particulièrement en milieux défavorisés.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 1.8, 1.9, 1.12

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
1. D'ici 2021, augmenter le nombre de places en SGÉ dans les quartiers défavorisés de Montréal.	1. Expertise conseil : participation au <i>Comité consultatif sur la répartition des places en SGÉ</i> du MF dans le cadre de projets ciblés pour la réaffectation de places et, s'il y a lieu, lors de nouveaux appels de projets.	-	-
2. D'ici 2021, les CIUSSS auront signé un protocole d'entente avec au moins 25 % des SGÉ subventionnés de leur territoire afin de réserver des places aux enfants vivant en contexte de vulnérabilité ou dont le développement inquiète (référés par le CIUSSS).	2. Production d'outil de référence : cartographie des SGÉ à Montréal selon le type de SGÉ et le nombre de places protocoles disponibles, à l'usage des équipes IÉP des CIUSSS pour la planification de leurs activités.	1. Partenariat avec les SGÉ par la signature de protocoles d'entente CIUSSS-SGÉ (formalisation des ententes informelles existantes et protocoles avec de nouveaux SGÉ).	-
3. D'ici 2021, augmenter la proportion d'enfants vivant en contexte de vulnérabilité qui intègrent un SGÉ et qui poursuivent leur fréquentation au-delà de 6 mois.	3. Information à la population : production d'outils sur les bienfaits des SGÉ, l'importance de fréquenter un SGÉ régi par le MF, l'universalisme du service, etc. destiné aux parents vivant en contexte de vulnérabilité.	2. Services individuels aux familles vivant en contexte de vulnérabilité par l'intervenante IÉP ou SIPPE : a) Soutien et encouragement à la fréquentation de leur enfant d'un SGÉ, notamment en utilisant les outils sur les bienfaits des services de garde; b) Accompagnement de l'enfant et de sa famille lors de son entrée en SGÉ; 3. Établissement au besoin d'un plan d'intervention	<i>Organismes communautaires :</i> 1. Information à la population : diffusion des outils sur les bienfaits des SGÉ, l'importance de fréquenter un SGÉ régis, l'universalisme

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
		ou de services individualisés pour l'enfant en SGÉ. 4. Expertise-conseil de l'intervenante IÉP à l'éducatrice de SGÉ dans son lien avec le parent.	du service, etc.
4. D'ici 2021, les éducatrices des SGÉ augmenteront leurs connaissances et leurs compétences relativement au soutien à apporter aux enfants vivant en contexte de vulnérabilité ou dont le développement inquiète.	4. Production d'outil de référence : cadre de référence pour le programme régional IÉP situant celui-ci dans le continuum des services aux enfants 0-5 ans (en collaboration avec les CIUSSS et le réseau des SGÉ). 5. Communauté de pratique regroupant les répondantes IÉP des CIUSSS. 6. Appréciation et rétroaction sur les pratiques des intervenants IÉP. 7. Expertise-conseil aux CIUSSS et aux instances de concertation concernées en lien avec le programme IÉP.	5. Expertise-conseil de l'intervenante IÉP aux éducatrices des SGÉ sur l'intervention qu'elles peuvent faire suite à l'observation d'enfants ou à la demande de l'éducatrice (y compris une rétroaction sur les pratiques et le partage d'outils). 6. Formations à l'intention des SGÉ rejoints dans le cadre du programme IÉP, complémentaires à celles offertes par le réseau des SGÉ.	-
5. D'ici 2021, le personnel des SGÉ augmentera ses compétences pour la mise en œuvre d'interventions de promotion/prévention visant le développement global des enfants, particulièrement en contexte de vulnérabilité, et portant sur les compétences personnelles et sociales, les saines habitudes de vie et les comportements sains et sécuritaires.	8. Concertation avec le réseau des SGÉ pour la mise en œuvre d'interventions de promotion et de prévention visant le développement global des enfants. 9. Expertise-conseil au réseau des SGÉ sur les interventions de promotion et de prévention visant le développement global des enfants (ex. : création d'environnements favorables à la saine alimentation, au jeu actif et au développement moteur, collaboration à la bonification de formations en prévention/promotion, etc.). 10. Expertise-conseil auprès de l'instance de concertation <i>Comité de partenaires régionaux Saines habitudes de vie dès la petite enfance</i> menée par le RCPEIM.	7. Expertise-conseil aux SGÉ par les intervenantes IÉP ou autres professionnels sur des interventions de promotion et de prévention visant le développement global des enfants en collaboration avec la DRSP.	-

DÉFINITION

Plusieurs facteurs liés à l'environnement (fluoruration de l'eau potable), à l'utilisation des services dentaires ainsi qu'aux habitudes buccodentaires et alimentaires dès le plus jeune âge ont un impact sur la santé buccodentaire des enfants et des adultes.

Il est recommandé de se brosser les dents deux fois par jour dès l'apparition des premières dents (avec une quantité de dentifrice fluoré adaptée selon l'âge) et d'utiliser quotidiennement la soie dentaire. Il est également recommandé de limiter la fréquence de consommation d'aliments et de boissons sucrés (sucre raffiné ou naturel) ou acides et d'éviter d'en prendre en dehors des repas. La visite chez le dentiste est également recommandée entre autres parce qu'elle est associée à de meilleures pratiques d'hygiène buccodentaire.

D'autres habitudes telles que le tabagisme, l'usage de la cigarette électronique, la consommation d'alcool et de drogues, le port d'un protecteur buccal lors d'activités sportives et le perçage buccal ont également un impact sur la santé buccodentaire. Certaines sont prises en compte par les interventions décrites dans d'autres fiches (*Tabagisme et exposition à la fumée de tabac dans l'environnement* et *Consommation d'alcool, de drogues et pratique des jeux de hasard et d'argent*).

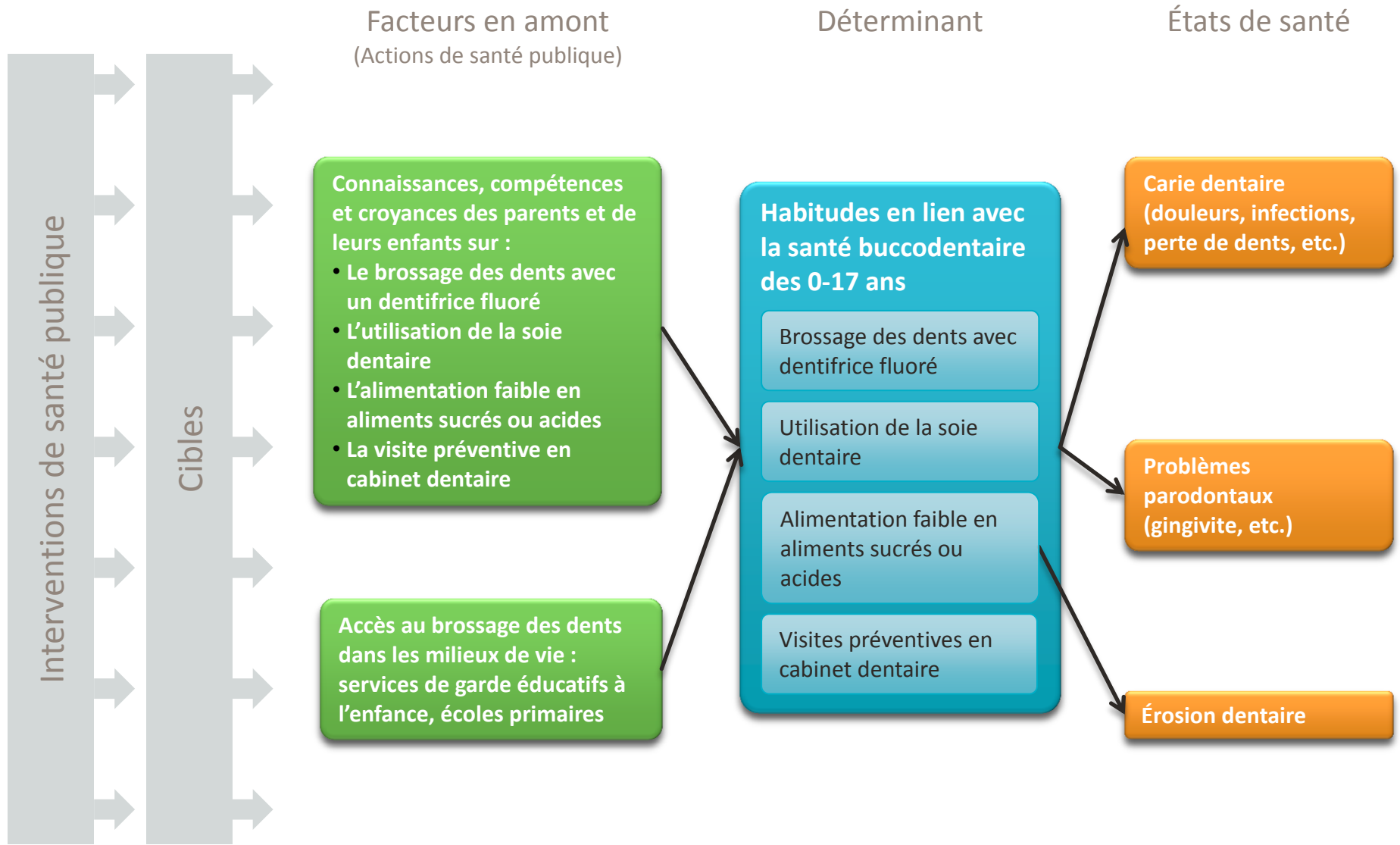
PERTINENCE

Le brossage des dents avec un dentifrice fluoré, l'utilisation de la soie dentaire et l'alimentation faible en aliments sucrés (sucre raffiné ou naturel) ou acides sont des habitudes associées à la prévention de la carie, de l'érosion dentaire ainsi que des problèmes parodontaux chez les enfants et les jeunes. La majorité de ces problèmes buccodentaires sont plus marqués en milieu socioéconomique défavorable.

La carie dentaire est un problème prévalent chez les enfants et les jeunes montréalais. En 1998-1999, 40 % des élèves de maternelle sont touchés par la carie dentaire. Parmi ceux-ci, environ la moitié expérimente à eux seuls 90 % de l'ensemble des caries dentaires. Les conséquences de la carie dentaire sont multiples : douleur, infections, perte de dents, problèmes de mastication, de nutrition, d'élocution, d'estime de soi et de bien-être général. Les lésions carieuses multiples chez les enfants sont également associées à un poids et une taille pour l'âge inférieurs, à de l'absentéisme et à une faible performance scolaire.

En ce qui a trait aux problèmes parodontaux, on observe des signes annonciateurs déjà à 11-12 ans puisque près de 20 % des élèves montréalais présentent au moins une dent avec du tartre.

Enfin, l'érosion dentaire (usure chimique), qui fragilise l'émail des dents et entraîne des dommages permanents, est associée à la consommation d'aliments et de boissons sucrés (sucre raffiné ou naturel) ou acides. La prévalence de l'érosion dentaire n'est pas connue chez les jeunes Montréalais. Cependant, des données américaines indiquent que ce problème est présent même chez les jeunes et augmente avec l'âge puisque 45 % des 13 à 19 ans et 56 % des 18-19 ans sont atteints.



OBJECTIFS MONTRÉALAIS⁴

1. D’ici 2021, augmenter à 85 % la proportion des enfants et des jeunes qui se brossent les dents deux fois par jour avec un dentifrice fluoré particulièrement parmi ceux de parents à faible revenu et faible scolarité;
2. D’ici 2021, augmenter à 25 % la proportion des enfants et des jeunes utilisent la soie dentaire quotidiennement;
3. D’ici 2021, diminuer à 25 % la proportion d’enfants et de jeunes qui prennent deux collations sucrées ou acides ou plus par jour⁵;
4. D’ici 2021, augmenter la proportion des enfants de 9 ans et moins ayant visité le cabinet dentaire au cours d’une année parmi ceux de famille à faible revenu.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 1.2, 1.3, 1.8, 2.1

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS
<p>1. D’ici 2017, les futurs parents et les parents des programmes SIPPE, OLO, etc. augmenteront leur capacité d’agir pour favoriser de saines habitudes chez leurs enfants, c’est-à-dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le brossage des dents avec un dentifrice fluoré; • L’utilisation de la soie dentaire; • L’alimentation faible en aliments sucrés raffiné ou naturel) ou aliments acides; • La visite préventive en cabinet dentaire. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Production d’outils de référence pour les intervenants des programmes SIPPE, OLO ou autres sur l’état de santé buccodentaire des Montréalais, les connaissances scientifiques actuelles sur les meilleures pratiques en éducation à la santé buccodentaire (ex. : counseling, entrevue motivationnelle). 2. Formation théorique et pratique pour les intervenants des programmes SIPPE, OLO ou autres sur la santé buccodentaire des femmes enceintes et des tout-petits. 3. Mentorat auprès des intervenants des programmes SIPPE, OLO ou autres en soutien à l’intégration d’un volet santé buccodentaire dans leurs services individuels et leurs interventions de groupe en promotion et en prévention. 4. Appréciation et rétroaction sur l’intégration d’un volet santé buccodentaire aux programmes SIPPE, OLO ou autres. 5. Expertise-conseil auprès des intervenants des programmes SIPPE, OLO ou autres sur l’intervention en santé buccodentaire auprès des femmes enceintes et des tout-petits. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Services individuels par les intervenantes des programmes SIPPE, OLO ou autres auprès des femmes enceintes et parents de jeunes enfants : counseling, entrevue motivationnelle, pratique de la technique ou autres sur le brossage des dents, l’utilisation de la soie dentaire, une alimentation faible en aliments sucrés (raffiné ou naturel) ou aliments acides, ainsi que la visite préventive en cabinet dentaire. 2. Interventions de groupe par les intervenants des programmes SIPPE, OLO ou autres auprès des femmes enceintes et parents de jeunes enfants sur le brossage des dents, l’utilisation de la soie dentaire, une alimentation faible en aliments sucrés (raffiné ou naturel) ou aliments acides, ainsi que la visite préventive en cabinet dentaire.
<p>2. D’ici 2021, 75 % des services de garde éducatifs à l’enfance en installation conduiront une activité</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Rencontres avec les représentants des milieux de garde pour les mobiliser à mettre en œuvre un brossage quotidien supervisé avec un dentifrice fluoré. 7. Formation théorique et pratique préalable au déploiement du 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Rencontres avec les décideurs et les intervenants du milieu scolaire pour les mobiliser à mettre en œuvre un brossage quotidien supervisé avec un dentifrice fluoré. 4. Appréciation et rétroaction sur les pratiques des milieux scolaires

⁴ Les interventions décrites dans la fiche *Services dentaires préventifs pour les enfants* contribuent également à l’atteinte de ces objectifs.

⁵ Les interventions décrites dans la fiche *Alimentation* contribuent également à l’atteinte de cet objectif.

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>
<p>quotidienne de brossage des dents.</p> <p>3. D'ici 2021, les écoles primaires qui présentent un indice de défavorisation supérieur à 40 dans les commissions scolaires participantes offriront à leurs élèves une activité quotidienne de brossage de dents.</p>	<p>brossage quotidien supervisé avec un dentifrice fluoré pour les intervenants concernés des milieux scolaires et de garde.</p> <p>8. Expertise-conseil et production d'outils sur le brossage des dents supervisé pour les milieux scolaires et de garde en conformité avec le cadre de référence sur le brossage des dents du MSSS.</p> <p>9. Appréciation et rétroaction sur les pratiques des services de garde éducatifs à l'enfance en lien avec l'intégration du brossage quotidien supervisé avec un dentifrice fluoré.</p>	<p>en lien avec l'intégration du brossage quotidien supervisé avec un dentifrice fluoré.</p>

DÉFINITION

Plusieurs facteurs liés à l'environnement (fluoration de l'eau potable), aux habitudes buccodentaires et alimentaires ainsi que l'utilisation des services dentaires dès le plus jeune âge ont un impact sur la santé buccodentaire des enfants et des adultes. Or, les services dentaires ne sont pas accessibles à tous puisque la couverture de l'assurance dentaire publique est limitée. De fait, le système de santé couvre les enfants de 9 ans et moins pour certains services diagnostiques (examens et recommandations appropriées) et curatifs, mais non préventifs. Depuis 1982, le MSSS a cessé la couverture des services dentaires préventifs en cabinet dentaire privé et a confié au réseau de santé publique le mandat d'offrir aux enfants des services dentaires préventifs, reconnus comme efficaces pour prévenir la carie dentaire chez les enfants et les jeunes.

Ces services dentaires publics comprennent :

- le dépistage buccodentaire en maternelle en vue de la classification des élèves à risque de carie dentaire et de l'évaluation du besoin évident de traitement de la carie dentaire avec orientation en cabinet dentaire;
- l'examen buccodentaire par un dentiste auprès des élèves de deuxième année du primaire en vue d'une application d'agent de scellement à l'école et de l'évaluation du besoin évident de traitement de la carie avec orientation en cabinet dentaire; le dépistage à la maternelle et l'examen en deuxième année permettant de faire la promotion de l'examen dentaire chez le dentiste auprès des parents de tous les enfants concernés;
- le suivi dentaire préventif individualisé deux fois par année, de la maternelle à la deuxième année, auprès des élèves à risque élevé de carie dentaire, au cours duquel ils reçoivent une application topique professionnelle de fluor et un counseling en lien avec le brossage quotidien des dents, la soie dentaire et les habitudes alimentaires, dont la réduction de la consommation d'aliments et de boissons cariogènes;
- l'application d'agents de scellement dentaire à l'école auprès des élèves qui en ont besoin.

En plus des services dentaires préventifs publics, la visite régulière en cabinet dentaire contribue significativement à la santé buccodentaire des enfants. Cependant, malgré la gratuité des soins pour les enfants de 9 ans et moins, selon les données de la RAMQ pour 2012, moins de la moitié des 9 ans et moins (47 %) en bénéficient; dans le cas des enfants à charge de prestataire d'une aide financière de dernier recours, moins de 4 enfants sur dix (39 %) s'en prévalent.

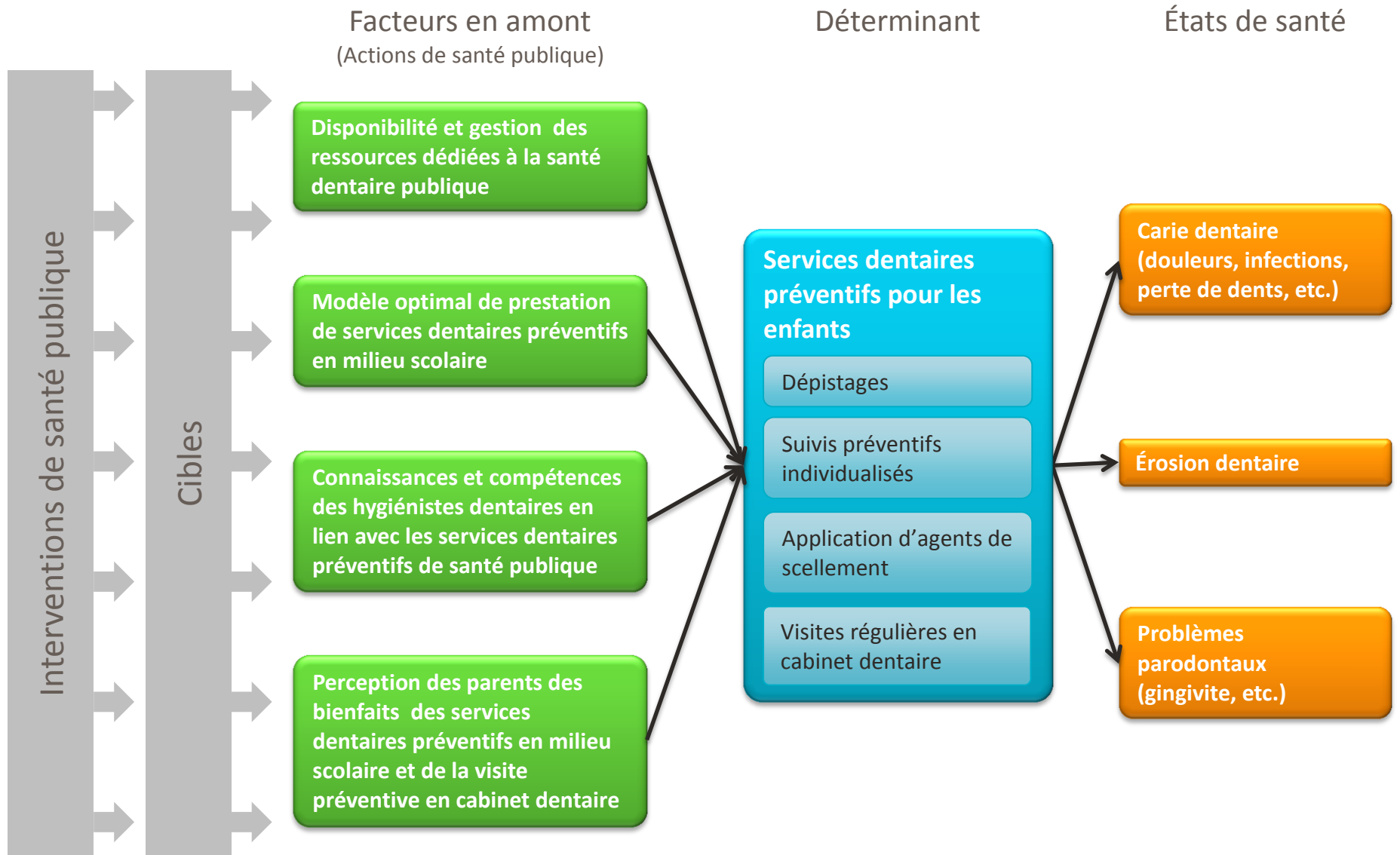
PERTINENCE

Les services dentaires préventifs contribuent à prévenir trois types de problèmes de santé buccodentaire : la carie dentaire, l'érosion dentaire ou les problèmes parodontaux. La majorité de ces problèmes buccodentaires sont plus marqués en milieu socioéconomique défavorisé.

La carie dentaire est un problème prévalent chez les enfants et les jeunes montréalais. En 1998-1999, 40 % des élèves de maternelle sont touchés par la carie dentaire. Parmi ceux-ci, environ la moitié expérimente à eux seuls 90 % de l'ensemble des caries dentaires. Les conséquences de la carie dentaire sont multiples : douleur, infections, perte de dents, problèmes de mastication, de nutrition, d'élocution, d'estime de soi et de bien-être général. Les lésions carieuses multiples chez les enfants sont également associées à un poids et une taille pour l'âge inférieurs, à de l'absentéisme et à une faible performance scolaire.

En ce qui a trait aux problèmes parodontaux, on observe des signes annonciateurs déjà à 11-12 ans puisque près de 20 % des élèves montréalais présentent au moins une dent avec du tartre.

Enfin, l'érosion dentaire (usure chimique), qui fragilise l'émail des dents et entraîne des dommages permanents, est associée à la consommation d'aliments et de boissons sucrés (sucre raffiné ou naturel) ou acides. La prévalence de l'érosion dentaire n'est pas connue chez les jeunes Montréalais. Cependant, des données américaines indiquent que ce problème est présent même chez les jeunes et augmente avec l'âge puisque 45 % des 13 à 19 ans et 56 % des 18-19 ans sont atteints.



OBJECTIFS MONTRÉLAIS

1. D’ici 2021, maintenir à plus de 90 % la proportion des élèves de maternelle des écoles primaires publiques qui bénéficient d’un dépistage buccodentaire en vue de la classification des élèves à risque de carie dentaire et de l’évaluation du besoin évident de traitement de la carie dentaire avec orientation en cabinet dentaire;
2. D’ici 2021, augmenter à 85 % la proportion des élèves de deuxième année des écoles primaires publiques bénéficiant d’un examen buccodentaire par un dentiste en vue d’une application d’agents de scellement et de l’évaluation du besoin évident de traitement de la carie dentaire avec orientation en cabinet dentaire;
3. D’ici 2021, augmenter à 90 % la proportion d’élèves qui bénéficient d’un premier suivi préventif individualisé (SPI) parmi les enfants de la maternelle identifiés à risque élevé de carie dentaire;
4. D’ici 2021, augmenter à 90 % la proportion d’élèves bénéficiant d’un second SPI au cours de la même année;
5. D’ici 2021, effectuer une application d’agents de scellement aux élèves de deuxième année du primaire qui en ont besoin;
6. D’ici 2021, augmenter la proportion des enfants de 9 ans et moins ayant visité un cabinet dentaire au cours d’une année parmi ceux de famille à faible revenu⁶.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 1.7

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. D’ici 2018, le nombre et la répartition des postes d’hygiénistes dentaires seront revus en fonction du nombre d’enfants, de la carie dentaire et de la défavorisation dans chaque CIUSSS, conformément au plan ministériel de répartition des postes d’hygiéniste dentaire. 2. D’ici 2018, la gestion des inventaires des produits et équipements dentaires sera améliorée pour assurer la disponibilité et minimiser les pertes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Représentations et rencontres avec les PDG et directeurs des CIUSSS pour le recrutement et la répartition des ressources et l’optimisation de l’organisation des services dentaires en milieu scolaire. 2. Expertise-conseil auprès des gestionnaires sur l’organisation des services dentaires préventifs en milieu scolaire. 3. Production d’outils de référence pour les gestionnaires à partir de données épidémiologiques, administratives ou autres visant une meilleure répartition des ressources en santé dentaire publique dans chaque CIUSSS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recrutement et coordination des ressources conformément au plan ministériel de répartition des postes d’hygiéniste dentaire.
<ol style="list-style-type: none"> 3. D’ici 2018, chaque CIUSSS adoptera un modèle optimal de prestation des services dentaires préventifs en milieu scolaire. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Concertation avec les gestionnaires et les hygiénistes dentaires afin de planifier et de coordonner les services dentaires préventifs en milieu scolaire. 5. Production d’outils de référence pour les gestionnaires et les hygiénistes dentaires en lien avec le cadre de référence du MSSS en soutien au déploiement des services dentaires 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Offre de services dentaires préventifs individuels en milieu scolaire, aux enfants de 5 à 8 ans : <ol style="list-style-type: none"> a) Dépistage buccodentaire en maternelle pour la classification des élèves à risque de carie dentaire et l’évaluation du besoin évident de traitement de la carie dentaire avec orientation en cabinet dentaire;

⁶ Les interventions décrites dans la fiche *Habitudes en lien avec la santé buccodentaire des 0-17 ans* contribuent également à l’atteinte de cet objectif.
 PARI-SP de Montréal 2016-2021 – Offre de services détaillée, 3 mars 2017

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>
	<p>préventifs en milieu scolaire.</p> <p>6. Appréciation et rétroaction sur les pratiques en lien avec le déploiement des services dentaires préventifs en milieu scolaire.</p> <p>7. Expertise-conseil auprès des gestionnaires et des hygiénistes dentaires sur la problématique, les enjeux, les modèles optimaux d'organisation des services et autres.</p>	<p>b) Examen buccodentaire par un dentiste des élèves de 2^e année en vue d'une application d'agent de scellement et de l'évaluation du besoin évident de traitement de la carie avec orientation en cabinet dentaire;</p> <p>c) Suivi dentaire préventif individualisé deux fois par année, de la maternelle à la 2e année, auprès des élèves à risque élevé de carie dentaire, avec application topique professionnelle de fluor et counseling en lien avec le brossage quotidien des dents, la soie dentaire et la réduction de la consommation d'aliments et boissons cariogènes;</p> <p>d) Application d'agents de scellement auprès des élèves qui en ont besoin.</p>
<p>4. D'ici 2021, toutes les hygiénistes dentaires posséderont les connaissances et les compétences pour offrir les services dentaires préventifs de qualité en milieu scolaire.</p>	<p>8. Expertise-conseil et production d'outils de référence pour les hygiénistes dentaires en lien avec le cadre de référence du MSSS en soutien à la pratique adaptée aux enjeux culturels et à la littératie.</p> <p>9. Formation théorique et pratique préalable à l'application d'agents de scellement en milieu scolaire.</p> <p>10. Formation adaptée aux besoins des hygiénistes dentaires (critères de classification des enfants à risque de carie dentaire, évaluation du besoin évident de traitement de la carie dentaire, counseling, produits et techniques dentaires, etc.).</p> <p>11. Mentorat auprès des hygiénistes dentaires en lien avec l'application d'agents de scellement.</p> <p>12. Appréciation et rétroaction sur les pratiques des hygiénistes dentaires en lien avec les services dentaires préventifs en milieu scolaire.</p>	<p>-</p>
<p>5. Les parents d'enfants de maternelle reconnaîtront l'importance des services dentaires préventifs offerts en milieu scolaire et de la visite préventive en cabinet dentaire.</p>	<p>13. Expertise-conseil et production d'outils de référence pour les hygiénistes dentaires sur les services dentaires préventifs en milieu scolaire et leurs bienfaits dans la perspective d'une communication avec les parents.</p>	<p>3. Interventions de groupe en promotion de la santé et en prévention dans le cadre des rencontres de parents d'enfants de maternelle prévues dans le calendrier scolaire.</p>

DÉFINITION

Depuis plus de 30 ans, au Québec, l'offre de services de santé spécifiques aux jeunes passe principalement par le modèle des cliniques jeunesse, qui se caractérise par la présence d'une équipe multidisciplinaire (médecin, infirmière et intervenant social) qui offre aux adolescents des services préventifs et curatifs en matière de santé sexuelle, d'habitudes de vie et de comportements sécuritaires, de compétences personnelles et sociales, de santé mentale, etc. Selon ce modèle, ces cliniques sont situées près des milieux de vie des jeunes, soit dans les écoles secondaires, les cégeps ou au CLSC situé à proximité. Selon un portrait des services préventifs de type cliniques jeunesse réalisé à Montréal en 2015, on en dénombre 76 en milieu scolaire et 21 en CLSC pour un total de 97 points de service sur l'île de Montréal. Le portrait indique également que, bien que chaque point de service ait ses forces, aucun ne répond entièrement aux standards de qualité de l'OMS.

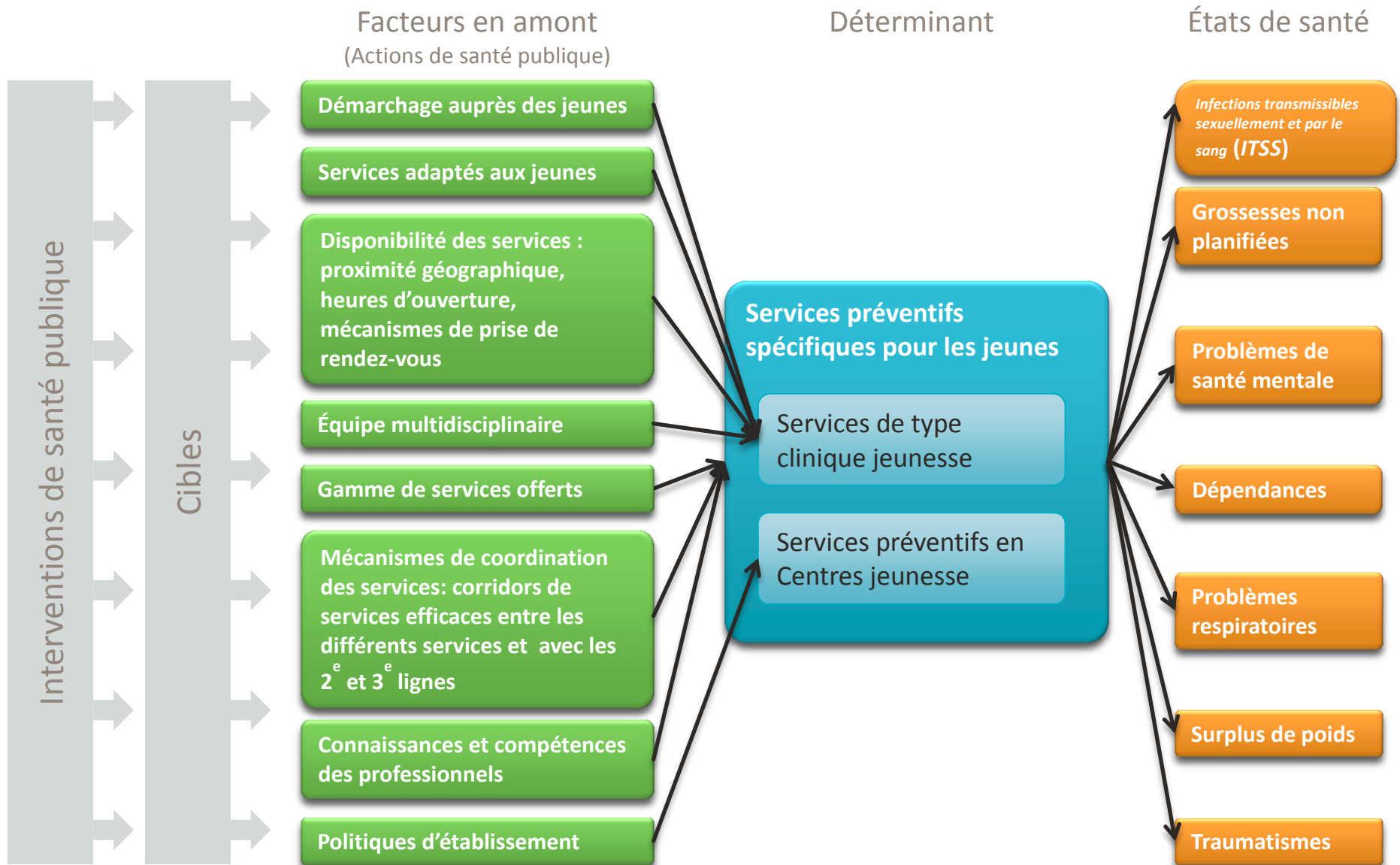
Par ailleurs, les Centres jeunesse de la région de Montréal (Centre jeunesse de Montréal – Institut Universitaire et Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw) offrent des services psychosociaux et de réadaptation à près de 20 000 jeunes annuellement, dont environ 2200 hébergés dans des ressources institutionnelles ou en foyers de groupe, notamment des services d'hébergement à environ 3300 enfants et jeunes par année. En plus des services relatifs à leur mission de protection, les Centres jeunesse dispensent des services de 1^{re} ligne, de promotion de la santé et de prévention sur les problématiques les plus courantes (ex. : éducation à la sexualité, prévention de la violence, prévention des dépendances). Enfin, diverses politiques de santé (ex. : tabac, alimentation, activité physique, prévention de la violence) sont actuellement déployées par les Centres jeunesse de façon à garantir aux jeunes hébergés en ressource institutionnelle ou en foyer de groupe, un milieu de vie favorable à leur santé.

PERTINENCE

Les adolescents et jeunes adultes ont des besoins spécifiques en matière de services de santé pour assurer leur développement. Il a été démontré que 70 % des problèmes de santé des adolescents sont reliés à sept types de comportements à risque: l'abus d'alcool et de drogues, les activités sexuelles non-protégées, la violence, les comportements liés aux traumatismes, le tabagisme, la sédentarité et les mauvaises habitudes alimentaires. Pour répondre de façon optimale aux besoins des jeunes, les services qui leur sont offerts doivent être adaptés et en lien avec leurs attentes (OMS, 2002). L'accessibilité aux services de type clinique jeunesse en milieu scolaire est reconnue comme une manière d'augmenter l'accès aux services de première ligne. Certains jeunes hésitent à consulter leur médecin de famille pour des questions en lien avec l'abus de substance, la santé sexuelle ou des problèmes personnels ou émotionnels, par inconfort ou pour des craintes relatives à la confidentialité. Ainsi, les services de type clinique jeunesse, adaptés à leurs besoins, permettent de diminuer les barrières d'accès pour cette clientèle.

Les services de type clinique jeunesse en milieu scolaire contribuent également à la réduction des comportements à risque. Les adolescents sexuellement actifs qui utilisent ces services sont deux fois plus susceptibles d'employer la contraception chaque fois qu'ils ont des relations sexuelles. Ces services permettent non seulement d'améliorer l'état de santé, mais également de réduire les coûts, notamment ceux associés aux hospitalisations, aux maladies chroniques et aux grossesses. Pour l'état de New York, on estimait à 327 millions de dollars le montant épargné annuellement par les services préventifs précoces offerts en milieu scolaire.

Les comportements à risque et les problèmes de santé physique et mentale évitables tels que le tabagisme, la détresse psychologique, les traumatismes, les ITSS, la dépendance aux substances psychoactives et certaines maladies chroniques sont particulièrement fréquents chez les jeunes suivis et hébergés en Centres jeunesse. Offrir des services de promotion et de prévention dans les Centres jeunesse, incluant le déploiement de politiques sur les saines habitudes de vie, peut contribuer à minimiser ces problèmes et réduire les inégalités sociales de santé.



OBJECTIFS MONTRÉALAIS

Services de type clinique jeunesse : d'ici 2021,

1. Augmenter l'accès à des services de type « clinique jeunesse » de qualité pour tous les jeunes Montréalais de 12-25 ans;

Services préventifs en Centres jeunesse : d'ici 2021,

2. Augmenter l'accès à des services de promotion de la santé et de prévention de qualité offerts aux jeunes suivis par les Centres jeunesse;
3. Augmenter la proportion de jeunes hébergés en Centres Jeunesse qui bénéficient d'un milieu de vie sain et sécuritaire, notamment en matière de saine alimentation, d'activité physique, d'environnement sans fumée⁷ et de prévention de la violence et de l'intimidation.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 1.6, 1.10, 2.3, 2.8, 3.5, 3.8

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
<i>Services de type clinique jeunesse</i>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. D'ici 2021, chaque CIUSSS assurera l'accès à des services de type clinique jeunesse qui : <ol style="list-style-type: none"> a. Diffuseront de l'information adaptée (technologie, littératie) et en faisant du démarchage auprès de groupes cibles; b. Impliqueront les jeunes dans l'élaboration de l'offre de services et l'évaluation de la satisfaction; c. Élargiront leur gamme de services pour inclure des activités sur la santé générale, la santé mentale, la santé sexuelle, la consommation de substances psychoactives, le tabagisme et les saines habitudes de vie; d. Assureront une proximité géographique, des heures d'ouverture et des mécanismes de prise de rendez-vous adaptés (ex. : électroniques); e. Permettront l'accès à des ressources multidisciplinaires dont les professionnels détiennent des connaissances et compétences sur les meilleures pratiques en matière de services préventifs spécifiques aux jeunes (peut inclure des 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expertise-conseil auprès des directions des programmes jeunesse des CIUSSS et du groupe régional des cliniques jeunesse sur les meilleures pratiques en matière d'organisation de services de type clinique jeunesse. 2. Production d'outils de référence sur l'état de santé des jeunes Montréalais, le portrait des cliniques jeunesse, les diverses modalités d'offre de services, l'analyse des besoins des jeunes et le démarchage. 3. Accompagnement du processus d'amélioration des services de type cliniques jeunesse. 4. Événement de partage des connaissances sur les meilleures pratiques en matière de services de type clinique jeunesse. 5. Formation aux intervenants des CIUSSS des services de type clinique jeunesse sur les meilleures pratiques en matière de services 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expertise-conseil : soutien clinique auprès des intervenants des services de type clinique jeunesse. 2. Démarchage dans les milieux de vie fréquentés par les jeunes pour connaître leurs besoins en termes de services de type clinique jeunesse et les informer des services offert par le CIUSSS, en collaboration avec le milieu scolaire et les organismes communautaires. 3. Services individuels et interventions de groupe offerts aux jeunes en matière de santé mentale, de prévention et traitement des ITSS, de prévention de la consommation de substances psychoactives et promotion des saines habitudes de vie. 4. Information aux jeunes en matière 	-

⁷ Les interventions décrites dans la fiche *Tabagisme et exposition à la fumée de tabac dans l'environnement* contribuent également à l'atteinte de cet objectif. PARI-SP de Montréal 2016-2021 – Offre de services détaillée, 3 mars 2017

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
<p>ressources accessibles via des corridors de service ou les commissions scolaires);</p> <p>f. Auront des corridors de service efficaces avec la 2^e et la 3^e ligne.</p>	<p>préventifs spécifiques aux jeunes.</p> <p>6. Information à la population sur des enjeux de santé touchant les jeunes en milieu urbain.</p> <p>7. Rencontres avec les décideurs (directeurs concernés des CIUSSS et des établissements non-fusionnés) dans un but de faciliter l'établissement de corridors de services auprès des 1^{re}, 2^e et 3^e lignes.</p>	<p>de santé mentale, prévention de la consommation de substances psychoactives et promotion des saines habitudes de vie.</p> <p>5. Partenariat entre les services de type clinique jeunesse et la 2^e et la 3^e ligne pour l'établissement de corridors de services.</p>	
<i>Services préventifs en Centres jeunesse</i>			
<p>2. D'ici 2021, tous les jeunes suivis en Centres jeunesse auront accès à des programmes de développement des compétences personnelles et sociales (ex. : gestion du stress et des conflits, alimentation, sexualité saine et responsable, santé mentale, dépendance, etc.).</p> <p>3. D'ici 2021, des politiques de promotion de la santé (tabac, alimentation, activité physique, prévention de la violence et de l'intimidation, etc.) auront été mises en place dans tous les lieux d'hébergement des Centres jeunesse.</p> <p>4. D'ici 2021, tous les intervenants des Centres jeunesse détiendront des connaissances et compétences en matière de promotion et de prévention.</p> <p>5. D'ici 2018, les Centres jeunesse offriront des services médicaux et psychosociaux aux jeunes hébergés dans les délais prescrits:</p> <p>a. Un dépistage de l'état de santé dans les 72 heures suivant leur arrivée;</p> <p>b. Une évaluation médicale complète, incluant une évaluation du parcours scolaire, dans les 30 jours suivant leur arrivée;</p> <p>c. Un suivi de leur évaluation médicale dans les 60 à 90 jours suivant leur arrivée.</p>	<p>8. Expertise-conseil aux Centres jeunesse et rétroaction sur les pratiques concernant les programmes de développement des compétences personnelles et sociales des jeunes.</p> <p>9. Expertise-conseil aux Centres jeunesse en matière de politiques de promotion de la santé.</p> <p>10. Développement d'une programmation de formation des professionnels de la santé et des services sociaux œuvrant auprès des jeunes en matière de promotion et de prévention.</p> <p>11. Analyse de contexte et rencontres avec des décideurs des Centres jeunesse au sujet des standards de pratique au regard des services médicaux et psychosociaux.</p> <p>12. Expertise-conseil auprès des professionnels des Centres jeunesse sur les meilleures pratiques en matière de services préventifs spécifiques aux jeunes en situation de vulnérabilité et sur les outils standardisés d'évaluation médicale complète.</p>	<p>6. Services individuels et de groupe en matière de développement des compétences personnelles et sociales des jeunes suivis par les Centres jeunesse.</p> <p>7. Accompagnement de processus pour le développement et l'implantation de politiques de promotion de la santé dans tous les lieux d'hébergement des Centres jeunesse.</p> <p>8. Services médicaux individuels aux jeunes hébergés en Centre jeunesse, dans des délais correspondants aux meilleures pratiques : dépistage des problèmes de santé à leur arrivée; évaluation médicale complète; suivi.</p> <p>9. Formations en promotion et en prévention aux intervenants des Centres jeunesse.</p>	<p><i>Organismes communautaires :</i></p> <p>1. Formations en promotion et en prévention aux intervenants des Centres jeunesse.</p>

DÉFINITION

La violence interpersonnelle chez les jeunes comprend : la violence familiale ou d'un partenaire intime (incluant la violence amoureuse) et la violence vécue à l'école ou dans la communauté. Le présent déterminant concerne la violence à l'école ou dans la communauté. Selon le MELS (2009), la violence réfère à toute manifestation de force – verbale, écrite, physique, psychologique ou sexuelle – exercée intentionnellement, directement ou indirectement, par un individu ou un groupe et ayant comme effet de léser, de blesser ou d'opprimer toute personne en s'attaquant à son intégrité, à son bien-être psychologique ou physique, à ses droits ou à ses biens. Ainsi, la violence à l'école peut prendre plusieurs formes (ex. : crier des injures, menacer, frapper), l'intimidation en étant une des plus sérieuses, à cause de son caractère répétitif et de l'inégalité des rapports de force qui en résulte entre les personnes concernées, ayant pour effet d'ostraciser la victime.

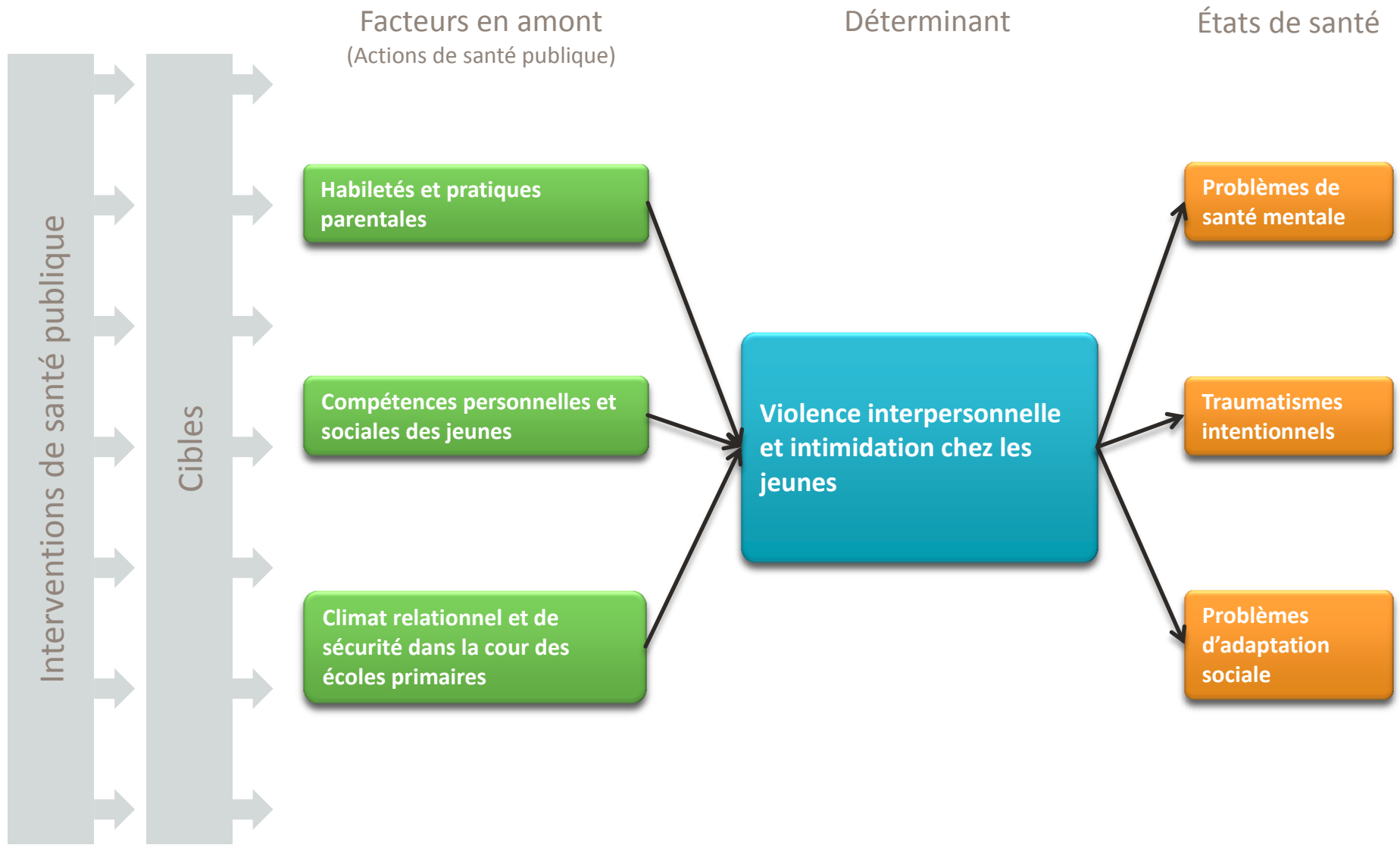
PERTINENCE

La violence interpersonnelle est très présente chez les enfants et les jeunes. Environ deux tiers des enfants montréalais du primaire ont vécu au moins une situation de violence à l'école ou sur le chemin de l'école. En 4^e année, 16 % d'entre eux font état d'intimidation (Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais, 2003).

Parmi les élèves du secondaire, 40 % ont été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école, ou de cyberintimidation (Enquête québécoise sur la santé des jeunes Québécois, 2011). Les jeunes qui vivent dans un milieu matériellement défavorisé sont en proportion plus nombreux que les autres à être victimes de violence, à manifester des comportements d'agressivité directe ou à avoir enfreint la loi.

Les manifestations de violence ont un impact important sur la santé physique (traumatismes intentionnels : blessures et suicides) et la santé mentale (détresse psychologique, anxiété, dépression). Elles sont également liées aux problèmes d'adaptation (absentéisme à l'école, difficultés et décrochage scolaires, délinquance, abus de drogues ou d'alcool).

Afin de compléter les mesures déjà en place, le ministère de la Famille du Québec s'est doté en 2015 d'un plan d'action concerté pour prévenir et contrer l'intimidation. Auparavant, l'adoption du projet de loi no 56 avait permis d'inscrire dans la Loi sur l'instruction publique et la Loi sur l'enseignement privé des dispositions particulières afin de prévenir et réduire les gestes de violence et d'intimidation. Plusieurs experts s'entendent sur la nécessité d'aborder la question de la violence et de l'intimidation de manière globale, par la promotion de comportements bienveillants et de rapports égalitaires, plutôt que par une approche répressive punitive.



OBJECTIFS MONTRÉLAIS

1. D’ici 2021, réduire la proportion de jeunes Montréalais victimes de violence ou d’intimidation à l’école ou dans la communauté.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 1.6, 1.11

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D’AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
<p>1. D’ici 2021, les jeunes d’âge scolaire auront amélioré leurs compétences personnelles et sociales nécessaires à l’établissement de relations interpersonnelles harmonieuses, exemptes de violence.</p>	<p>1. Expertise-conseil sur les interventions efficaces de promotion des relations harmonieuses, de prévention de l’intimidation et de la violence (selon les besoins : aux CIUSSS, commissions scolaires et tables de concertation régionales).</p>	<p>1. Expertise-conseil (aux milieux scolaires et organismes communautaires) sur les conditions d’efficacité en promotion et en prévention de l’intimidation et de la violence. 2. Interventions de groupe en promotion de la santé et en prévention visant le développement des compétences personnelles et sociales des jeunes, en collaboration avec les organismes de la communauté et/ou le personnel scolaire.</p>	<p><i>Organismes communautaires :</i></p> <p>1. Interventions de groupe visant le développement des compétences personnelles et sociales des jeunes et la prévention de la violence et de l’intimidation, incluant les projets financés par le programme de santé publique, en collaboration avec les CIUSSS et/ou le personnel scolaire.</p>
<p>2. D’ici 2021, les parents auront amélioré leur capacité d’agir auprès de leurs jeunes en matière de prévention de la violence et de l’intimidation.</p>	<p>2. Expertise-conseil et événements de partage de connaissances avec les commissions scolaires, les CIUSSS et les organismes communautaires sur les stratégies efficaces pour rejoindre et intervenir auprès des parents.</p>	<p>3. Interventions de groupe et individuelles, particulièrement auprès des parents de jeunes vulnérables : a) Diffusion d’information et d’outils; b) Formations et conférences; c) Groupes de soutien. 4. Concertation avec les organismes communautaires pour mettre en place des stratégies efficaces visant à rejoindre les parents.</p>	<p><i>Organismes communautaires :</i></p> <p>2. Interventions de groupe sur les pratiques parentales favorables à l’établissement de relations harmonieuses et exemptes de violence chez leurs enfants, incluant les projets financés par le programme de santé publique, en collaboration avec les CIUSSS et/ou le personnel scolaire.</p>

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
<p>3. Selon les priorités des commissions scolaires, des actions visant à améliorer le climat relationnel et de sécurité dans la cour d'école seront implantées dans les écoles primaires publiques selon la démarche <i>Ma cour : un monde de plaisir!</i></p> <p>4. D'ici 2021, des actions visant à améliorer le climat relationnel et de sécurité dans la cour d'école seront implantées dans 15 écoles primaires privées selon la démarche <i>Ma cour : un monde de plaisir!</i></p>	<p>3. Expertise-conseil et production d'outils de référence et formation aux commissions scolaires dont les écoles primaires souhaitent revoir l'environnement de leur cour d'école pour offrir aux jeunes un environnement sain et sécuritaire et qu'ils entretiennent des relations harmonieuses (démarche <i>Ma cour un monde de plaisir!</i>).</p>	<p>5. Accompagnement de processus d'amélioration auprès des écoles primaires qui souhaitent mettre en place des actions au regard de leur cour d'école (démarche <i>Ma cour un monde de plaisir!</i>), en collaboration avec les commissions scolaires.</p>	<p><i>Commissions scolaires :</i></p> <p>3. Accompagnement de processus d'amélioration des écoles primaires publiques concernant la cour d'école.</p> <p>4. Formations aux écoles primaires publiques concernant la cour d'école.</p>

DÉFINITION

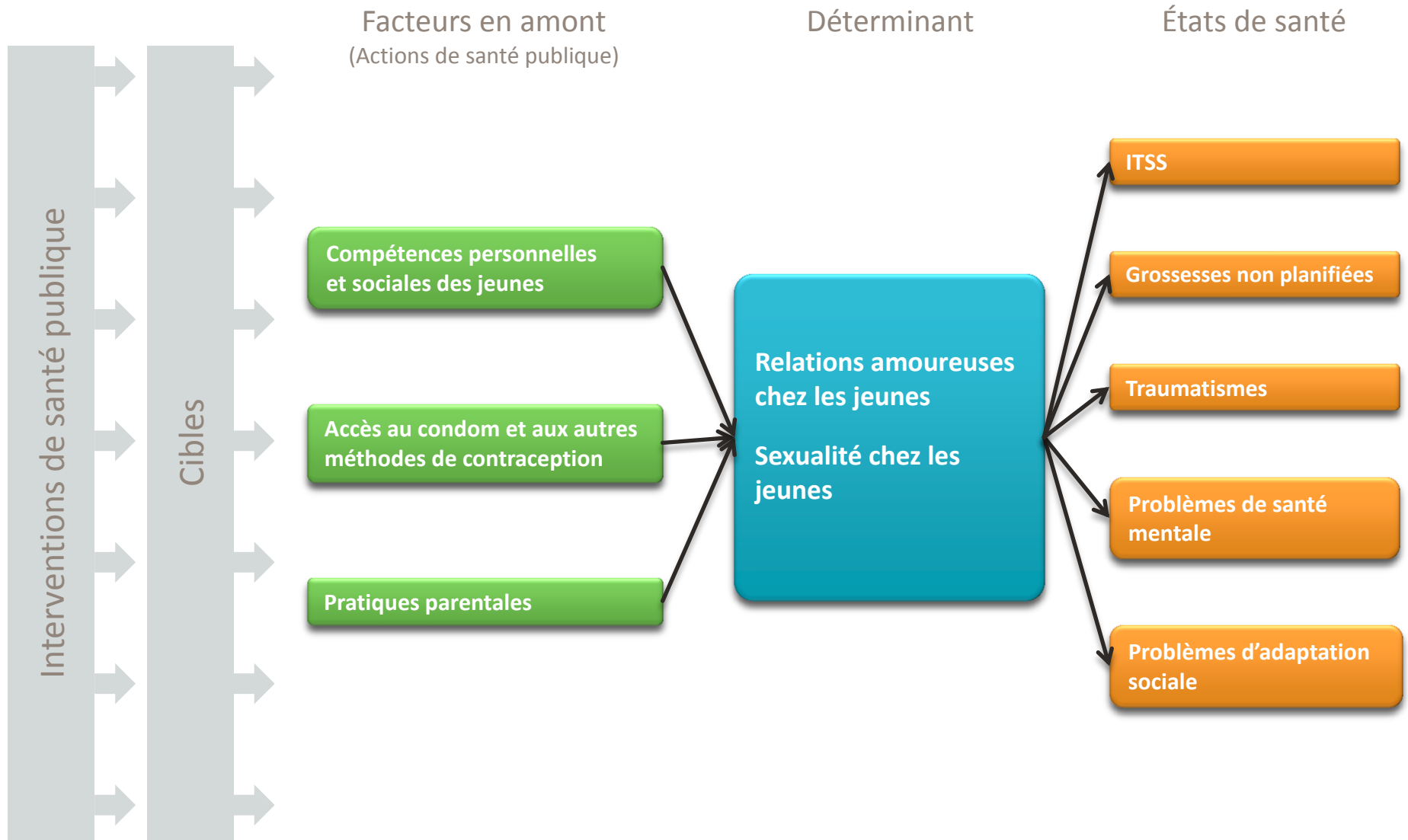
La relation amoureuse peut se définir comme une liaison entre deux personnes fondée sur une attirance réciproque et dans laquelle les partenaires éprouvent un sentiment d'affection et d'attachement. La relation amoureuse permet l'affirmation de l'identité et l'expérimentation sexuelle en encourageant l'engagement dans l'intimité émotionnelle et physique. Les apprentissages relatifs aux multiples dimensions (biologique, psychologique, affective, relationnelle, cognitive, morale, spirituelle, culturelle, sociale et légale) des relations amoureuses et de la sexualité s'inscrivent dans le développement des jeunes et ce, dès le plus jeune âge, mais occupent une plus grande place au cours de l'adolescence. Bien que cette période représente un moment privilégié pour traiter de certains sujets de manière plus spécifique, il ne faut pas sous-estimer l'importance d'aborder ces thèmes dès l'entrée au primaire. Ainsi, pour favoriser les relations amoureuses harmonieuses et égalitaires de même qu'une sexualité saine et responsable chez les adolescents et les jeunes adultes, les interventions doivent cibler les jeunes dès l'âge de 6 ans.

PERTINENCE

La manière dont les jeunes vivent leurs relations amoureuses et expriment leur sexualité peut constituer une source de plaisir et d'enrichissement, tout comme elle peut engendrer d'importantes difficultés qui risquent de freiner leur épanouissement et d'avoir des impacts négatifs sur leur état de santé et de bien-être. La violence dans les relations amoureuses est vécue (subie ou infligée) par 40 % des jeunes montréalais du secondaire (EQSJS 2010-2011). Parmi les adolescents ayant subi ou infligé au moins une forme de violence dans leurs relations amoureuses au cours des 12 derniers mois, 28 % ont vécu de la violence psychologique, 21 % de la violence physique et 12 % de la violence sexuelle. Ces proportions sont significativement plus élevées chez les filles. Les conséquences de la violence dans les relations amoureuses sur la santé physique et psychologique sont nombreuses, graves et peuvent même persister longtemps après l'exposition. Citons notamment les traumatismes (blessures physiques), les problèmes de santé mentale (détresse psychologique, anxiété, dépression, somatisation, dysfonction sexuelle, suicide, etc.) et les problèmes d'adaptation sociale (baisse de la performance scolaire et décrochage scolaire, troubles du comportement, abus d'alcool ou de drogues, difficultés relationnelles, etc.).

Par ailleurs, un nombre élevé de jeunes montréalais adoptent des comportements sexuels à risque. Près du tiers des jeunes de 14 ans ou plus du secondaire (28 %) indiquent ne pas avoir utilisé le condom lors de la dernière relation vaginale (EQSJS 2010-2011), cette proportion est significativement supérieure chez les filles. Chez les jeunes de 18 à 24 ans, 75 % disent n'avoir « jamais ou occasionnellement » utilisé le condom lors de relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale au cours des 12 derniers mois (EQSP 2014-2015).

Ces comportements rendent les jeunes vulnérables aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et aux grossesses non planifiées. En effet, 52 % des cas de chlamydie et 31 % des infections gonococciques déclarés à Montréal en 2014 touchent les 15 à 24 ans. Ces deux ITSS peuvent entraîner des séquelles importantes (santé reproductive des femmes, augmentation du risque de contracter ou de transmettre le VIH). Les grossesses précoces peuvent occasionner notamment des problèmes de santé mentale, le décrochage scolaire et la précarité économique. On dénombre en moyenne 418 grossesses adolescentes par année à Montréal, 80 % d'entre elles se terminant par une interruption volontaire de grossesse, laquelle peut engendrer de nombreux symptômes, tels que l'anxiété et le stress post-traumatique.



OBJECTIFS MONTRÉLAIS

D'ici 2021,

1. Diminuer la proportion des jeunes qui vivent de la violence dans leurs relations amoureuses;
2. Augmenter la proportion des jeunes qui se protègent de manière efficace lors de relations sexuelles à risque.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 1.6, 1.11

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
<p>1. D'ici 2021, les jeunes d'âge scolaire auront amélioré leurs compétences personnelles et sociales.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Production d'outils sur les interventions efficaces (incluant le matériel promotionnel et les outils d'intervention), d'avis sur les initiatives locales en éducation à la sexualité, à l'intention des CIUSSS, concertations régionales et commissions scolaires. 2. Expertise-conseil aux CIUSSS, concertations régionales et commissions scolaires sur les interventions efficaces, les initiatives locales, les contenus thématiques et les conditions organisationnelles favorables à la promotion et à la prévention. 3. Expertise-conseil auprès des comités des projets-pilotes pour la planification régionale des apprentissages en éducation à la sexualité. 4. Formation annuelle aux CIUSSS, concertations régionales et commissions scolaires sur les 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expertise-conseil, production et diffusion d'outils pour les écoles en soutien aux interventions de groupe dans le cadre des apprentissages en éducation à la sexualité ou d'activités complémentaires pour favoriser un réinvestissement des apprentissages. 2. Expertise-conseil au sein des comités des projets-pilotes pour la mise en œuvre des apprentissages en éducation à la sexualité. 3. Services individuels de type clinique jeunesse (voir Fiche <i>Services préventifs spécifiques pour les jeunes</i>). 	<p><i>Organismes communautaires :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interventions de groupe auprès des jeunes complémentaires aux apprentissages en éducation à la sexualité incluant les projets financés par le programme de santé publique pour favoriser un réinvestissement des apprentissages auprès des jeunes.

⁸ Dès septembre 2017, les directions d'école auront la responsabilité de planifier, de mettre en œuvre et de faire un bilan annuel des apprentissages en éducation à la sexualité et ce, du préscolaire à la fin du secondaire. Les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et des organismes de la communauté pourront appuyer les écoles et les commissions scolaires dans cette démarche. La présente offre de services décrit la contribution possible du RSSS pour soutenir le développement des compétences des jeunes en matière de relations amoureuses et de sexualité par des interventions efficaces. Cette offre se fonde aussi sur des pratiques reconnues pour déployer des interventions complémentaires aux apprentissages en ciblant la création d'environnements favorables et le développement de pratiques parentales.

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
	<p>meilleures pratiques et autres besoins régionaux.</p> <p>5. Événement annuel de partage de connaissances, d'expertise et d'expériences pour les CIUSSS, concertations régionales et commissions scolaires.</p>		
<p>2. D'ici 2021, les jeunes auront un meilleur accès au matériel de protection et de contraception dans les milieux qu'ils fréquentent⁹ (écoles secondaires, cégeps, universités, maisons de jeunes, centres jeunesse, cliniques jeunesse, maisons d'hébergement, etc.).</p>	<p>6. Approvisionnement régional de matériel de protection et distribution auprès des CIUSSS et commissions scolaires.</p> <p>7. Production d'un état de situation et d'outils sur les interventions efficaces, les critères d'efficacité et les conditions favorables à l'accessibilité à la contraception et à son utilisation adéquate, à l'intention des CIUSSS et commissions scolaires.</p> <p>8. Expertise-conseil aux CIUSSS et commissions scolaires sur les initiatives locales en matière d'accès à la contraception.</p> <p>9. Expertise-conseil aux CIUSSS et commissions scolaires sur les méthodes efficaces de contraception et sur les stratégies d'intervention appropriées pour combiner l'accès aux méthodes contraceptives aux interventions en éducation à la sexualité.</p>	<p>4. Interventions de groupe et individuelles auprès des jeunes du secondaire :</p> <p>a. Informations sur les ITSS et la grossesse, sur les moyens de les prévenir, et sur les services offerts à l'école et par le CIUSSS;</p> <p>b. Accès au condom et autres méthodes contraceptives.</p> <p>5. Expertise-conseil aux directions d'écoles, cliniques jeunesse, Centres jeunesse et organismes communautaires sur les stratégies combinant l'accès aux méthodes contraceptives et les interventions en éducation à la sexualité, et sur les conditions favorables à l'accessibilité à la contraception et à son utilisation adéquate.</p> <p>6. Distribution de matériel de protection et d'outils d'intervention et de promotion aux écoles, cliniques jeunesse, Centres jeunesse et organismes communautaires.</p>	<p><i>Écoles et organismes communautaires :</i></p> <p>2. Interventions de groupe et individuelles auprès des jeunes du secondaire :</p> <p>a. Accessibilité à la contraception au sein de l'école en encourageant son utilisation adéquate;</p> <p>b. Projets complémentaires aux apprentissages en éducation à la sexualité pour favoriser un réinvestissement des apprentissages auprès des jeunes, incluant les projets financés par le programme de santé publique.</p>
<p>3. D'ici 2021, les parents auront amélioré leur capacité d'agir auprès de leurs jeunes en matière d'éducation à la sexualité.</p>	<p>10. Production d'un outil sur les interventions efficaces au regard du rôle et des pratiques parentales en éducation à la sexualité, à l'intention des CIUSSS, concertations régionales et commissions scolaires.</p> <p>11. Expertise-conseil et événements de partage des connaissances pour les CIUSSS, concertations régionales et commissions scolaires sur les stratégies efficaces pour rejoindre les parents.</p>	<p>7. Interventions de groupe et individuelles auprès des parents, particulièrement ceux dont les jeunes sont vulnérables :</p> <p>a. Diffusion d'information et d'outils;</p> <p>b. Formations et conférences;</p> <p>c. Groupes de soutien;</p> <p>d. Interventions familiales favorisant les contacts face-à-face (parent-jeune-</p>	<p><i>Organismes communautaires :</i></p> <p>3. Interventions de groupe auprès des parents sur l'importance du rôle de parent et les pratiques parentales efficaces en éducation à la sexualité, incluant les projets financés par le programme de santé publique.</p>

⁹ Pour ce qui est de l'accès au dépistage et aux traitements des ITSS, voir la fiche *Services préventifs spécifiques pour les jeunes*.
PARI-SP de Montréal 2016-2021 – Offre de services détaillée, 3 mars 2017

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
	12. Expertise-conseil aux CIUSSS, concertations régionales et commissions scolaires sur les initiatives locales en éducation à la sexualité.	intervenant). 8. Concertation avec les écoles et les organismes communautaires pour mettre en place des stratégies efficaces visant à rejoindre les parents.	

AXE **2**

**L'ADOPTION DE MODES DE VIE ET LA CRÉATION
D'ENVIRONNEMENTS SAINS ET SÉCURITAIRES**

DÉFINITION¹⁰

S'alimenter sainement consiste à manger des aliments et des boissons de qualité, en quantité adéquate pour améliorer ou maintenir sa santé, en toute dignité, tout en retirant du plaisir, dans une perspective de développement durable.

- La **qualité** fait référence aux choix alimentaires. C'est manger plus souvent des produits moins transformés comme des fruits et légumes, des produits laitiers et leurs substituts, des légumineuses et des produits céréaliers de grains entiers. Cela signifie également manger moins souvent des aliments riches en gras, sel et sucre.
- La **quantité** fait référence aux apports alimentaires, c'est-à-dire manger des aliments en quantité adéquate pour répondre à ses besoins physiologiques.
- La dignité fait référence au droit à l'alimentation et implique que les aliments sont obtenus de façon socialement acceptable (vs la charité).
- Le plaisir fait référence au fait que les aliments sont attrayants, savoureux et consommés sans culpabilité ou obligation.
- La perspective **de développement durable** ne constitue pas un enjeu prioritaire mais face à des choix, l'option qui favorise le développement durable est privilégiée.

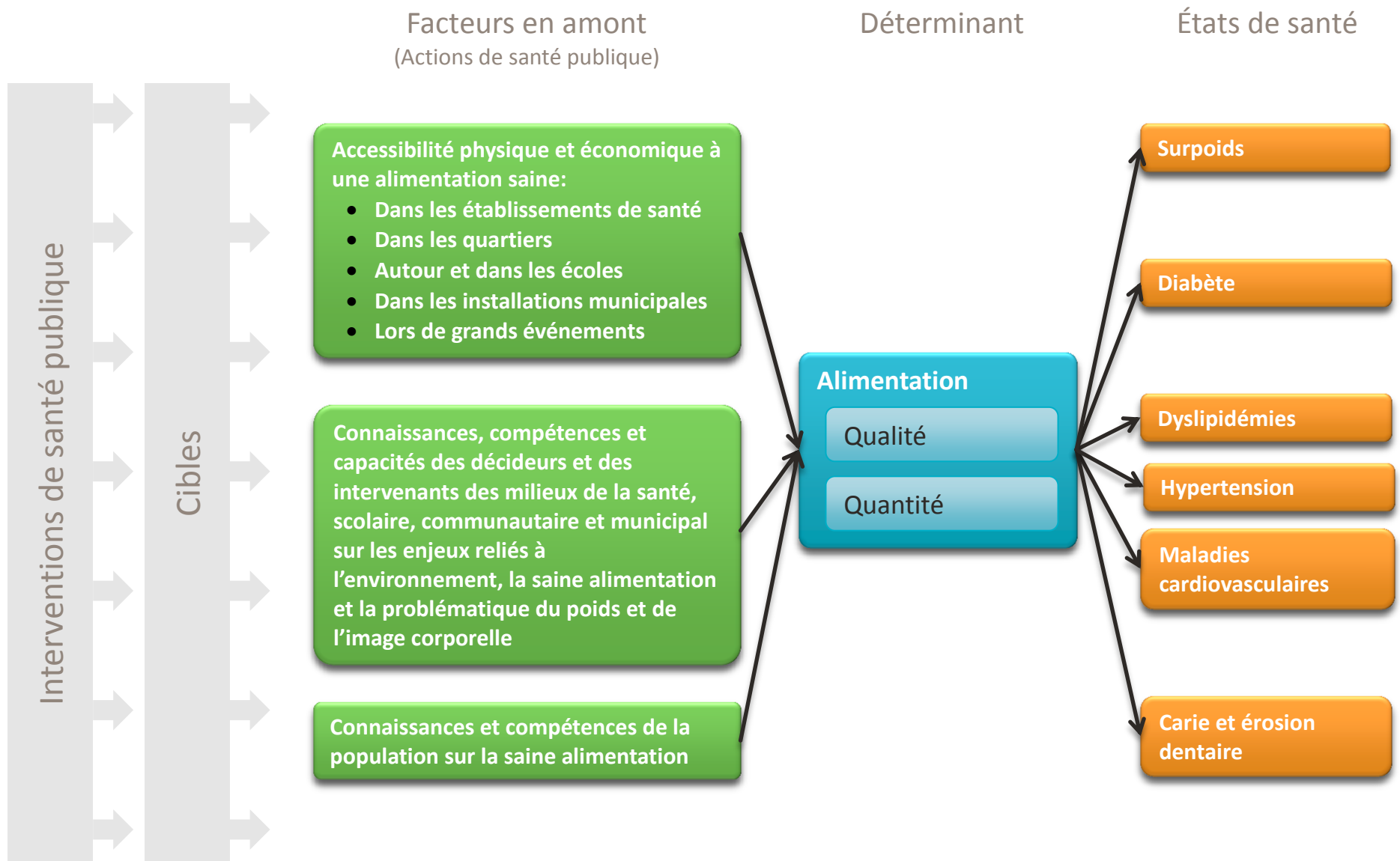
Les sciences du comportement indiquent qu'il est difficile d'améliorer la qualité de l'alimentation si toute la responsabilité de « mieux manger » incombe aux consommateurs. C'est pourquoi il est essentiel d'intervenir afin de rendre les choix sains plus faciles et les choix moins sains plus difficiles. Les interventions structurantes sur les environnements, c'est-à-dire celles qui modifient des facteurs ou des conditions agissant en amont des comportements alimentaires sont à privilégier. Pour créer ce type d'environnements, il est essentiel d'outiller les décideurs et les intervenants des milieux de la santé, scolaires, communautaires et municipaux afin qu'ils puissent agir dans cette perspective tel que préconisé dans l'approche *Prendre soin de notre monde*. Notons également que les interventions dans les divers milieux touchent autant les personnes qui y transitent que celles qui y travaillent, comme c'est le cas dans le réseau de la santé.

PERTINENCE

Chez les enfants et les jeunes, la saine alimentation permet un développement optimal et contribue à la réussite et à la persévérance scolaire. À l'inverse, de nombreux problèmes de santé sont associés à la piètre qualité de l'alimentation ou la quantité inadéquate d'aliments consommés (trop ou pas assez), et ce, tout au long de la vie. L'alimentation déséquilibrée est un facteur de risque pour le diabète, les maladies cardiaques, l'hypertension, les dyslipidémies, le surplus de poids, la carie dentaire, l'érosion dentaire, le cancer et l'ostéoporose. De plus, le fait d'être préoccupé par son poids entraîne souvent des comportements alimentaires malsains qui contribuent à l'augmentation du poids plutôt qu'à sa réduction.

Note : L'allaitement, l'alimentation des enfants de 0 à 5 ans et l'alimentation en lien avec la santé buccodentaire sont considérés dans d'autres fiches. L'alimentation des aînés ne sera pas considérée spécifiquement, parce qu'elle est influencée en grande partie par les mêmes facteurs que celle du reste de la population. De plus, elle est fortement influencée par la participation sociale des aînés qui est abordée dans une autre fiche. L'insécurité alimentaire étant principalement associée au revenu disponible, les interventions de santé publique s'y rattachant portent sur l'abordabilité du logement.

¹⁰ Dans ce document, les termes « aliments » et « saine alimentation » incluent toujours les boissons. Lorsqu'il est question d'améliorer la qualité de l'offre, on sous-entend d'offrir davantage d'aliments sains et/ou de limiter les aliments riches en sel, gras ou sucre, dont les boissons sucrées.



OBJECTIFS MONTRÉLAIS

1. D'ici 2021, augmenter la proportion de la population qui consomme quotidiennement des aliments nutritifs, spécifiquement des fruits (excluant les jus) et des légumes;
2. D'ici 2021, diminuer les écarts de consommation d'aliments nutritifs entre les divers groupes socioéconomiques;
3. D'ici 2021, diminuer la proportion de la population qui consomme quotidiennement des aliments riches en gras, en sel et en sucre, dont les boissons sucrées;
4. D'ici 2021, diminuer les écarts de consommation d'aliments riches en gras, en sel et en sucre, dont les boissons sucrées, entre les divers groupes socioéconomiques;
5. D'ici 2021, diminuer la proportion de Montréalais qui ont des comportements potentiellement dangereux (sauter des repas, jeûner, prendre des laxatifs, consommer des produits naturels, etc.) pour des raisons liées au poids ou à l'image corporelle.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 1.8, 1.9, 1.11, 2.1, 2.5, 2.8, 2.10, 2.13, 2.14, 2.18

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. D'ici 2021, des professionnels-clés dans toutes les municipalités connaîtront les enjeux et les moyens pour mettre en place des environnements favorables à une saine alimentation. 2. D'ici 2021, 80 % des municipalités auront adopté des règlements ou des politiques qui permettent à leurs employés et aux citoyens qui fréquentent leurs installations de profiter d'une offre de boissons et d'aliments sains. 3. D'ici 2021, toutes les municipalités auront adopté au moins une mesure permanente (politiques, règlements, interventions directes, etc.) qui favorise l'accès physique ou économique à des boissons et des aliments sains sur leur territoire en priorisant les secteurs mal desservis (en-dehors de leurs installations). 4. D'ici 2021, au moins une municipalité 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Représentations publiques, rencontres avec les décideurs, avis et mémoires sur la création d'environnements favorables à la saine alimentation en milieu municipal. 2. Expertise-conseil auprès des intervenants CIUSSS sur les enjeux et les moyens pour mettre en place des environnements favorables à une saine alimentation en milieu municipal. 3. Événements de partage de connaissances sur la saine alimentation en milieu municipal avec les partenaires impliqués (ONG, Système alimentaire montréalais (SAM), Conseil des politiques alimentaires (CPA), municipalités, etc.). 4. Production d'outils de référence sur les bonnes pratiques en matière de création d'environnements favorables à la saine alimentation en milieu municipal. 5. Production d'un cadre de référence montréalais pour la saine alimentation dans le cadre d'événements sportifs ou culturels à Montréal. 6. Concertation avec les acteurs concernés par le système alimentaire (CPA, SAM) afin d'assurer une cohérence et une synergie des actions. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Représentations publiques, rencontres avec les décideurs, avis et mémoires sur la création d'environnements favorables à la saine alimentation en milieu municipal. 2. Accompagnement de processus d'amélioration auprès des intervenants municipaux pour la création d'environnements favorables à la saine alimentation. 3. Développement d'alliances avec les acteurs concernés par le système alimentaire (CPA, SAM) afin de coordonner les actions sur le territoire. 	<p>-</p>

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
<p>aura implanté une politique concernant l'offre alimentaire (aliments et boissons) autour des écoles.</p> <p>5. D'ici 2021, la ville de Montréal aura adopté un cadre de référence pour favoriser une saine alimentation dans le cadre de ses grands événements, principalement ceux qui visent les jeunes et les familles.</p>	<p>7. Expertise-conseil sur les enjeux d'un système alimentaire sain et durable auprès des acteurs concernés (ONG, municipalités, Montréal, Métropole en Santé (MMS), etc.).</p>		
<p>6. D'ici 2021, les cinq CIUSSS auront amélioré la qualité de l'offre alimentaire pour leurs employés et visiteurs dans toutes leurs installations par l'implantation optimale d'une politique alimentaire basée sur le cadre de référence du MSSS.</p>	<p>8. Représentations publiques et rencontres avec des décideurs des CIUSSS et des établissements non fusionnés dans le but d'optimiser l'implantation des politiques alimentaires et de mettre de l'avant l'enjeu d'exemplarité.</p> <p>9. Représentations publiques et rencontres des regroupements d'achats afin que les contrats tiennent compte des orientations de la politique alimentaire.</p> <p>10. Événement de partage de connaissances sur divers thèmes pour les acteurs impliqués dans la politique alimentaire dans les établissements de santé.</p> <p>11. Diffusion des informations issues du MSSS auprès des établissements.</p>	<p>4. Analyse de contexte et rencontres avec les décideurs des diverses instances du CIUSSS pour la mise en œuvre de tous les volets de la politique alimentaire.</p> <p>5. Transfert de connaissances et d'expertise dans l'implantation de la politique alimentaire auprès d'autres établissements.</p>	-
<p>7. D'ici 2021, dans le cadre des politiques alimentaires des commissions scolaires, des actions favorisant la saine alimentation seront implantées dans les écoles primaires et secondaires en ce qui a trait :</p> <p>a) À l'offre alimentaire;</p> <p>b) À l'éducation en nutrition (incluant des contenus sur l'image corporelle);</p> <p>c) Au contexte du repas du dîner.</p>	<p>12. Expertise-conseil sur les bonnes pratiques en alimentation en milieu scolaire auprès des CIUSSS et des organismes communautaires qui interviennent en alimentation à l'école.</p> <p>13. Appréciation et rétroaction sur les pratiques liées à la saine alimentation en milieu scolaire.</p> <p>14. Concertation avec les acteurs du système alimentaire (CPA, SAM, autres) afin de partager les besoins du milieu scolaire et assurer la cohérence des actions.</p>	<p>6. Accompagnement de processus d'amélioration des pratiques au niveau de l'offre alimentaire et l'éducation à la nutrition, en collaboration avec les commissions scolaires (milieu scolaire primaire et secondaire).</p> <p>7. Concertation avec les partenaires de la communauté (commissions scolaires, écoles, municipalités, organismes communautaires, etc.) pour favoriser le partage d'outils, de ressources humaines et d'infrastructures afin d'optimiser l'arrimage et la</p>	<p><i>Organismes communautaires :</i></p> <p>1. Interventions de groupe en promotion de la saine alimentation auprès des jeunes en milieu scolaire, incluant les projets financés par le programme de santé publique.</p>

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
		complémentarité des actions en saine alimentation en milieu scolaire.	
8. D'ici 2021, les intervenants des GMF, CLSC et cliniques réseau ainsi que les pharmaciens communautaires auront des connaissances et compétences sur les pratiques exemplaires en lien avec le counseling sur les habitudes de vie, la saine alimentation ainsi que sur le poids et l'image corporelle afin de mieux informer la population sur ces enjeux.	15. Développement d'outils de communication : énoncé de position pour les professionnels de la santé sur le lien entre le poids et la santé. 16. Formation des intervenants des GMF, des cliniques réseau, des CIUSSS et des pharmaciens communautaires sur les pratiques exemplaires en lien avec le poids.	8. Sessions d'orientation des professionnels des CIUSSS autour de l'énoncé de position, en collaboration avec la DRSP. 9. Appréciation et rétroaction sur les pratiques en matière de poids et d'image corporelle.	-
9. D'ici 2021, des initiatives locales visant l'amélioration de l'accès physique et économique à une saine alimentation et le développement de compétences visant des populations vulnérables se déploieront à Montréal (incluant les 14 initiatives financées par la DRSP et les initiatives soutenues par d'autres organisations).	17. Représentations publiques, rencontres avec les décideurs, avis et mémoires sur la création d'environnements favorables à la saine alimentation en milieu municipal. 18. Événements de partage de connaissances sur la saine alimentation en milieu municipal avec les partenaires impliqués (ONG, SAM, CPA, municipalités, etc.). 19. Production d'outils de référence sur les bonnes pratiques en matière de création d'environnements favorables à la saine alimentation en milieu municipal. 20. Soutien au développement des communautés pour la réalisation d'initiatives locales visant la capacité d'agir et le développement d'un système alimentaire montréalais sain et durable : a. Soutien financier à des projets locaux; b. Concertation et partenariat avec les acteurs concernés par le système alimentaire (CPA, SAM) afin de partager les besoins « locaux » et d'assurer une cohérence et une synergie des actions; c. Production d'outils de référence pour une meilleure connaissance du territoire ou sur les bonnes pratiques, par exemple, pour soutenir les intervenants impliqués dans les initiatives locales;	10. Concertation avec les organismes communautaires pour déployer des stratégies efficaces pour rejoindre les parents. 11. Développement de coalitions et d'alliances avec les partenaires locaux afin d'arrimer les plans d'action. 12. Représentations publiques, rencontres avec les décideurs, avis et mémoires sur les enjeux de la saine alimentation. 13. Soutien au développement des communautés sur les enjeux de la saine alimentation. 14. Concertation avec les partenaires communautaires et municipaux pour déployer les bonnes pratiques en promotion d'une saine alimentation chez les jeunes.	<i>Organismes communautaires :</i> 2. Interventions de groupe sur la promotion de la saine alimentation auprès des jeunes et de leur famille dans le cadre des projets financés par le programme de santé publique.

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
	<ul style="list-style-type: none"> d. Formation des organisateurs communautaires sur des thèmes spécifiques comme la pérennisation des initiatives, l'urbanisme alimentaire, etc.; e. Expertise-conseil sur divers thèmes (ex. : système alimentaire sain et durable) qui guideront ou favoriseront les actions des initiatives locales; f. Événement de partage de connaissances pour les intervenants impliqués dans les initiatives locales. <p>21. Expertise-conseil aux CIUSSS et aux organismes communautaires sur les stratégies efficaces pour rejoindre et intervenir auprès des familles en matière de saine alimentation.</p> <p>22. Expertise-conseil auprès des CIUSSS et des partenaires communautaires et municipaux (ex. : camps de jour) sur les bonnes pratiques en promotion d'une saine alimentation chez les jeunes.</p>		

DÉFINITION

Il existe quatre types d'activité physique :

- l'activité physique de loisir pratiquée lors d'activités récréatives et sportives;
- l'activité physique de transport, lors des déplacements (marche, vélo, transport en commun);
- l'activité physique de travail (ex. : soulever des charges lourdes);
- l'activité physique domestique, reliée aux tâches d'entretien domiciliaire (ex. : passer l'aspirateur).

Les interventions de santé publique s'intéressent plus particulièrement à deux types d'activité physique : l'activité physique de loisir et de transport, ce dernier constituant une façon d'insérer la pratique d'activité physique dans la routine quotidienne et de réduire la sédentarité.

La notion de la sédentarité, autre composante du déterminant, renvoie à une faible dépense énergétique associée à une position assise prolongée. Le temps passé devant les écrans à des fins de loisirs ainsi que le temps passé en voiture sont de bons indicateurs de la sédentarité.

Bien que, chez un individu, la contribution de chacun des types d'activité physique varie selon des facteurs individuels, tels les compétences personnelles et le sentiment d'efficacité personnel, il n'en demeure pas moins que ce qui l'influence davantage au quotidien est d'abord et avant tout son environnement (politique, économique, socio-culturel et physique). Par exemple :

- L'accessibilité physique et économique à des activités et des installations de loisirs et de sports, ainsi que la disponibilité de l'offre sont parmi les principaux facteurs influençant la pratique d'activité physique de loisir.
- La pratique d'activité physique de transport est, quant à elle, fortement influencée par la forme urbaine (densité, mixité, connectivité) et les caractéristiques des systèmes de transport. Si le transport actif est sécuritaire en soi, l'exposition aux véhicules motorisés en milieu urbain pose un risque accru de blessures. La sécurisation des déplacements actifs passe nécessairement par l'aménagement des quartiers et des infrastructures de transport.

Considérant l'importance de travailler au niveau des environnements, l'implication de partenaires, entre autres les commissions scolaires, les organismes communautaires et le milieu municipal, est nécessaire pour mener à bien les interventions jugées prometteuses, tel que proposé dans l'approche *Prendre soin de notre monde*.

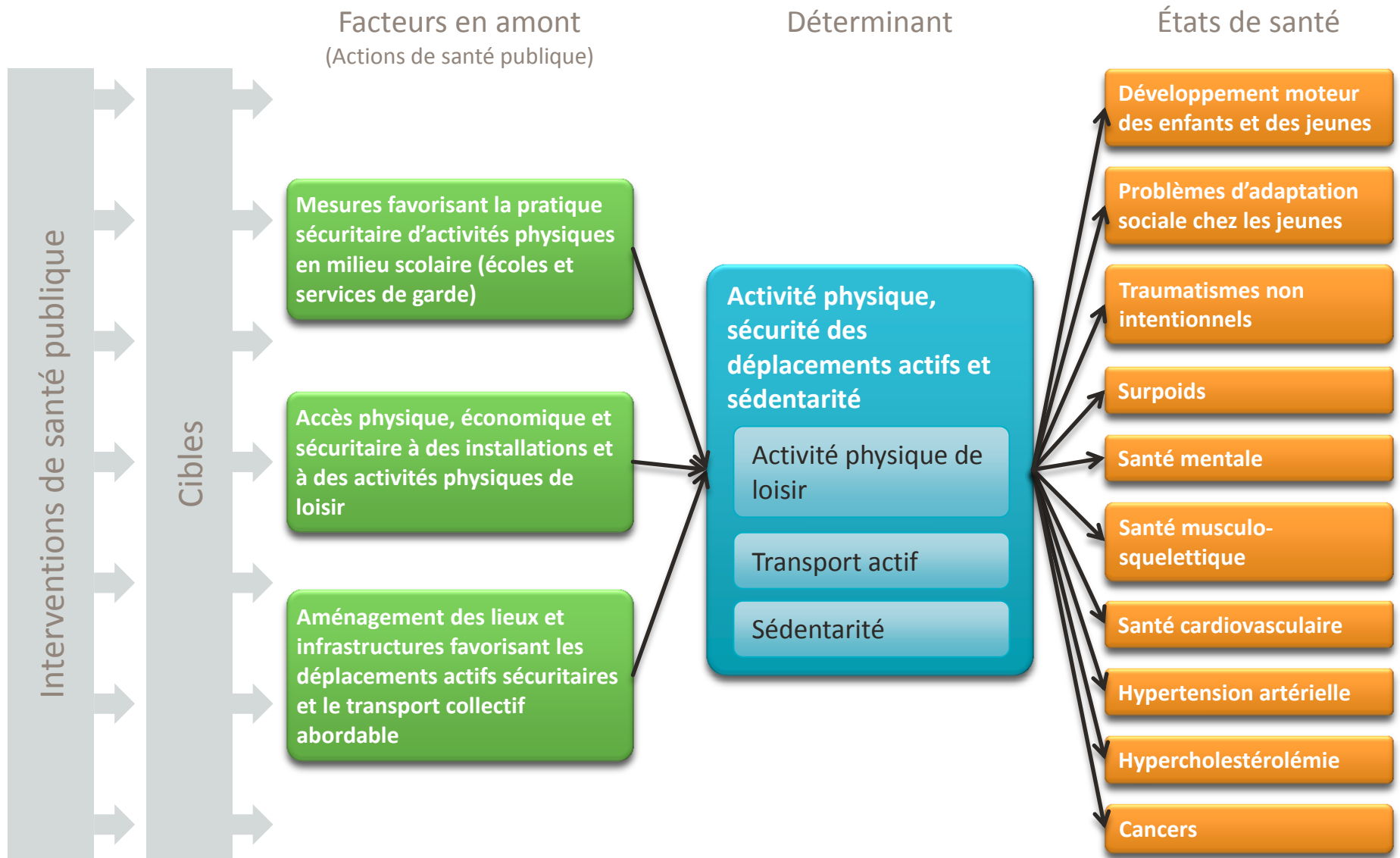
PERTINENCE

À Montréal, 70 % des 12 à 17 ans n'atteignent pas les recommandations quotidiennes de 60 minutes d'activité physique par jour (85 % ne sont pas suffisamment actifs dans les loisirs; 94 % ne sont pas suffisamment actifs dans les transports) (EQSJS, 2010-2011). Chez les adultes, 56 % ne sont pas suffisamment actifs (67 % ne sont pas assez actifs dans les loisirs; 83 % ne sont pas assez actifs dans les transports) (EQSP, 2014-2015). Selon la même enquête, 69 % des aînés ne sont pas suffisamment actifs (76 % ne sont pas assez actifs dans les loisirs; 87 % ne sont pas assez actifs dans les transports). À ce jour, aucune donnée montréalaise n'est disponible pour les enfants de moins de 12 ans.

Pourtant, chez les enfants et les jeunes, la pratique régulière d'activités physiques a des effets positifs considérables sur le développement moteur, la réussite éducative et la persévérance scolaire. Elle contribue également, tout au long de la vie, à prévenir plusieurs problèmes de santé tels que le surplus de poids, l'hypertension, l'hypercholestérolémie, les maladies cardiovasculaires, les problèmes musculo-squelettiques et les problèmes de santé mentale. Le risque de blessure peut également être grandement diminué lorsque les installations et l'encadrement sont adéquats.

Par ailleurs, à Montréal, les accidents de la route constituent la première cause de traumatismes non intentionnels. On compte en moyenne près de 1000 piétons et 1000 cyclistes victimes de traumatismes routiers annuellement.

Note: la pratique d'activités physiques des enfants de 0-5 ans en milieu de garde est considérée dans la fiche Services de garde éducatifs de qualité.



OBJECTIFS MONTRÉLAIS

1. D’ici 2021, augmenter la proportion de la population qui atteint les recommandations en matière d’activité physique;
2. D’ici 2021, réduire la sédentarité chez l’ensemble de la population de l’Île de Montréal;
3. D’ici 2021, réduire les traumatismes routiers impliquant des piétons ou des cyclistes, particulièrement dans les secteurs défavorisés de l’Île de Montréal.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 1.11, 2.1, 2.12, 2.13, 2.14

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D’AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
<p>1. Selon les priorités des commissions scolaires, des actions favorisant la pratique d’activités physiques seront implantées dans les écoles publiques, parmi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Ma cour : un monde de plaisir!</i>; b. L’offre de deux périodes de récréation par jour (AM et PM); c. La limitation du temps écran à des fins non éducatives d. Des activités au regard du développement moteur à l’éducation préscolaire; e. L’offre d’activités physiques en service de garde. <p>2. D’ici 2021, des actions visant à favoriser la pratique d’activités physiques dans la cour d’école selon la démarche <i>Ma cour : un monde de plaisir!</i> seront implantées dans 15 écoles primaires privées.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Représentations publiques et rencontres avec des décideurs du milieu scolaire concernant l’importance de leur milieu comme environnement favorable au mode de vie physiquement actif. 2. Expertise-conseil et concertation avec les réseaux scolaire, de la santé et autres partenaires de la communauté pour favoriser la pratique d’activités physiques et le développement moteur au quotidien. 3. Production d’outils de référence à l’intention du milieu scolaire, des CIUSSS et autres partenaires au regard des recommandations et des interventions efficaces pour favoriser un mode de vie physiquement actif. 4. Événement de partage des connaissances, en collaboration avec les commissions scolaires (ex. : développement moteur à l’éducation préscolaire; cour d’école et des pauses actives, rôle des éducateurs en service de garde dans l’adoption de saines habitudes de vie). 5. Formation sur la cour d’école pour les écoles primaires privées et publiques. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concertation avec les commissions scolaires et autres acteurs locaux du territoire pour favoriser le partage d’outils, de ressources humaines et d’infrastructures afin d’optimiser l’arrimage et la complémentarité des actions en activité physique. 2. Accompagnement de processus d’amélioration auprès des écoles publiques qui souhaitent mettre en place des mesures sur l’activité physique, en collaboration avec les commissions scolaires. 	<p><i>Commissions scolaires :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formations et accompagnement de processus d’amélioration aux écoles primaires au regard de : <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Ma cour : un monde de plaisir!</i> b. <i>Mon service de garde physiquement actif.</i>
<p>3. Selon les priorités des commissions scolaires, des actions visant à augmenter l’offre d’activités parascolaires sportives aux jeunes seront implantées dans des écoles</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Expertise-conseil auprès d’intervenants des milieux scolaires et de la santé concernant le lien entre les activités parascolaires et la persévérance scolaire, les critères d’efficacité des interventions, les initiatives locales, l’accès aux plateaux sportifs, etc. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Accompagnement de processus d’amélioration des pratiques des écoles défavorisées qui veulent intégrer plus d’activités physiques dans l’offre 	<p><i>Organismes communautaires:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Interventions de groupe en activité physique auprès des jeunes en collaboration avec les commissions

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
secondaires en milieu défavorisé ¹¹ .		parascolaire, en collaboration avec les commissions scolaires.	scolaires, incluant celles financées par le programme de santé publique.
4. Selon les priorités des commissions scolaires, des actions concernant l'aménagement de terrains scolaires favorables à un mode de vie physiquement actif seront implantées dans les écoles secondaires.	7. Représentations publiques et rencontres avec les décideurs du milieu scolaire concernant l'importance de leur milieu comme environnement favorable au mode de vie physiquement actif. 8. Production d'un outil de référence sur l'aménagement des cours d'école au secondaire. 9. Expertise-conseil auprès des commissions scolaires et des écoles secondaires qui souhaitent bonifier leur offre en activité physique.	-	-
5. D'ici 2021, améliorer la sécurité dans les aires de jeu et augmenter la conformité des modules de jeux à la norme CAN/CSA-z614-07.	10. Expertise-conseil pour Sport et loisir de l'Île de Montréal (SLIM), les commissions scolaires et la fédération des écoles privées du Québec au regard de la sécurité dans les aires et équipements de jeu en milieu scolaire. 11. Concertation avec SLIM et autres partenaires afin de mettre en œuvre les actions issues du projet <i>ESPACES</i> pour le milieu scolaire.	-	-
6. D'ici 2021, la distance totale parcourue en véhicule privé (VKT) dans les quartiers centraux aura cessé d'augmenter et commencera à diminuer. 7. D'ici 2021, le nombre d'aménagements propices aux déplacements piétonniers sécuritaires sur les trottoirs et aux intersections sera augmenté dans tous les arrondissements. 8. D'ici 2021, les mesures d'apaisement de la circulation à l'échelle des	12. Représentations publiques et rencontres avec des décideurs des instances régionales concernant les différentes planifications ¹² , les interventions sur l'emprise publique et les projets d'aménagement urbains pour améliorer le potentiel piétonnier, la sécurisation des déplacements actifs et l'offre de transport collectif et adapté incluant la sécurité des points d'accès, et pour réduire les véhicules kilomètres parcourus et les nuisances provenant du transport lourd. 13. Représentations publiques et rencontres avec des décideurs des instances régionales dans le but	4. Concertation avec les villes et arrondissements dans le but de mettre en place des politiques favorables au transport actif. 5. Représentations publiques, rencontres avec des décideurs et soutien au développement des communautés pour une meilleure intégration des enjeux de santé publique en lien avec le transport et l'aménagement dans les projets, mesures et politiques des villes et arrondissements.	<i>Coalition Transit :</i> 3. Représentations publiques auprès des décideurs afin d'augmenter le financement et l'offre du transport collectif.

¹¹ Selon l'indice de milieu socioéconomique des écoles du comité de Gestion de la taxe scolaire de l'île de Montréal.

¹² Incluant les planifications de l'agglomération de Montréal (*Schéma d'aménagement et de développement de l'agglomération de Montréal (SAD), Plan métropolitain d'aménagement et de développement (PMAD)*), de la Ville de Montréal (plans de transport, d'urbanisme, de lutte aux GES et de développement durable), et des arrondissements et villes liées (plans locaux de déplacement).

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
<p>quartiers, notamment sur les artères, seront généralisées dans tous les arrondissements.</p> <p>9. D'ici 2021, Montréal offrira un réseau cyclable continu et accessible, connecté en bandes cyclables ou en sites propres avec implantation de mesures de sécurisation aux intersections.</p> <p>10. D'ici 2021, la proportion de l'espace physique et des ressources financières alloués aux transports actifs collectifs et adapté sera augmenté par rapport à l'espace et au financement accordé au transport routier.</p> <p>11. Des mesures seront mises en place pour améliorer l'accès économique aux modes de transports collectifs et actifs.</p> <p>12. D'ici 2021, la proportion de la population montréalaise ayant un accès facile, rapide et sécuritaire à des activités, commerces et services à pied, en vélo ou en transport collectif aura augmenté.</p>	<p>d'améliorer l'accès économique aux modes de transport actifs et collectifs.</p> <p>14. Avis et mémoires sur les différents projets d'aménagement d'envergure régionale ou provinciale soumis à consultation publique afin qu'ils tiennent compte des déplacements collectifs et actifs.</p> <p>15. Développement de coalitions et d'alliances avec des organismes régionaux (Vélo Québec, Conseil régional de l'environnement, etc.).</p> <p>16. Événements de partage des connaissances sur les enjeux de santé et les bonnes pratiques en aménagement et en transport.</p> <p>17. Formation et expertise-conseil aux intervenants et décideurs des municipalités et des organismes communautaires sur les environnements favorables à la santé et les principes d'urbanisme propice à la santé.</p> <p>18. Diffusion d'information sur l'exposition aux risques et le fardeau sanitaire en lien avec les différentes caractéristiques des systèmes de transport et de l'aménagement urbain.</p> <p>19. Expertise-conseil et production d'outils de référence et de communication sur les bonnes pratiques en lien avec les systèmes de transport et l'aménagement urbain auprès des acteurs municipaux, de la santé, communautaires et des citoyens.</p>	<p>6. Accompagnement de processus d'amélioration auprès des villes qui souhaitent mettre en place des environnements favorables au transport actif et collectif.</p> <p>7. Avis et mémoires sur des projets en lien avec l'aménagement de l'emprise publique ou les projets de développement ayant un impact sur la sécurité et le choix du mode de déplacement.</p>	
<p>13. D'ici 2021, les municipalités, ONG et l'Office municipal d'habitation de Montréal mettront en place des mesures pour améliorer la sécurité (ex : corridor scolaire, mobilier urbain) en lien avec la pratique d'activités physiques de loisir et de transport pour les populations vulnérables (dont les jeunes et les aînés).</p>	<p>20. Formation et expertise-conseil auprès des intervenants des CIUSSS sur les environnements sécuritaires.</p> <p>21. Soutien au développement des communautés dans le cadre de projets régionaux ou locaux reliés à la pratique d'activité physique de loisir et de transport.</p>	<p>8. Concertation avec les partenaires pour la mise en place de mesures améliorant la sécurité des populations vulnérables.</p> <p>9. Accompagnement de processus d'amélioration auprès des intervenants municipaux pour la sécurité des populations vulnérables.</p>	-
<p>14. D'ici 2021, les travaux de réaménagement dans les parcs dans l'île de Montréal permettront</p>	<p>22. Expertise-conseil auprès des intervenants CIUSSS sur les enjeux et les moyens pour mettre en place des environnements favorables à la pratique régulière et</p>	<p>10. Représentations publiques et rencontres avec des décideurs pour une meilleure intégration</p>	-

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
d'améliorer la qualité et la sécurité des infrastructures et seront réalisés prioritairement en milieu défavorisés.	sécuritaire d'activités sportives et de loisir. 23. Analyse de contexte et développement de coalitions et d'alliances concernant l'aménagement et l'accessibilité des parcs et espaces verts dans les secteurs défavorisés de l'île de Montréal.	des enjeux de santé publique et d'activité physique dans les projets, mesures et politiques des villes et arrondissements. 11. Accompagnement de processus d'amélioration auprès d'intervenants municipaux pour l'implantation de mesures favorisant la mise en place d'environnements favorables à la pratique régulière et sécuritaire d'activités physiques et de loisir.	
15. D'ici 2021, tous les arrondissements et villes, avec leurs partenaires locaux, amélioreront l'offre de services (en tenant compte des saisons) et l'accès physique et économique à des activités sportives et de loisir, en particulier pour les populations vulnérables (ex. : aînés, immigrants).	24. Avis et mémoires en lien avec les différents projets d'aménagement soumis à consultation publique afin qu'ils tiennent compte de l'accès physique aux infrastructures de loisir. 25. Formation et expertise-conseil aux intervenants des CIUSSS et aux organismes qui travaillent sur l'accessibilité physique et économique des activités sportives et de loisir. 26. Production d'outils de référence sur les activités prometteuses en lien avec l'offre de services pour les populations vulnérables (ex. : aînés, immigrants).	12. Accompagnement de processus d'amélioration auprès des arrondissements qui souhaitent créer des environnements favorables à l'accessibilité physique et économique aux activités physiques et de loisir.	-
<i>Cible en lien avec l'activité physique et l'environnement familial</i>			
16. D'ici 2021, les parents seront sensibilisés à l'importance du jeu libre chez les enfants.	27. Production d'outils de référence sur l'importance du jeu libre et de la littératie physique chez les enfants.	-	-

DÉFINITION

Le tabagisme se définit comme l'usage quotidien ou occasionnel de la cigarette ou de tout produit pouvant contenir du tabac, incluant la chicha (pipe à eau) et la cigarette électronique ou tout autre dispositif de cette nature qu'on porte à la bouche afin d'inhaler une substance contenant ou non de la nicotine. Dans le cas des jeunes, on s'intéresse à l'usage quotidien, occasionnel ou débutant d'un tel produit. L'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) concerne les individus qui, comme son nom l'indique, y sont exposés alors qu'eux-mêmes ne sont pas fumeurs.

Les actions de lutte au tabac visent à la fois la prévention de l'initiation au tabagisme, l'abandon du tabagisme, la protection contre l'exposition à la FTE et l'influence des politiques publiques. Au Québec, le *Plan québécois d'abandon du tabagisme* (PQAT) balise une gamme de services, soit : 1) le soutien individuel ou de groupe en face-à-face dans les Centres d'abandon du tabagisme (CAT); 2) une ligne téléphonique et un site Internet pour les fumeurs (site et ligne j'Arrête); 3) un service de messagerie pour l'abandon du tabagisme (SMAT); 4) une campagne sociétale annuelle durant laquelle les fumeurs s'engagent à ne pas fumer durant six semaines (*Défi J'arrête, j'y gagne!*). La Régie de l'assurance maladie du Québec défraie aussi certaines aides pharmacologiques à la cessation lorsqu'elles sont obtenues sur ordonnance (individuelle ou collective) et fournies par un pharmacien.

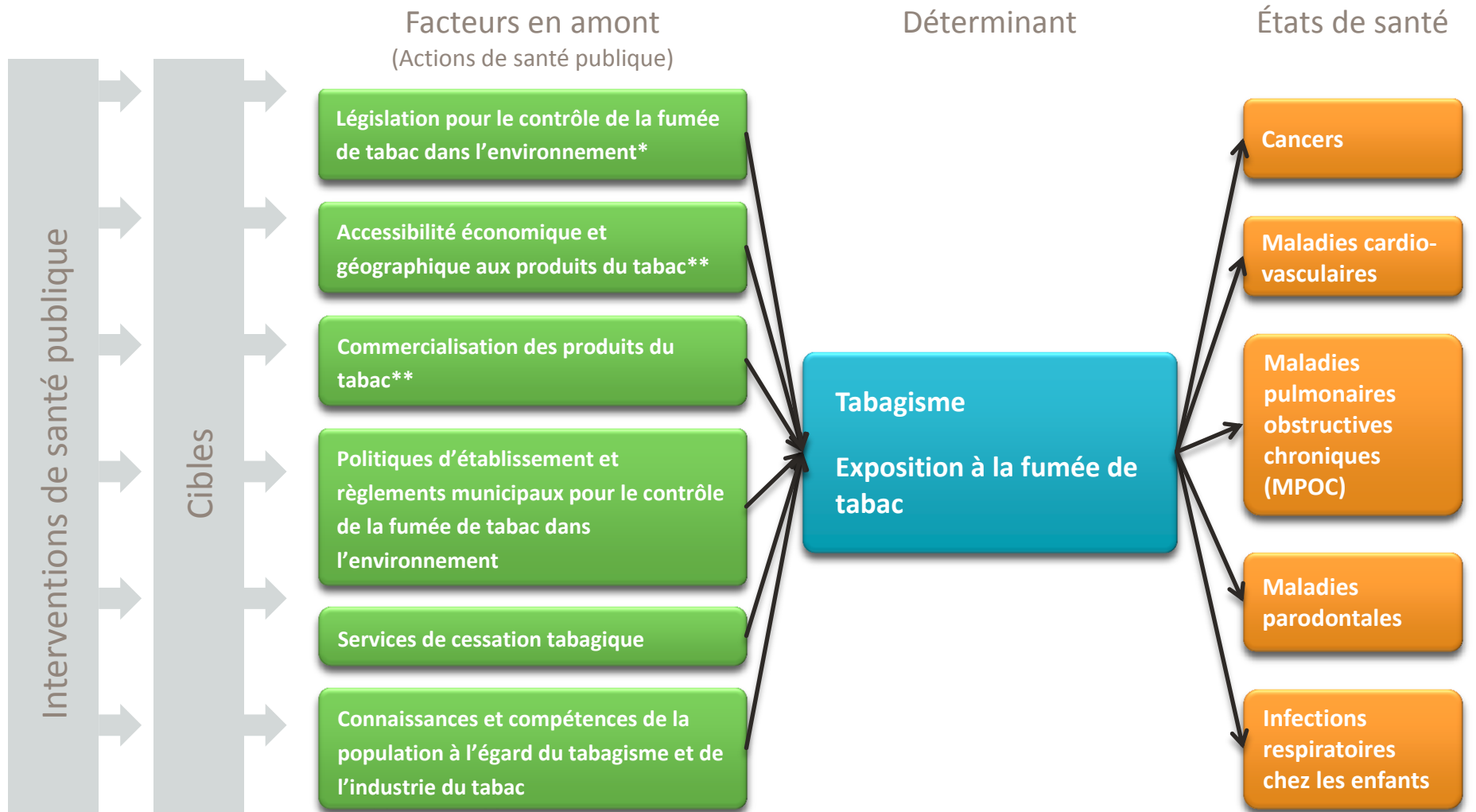
PERTINENCE

Le tabagisme est la première cause modifiable de morbidité et de décès prématurés. L'usage du tabac réduit l'espérance de vie des fumeurs de dix ans. Il tue chaque année 2400 Montréalais, ce qui correspond à 16 % de l'ensemble des décès. Il est associé à plusieurs cancers, aux maladies cardio-vasculaires et respiratoires, et aux infections respiratoires chez les enfants. Le tabagisme engendre des carences et des problèmes de santé à toutes les étapes de la vie : faible poids à la naissance et syndrome de la mort subite du nourrisson; asthme chez l'enfant et l'adolescent; maladies chroniques respiratoires, cardiopathies et cancers à l'âge adulte. La prévalence de certaines maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, emphyseme, bronchite chronique, diabète, etc.) est deux fois plus élevée parmi les fumeurs comparativement aux personnes n'ayant jamais fumé. Par exemple, plus des deux tiers des Montréalais qui ont une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) sont des fumeurs ou d'ex-fumeurs. De plus, ces maladies chroniques surviennent à un plus jeune âge chez les fumeurs. En 2010, le nombre de Montréalais de 35 ans et plus atteints d'une MPOC était de 70 000. En termes d'utilisation de services, cela correspond à 27 000 visites aux urgences et 12 000 hospitalisations.

À Montréal en 2014-2015, la prévalence du tabagisme se situait à 19 %. L'âge moyen de l'initiation au tabagisme est de 12,7 ans. Des écarts dans les taux de tabagisme persistent entre certains groupes de la population. Parmi les personnes de 15 ans et plus, la prévalence du tabagisme varie du simple au double (de 14 % à 29 %) entre les réseaux locaux de services. Les personnes de milieux favorisés sont proportionnellement moins nombreuses à fumer actuellement la cigarette que les autres. Les personnes défavorisées socialement et économiquement qui sont les plus susceptibles de s'initier au tabagisme, de fumer plus longtemps, et de vivre plus d'échecs lorsqu'elles tentent de cesser de fumer. De plus, les personnes défavorisées sont davantage exposées à la fumée de tabac dans l'environnement et meurent plus souvent de façon prématurée. Ceci met en relief la nécessité d'intervenir prioritairement auprès de ce groupe de population.

La nouvelle Loi sur le tabac, adoptée en novembre 2015, met en place des mesures législatives qui visent entre autres à décourager l'initiation au tabac, restreindre son usage dans certains lieux et réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement. Dans certaines populations, notamment les jeunes de 15 à 24 ans, l'exposition des non-fumeurs à la fumée de tabac atteint une proportion de 24 %, tandis que la moyenne régionale se situe à 18 %.

Les coûts annuels directs et indirects liés au tabagisme sont de près de 4 milliards de dollars pour le Québec. Chaque baisse de 1 % du taux de tabagisme se traduit au Québec par une économie annuelle estimée à 41 millions de dollars en frais de soins de santé et de 73 millions de dollars en coûts indirects. L'impact du tabagisme sur la santé des individus et le fardeau économique qu'il représente pour le réseau de santé sont indéniables.



*Le PARI ne propose pas de nouvelle modification à la Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme, adoptée le 26 novembre 2015.

** La santé publique n'agit pas directement sur ces facteurs en amont, qui sont pris en charge par d'autres acteurs de la lutte au tabac.

OBJECTIFS MONTRÉLAIS

D’ici 2021,

1. Réduire la prévalence du tabagisme à 14 %;
2. Réduire les écarts de prévalence du tabagisme entre les territoires de RLS;
3. Augmenter à 11 % le taux de cessation par année chez les 15 ans et plus;
4. Réduire les écarts entre les taux de cessation des territoires de CLSC;
5. Réduire la prévalence du tabagisme chez les jeunes de moins de 24 ans :
 - a. à 12% chez les 15-24 ans;
 - b. à 5% chez les 11-15 ans;
 - c. à 3% chez les élèves de 5^e secondaire (16-17 ans) ayant utilisé des produits du tabac aromatisés;
6. Éliminer l’usage de la pipe à eau chez les jeunes du secondaire;
7. Réduire la prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes à moins de 5 %;
8. Réduire l’exposition des non-fumeurs à la FTE :
 - a. au domicile;
 - b. à 0 % dans l’automobile, notamment en présence d’enfants de moins de 16 ans (prévu dans la Loi);
 - c. à moins de 10 % dans les lieux publics (0 % dans les lieux couverts par la Loi);
9. Réduire les écarts entre les taux d’exposition à la FTE au domicile des territoires de RLS.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 2.1, 2.2, 2.12 ,2.14, 2.18

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D’AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
1. D’ici novembre 2017, tous les CIUSSS et établissements non-fusionnés implanteront une politique sans fumée dans leurs installations, conformément aux orientations ministérielles, intégrant des services de cessation. 2. D’ici 2018, les Centres jeunesse de Montréal et Batshaw deviendront sans fumée sur l’ensemble de leurs terrains.	1. Formation, expertise-conseil et développement et partage d’outils de référence pour l’implantation de politiques sans fumée et l’intégration de toutes les activités de lutte au tabac ou à la FTE par le biais de cette politique.	1. Accompagnement de processus d’amélioration pour le développement et l’implantation d’une politique sans fumée (intégrant une composante de cessation tabagique dans le cas des établissements de santé).	-

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
<p>3. D'ici 2021, 100 % des établissements scolaires à cheminement particulier appliqueront la loi interdisant l'usage du tabac sur leur terrain en tout temps.</p> <p>4. D'ici novembre 2017, tous les établissements d'enseignement supérieur adopteront une politique sans fumée conformément aux orientations ministérielles.</p>			
<p>5. D'ici 2021, il existera un réseau de partenaires d'actions montréalais mobilisés pour la lutte contre le tabagisme.</p>	<p>2. Développement d'alliances au sein du réseau <i>Montréal sans tabac</i>, de <i>Montréal, métropole en santé</i> et de la table intersectorielle régionale – saines habitudes de vie.</p> <p>3. Événement de partage des connaissances sur la situation du tabagisme à Montréal avec les partenaires du réseau <i>Montréal sans tabac</i>.</p>	<p>2. Rencontres avec les décideurs du CIUSSS afin de positionner stratégiquement le dossier et cheminer dans la réalisation des engagements spécifiés dans le rapport du directeur.</p>	-
<p>6. D'ici 2021, les municipalités implanteront une réglementation visant la création d'environnements sans fumée dans les lieux publics non couverts par la Loi (ex. : plages, parcs, lieux publics d'événements spéciaux).</p>	<p>4. Représentations publiques et rencontres avec les décideurs municipaux visant la mise en place d'une réglementation visant les lieux non couverts par la Loi.</p> <p>5. Développement d'outils de communication et de marketing social pour la promotion d'une norme pour un environnement sans fumée.</p> <p>6. Partenariat pour la promotion d'environnements sans fumée dans les municipalités (ex. lors d'événements publics, dans les parcs) en collaboration avec les CIUSSS.</p>	-	-
<p>7. D'ici 2021, augmenter la proportion annuelle de fumeurs faisant une tentative de cessation qui bénéficient d'une aide pharmacologique.</p>	<p>7. Expertise-conseil aux ordres professionnels (infirmières et pharmaciens) dans le développement d'ordonnances spécifiques de façon à optimiser l'impact de la prescription des aides pharmacologiques.</p>	<p>3. Accompagnement de processus d'amélioration, appréciation et rétroaction sur les pratiques professionnelles des médecins, infirmières et pharmaciens pour la prescription des aides pharmacologiques, en collaboration avec les directions concernées.</p>	<p><i>Comité régional des services pharmaceutiques (CRSP) :</i></p> <p>1. Diffusion d'information aux pharmaciens.</p>
<p>8. D'ici 2021, augmenter la proportion</p>	<p>8. Information à la population pour promouvoir</p>	<p>4. Information auprès des groupes défavorisés</p>	<p><i>Société canadienne du cancer</i></p>

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
de fumeurs qui utilisent les services individuels et de groupe de cessation, en particulier les personnes vivant en milieu défavorisé et difficiles à rejoindre.	<p>les services individuels et de groupe en cessation tabagique offerts dans les Centres d'abandon du tabagisme (CAT).</p> <p>9. Démarchage dans les milieux de travail pour rejoindre les fumeurs ayant des expositions professionnelles qui potentialisent le risque à la santé lié au tabagisme.</p> <p>10. Partenariat pour établir des corridors de services entre les services du PQAT.</p>	<p>moins rejoints pour promouvoir les services individuels et de groupe en cessation tabagique offerts par les CAT.</p> <p>5. Démarchage dans les milieux de vie par le biais d'agents multiplicateurs pour rejoindre les fumeurs, notamment des populations défavorisées et difficiles à rejoindre par les ressources de soutien à l'abandon du tabagisme.</p> <p>6. Services individuels et interventions de groupe en cessation tabagique (ex. : counseling) dans les CAT, entre autres auprès des femmes enceintes (services en périnatalité).</p>	<p>(SCC) :</p> <p>2. Services individuels en cessation tabagique (ligne j'Arrête, site Web et SMAT).</p> <p>MSSS et SCC :</p> <p>3. Information à la population pour promouvoir les services du PQAT.</p> <p>Capsana :</p> <p>4. Démarchage auprès des fumeurs inscrits au <i>Défi J'arrête, j'y gagne!</i> pour faire connaître les CAT et groupes de cessation.</p>
9. D'ici 2021, 100 % des fumeurs admis aux programmes de gestion de la MPOC et du risque cardiométabolique seront référés au CAT.	11. Expertise-conseil sur les pratiques efficaces en matière de trajectoires de services de cessation.	<p>7. Accompagnement de processus pour la mise en place de mécanismes de référence formels entre les programmes de gestion de la MPOC et du risque cardiométabolique et les services de cessation (ex. : présence de l'intervenant CAT lors des dépistages en spirométrie pour en faire une intervention conjointe à même le programme MPOC).</p> <p>8. Partenariat avec les directions concernées du CIUSSS et les autres établissements dans la mise en place de corridors de services vers les services de cessation.</p>	-
10. D'ici 2021, augmenter la proportion de fumeurs montréalais qui s'inscrivent au <i>Défi J'arrête, j'y gagne!</i>	<p>12. Expertise-conseil auprès des CIUSSS dans le cadre du <i>Défi J'arrête, j'y gagne!</i></p> <p>13. Partenariat avec les établissements non fusionnés pour promouvoir les campagnes.</p>	9. Information à la population : déploiement du <i>Défi J'arrête, j'y gagne!</i> sur le territoire du CIUSSS.	<p>Capsana :</p> <p>5. Marketing social : mise en œuvre provinciale du <i>Défi J'arrête, j'y gagne!</i></p>
11. D'ici 2021, le nombre de fumeurs exposés à une intervention de counseling en cessation tabagique dans leur trajectoire de soins (en centre hospitalier, clinique médicale, etc.) sera augmenté.	<p>14. Expertise-conseil sur la systématisation de l'intervention en cessation tabagique à tous les points de contact des fumeurs avec le RSSS.</p> <p>15. Développement d'outils d'identification du statut tabagique, d'intervention brève et de</p>	<p>10. Accompagnement de processus d'amélioration des pratiques en vue de systématiser l'intervention en cessation tabagique à tous les points de contact des fumeurs avec le RSSS.</p> <p>11. Partenariat pour établir des corridors avec</p>	-

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
	référence entre les services de cessation.	les services du PQAT.	
12. D'ici 2021, les professionnels de la santé des établissements de santé montréalais auront les compétences et les outils nécessaires pour intervenir efficacement en cessation tabagique (counseling bref), particulièrement auprès des clientèles aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de polytoxicomanie.	16. Sessions d'orientation, formations et communautés de pratique pour les intervenants offrant des services de counseling intensif individuel ou de groupe dans les CAT et établissements de santé. 17. Événements de partage de connaissances et formation des professionnels de la santé à l'intervention en cessation tabagique.	12. Accompagnement de processus : facilitation du développement de l'expertise clinique en cessation tabagique dans les établissements afin de consolider un bassin de formateurs et d'experts-conseil en abandon du tabagisme (ex. : lien avec les plans de développement des ressources humaines, désignation d'une ressource médicale ou clinique experte). 13. Formations sur l'intervention en cessation tabagique aux intervenants d'unités spécifiques des centres hospitaliers des CIUSSS.	<i>DRMG ET CRSP :</i> 6. Développement d'alliances avec les regroupements de pharmaciens et médecins pour des incitatifs au développement et maintien des compétences. <i>CHUM :</i> 7. Développement de formations sur l'intervention en cessation tabagique à l'intention d'unités spécifiques des centres hospitaliers.
13. D'ici 2021, les acteurs-clés des programmes de prévention des toxicomanies en milieu scolaire auront les connaissances et les compétences pour intervenir sur le tabagisme.	18. Représentation et rencontres avec les décideurs et acteurs-clés du milieu scolaire afin de partager la vision du tabagisme comme dépendance et non habitude de vie. 19. Événements de partage de connaissances avec les décideurs et acteurs-clé en milieu scolaire et des CIUSSS.	-	-
14. D'ici 2021, les jeunes de 11 à 24 ans des territoires de CLSC dont la prévalence est égale ou supérieure à 20 % développeront des connaissances et des compétences personnelles et sociales liées à la prévention du tabagisme (transversales pour toutes formes de consommation de substances ou jeu de hasard et d'argent).	20. Soutien au développement des communautés dans le cadre de projets de prévention et de démarches d'engagement social en milieu scolaire et communautaire pour que les jeunes demeurent non-fumeurs. 21. Accompagnement de processus d'amélioration dans le cadre des interventions en prévention du tabagisme chez les jeunes.	14. Partenariat avec les milieux scolaires et communautaires pour l'élaboration et l'implantation de projets de prévention.	<i>Écoles et organismes communautaires œuvrant auprès des jeunes défavorisés :</i> 8. Interventions individuelles et de groupe en prévention du tabagisme.
15. D'ici 2021, les jeunes reconnaîtront que la pipe à eau est un produit du tabac et connaîtront les risques à la santé reliés à son usage et celui de la cigarette électronique.	22. Marketing social, particulièrement auprès des jeunes, sur les risques reliés à l'usage de la chicha et de la cigarette électronique.	-	-

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
16. D'ici 2021, améliorer les connaissances des adultes montréalais sur les impacts de la FTE sur la santé des enfants, en particulier les personnes vivant en milieu défavorisé et difficiles à rejoindre.	23. Expertise-conseil auprès des CIUSSS dans le cadre de la campagne <i>Famille sans fumée</i> .	15. Démarchage en complément aux campagnes de marketing social sur la FTE, notamment pour rejoindre les femmes enceintes et les populations défavorisées et difficiles à rejoindre.	<i>Capsana</i> : 9. Marketing social : mise en œuvre provinciale de la campagne <i>Famille sans fumée</i> .

DÉFINITION

La consommation d'alcool, de drogues et la pratique des jeux de hasard et d'argent (JHA) peuvent avoir des conséquences importantes sur le bien-être, la qualité de vie, la santé et le fonctionnement social des individus, en raison de la nature même des substances ou des activités, mais également parce que leur potentiel de dépendance est élevé.

L'**alcool** fait partie des substances psychoactives qui transforment la façon de penser, l'humeur, l'état de conscience et le comportement. Il n'existe pas de limite sécuritaire de consommation d'alcool en matière de prévention du cancer. Une consommation d'alcool à faible risque consiste à limiter sa consommation hebdomadaire (femmes : 10 verres; hommes : 15 verres) ou lors d'une même occasion (femmes : 3 verres; hommes : 4 verres). Les troubles liés à la consommation d'alcool se caractérisent par une consommation à risque, un manque de contrôle, des troubles sociaux et professionnels et un besoin plus grand d'alcool pour en ressentir l'effet ou éviter des symptômes de sevrage. Un Montréalais sur cinq a consommé de l'alcool de façon excessive, soit 5 consommations ou plus à la même occasion, au moins 12 fois dans la dernière année. Un élève du secondaire sur deux a consommé de l'alcool au cours de la dernière année, 29 % au moins une fois de façon excessive, soit 5 consommations ou plus à la même occasion. Il est recommandé de retarder le plus possible la consommation d'alcool, au moins jusqu'à l'âge légal.

Les **drogues** sont des substances psychoactives qui agissent comme stimulants, perturbateurs ou déprimeurs. En 2014-2015, 18 % des adultes montréalais ont déclaré avoir consommé de la drogue au cours de la dernière année, dont près des trois quarts uniquement du cannabis. À Montréal, un élève du secondaire sur cinq a consommé du cannabis en 2011.

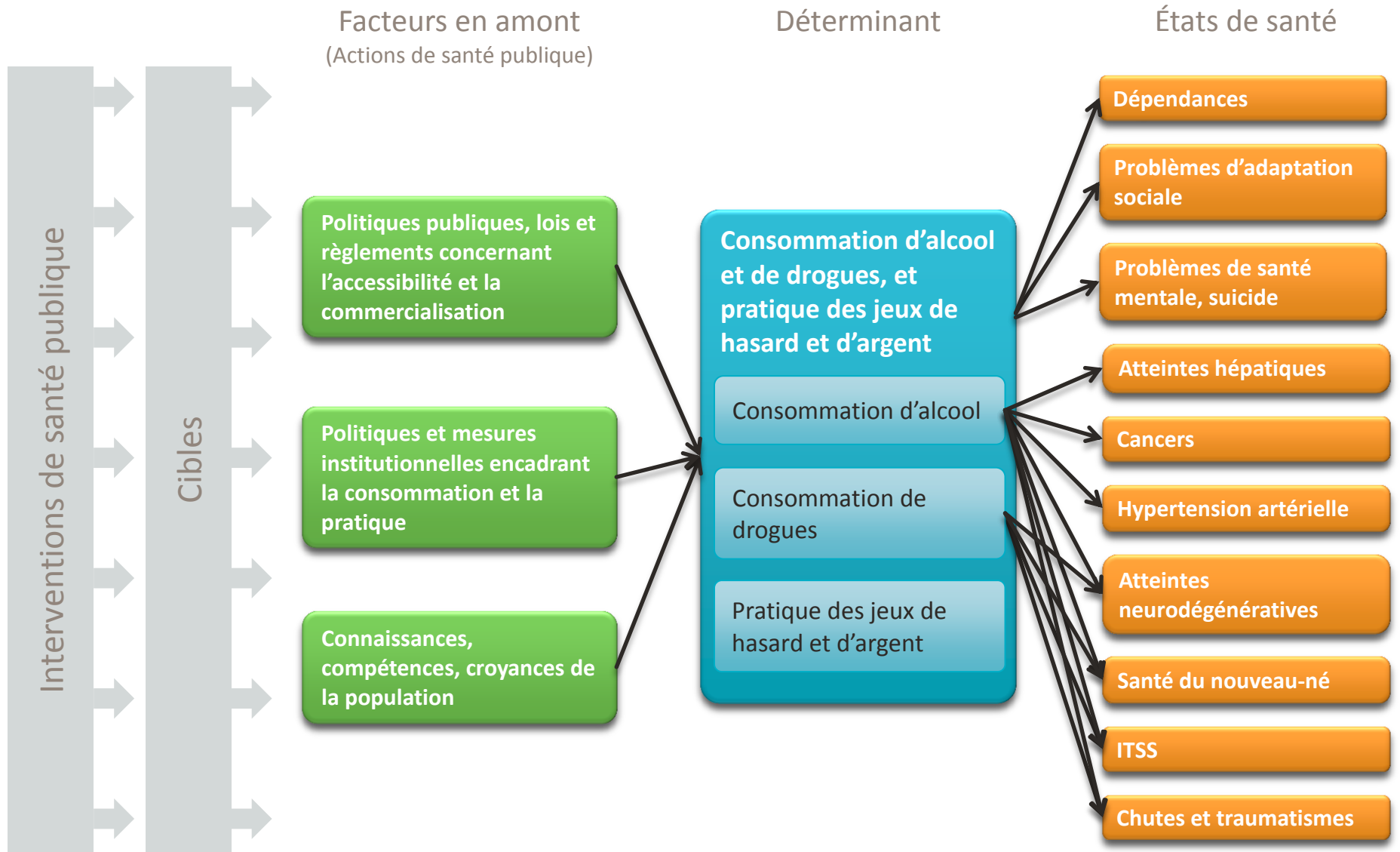
Les **JHA** regroupent les activités où il est possible de miser de l'argent ou des objets de valeur pour obtenir un gain (tirages de loterie, jeu de poker, etc.). L'offre de JHA sur le territoire montréalais consiste en 3300 appareils de loterie vidéo particulièrement accessibles aux populations vulnérables, un casino (15 000 visiteurs par jour) et plus de 2000 terminaux de vente. Environ deux adultes montréalais sur trois s'adonnent aux JHA. Ces pratiques sont préjudiciables lorsqu'elles accaparent trop de ressources et entraînent des conséquences négatives dans la vie d'un joueur, de ses proches ou sa communauté. Le jeu en continu (ex. : loterie vidéo, casino) est plus propice aux excès.

PERTINENCE

La consommation excessive d'**alcool** peut mener à des maladies alcooliques du foie, à l'alcoolisation fœtale, des problèmes de santé mentale, des cancers (colorectal, sein, système nerveux central, larynx, pharynx, œsophage, foie), des maladies cardiovasculaires et du diabète. Elle engendre des problèmes relationnels, judiciaires, professionnels et financiers. Elle est également fortement associée à la conduite dangereuse d'un véhicule, aux relations sexuelles non protégées ou non consenties et à la polyconsommation. Au Québec, les coûts imputables à la consommation d'alcool en général sont estimés à plus de 3 milliards de dollars par année.

Les conséquences des **drogues** sur la santé dépendent de la substance consommée (type de drogue, mode d'administration, quantité, qualité), des caractéristiques du consommateur (sexe, âge, taille, poids, état de santé, etc.) et du contexte dans lequel il consomme (seul, en groupe, etc.). Plus le nombre de substances consommées est grand, plus nombreux sont les problèmes. De façon générale, les problèmes de santé mentale (ex. : dépression, psychose et schizophrénie), la violence, les difficultés au travail et à l'école, les accidents, les blessures et les décès (dont le suicide), les comportements sexuels à risque et délinquants sont autant de phénomènes associés à la consommation de drogue. De plus, la consommation de cannabis, la plus fréquente, peut mener à des problèmes pulmonaires et cardiovasculaires et à des effets cognitifs (sur la mémoire, l'attention).

La pratique excessive de **JHA** entraîne un appauvrissement pour le joueur et de multiples conséquences sur ses relations interpersonnelles, sa santé mentale et psychosociale (détresse psychologique, trouble de sommeil, etc.), le travail et les études. Par ailleurs, le développement psychosocial et la réussite scolaire des adolescents peuvent être sérieusement hypothéqués par des pratiques excessives de jeu. Ultiment, le trouble de jeu (jeu pathologique) est un problème de santé mentale, qui se définit comme « une pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu ». Au Québec, un joueur adulte sur dix consacre trop de ressources au jeu, 6 % présentent au moins un symptôme lié aux problèmes de jeu, et 2 % rencontrent les critères de joueur problématique. Chez les élèves montréalais de secondaire V, un tiers pratiquent les JHA, 11 % présentent au moins un symptôme lié aux problèmes de jeu, et 7 % sont considérés comme des joueurs problématiques.



OBJECTIFS MONTRÉLAIS

Consommation d'alcool :

1. D'ici 2021, réduire à moins de 47 % la proportion de jeunes du secondaire ayant déjà consommé de l'alcool;
2. D'ici 2021, réduire à moins de 18 % la proportion de Montréalais qui consomment excessivement de l'alcool;

Consommation de drogues :

3. D'ici 2021, réduire à moins de 20 % la proportion de jeunes du secondaire ayant déjà consommé des drogues;
4. D'ici 2021, réduire à moins de 15 % la proportion de Montréalais ayant consommé du cannabis au cours de la dernière année;

Pratique des jeux de hasard et d'argent (JHA) :

5. D'ici 2021, réduire la proportion de jeunes participant à des jeux de hasard et d'argent;
6. D'ici 2021, réduire la proportion de jeunes présentant des symptômes de jeu problématique;
7. D'ici 2021, diminuer les pratiques de jeu préjudiciable dans la population adulte.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 1.6, 1.10, 1.11, 2.1, 2.3, 2.8, 2.14

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. D'ici 2021, l'application des politiques publiques encadrant la pratique des jeux d'argent étatisés, ainsi que l'accessibilité physique et économique à l'alcool et au cannabis sera renforcée : <ol style="list-style-type: none"> a. Respect des règlements de la Régie des alcools, des courses et des jeux (RACJ) et du code de commercialisation responsable de la Société des loteries vidéo du Québec (SLVQ) pour les établissements détenant des licences d'exploitation d'appareils de loterie vidéo (ALV); b. Respect de l'interdiction de vente d'alcool, de produits de loteries et jeux d'argent aux mineurs chez les détaillants du réseau étatisé; c. Réduction de l'accessibilité des ALV dans les 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Production d'outils de référence sur l'état de santé des Montréalais et les caractéristiques de l'offre d'alcool, de drogues et de JHA à Montréal. 2. Avis et mémoires, relations médias, représentations publiques et rencontres avec des décideurs sur l'offre de jeu (ALV, jeu en ligne, produits de loterie). 3. Avis et mémoires, relations médias, représentations publiques et rencontres avec des décideurs sur l'accessibilité physique et économique à l'alcool et au cannabis. 4. Développement d'alliances avec les acteurs montréalais concernés par les politiques publiques visant à encadrer 	<p>-</p>	<p>-</p>

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
secteurs fortement défavorisés.	l'accès à l'alcool, aux drogues (cannabis) et aux JHA.		
<p>2. D'ici 2021, la majorité des écoles secondaires se doteront de politiques sur le tabac, l'alcool, les drogues et les JHA.</p> <p>3. D'ici 2021, les jeunes d'âge scolaire auront amélioré leurs compétences personnelles et sociales permettant de prévenir la consommation d'alcool et de drogues et la pratique de JHA.</p> <p>4. D'ici 2021, les parents auront amélioré leur capacité d'agir auprès de leurs jeunes en matière de prévention de la consommation d'alcool et de drogues.</p>	<p>5. Expertise-conseil aux intervenants des commissions scolaires et des CIUSSS en matière de politique intégrée sur l'alcool, les drogues le jeu et le tabac.</p> <p>6. Expertise-conseil et événements de partage de connaissances aux intervenants des CIUSSS, organismes communautaires et commissions scolaires en matière de :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. connaissances et compétences permettant de prévenir la consommation d'alcool et de drogues et la pratique de JHA chez les jeunes; b. meilleures stratégies pour rejoindre les parents; c. pratiques parentales visant à prévenir la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes. <p>7. Communauté de pratique avec les CIUSSS et organismes communautaires dans le cadre des projets financés par le programme de santé publique.</p>	<p>1. Expertise-conseil aux écoles et réalisation d'interventions de groupe en prévention de la consommation d'alcool, de drogues et de la pratique des JHA.</p> <p>2. Services individuels en prévention de la consommation d'alcool, de drogues et de la pratique des JHA chez les adolescents ayant un profil à risque (ex. : services cliniques jeunesse).</p> <p>3. Interventions de groupe auprès des parents, particulièrement auprès de ceux dont les jeunes sont vulnérables, visant le renforcement des pratiques parentales en prévention de la consommation d'alcool, de drogues et de la pratique de JHA chez les adolescents.</p>	<p><i>Organismes communautaires :</i></p> <p>1. Services individuels et interventions de groupe auprès des jeunes en prévention de la consommation d'alcool, de drogues et de la pratique des JHA, incluant les projets financés par le programme de santé publique.</p>
<p>5. D'ici 2021, une plus grande proportion d'adultes auront des connaissances permettant de prévenir la consommation excessive d'alcool et de drogues et la pratique préjudiciable de JHA.</p>	<p>8. Expertise-conseil et événements de partage de connaissances aux intervenants des CIUSSS, organismes communautaires en prévention de la consommation inappropriée d'alcool, de drogues et la pratique de JHA chez les adultes.</p> <p>9. Expertise-conseil aux CIUSSS en prévention de la consommation d'alcool, de drogues et de la pratique des JHA lors de la révision du continuum du programme-services dépendances.</p>	<p>4. Services individuels et de groupe en prévention de la consommation d'alcool, de drogues et de la pratique des JHA chez les adultes (ex. : Alcochoix+, matériel éducatif).</p>	-

DÉFINITION

L'accès à un logement adapté à ses besoins, salubre et abordable est un droit social reconnu par l'OMS. Un logement est considéré comme étant « insalubre » lorsqu'il comporte des risques qui peuvent affecter la santé des occupants. La réglementation montréalaise stipule que pour être salubre, « un bâtiment ou un logement ne doit pas porter atteinte à la santé ou à la sécurité des résidents ou du public en raison de l'utilisation qui en est faite ou de l'état dans lequel il se trouve ». Plusieurs facteurs influent la salubrité : la structure ou le manque d'entretien du bâtiment (installations sanitaires, plomberie, ventilation, isolation, revêtement, etc.); la présence de contaminants chimiques dans l'environnement intérieur (plomb, radon, amiante, etc.); la qualité de l'air (moiteur, infiltration d'eau, humidité excessive, etc.); la présence d'animaux ou d'insectes indésirables (rongeurs, coquerelles, punaises, etc.); et les habitudes des occupants (fumée de tabac dans l'environnement, troubles d'accumulation compulsive, etc.). De plus, d'autres facteurs peuvent être associés à ces facteurs d'insalubrité et interagir avec ceux-ci, en particulier : le surpeuplement, le bruit dans le logement et le quartier, l'insécurité, l'utilisation inadéquate des insecticides à l'intérieur du logement, la pollution en provenance de l'extérieur, etc. Les locataires, les personnes ayant un faible revenu, les familles monoparentales, les personnes âgées vivant seules, les personnes très âgées (plus de 85 ans) et les personnes ayant une incapacité ou un problème de santé mentale ou physique, les nouveaux immigrants et les personnes ayant récemment vécu un changement de structure familiale sont plus susceptibles d'habiter un logement insalubre.

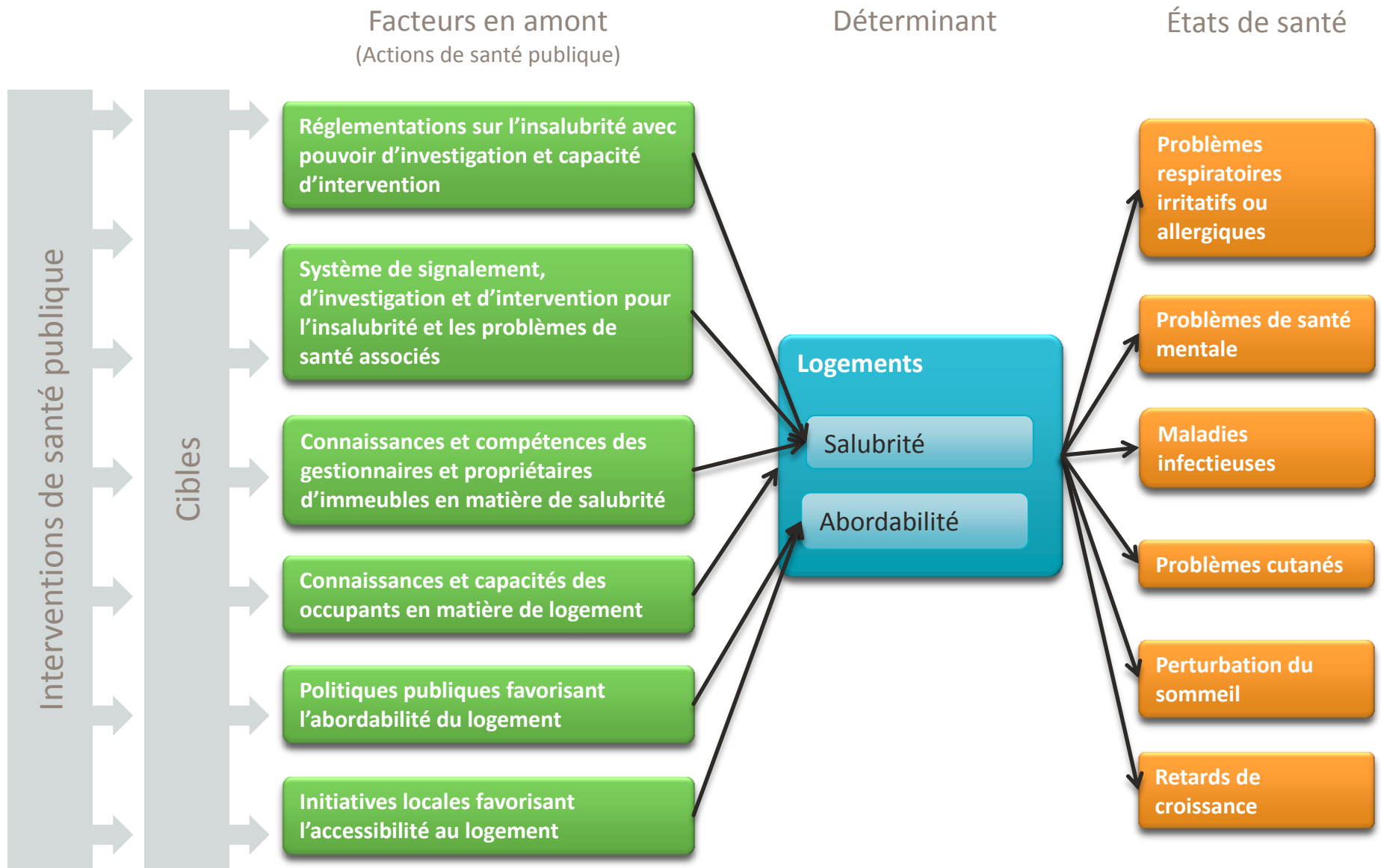
Le seuil d'abordabilité du logement est généralement basé sur le critère suivant lequel les frais de logement ne doivent pas dépasser une certaine proportion du revenu du ménage avant impôt. Au Canada, comme dans plusieurs pays, la situation d'inabordabilité du logement est communément définie comme le fait de consacrer plus de 30 % du revenu du ménage au logement.

PERTINENCE

L'inabordabilité et l'insalubrité des logements ont plusieurs effets délétères sur la santé des individus. L'exposition aux moisissures et aux acariens est associée à de multiples problèmes de santé respiratoire dont la rhinite allergique, l'asthme et les infections du système respiratoire (inférieur et supérieur) ainsi que l'aggravation des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). Les coquerelles et les rongeurs produisent des allergènes qui peuvent être mis en suspension dans l'air, causer ou aggraver la rhinite et l'asthme, et engendrer des infections secondaires. Les logements surpeuplés favorisent la transmission de la tuberculose et de nombreuses autres maladies infectieuses, notamment les gastroentérites, les pneumonies, les bronchiolites ainsi que certaines hépatites et méningites. Les punaises de lit ne transmettent pas de maladie mais leurs piqûres peuvent être très irritantes et, dans certains cas, causer plusieurs affections dermatologiques telles que des éruptions bulleuses et de l'urticaire. Par ailleurs, différents problèmes psychosociaux et de santé mentale sont associés aux logements insalubres, en particulier l'anxiété, la dépression, des perturbations graves du sommeil, l'isolement social, une moins bonne estime de soi et une moins grande satisfaction à l'égard de la vie en général.

Le stress financier associé à l'inabordabilité a des conséquences négatives sur la santé mentale des individus, telles la dépression et l'anxiété. Le coût du logement a également un impact direct sur l'insécurité alimentaire des ménages et influence la capacité des parents à répondre aux autres besoins de base des enfants (se vêtir, recevoir des soins). La précarité du logement pour les familles peut être dommageable pour le développement physique, intellectuel et émotif des enfants. Plusieurs travaux ont mis en évidence que l'instabilité résidentielle (deux déménagements ou plus au cours d'une année) au cours de l'enfance contribue aux problèmes de santé mentale à l'âge adulte.

Malgré les rôles importants que jouent les gouvernements provincial et fédéral, en particulier pour ce qui est du logement social et abordable, la présente fiche se limite aux actions régionales.



OBJECTIFS MONTRÉLAIS

1. D'ici 2021, réduire à moins de 25 % la prévalence des signes d'infiltration d'eau et des moisissures visibles à l'intérieur des logements locatifs de l'Île de Montréal;
2. D'ici 2021, réduire à moins de 5 % la prévalence des infestations de punaises et de coquerelles dans les logements locatifs de l'Île de Montréal;
3. D'ici 2021, arrêter l'augmentation de la proportion des ménages locataires qui consacrent 30 % ou plus de leur revenu au logement sur l'Île de Montréal.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 2.1, 2.9, 2.10, 2.14, 4.1, 4.2, 4.3

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS
<p>1. D'ici 2021, 100 % des signalements d'insalubrité seront pris en charge dans des délais raisonnables et selon les meilleures pratiques.</p>	<p>1. Évaluation et gestion de risques sanitaires en réponse à des signalements d'insalubrité ou d'utilisation inadéquate des pesticides.</p> <p>2. Concertation régionale regroupant les intervenants municipaux (Ville de Montréal, arrondissements, villes liées), de la santé (DRSP, CIUSSS) et communautaires.</p> <p>3. Production d'outils de référence et diffusion d'information aux intervenants des réseaux de la santé et municipal (inspecteurs et gestionnaires de la Ville de Montréal et ses arrondissements, CIUSSS, OMHM) sur les meilleures pratiques en prévention des problèmes de santé associés à l'insalubrité.</p>	<p>1. Signalement des situations d'insalubrité à la DRSP, notamment les cas récurrents ou complexes.</p> <p>2. Formation des intervenants du CIUSSS sur les effets sur la santé des conditions d'habitation et les meilleures pratiques.</p> <p>3. Services individuels de protection : prise en charge et coordination des soins pour les individus dont le logement fait l'objet d'un signalement (santé mentale, accueil psychosocial, médical).</p>
<p>2. D'ici 2021, des actions concertées, impliquant les partenaires des réseaux de la santé et municipal, et visant à prévenir, dépister et contrôler les situations d'insalubrité, notamment les cas récurrents ou complexes, seront mises sur pied dans l'ensemble des territoires de CIUSSS.</p>	<p>4. Partenariat avec les niveaux régional et local des réseaux municipaux (ville de Montréal, arrondissements, villes liées), le réseau local de santé publique (CIUSSS) et les organismes communautaires en matière de salubrité, dans le but d'articuler de façon optimale les rôles et responsabilités des divers acteurs.</p> <p>5. Évaluation et gestion de risques sanitaires, en collaboration avec les CIUSSS et les acteurs municipaux.</p> <p>6. Expertise-conseil aux intervenants responsables de l'application des différentes réglementations sur la salubrité et aux intervenants de première ligne du milieu municipal et du réseau de la santé.</p> <p>7. Formation aux intervenants responsables de l'application des différentes réglementations sur la salubrité et aux intervenants de première ligne du milieu municipal et du</p>	<p>4. Partenariat local avec les municipalités (arrondissements et villes liées), incluant notamment l'élaboration et la mise à jour de protocoles d'intervention.</p> <p>5. Représentations publiques et rencontres avec les décideurs municipaux pour une application systématique et rigoureuse de la réglementation en matière de salubrité.</p> <p>6. Soutien au développement des communautés sur la salubrité et l'accessibilité des logements.</p> <p>7. Démarchage et services psychosociaux auprès des populations vulnérables, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Les personnes âgées ou avec problèmes de santé mentale et autres vivant dans des conditions de logement précaires; b. Les ménages aux prises avec des problématiques d'encombrement;

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>
	<p>réseau de la santé sur les principaux problèmes d'insalubrité, besoins d'investigations et impacts sur la santé.</p> <p>8. Production d'outils pour l'identification des principaux problèmes d'insalubrité et des effets sur la santé des occupants, en collaboration avec les intervenants CIUSSS.</p> <p>9. Concertation avec les décideurs du réseau municipal et de la santé pour mettre au point un montage financier pérenne pour les services individuels aux ménages ayant besoin de soutien (préparation du logement, aide à la décontamination, encombrement, etc.).</p> <p>10. Avis et mémoires sur la salubrité des logements à l'intention des différentes instances concernées.</p>	<p>c. Les ménages ayant besoin de soutien pour la préparation du logement pour l'extermination des punaises de lit.</p>
<p>3. D'ici 2021, toutes les municipalités de l'agglomération de Montréal se seront dotées d'une réglementation en matière de salubrité.</p>	<p>-</p>	<p>8. Représentations publiques et rencontres avec des décideurs des villes liées qui n'ont pas de réglementation en matière de salubrité.</p>
<p>4. D'ici 2021, la proportion d'occupants qui connaissent les principaux problèmes d'insalubrité, leurs effets sur la santé, et leurs droits et responsabilités en matière d'habitation aura augmenté.</p>	<p>11. Concertation avec les décideurs du réseau municipal et de la santé pour élaborer et mettre en œuvre une campagne de sensibilisation populationnelle.</p> <p>12. Expertise-conseil et production d'outils de référence : production et diffusion d'outils de communication, en portant une attention particulière aux enjeux de littératie en santé.</p> <p>13. Sessions d'orientation auprès d'acteurs en contact avec les locataires exposés aux problèmes d'insalubrité (médecins, avocats de l'aide juridique, inspecteurs municipaux, etc.) sur les risques pour la santé de l'insalubrité et les moyens de prévention.</p>	<p>9. Information à la population sur les risques associés à l'insalubrité et les mesures de prévention et de protection, incluant les droits et responsabilités en matière d'habitation, en collaboration avec le milieu communautaire (comités logement, etc.).</p> <p>10. Soutien au développement des communautés pour des initiatives sur la salubrité du logement.</p> <p>11. Formation des intervenants du CIUSSS sur les effets sur la santé des conditions d'habitation et les meilleures pratiques.</p>
<p>5. D'ici 2021, la proportion de propriétaires et gestionnaires d'immeubles à logement qui connaissent leurs responsabilités en matière de salubrité et les méthodes de prévention et de contrôle optimales aura augmenté.</p>	<p>14. Concertation avec les municipalités et des regroupements de propriétaires pour l'implantation des meilleures pratiques en prévention et contrôle des problèmes d'insalubrité.</p>	<p>12. Signalement à la DRSP des situations d'insalubrité où le propriétaire ou gestionnaire est un frein à la résolution de la problématique.</p>
<p>6. En tout temps, les interventions de contrôle des insectes nuisibles dans</p>	<p>15. Partenariat avec la Ville de Montréal, les gestionnaires de parasites et les CIUSSS pour le contrôle des insectes</p>	<p>13. Information à la population sur les risques liés au contrôle des insectes nuisibles et sur les meilleures pratiques.</p>

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS
les complexes d'habitation respecteront les meilleures pratiques.	nuisibles dans les grands complexes d'habitation.	
7. D'ici 2021, les actions des divers partenaires mèneront à une augmentation du nombre de logements sociaux, abordables et adaptés aux besoins de diverses clientèles (familles nombreuses, personnes handicapées ou en perte d'autonomie, etc.) tout en freinant la perte du parc locatif, pour toute l'île de Montréal.	<p>16. Avis et mémoires et représentations publiques sur des enjeux touchant l'abordabilité du logement et le financement du logement social lors d'audiences publiques sur des projets locaux, de commissions parlementaires, ou d'autres forums.</p> <p>17. Concertation avec les municipalités et les CIUSSS sur l'accessibilité au logement abordable et les stratégies pour l'améliorer.</p> <p>18. Représentations publiques en appui à l'implantation des interventions en matière d'habitation proposées dans le <i>Schéma d'aménagement et de développement</i> de l'agglomération de l'île de Montréal.</p> <p>19. Expertise-conseil pour la mise en œuvre du <i>Plan d'action intersectoriel en itinérance</i> de la région de Montréal 2015-2020 piloté par le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.</p>	<p>14. Avis et mémoires et représentations publiques sur des enjeux touchant l'abordabilité des logements lors d'audiences publiques sur des projets locaux.</p> <p>15. Concertation avec les municipalités et les organismes communautaires sur l'accessibilité au logement abordable et les stratégies pour l'améliorer.</p> <p>16. Soutien au développement des communautés visant l'accessibilité au logement.</p> <p>17. CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal : concertation avec les partenaires régionaux (établissements de santé, ministères, organismes municipaux et communautaires, etc.) pour la mise en œuvre du <i>Plan d'action intersectoriel en itinérance de la région de Montréal 2015-2020</i>.</p>
8. D'ici 2021, les initiatives locales visant l'amélioration de l'accessibilité au logement salubre et abordable sur l'île de Montréal seront renforcées.	-	18. Soutien au développement des communautés visant l'accessibilité au logement.

DÉFINITION

Les milieux institutionnels sont des milieux où des travailleurs et des non travailleurs cohabitent. Les trois principaux milieux où des problématiques d'insalubrité peuvent survenir sont les milieux scolaires, les milieux de garde et les établissements de santé.

Pour être salubre, un bâtiment ne doit pas porter atteinte à la santé ou à la sécurité des travailleurs et des usagers (élèves, enfants, patients, etc.) en raison de l'utilisation qui en est effectuée ou de l'état dans lequel il se trouve. Plusieurs facteurs influencent la salubrité d'un bâtiment institutionnel :

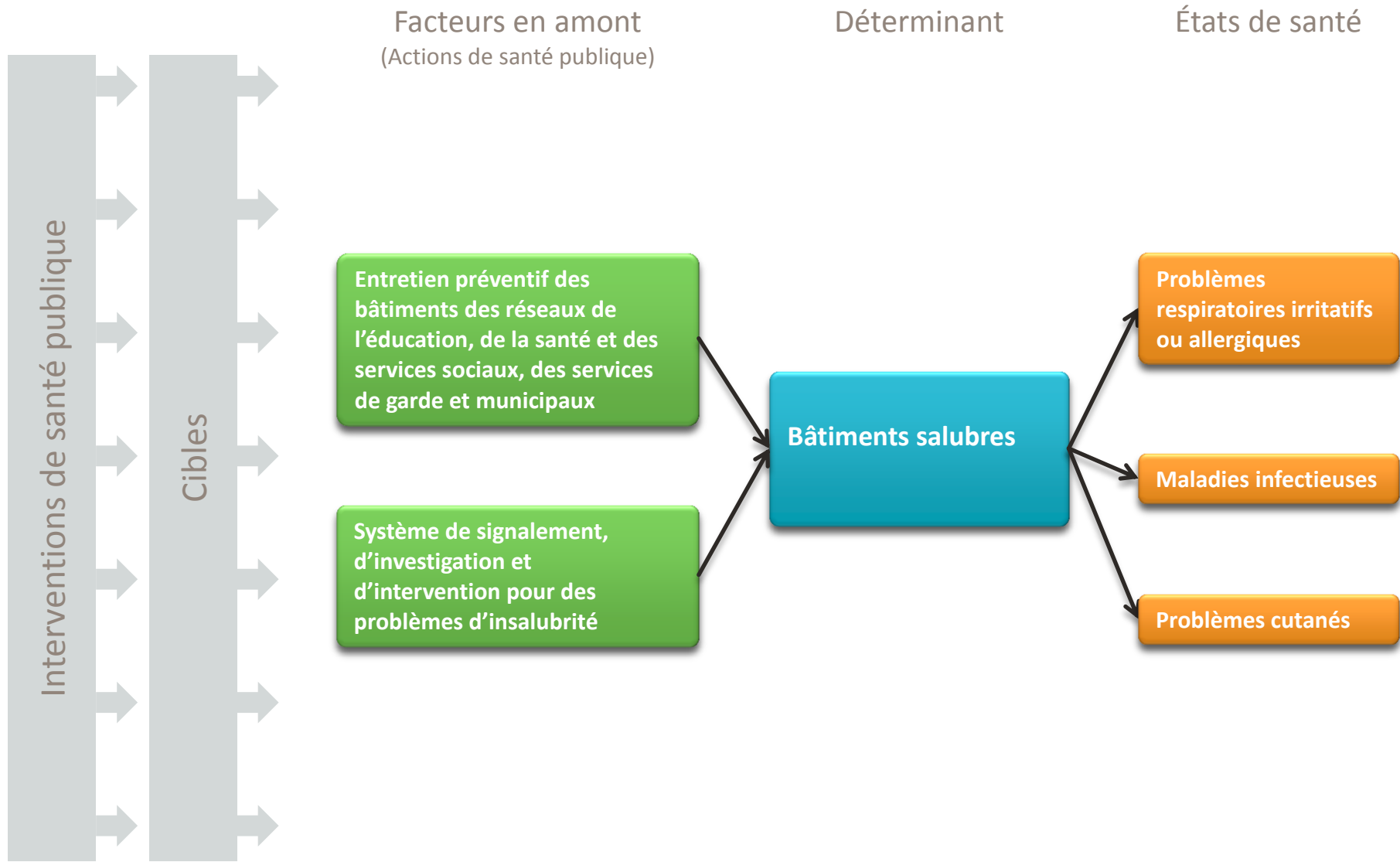
- la structure ou le manque d'entretien du bâtiment (installations sanitaires, plomberie, ventilation, isolation, revêtement, etc.);
- la présence de contaminants chimiques dans l'environnement intérieur (plomb, radon, amiante, etc.);
- la qualité de l'air (moiteur, infiltration d'eau, humidité excessive, etc.);
- la présence de vermines (rongeurs, coquerelles, punaises, etc.);
- les habitudes des occupants (milieux encombrés, tabagisme, etc.).

La salubrité des bâtiments dépend de son entretien préventif et des réparations effectuées en présence de problèmes aigus. La mise aux normes des bâtiments dépend donc des ressources que les institutions publiques acceptent d'investir. Il est important de noter que plusieurs milieux de garde occupent des locaux loués.

L'isolation et l'insonorisation des bâtiments dépendent de la qualité de sa conception alors que leur emplacement peut comporter certains risques technologiques (usines à proximité, voies ferrées, etc.) et environnementaux (qualité de l'air, bruit).

PERTINENCE

L'exposition aux moisissures et aux acariens est associée à de multiples problèmes de santé respiratoire dont la rhinite allergique, l'asthme et les infections du système respiratoire (inférieur et supérieur), ainsi que l'aggravation des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). Les coquerelles et les rongeurs produisent des allergènes qui peuvent être mis en suspension dans l'air, causer ou aggraver la rhinite et l'asthme, et engendrer des infections secondaires. Les punaises de lit ne transmettent pas de maladie, mais leurs piqûres peuvent être très irritantes et, dans certains cas, causer plusieurs affections dermatologiques telles que des éruptions bulleuses et de l'urticaire. Par ailleurs, différents problèmes de santé mentale sont associés aux bâtiments insalubres, en particulier l'anxiété et la dépression.



OBJECTIFS MONTRÉLAIS

1. D’ici 2021, réduire la prévalence des problèmes d’insalubrité (signes d’humidité excessive, vermine, etc.) dans les bâtiments institutionnels sur l’île de Montréal.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 2.1, 2.9, 2.14, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>
<p>1. D’ici 2021, tous les bâtiments des réseaux de l’éducation, de la santé et des services sociaux, des services de garde et municipaux feront l’objet d’un entretien qui permet d’éviter les problèmes de moisissures, de qualité de l’air et de vermine.</p>	<p>1. Expertise-conseil sur la mise en place d’un programme d’entretien préventif complet et son application rigoureuse par les réseaux concernés. 2. Représentations publiques et rencontres avec des décideurs des réseaux concernés pour faire valoir les enjeux de santé liés aux moisissures, à la qualité de l’air intérieur et à la vermine.</p>	<p>1. Rencontres avec les décideurs (hygiène-salubrité, etc.) des différentes installations du CIUSSS pour la mobilisation autour d’un programme d’entretien préventif pour la prévention des problèmes de santé associés à l’insalubrité.</p>
<p>2. D’ici 2021, 100 % des signalements d’insalubrité seront pris en charge dans des délais raisonnables et selon les meilleures pratiques.</p>	<p>3. Partenariat avec les commissions scolaires, le bureau régional du ministère de la Famille, le milieu municipal et les CIUSSS pour l’élaboration d’un système de signalement où les rôles et responsabilités des divers acteurs au regard de la procédure de signalement et du protocole d’investigation et d’intervention sont clarifiés. 4. Évaluation et gestion de risque sanitaire en réponse aux signalements et liaison avec les CIUSSS et la CNESST pour les mesures de remédiation. 5. Expertise-conseil auprès des réseaux concernés pour prévenir l’exposition à des contaminants comme la silice et l’amiante lors des interventions sur les bâtiments visant à corriger les problèmes d’insalubrité, tant pour les travailleurs que pour les membres du public ou usagers.</p>	<p>2. Signalement des situations d’insalubrité à la DRSP. 3. Partenariat avec les directions du CIUSSS et les GMF ou cliniques médicales pour la coordination de l’accès aux soins pour les individus dont le milieu de travail (CPE, école, CIUSSS) fait l’objet d’un signalement.</p>

DÉFINITION

L'environnement de travail est ce qui englobe l'activité de travail, soit les espaces physique, matériel, psychosocial et organisationnel où le travail s'organise et se déroule. L'organisation du travail est l'intersection de toutes ces composantes de l'environnement du travail. Au centre se trouve la personne en activité avec ses caractéristiques individuelles : âge, sexe, expérience, formation, caractéristiques physiques et mentales, perceptions, aspirations, origines, valeurs, etc.

L'activité de travail comporte des interactions physiques, mentales et sociales qui interviennent toutes dans un processus de régulation, où le travailleur fait constamment des compromis entre sa performance et sa santé et son bien-être. En effet, tout travail comporte des attentes de performance (qualité et quantité) en échange d'une rémunération, et l'état de santé du travailleur, physique et mental, est vu aussi comme un résultat du travail.

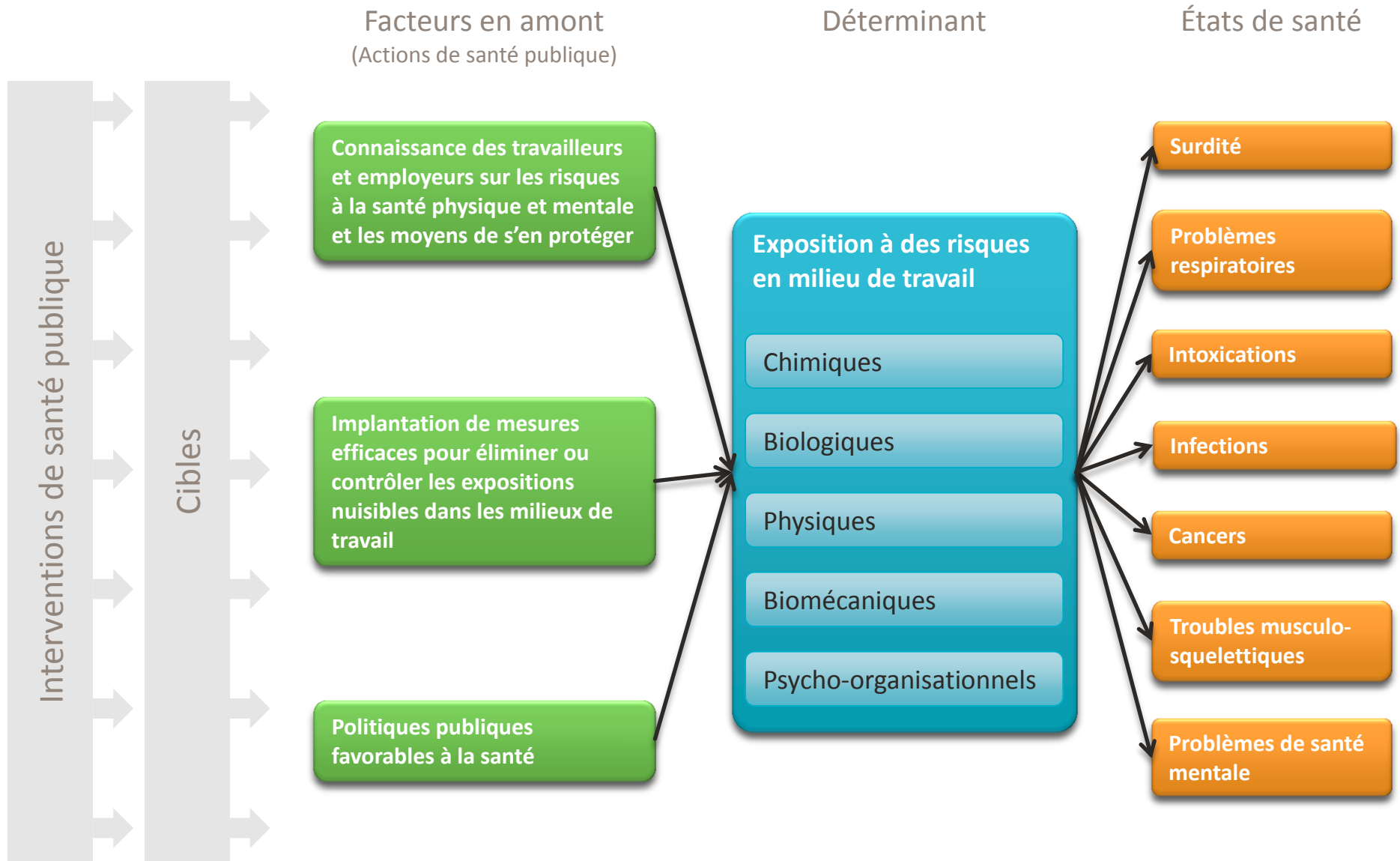
Tout travailleur dispose d'une marge de manœuvre dans l'exécution de son travail, qui lui est fournie tant dans le cadre de l'environnement physique, que par les composantes psychosociales et organisationnelles. Lorsque la marge de manœuvre est trop faible, ce processus de régulation entre la performance et la santé entre en déséquilibre et le travailleur se voit davantage exposé aux risques du travail.

On aborde ici l'environnement physique du travail par le biais des expositions des travailleurs aux risques classés selon leur nature : physique, chimique, biomécanique et biologique. Cette classification, bien que non exhaustive, reflète les objets d'intervention actuelles des services de prévention en santé au travail offerts aux milieux par le biais du Programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE) encadré par la Loi sur la santé et la sécurité au travail (LSST). Les services sont d'abord offerts aux milieux de travail des secteurs d'activité économique prioritaires par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), mais peuvent être offerts à d'autres entreprises selon les besoins exprimés et les ressources disponibles. Le traitement de maladies à déclaration obligatoire encadré par la loi sur la santé publique (LSP) est décrit dans la fiche déterminant *Services de vigie, d'enquête et d'évaluation du risque et de protection*.

PERTINENCE

Les conséquences sur la santé dépendent de la nature du risque et du degré d'exposition. Parmi les lésions professionnelles les plus fréquentes, on compte la surdité, les problèmes respiratoires tels que les rhinites et l'asthme, les intoxications, les infections (tuberculose, VIH, virus de l'hépatite B, etc.), les cancers, les troubles musculo-squelettiques (TMS) ainsi que les problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, etc.). Les coûts engendrés par une lésion professionnelle sont très élevés et ont un impact tant sur les travailleurs ayant subi la lésion que sur leur employeur et la collectivité. Ces coûts impliquent non seulement des frais médicaux, mais aussi des coûts salariaux (salaire improductif du travailleur blessé le jour de l'accident), des coûts administratifs dans le milieu de travail (recrutement et formation), des coûts humains (indemnités pour dommages corporels), des frais et une perte de productivité (incapacité à effectuer du travail). Au Québec, une étude de l'IRSST estime ces coûts à 4,62 milliards de dollars en moyenne par année pour les lésions de la période 2005-2007. De ce montant, environ 1,78 milliard est attribué à des coûts financiers et 2,84 milliards à des coûts humains. Le coût moyen par lésion professionnelle s'élève à 38 355 \$.

Les travailleurs des agences de location de personnel, même s'ils ne sont pas inclus dans les secteurs d'activité prioritaires par la CNESST, sont une préoccupation importante pour la santé publique en vue de réduire les inégalités sociales de santé. En effet, ces travailleurs subissent plus de lésions professionnelles, et celles-ci sont en moyenne plus graves, que les travailleurs permanents. Ce phénomène s'explique par plusieurs facteurs : ils sont souvent placés dans des secteurs à haut risque de lésions professionnelles; la nature temporaire de leurs affectations fait en sorte qu'ils sont souvent inexpérimentés dans les tâches qu'ils accomplissent; et la relation tripartite entre le travailleur, l'agence qui l'emploie et l'entreprise cliente dans laquelle ils œuvrent rend flou le partage des responsabilités, avec pour résultat que la formation, la supervision et l'usage d'équipement de protection ne sont pas toujours optimaux. De plus, il s'agit souvent de travailleurs à statut précaire, qui connaissent moins bien leurs droits et craignent de les revendiquer.



OBJECTIFS MONTRÉALAIS

1. Réduire l'exposition au bruit chez les travailleurs;
2. Réduire l'exposition des travailleurs aux substances sensibilisantes;
3. Réduire les surexpositions des travailleurs aux agents chimiques (métaux lourds, fibres minérales, solvants et asphyxiants);
4. Réduire l'exposition des travailleurs aux cancérogènes;
5. Réduire l'exposition des travailleurs aux facteurs de risque des TMS;
6. Réduire l'exposition des travailleurs aux agents infectieux;
7. Réduire l'exposition des travailleurs à d'autres agents biologiques;
8. Réduire l'exposition des travailleurs aux risques psycho-organisationnels;
9. Réduire l'exposition aux différents risques pour les travailleurs des agences de location de personnel.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 2.16, 2.17, 2.18, 2.19, 2.20

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. D'ici 2021, 75 % des travailleurs potentiellement exposés auront des connaissances suffisantes sur les comportements de protection à adopter pour réduire les risques associés à la rhinite et l'asthme, à la surdité professionnelles et à la silicose. 2. D'ici 2021, 50 gestionnaires d'établissements (secteurs éducation et santé) connaîtront les risques psycho-organisationnels en milieu de travail. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Information aux travailleurs et employeurs sur les risques présents dans l'environnement de travail. 2. Formation d'agents multiplicateurs dans les milieux de travail pour assurer la pérennité de la connaissance des risques. 3. Rencontres avec des décideurs du milieu de travail pour améliorer la prise en charge de la santé au travail. 4. Services individuels en prévention : surveillance médicale pour informer le travailleur sur les impacts des expositions professionnelles sur son état de santé. 5. Rencontres avec des décideurs de certains milieux de travail pour les informer sur les pratiques de gestion favorisant un climat sain de travail et sur des démarches d'amélioration de la santé et la qualité de vie au travail.
<ol style="list-style-type: none"> 3. D'ici 2021, 50 % des mesures de contrôle auront été implantées dans chaque établissement ayant bénéficié d'un suivi des recommandations dans le cadre du PSSE ou d'un plan d'action. 4. D'ici 2021, 90 % des mesures de contrôle auront été implantées dans chaque établissement ayant bénéficié d'un suivi des recommandations dans le cadre des signalements de déficiences (hors norme). 5. D'ici 2021, 90 % des mesures de contrôle auront été implantées dans chaque établissement ayant bénéficié 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Évaluation et gestion des risques sanitaires en milieu de travail. 7. Production d'outils de référence (intervention) pour intégrer les risques psycho-organisationnels dans l'offre de services sur les TMS. 8. Appréciation et rétroaction sur la conformité des milieux de travail pour agir en situations d'urgence (Premiers secours premiers soins, Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail).

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>
d'un suivi des recommandations dans le cadre des maladies à déclaration obligatoire et signalements de menaces à la santé.	
6. D'ici 2021, des mesures de prévention seront développées pour les travailleurs placés par les agences de location de personnel.	9. Représentations publiques et rencontres avec des décideurs pour les informer sur les risques à la santé des travailleurs placés par les agences de location de personnel dans le cadre du Rapport du DRSP sur le sujet. 10. Production d'outils de référence pour intervenir en tenant compte de la précarité du lien d'emploi de certains travailleurs. 11. Partenariat avec la CNESST pour développer des pratiques préventives auprès des agences de location de personnel. 12. Services individuels en prévention : surveillance médicale adaptée pour les travailleurs d'agences de location de personnel (lieux, horaires).

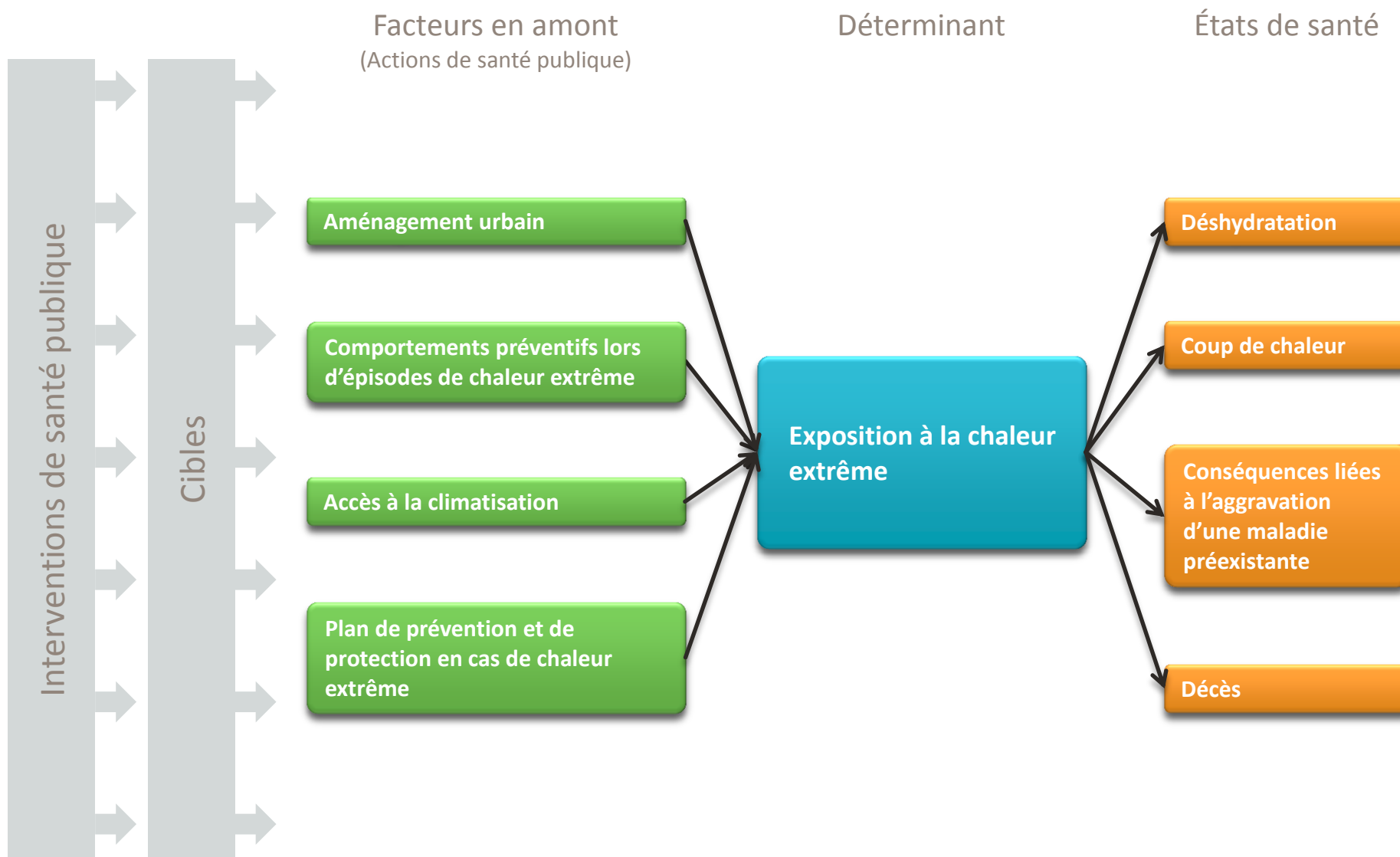
DÉFINITION

Environnement Canada émet des avertissements de chaleur lorsque la température atteint 30°C et l'indice Humidex (température et taux d'humidité combinés), 40. Un épisode de « chaleur extrême » se traduit à Montréal par trois jours consécutifs où la température moyenne maximale atteint 33°C et la température moyenne minimale ne descend pas sous les 20°C, ou lorsque la température ne descend pas en bas de 25°C durant deux nuits consécutives. Depuis 1984, il y a eu cinq épisodes à Montréal, soit en 1987, 1994, 2002, 2010 et 2011. Environnement Canada n'émet pas d'avertissement de chaleur extrême, mais ses prévisions météorologiques permettent d'anticiper les situations qui pourraient devenir problématiques pour les personnes vulnérables.

Les groupes plus vulnérables à la chaleur incluent les personnes âgées vivant dans un milieu non climatisé, les personnes atteintes de problèmes de santé mentale, les enfants de 0 à 4 ans et les personnes atteintes de maladies chroniques (cardiovasculaires, respiratoires, rénales, etc.). Les personnes vivant seules ou en perte d'autonomie de même que celles vivant dans un micro-îlot de chaleur sont également plus vulnérables. Les micro-îlots de chaleur urbains sont des zones où les températures sont plus élevées que dans les secteurs environnants.

PERTINENCE

Les effets de la chaleur sur la santé sont présents durant toute la période estivale, mais s'intensifient d'une façon marquée lors d'un épisode de chaleur extrême. La chaleur a des effets directs sur la santé, allant de la déshydratation et du coup de chaleur jusqu'au décès. Les effets indirects de la chaleur sur la santé, soit ceux qui résultent de l'aggravation d'une maladie sous-jacente, sont plus fréquents. Le cumul des facteurs de risques individuels, environnementaux ou sociaux peut rendre certaines personnes plus vulnérables aux effets de la chaleur. Lors de la canicule de 2010, plus d'une centaine de décès ont été directement attribués à la chaleur; 31 décès survenus dans la communauté (40 %) étaient des individus atteints de problèmes de santé mentale, dont 13 atteints de schizophrénie.



OBJECTIFS MONTRÉLAIS

1. D’ici 2021, réduire l’exposition de la population à la chaleur extrême, en particulier pour les populations les plus à risque.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 2.1, 2.14, 4.1, 4.2, 4.3

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>
1. En tout temps, l’implantation du <i>Plan canopée</i> de la Ville de Montréal prend en compte la vulnérabilité à la chaleur et priorise les secteurs à risque élevé.	1. Expertise-conseil auprès des municipalités et de la Société de verdissement du Montréal métropolitain. 2. Représentations publiques et rencontres avec des décideurs pour que l’implantation du <i>Plan canopée</i> prenne en compte la vulnérabilité à la chaleur.	-
2. En tout temps, des mesures pour réduire les micro-îlots de chaleur sont intégrées systématiquement dans les projets des municipalités portant sur l’emprise publique.	3. Représentations publiques et rencontres avec des décideurs concernant les planifications ¹³ , interventions sur l’emprise publique et projets d’aménagement pour inclure des mesures de verdissement. 4. Avis et mémoires en lien avec les projets d’aménagement soumis à la consultation publique, afin qu’ils tiennent compte des micro-îlots de chaleur.	1. Soutien au développement communautaire en lien avec le verdissement. 2. Avis et mémoires en lien avec les projets d’aménagement locaux soumis à la consultation publique, afin qu’ils tiennent compte des micro-îlots de chaleur.
3. D’ici 2021, les cinq CIUSSS auront mis en place des mesures permettant de réduire les micro-îlots de chaleur sur leurs terrains.	5. Expertise-conseil auprès des CIUSSS.	3. Rencontres avec les décideurs des différentes installations du CIUSSS pour la mobilisation autour de la réduction des micro-îlots de chaleur.
4. D’ici 2021, les organismes communautaires qui accueillent une clientèle vulnérable à la chaleur durant l’été dans les secteurs à risque élevé offriront au moins un espace climatisé à leur clientèle.	6. Représentations auprès des regroupements d’organismes communautaires pour rejoindre l’ensemble de la population à risque.	-
5. Chaque année, les activités du <i>Plan chaleur</i> régional sont implantées : a. Campagne annuelle de sensibilisation et d’éducation sur les risques à la santé liés aux	7. Vigie sanitaire pendant la période estivale. 8. Évaluation et gestion de risques sanitaires en phase intervention du <i>Plan chaleur</i> . 9. Information à la population sur les mesures à prendre pour réduire les risques à la santé en lien avec la chaleur.	4. Évaluation et gestion de risques sanitaires : coordination locale de la mise en œuvre du <i>Plan chaleur</i> . 5. Diffusion d’outils auprès des organismes communautaires.

¹³ Incluant les planifications de l’agglomération de Montréal (*Schéma d’aménagement et de développement de l’agglomération de Montréal (SAD), Plan métropolitain d’aménagement et de développement (PMAD)*) et de la Ville de Montréal (plans de transport, d’urbanisme, de lutte aux gaz à effet de serre et de développement durable). PARI-SP de Montréal 2016-2021 – Offre de services détaillée, 3 mars 2017

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>
<p>épisodes de chaleur extrême et sur les mesures à prendre pour se protéger;</p> <p>b. Identification et localisation de la clientèle vulnérable;</p> <p>c. Maintien d'un réseau de ressources-relais pour contacter les personnes vulnérables;</p> <p>d. Prévisions météorologiques et surveillance;</p> <p>e. Vigie sanitaire.</p>	<p>10. Production d'outils de référence à l'intention des intervenants du réseau de la santé pour identifier les populations vulnérables en fonction des facteurs de risque médicaux et environnementaux.</p>	

DÉFINITION

Le bruit et la pollution de l'air extérieur dans l'environnement urbain relèvent essentiellement des mêmes sources, classées en deux types: les sources mobiles et les sources fixes. Le bruit émis par les sources mobiles est largement attribuable au transport routier, aérien et ferroviaire. Parmi les sources fixes se retrouvent les industries, commerces, festivals, bars et restaurants, de même que les logements (bruits des occupants, systèmes de ventilation ou de climatisation, etc.). Le bruit généré par les sources fixes génère le plus grand nombre de plaintes de la population. Sur l'île de Montréal, les niveaux de bruit les plus élevés se retrouvent à moins de 50 m d'un axe routier majeur et aux sites à proximité de plus d'une source associée au transport (routier, aérien ou ferroviaire). Cependant, les niveaux estimés dépassent la valeur recommandée même dans les zones éloignées des sources de bruit associées au transport. Près de 60 % de la population de l'île de Montréal est exposée à des niveaux qui dépassent la valeur recommandée (55 dB(A)) durant la nuit (23 h à 7 h). On estime à environ 160 000 le nombre de personnes fortement exposées au bruit dans les secteurs les plus défavorisés et à environ 25 000 dans les secteurs les plus favorisés.

Parmi les principaux polluants de l'air extérieur en milieu urbain se retrouvent les particules fines, les oxydes d'azote et l'ozone responsables de la totalité des 53 journées de mauvaise qualité de l'air enregistrées à Montréal en 2013. À Montréal, les émissions de particules fines dans l'air proviennent principalement du transport (45 %) mais également des sources fixes que sont le chauffage résidentiel au bois (39 %) et les industries (13 %), sources dont l'importance varie d'un quartier à l'autre. Le transport est responsable aussi de 85 % des émissions d'oxydes d'azote sur l'île de Montréal, les concentrations de dioxyde d'azote étant beaucoup plus élevées le long des axes routiers. La situation est préoccupante puisqu'à Montréal, 9 % de la population réside à moins de 100 m d'axes routiers majeurs et 16 % des écoles sont situées à moins de 200 m des autoroutes.

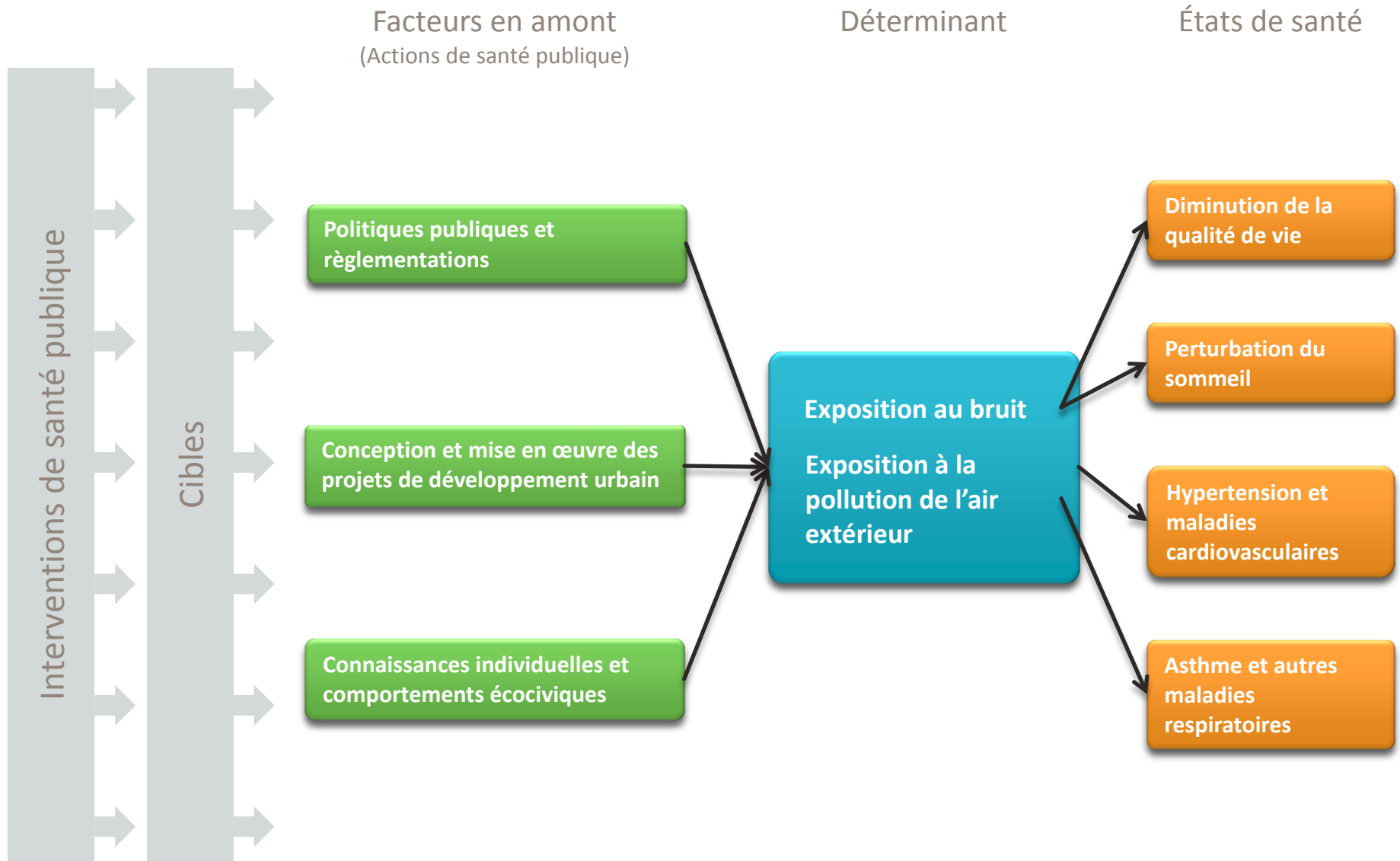
Autre polluant de l'air extérieur, l'herbe à poux est une mauvaise herbe qui émet du pollen dans l'air, surtout en août et en septembre. La contamination par l'herbe à poux est répandue partout sur l'île de Montréal, mais affecte davantage les secteurs de l'ouest et de l'est.

PERTINENCE

L'exposition au bruit environnemental peut entraîner des effets sur la santé des individus : la gêne, la perturbation du sommeil, l'hypertension et les maladies cardiovasculaires. Selon une enquête réalisée par la DRSP en 2014, 9 % de la population de l'île de Montréal se dit très importunée par le bruit généré par le transport routier, 6 % par le bruit des avions et 2 % par le bruit associé aux chemins de fer. Plus de 7 % des résidents se disent très indisposés par des bruits provenant d'appartements voisins et 6 % par des bruits provenant des bars, commerces ou industries. Près de 13 % de la population adulte de l'île de Montréal aurait des troubles du sommeil à cause du bruit dans l'environnement : 6 % des gens rapportent des troubles du sommeil causés par le bruit associé au transport et 11 % par des bruits provenant de sources fixes.

L'OMS a récemment reconnu comme cancérigène la pollution atmosphérique. Une exposition de courte durée aux principaux contaminants de l'air est associée à des symptômes respiratoires, de même qu'à des hospitalisations et des décès pour problèmes respiratoires et cardiovasculaires, en particulier chez les personnes âgées, qui figurent parmi les groupes les plus à risque. Une exposition à long terme aux particules fines est associée au développement de l'asthme chez l'enfant, de même qu'à une hausse de la mortalité cardiopulmonaire et par cancer. La pollution de l'air à Montréal serait responsable annuellement de 1540 décès prématurés, 6028 cas de bronchite infantile aiguë associés aux particules fines et 114 023 jours de symptômes d'asthme associés aux particules fines et à l'ozone (INSPQ, Santé Canada).

Par ailleurs, le pollen d'herbe à poux, responsable de 50 à 90 % des allergies saisonnières au Québec, déclenche des réactions allergiques (rhinite ou rhume des foies, conjonctivite et aggravation de l'asthme) chez plus d'un million de Québécois. Selon une étude réalisée par la DRSP, en 2006, plus de 38 000 enfants montréalais – soit 16 % – souffraient d'allergies au pollen de l'herbe à poux.



OBJECTIFS MONTRÉALAIS

D’ici 2021,

1. Diminuer le nombre de Montréalais habitant des secteurs défavorisés exposés à un niveau de bruit moyen qui dépasse les recommandations de l’OMS (55 dB(A));
2. Diminuer les émissions de polluants et le bruit provenant du transport routier¹⁴;
3. Diminuer les émissions de polluants provenant de sources résidentielles, principalement du chauffage au bois;
4. Diminuer les émissions de pollen d’herbe à poux.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 2.1, 2.9, 2.14

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS
1. D’ici 2021, l’agglomération montréalaise adoptera une politique de lutte au bruit environnemental.	1. Représentations publiques et rencontres avec des décideurs, diffusion d’information et expertise-conseil sur l’exposition au bruit, ses effets sur la santé et les interventions prometteuses pour la réduire, dans le cadre de la concertation pour l’élaboration d’une politique régionale de lutte au bruit environnemental.	1. Représentations publiques et rencontres avec des décideurs municipaux pour la mise en place de mesures permettant de réduire l’exposition au bruit environnemental.
2. D’ici 2021, des projets visant à réduire l’exposition au bruit seront implantés dans au moins trois secteurs de la ville de Montréal.	2. Expertise-conseil auprès des municipalités, CIUSSS et groupes de citoyens sur le bruit environnemental et ses effets sur la santé. 3. Avis et mémoires en lien avec le bruit environnemental et la pollution de l’air.	2. Soutien au développement des communautés sur les problématiques en lien avec l’exposition au bruit environnemental. 3. Avis et mémoires en lien avec le bruit environnemental et la pollution de l’air.
3. D’ici 2021, 80 % de la population montréalaise adoptera des comportements écociviques afin de réduire les émissions de polluants atmosphériques.	4. Expertise-conseil au regard des interventions efficaces visant la réduction des déplacements en véhicule privé et représentation auprès des instances concernées. 5. Information à la population sur les risques à la santé de l’exposition au bruit et à la pollution atmosphérique, notamment lors de journées de smog ou de mauvaise qualité de l’air, et sur les mesures de prévention, entre autres l’importance de ne pas utiliser le chauffage au bois. 6. Marketing social en collaboration avec la ville de Montréal pour favoriser l’application de la réglementation sur le chauffage au bois.	-
4. D’ici 2021, au moins un projet visant la réduction de l’herbe à poux sera implanté dans chaque territoire de CIUSSS.	7. Diffusion d’information sur les programmes provinciaux aux intervenants du CIUSSS. 8. Expertise-conseil sur les effets sur la santé et les meilleures pratiques.	4. Rencontres avec les décideurs des différentes installations du CIUSSS pour la mobilisation autour de la gestion efficace de l’herbe à poux. 5. Représentations publiques et rencontres avec les décideurs municipaux afin de les inciter à mettre

¹⁴ Les interventions concernant l’aménagement et les systèmes de transport décrites dans la fiche *Activité physique, sédentarité et sécurité des déplacements actifs* contribuent également à l’atteinte de cet objectif.

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>
		sur pied des projets de réduction de l’herbe à poux.

DÉFINITION

Une personne peut être exposée à des risques lorsqu'elle ingère, respire ou entre en contact avec de l'eau, de l'air ou des sols qui contiennent des contaminants. Ceux-ci peuvent être de nature chimique (ex. : composés organiques volatiles, hydrocarbures aromatiques polycycliques, solvants), physique (ex. : radon, champs électromagnétiques, nanoparticules) ou biologique (ex. : bactéries coliformes, Legionella). Dépendamment de la source de la contamination, de son étendue et de la voie d'exposition, les risques peuvent affecter seulement quelques individus, un groupe élargi ou même toute la population.

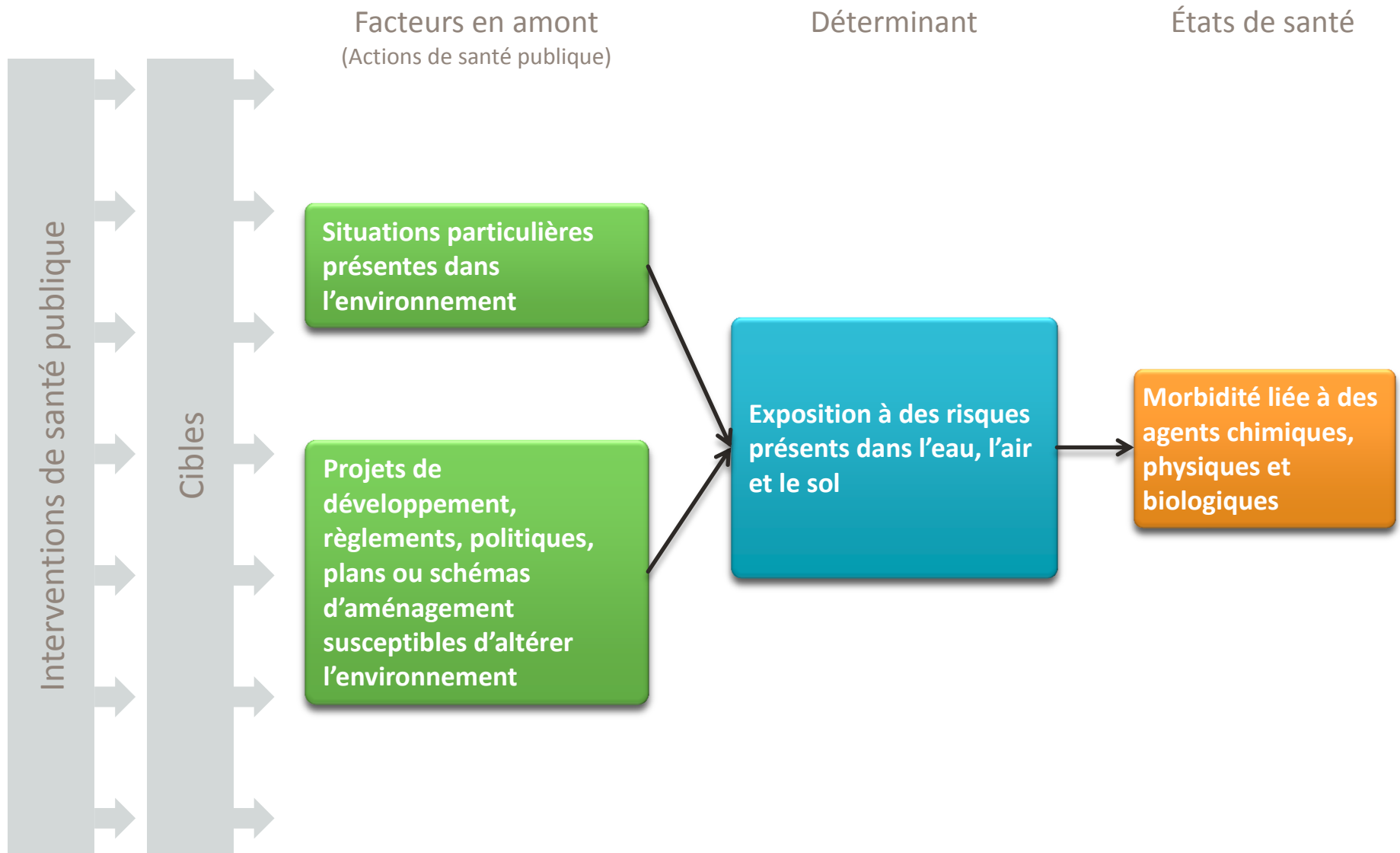
Les projets qui présentent des risques de contamination dans l'air, l'eau et le sol font l'objet d'une entente entre les DRSP et les ministères (processus d'évaluation environnementale, réutilisation des terrains contaminés et Programme Environnement-Plage). De plus, lorsqu'un signalement ou une déclaration (voir *Services de vigie, d'enquête et d'évaluation du risque et de protection*) mène à l'identification d'un risque qui peut être présent à plusieurs endroits (ex. : contaminants dans l'air des arénas, émis par les nettoyeurs à sec, ou provenant d'activités industrielles, pesticides utilisés à l'intérieur et à l'extérieur), des interventions sont mises en place afin de prévenir les expositions futures.

PERTINENCE

Chaque contaminant a des effets spécifiques sur la santé qui varient en fonction du degré et de la fréquence d'exposition. Par exemple :

- La présence de Legionella dans les tours de refroidissement et autres sources (spa, réservoirs d'eau chaude domestiques et institutionnels, etc.) peut être responsable d'une éclosion de légionellose, une infection respiratoire grave pour les personnes vulnérables.
- L'ingestion d'eau contaminée par des coliformes fécaux peut causer des gastroentérites, tandis que l'exposition au plomb dans l'eau potable, bien que rare, peut entraver le développement cognitif des jeunes enfants.
- La contamination des eaux de baignade (piscines et autres bassins artificiels et plages) par des agents biologiques ou chimiques peut également mener à divers problèmes de santé : conjonctivites, gastroentérites, problèmes cutanés, otites du baigneur, irritations aux yeux et aux voies respiratoires.
- Le radon est un gaz radioactif d'origine naturelle présent dans certains sols qui peut s'infiltrer dans les édifices et causer le cancer du poumon.

Note : Les expositions liées à la pollution de l'air, au bruit, à la chaleur extrême, dans les logements et les milieux de travail sont traitées dans les fiches correspondantes. Les interventions visant la protection de la santé de la population sont décrites dans la fiche Services de vigie, d'enquête et d'évaluation du risque et de protection.



OBJECTIFS MONTRÉLAIS

1. Réduire l'exposition aux risques dus à des agents physiques, chimique et biologiques dans l'air, l'eau et le sol.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 2.1, 2.9, 2.13

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. En tout temps, les parties prenantes concernées ont l'information nécessaire pour réduire les expositions environnementales afin de minimiser les impacts sur la santé associés à des situations pour lesquelles il y a une entente ou un mandat légal d'évaluation systématique du risque : <ol style="list-style-type: none"> a. Tous les projets soumis au processus d'évaluation et d'examen des impacts sur l'environnement (Bureau d'audiences publiques en environnement et Office de consultation publique de Montréal); b. Tous les projets de réhabilitation des sols soumis au Groupe technique d'expertise; c. Toutes les demandes de révision de projets de développement, de plans et de schémas d'aménagement, de règlements et de politiques susceptibles de présenter des risques à la santé. 2. En tout temps, les parties prenantes concernées ont l'information nécessaire pour réduire les expositions environnementales afin de minimiser les impacts sur la santé associés à des risques : <ol style="list-style-type: none"> a. Dans le cadre de situations présentes à plusieurs endroits sur le territoire (anciennes carrières, tétrachloroéthylène dans les résidences adjacentes aux nettoyeurs à sec, qualité de l'air dans les arénas, etc.); b. Visés par des programmes et dossiers à portée provinciale (radon, VNO, maladie de Lyme, etc.). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluation et gestion de risques sanitaires : <ol style="list-style-type: none"> a. Expertise-conseil en évaluation de risques à la santé en lien avec l'exposition aux contaminants chimiques, physiques ou biologiques dans l'air, l'eau et le sol; b. Diffusion d'avis et émission de recommandations de santé publique, et suivi de leur application; c. Communication des risques et des mesures de prévention recommandées aux professionnels du réseau et aux partenaires; d. Communication des risques et des mesures de prévention recommandées à la population; e. Service de réponse aux partenaires (municipaux, communautaires, santé, scolaire, milieux de travail, etc.) sur les préoccupations de santé en lien avec l'environnement. 	<p>-</p>

DÉFINITION

Le suicide est un acte délibéré d'une personne, causant sa mort. Il est question de tentative de suicide lorsqu'une personne met sa vie en danger, avec l'intention réelle ou simulée de causer sa mort, sans toutefois que l'acte aboutisse à la mort.

Le suicide est un problème très complexe qui résulte de plusieurs facteurs en interaction : les prédispositions individuelles, le milieu social, la situation familiale ainsi que les événements circonstanciels. Une stratégie en prévention du suicide doit donc inclure différents types de services qui tiennent compte de l'ensemble de ces facteurs :

- Les services de prévention, qui agissent sur les facteurs de risque pour prévenir l'apparition des idées et des crises suicidaires;
- Les services d'intervention, qui assurent la prise en charge immédiate d'une personne suicidaire, mais également celle de ses proches;
- Les services de postvention, qui offrent du soutien aux personnes suicidaires, à leur famille, à leurs milieux de vie et aux intervenants suite à une crise suicidaire (expression d'idées suicidaires, tentative de suicide ou suicide).

À Montréal, différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des communautés sont impliqués dans l'offre de services en prévention du suicide.

La santé publique est impliquée dans l'offre de services communautaires : elle produit et diffuse de l'information sur le suicide, s'engage dans le déploiement de réseaux sentinelles et s'assure du respect des standards ministériels de la ligne téléphonique d'intervention 1 866 APPELLE. Les sentinelles sont des adultes susceptibles d'être en contact avec des personnes suicidaires de par leurs milieux de vie, la place qu'ils occupent dans leur communauté ou leur rôle d'aidant naturel. Ces volontaires sont formés et soutenus par les Centres de prévention du suicide québécois pour dépister, guider et orienter les personnes aux prises avec la problématique du suicide ainsi que leur entourage. Ainsi, le rôle principal des sentinelles est d'établir le contact et d'assurer le lien entre les personnes suicidaires et les ressources d'aide de leur territoire.

La ligne d'intervention téléphonique 1 866 APPELLE offre, en tout temps, des services d'intervention aux personnes suicidaires, à leurs proches, à leurs intervenants ainsi qu'aux personnes endeuillées par suicide. Pour la région, le Centre de prévention du suicide, *Suicide Action Montréal*, a été désigné pour offrir les services téléphoniques d'évaluation, d'intervention de crise et, si nécessaire, d'orientation et de référence vers une ressource appropriée pour la prise en charge initiale et suivi de la personne.

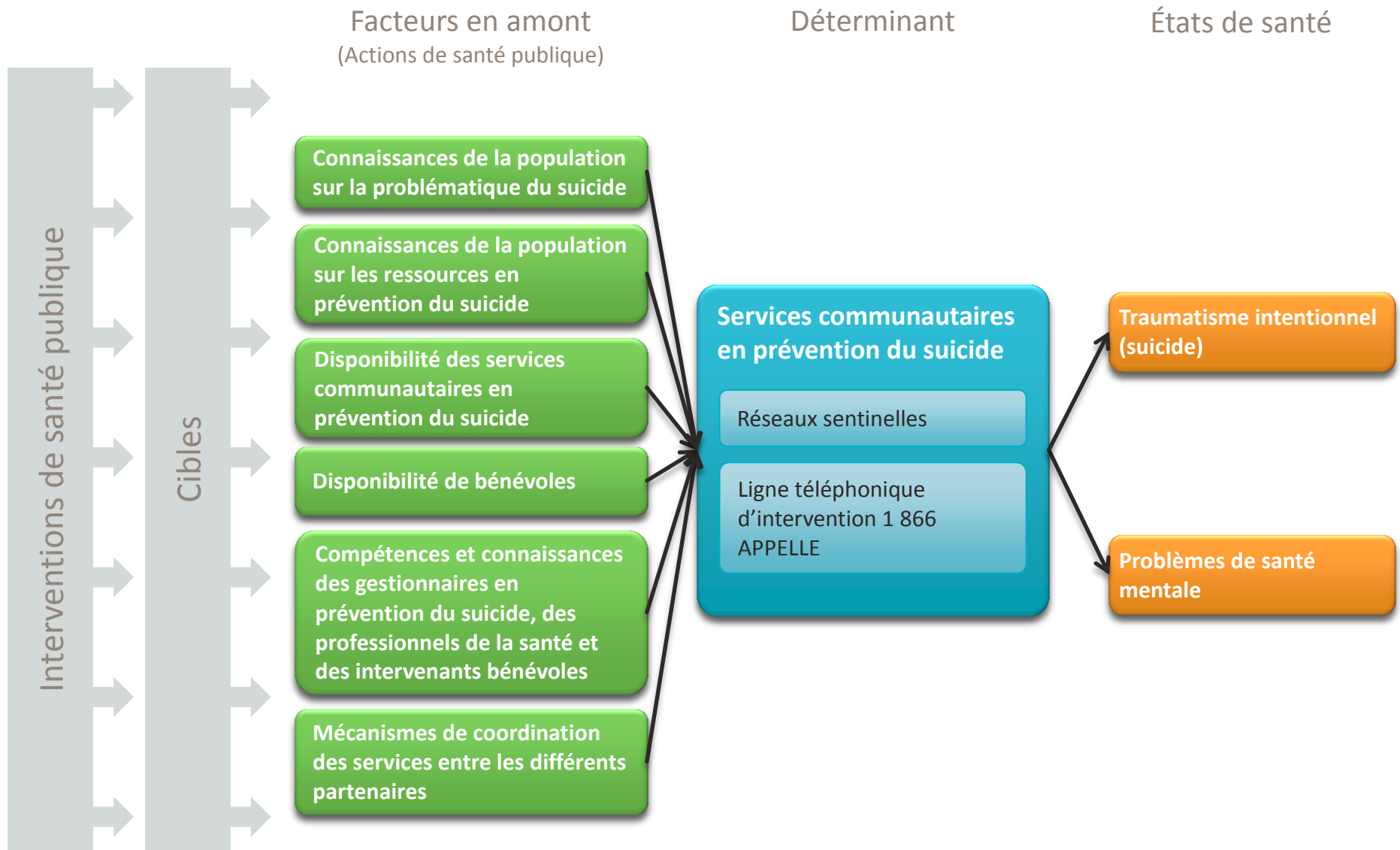
Par ailleurs, les directions cliniques des CIUSSS et les établissements non fusionnés dispensent également des services en prévention du suicide, dont des services en santé mentale et des services psychosociaux. Ainsi, la prise en charge et le suivi des personnes suicidaires, de leur entourage ainsi que des personnes endeuillées par suicide repérés via la ligne d'intervention téléphonique 1 866 APPELLE et les réseaux sentinelles sont assurés par les établissements du réseau de santé montréalais. L'offre de services des établissements de santé et leurs mécanismes de coordination avec les services communautaires ont donc une grande influence sur l'efficacité des services en prévention du suicide.

PERTINENCE

Environ 200 personnes décèdent par suicide chaque année à Montréal (1982-2010). Chaque décès par suicide entraîne des conséquences importantes dans l'entourage de la personne décédée (augmentation du risque suicidaire et des problèmes de santé physique ou mentale) et pour la société.

Certains états de santé ou conditions de vie augmentent le risque de passage à l'acte suicidaire chez les individus : les troubles de santé mentale et de dépendance, et le fait de vivre avec un faible revenu, seul ou encore dans une famille monoparentale.

Note : Plusieurs déterminants du PARI intègrent des interventions favorisant une meilleure santé mentale (santé mentale positive) et peuvent ainsi également influencer le risque de passage à l'acte suicidaire. Des interventions liées à la prévention du suicide sont donc abordées dans d'autres fiches déterminants (ex. : Services préventifs en périnatalité et petite enfance; Services préventifs spécifiques pour les jeunes; Environnement familial; Violence et intimidation chez les jeunes; Consommation d'alcool, de drogues et pratique des jeux de hasard et d'argent; Exposition à des risques en milieu de travail).



OBJECTIFS MONTRÉLAIS

D'ici 2021,

1. Améliorer l'accès et la continuité, la qualité, l'efficacité et l'efficience des services de la ligne d'intervention téléphonique 1 866 APPELLE;
2. Mettre en place des réseaux sentinelles auprès de groupes très à risque à Montréal;
3. Augmenter la proportion des utilisateurs des services communautaires de prévention du suicide (ligne d'intervention téléphonique et réseaux sentinelles) qui reçoivent ensuite les services appropriés dans le réseau de la santé.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 2.6

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
<p>1. D'ici 2021, la population montréalaise connaîtra la problématique et les ressources pouvant venir en aide aux personnes suicidaires, à leurs proches et aux endeuillés par suicide.</p>	<p>1. Diffusion d'information aux CIUSSS sur la problématique et les ressources lors des événements importants en prévention du suicide (ex. : Journée mondiale de prévention du suicide, Semaine nationale de la prévention du suicide, Journée internationale des endeuillés).</p>	<p>1. Information à la population sur la problématique et les ressources d'aide en prévention du suicide lors des événements importants en prévention du suicide (ex. : Journée mondiale de prévention du suicide, Semaine nationale de la prévention du suicide, Journée internationale des endeuillés).</p>	<p>-</p>
<p>2. D'ici 2021, des sentinelles seront actives dans les milieux identifiés comme prioritaires à Montréal.</p>	<p>2. Concertation avec les partenaires communautaires et du réseau de la santé pour identifier les milieux de travail, scolaires et communautaires rejoignant le plus de personnes à risque suicidaire (milieux prioritaires ciblés). 3. Accompagnement des CIUSSS dans les processus d'implantation de réseaux sentinelles.</p>	<p>2. Concertation avec les partenaires communautaires et du réseau de la santé pour coordonner l'implantation de réseaux sentinelles. 3. Rencontres avec des décideurs des milieux prioritaires ciblés pour l'implantation de réseaux sentinelles. 4. Accompagnement des milieux prioritaires ciblés pour l'implantation de réseaux sentinelles.</p>	<p><i>Sentinelles des milieux de travail, scolaires et communautaires ciblés</i> 1. Services individuels : repérage des personnes à risque de suicide et référence vers les services appropriés. <i>SAM</i> 2. Services individuels de soutien aux sentinelles via la ligne d'intervention téléphonique 1 866 APPELLE.</p>
<p>3. D'ici 2021, le taux de réponse sur la ligne d'intervention téléphonique 1 866 APPELLE augmentera. 4. En tout temps, la ligne d'intervention téléphonique 1 866 APPELLE maintiendra la conformité aux</p>	<p>4. Appréciation et rétroaction sur les pratiques de Suicide Action Montréal (SAM) quant à la ligne d'intervention téléphonique 1 866 APPELLE par la DRSP ou un mandataire désigné.</p>	<p>-</p>	<p><i>SAM</i> 3. Services individuels d'intervention téléphonique en prévention du suicide.</p>

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
standards ministériels concernant : <ol style="list-style-type: none"> L'accessibilité géographique et temporelle; Les pratiques et l'encadrement cliniques et les outils et instruments de travail; La gestion des plaintes; Le code d'éthique; La communication de renseignements confidentiels aux partenaires. 			
5. Dès 2017, augmenter la proportion de décideurs du réseau de la santé et des services sociaux ayant les compétences, les connaissances et les outils nécessaires à l'organisation des services en prévention du suicide.	5. Expertise-conseil auprès des décideurs du réseau sur l'évolution de la problématique du suicide sur le territoire.	5. Diffusion d'information auprès des décideurs sur l'évolution de la problématique du suicide sur le territoire. 6. Expertise-conseil pour la formation des décideurs sur l'organisation des services en prévention du suicide.	-
6. D'ici 2021, augmenter la proportion d'intervenants et de bénévoles ayant les connaissances et les compétences nécessaires pour repérer une personne vulnérable au suicide et intervenir selon les bonnes pratiques en fonction de leur rôle.	6. Diffusion d'information aux décideurs du réseau de la santé quant aux formations en prévention du suicide disponibles pour les intervenants. 7. Appréciation et rétroaction sur les pratiques de SAM pour la sélection (formation préalable) et la formation des nouveaux bénévoles intervenant sur la ligne d'intervention téléphonique 1 866 APPELLE par la DRSP ou un mandataire désigné.	7. Expertise-conseil pour la formation en prévention du suicide et le soutien clinique offerts aux intervenants du réseau. 8. Concertation avec les directions concernées pour la formation en prévention du suicide et le soutien clinique offerts aux intervenants du réseau.	SAM 4. Soutien clinique aux intervenants sur les bonnes pratiques en prévention du suicide via la ligne d'intervention téléphonique 1 866 APPELLE.
7. D'ici 2021, l'offre de services des différents partenaires en prévention du suicide de chaque territoire de CIUSSS (ex. : table régionale santé mentale et dépendance) et l'offre de services régionale seront coordonnées (rôles, responsabilités, continuum de services, trajectoire de services, etc.).	8. Expertise-conseil auprès des instances régionales et locales désignées pour l'organisation des services en prévention du suicide.	9. Partenariat avec les organisations communautaires et du réseau de la santé pour coordonner l'offre de services en prévention du suicide pour le territoire.	-

DÉFINITION

Les services de prévention clinique, aussi appelés pratiques cliniques préventives, dispensés par des professionnels de la santé comprennent le counseling, le dépistage, l'immunisation et les traitements préventifs.

Le réseau de santé publique assume une partie seulement des efforts de prévention clinique des maladies chroniques à travers :

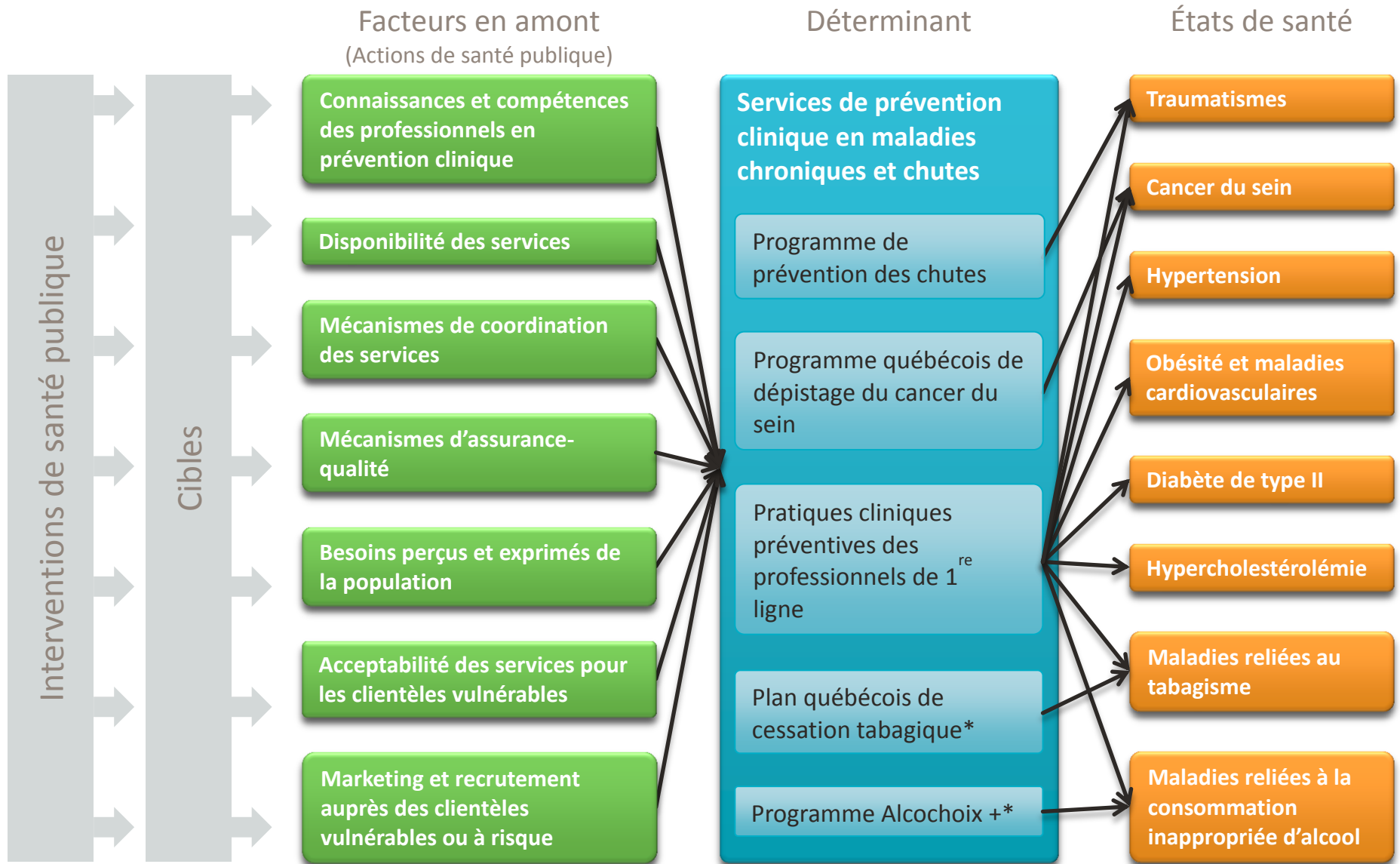
- les programmes populationnels de cessation tabagique (PQAT), de prévention des chutes (ex : programme intégré d'équilibre dynamique (PIED));
- le programme populationnel de dépistage du cancer du sein (PQDCS) cogéré avec la Direction générale de cancérologie;
- le soutien aux pratiques cliniques préventives des professionnels de 1^{re} ligne (ex. : médecins, pharmaciens, infirmières, etc.) fait conjointement avec les associations, ordres professionnels et d'autres directions et programmes-services du MSSS et des CIUSSS.

Les pratiques en lien avec le tabagisme et la consommation problématique d'alcool sont abordées dans les fiches *Tabagisme et exposition à la fumée de tabac dans l'environnement* et *Consommation d'alcool et de drogues et pratique des jeux de hasard et d'argent*. Celles dont il est question dans le présent déterminant contribuent à prévenir le **cancer du sein**, les **chutes** et certains facteurs de risque et maladies chroniques tels que l'**hypertension**, l'**obésité** et les **maladies cardiovasculaires**, le **diabète de type II** et l'**hypercholestérolémie**.

PERTINENCE

Les maladies chroniques représentent un lourd fardeau pour les personnes atteintes, limitant leur capacité fonctionnelle et leur qualité de vie. Ces maladies entraînent des conséquences telles que de l'absentéisme, une réduction de la performance au travail ainsi que des limitations au niveau des activités familiales et sociales. Elles ont également un impact sur l'utilisation des services : les personnes atteintes de maladies chroniques effectueraient chaque année entre 10 et 16 visites médicales.

Les pratiques cliniques préventives présentent un potentiel de gain en termes de morbidité et mortalité évitables pour les personnes qui y ont accès. Plus précisément, le dépistage, le counseling et le traitement préventif de l'hypertension ont un impact significatif sur la réduction des accidents vasculaires cérébraux (40 %), des infarctus du myocarde (15 %) et de l'insuffisance cardiaque (50 %). Le counseling sur les saines habitudes de vie est efficace pour prévenir l'obésité et les maladies cardiovasculaires. On estime en effet que 80 % des maladies cardiovasculaires sont évitables par le changement d'habitudes de vie. Les interventions multifactorielles de prévention des chutes peuvent réduire quant à elle le taux de chutes de 9 % chez les personnes âgées vivant à domicile.



* Ces programmes sont abordés dans les fiches *Tabagisme et exposition à la fumée de tabac dans l'environnement* et *Consommation d'alcool et de drogues, et pratique de jeux de hasard et d'argent*.

OBJECTIFS MONTRÉLAIS

Programme de prévention des chutes :

1. D’ici 2021, augmenter la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus qui bénéficient d’un programme de prévention des chutes (ex : PIED);

Programme Québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) :

2. D’ici 2021, augmenter à 54 % le pourcentage de participation des femmes de 50-69 ans dépistées par mammographie aux 2 ans dans le cadre du PQDCS;
3. D’ici 2021, atteindre une proportion égale de femmes dépistées qu’elles aient ou non une source habituelle de soins et peu importe leur niveau de revenu ou statut d’immigration récente;

Pratiques cliniques préventives des professionnels de 1^{re} ligne :

4. D’ici 2020, augmenter la proportion des utilisateurs des services préventifs qui sont issus des groupes jugés vulnérables ou à risque d’ISS;
5. D’ici 2021, atteindre une proportion égale d’adultes exposés aux pratiques cliniques préventives recommandées pour l’hypertension, le diabète de type II, l’obésité et l’hypercholestérolémie qu’ils aient ou non une source habituelle de soins et peu importe le statut d’immigration;
6. D’ici 2021, le counseling donné en alimentation et activité physique suite à un dépistage positif du diabète ou auprès des adultes obèses ou qui ont de l’embonpoint et qui ont des facteurs de risque additionnels en terme de maladies cardiovasculaires sera fait en fonction des données probantes;
7. D’ici 2021, augmenter à 85 % le pourcentage des adultes dépistés pour l’hypertension au cours des 2 dernières années;
8. D’ici 2021, augmenter à 75 % le pourcentage des adultes dépistés pour l’hypercholestérolémie dans les 5 dernières années parmi ceux visés par cette pratique préventive;
9. D’ici 2021, augmenter à 85 % le pourcentage des adultes à risque dépistés pour le diabète de type II dans les 2 dernières années.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 2.4 (1.6, 2.1, 2.7 : rôle territorial encore en discussion)

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE¹⁵

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
<i>Connaissances et compétences des professionnels</i>			
1. D’ici 2021, augmenter la proportion de professionnels de la santé qui détient les connaissances et les compétences pour mettre en œuvre les programmes populationnels de prévention	1. Expertise-conseil et relations médias en réponse aux préoccupations des cliniciens du territoire et de la population lors de controverses scientifiques autour des programmes de prévention clinique. 2. Sessions d’orientation pour les nouveaux intervenants des programmes et mesures de prévention.	1. Sessions d’orientation pour les nouveaux intervenants des programmes et mesures de prévention : soutenir et participer aux activités d’orientation. 2. Analyse de contexte, représentations et rencontres avec décideurs des instances territoriales concernées (DSI, DRMG, etc.) afin	-

¹⁵ •Le rôle territorial (DRSP et équipes des CIUSSS) en soutien aux pratiques cliniques préventives des professionnels de 1^{re} ligne est encore en discussion au palier provincial. Nous n’avons inclus ici que les cibles et interventions sur lesquelles il y a le moins d’incertitude.
•Les cibles et interventions du PQDCS sont cogérées par la Direction générale de cancérologie et la Direction régionale de santé publique. Elles sont plus nombreuses que celles présentées ici, nous n’avons conservé que celles qui impliquent les équipes de santé publique des CIUSSS.

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
des maladies chroniques et chutes (ex. : PQDCS et prévention des chutes) ou pour y référer les clientèles visées.	3. Communautés de pratique pour les intervenants des programmes populationnels. 4. Analyse de contexte, représentations et rencontres avec des décideurs des instances régionales et provinciales concernées (ordres et associations professionnelles, MSSS, etc.) pour faire valoir les besoins des cliniciens du réseau des CIUSSS et des stratégies pour améliorer les pratiques. 5. Expertise-conseil en prévention clinique. 6. Développement d'alliances et de partenariats pour que la mise à jour du <i>Guide priorité santé</i> (GPS) soit effectuée par l'instance provinciale désignée.	de faire valoir les besoins des cliniciens du territoire du CIUSSS et des stratégies pour améliorer les pratiques.	
<i>Programme de prévention des chutes (ex : PIED)</i>			
2. D'ici 2021, augmenter le nombre de points de services de programmes de prévention des chutes en milieu institutionnel et communautaire, notamment dans les zones géographiques où vivent un grand nombre d'âinés défavorisés ou vulnérables.	7. Analyse de contexte et concertation avec les tables de concertation régionales et locales d'âinés (ex. TCAÎM, tables de quartier, etc.) pour recenser les besoins et développer des balises pour ajuster, traduire et promouvoir le programme de prévention des chutes en fonction des besoins de communautés ciblées.	3. Interventions de groupe en promotion de la santé et prévention : programme universel de prévention des chutes.	-
3. D'ici 2021, le nombre de personnes âgées autonomes à risque de chute rejointes par un programme de prévention des chutes aura augmenté.	8. Partenariats pour la traduction d'un programme de prévention des chutes et son adaptation pour certaines communautés ciblées.	4. Partenariats pour le recrutement des âinés au programme (ex. : via la vaccination, les interventions dans les milieux, etc.). 5. Partenariats pour une référence systématique des personnes recrutées dans le programme de suivi des fractures de fragilisation et gestion de l'ostéoporose.	-
<i>Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)</i>			
4. En tout temps, la population cible aura accès à de l'information utile et adaptée sur la mammographie de dépistage et sur sa participation au programme pour une prise de décision éclairée.	9. Marketing social : page Web du PQDCS multilingue et adaptée pour une population à faible niveau de littératie, mise à jour annuellement selon la littérature récente, et régulièrement pour les listes des CDD et CRID. 10. Partenariats avec divers acteurs (organismes communautaires ethnoculturels ou touchant la santé des femmes, milieux de travail, etc.) pour le	6. Information à la population sur le PQDCS et ses services et démarchage dans les milieux plus difficiles à rejoindre en concertation avec les partenaires du réseau et les organismes communautaires.	1. Partenariats pour la promotion de la page Web du PQDCS. 2. Information à la population sur les services du programme par le biais de lignes téléphoniques

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
	repérage, le recrutement et l'orientation d'agentes multiplicatrices et la traduction des messages-clés selon les besoins territoriaux.		multilingues.
5. En tout temps, les femmes Montréalaises qui n'ont pas de médecin de famille ou d'infirmière praticienne en soins de 1 ^{re} ligne (IPSPL) auront accès à un médecin volontaire ou à une IPSPL volontaire pour le suivi de leur mammographie.	11. Développement de partenariats avec des médecins et IPSPL volontaires par le biais des réseaux personnels et professionnels du médecin-conseil de l'équipe régionale du PQDCS.	7. Développement de partenariats avec des médecins IPSPL volontaires par le biais des instances médicales territoriales (implication de la Direction des services professionnels et du DRMG des CIUSSS pour recruter directement dans les cliniques de leur territoire (GMF, UMF, CRI)).	3. Développement de partenariats avec des médecins et IPSPL volontaires par le biais des CDD.
<i>Pratiques cliniques préventives des professionnels de 1^{re} ligne</i>			
6. D'ici 2021, augmenter la disponibilité de services préventifs de 1 ^{re} ligne conformes aux meilleures pratiques, particulièrement pour les populations à risque d'inégalités sociales de santé (incluant les populations sans médecin de famille).	12. Accompagnement de processus d'amélioration des pratiques préventives dans les CIUSSS à travers, entre autres, l'implantation du modèle de pratique collaborative du Guide Priorité Santé (GPS).	8. Accompagnement de processus auprès des directions concernées du CIUSSS (programmes cliniques : direction des services généraux; soutien clinique : direction des soins infirmiers, direction des services professionnels, DRMG) pour la mise en place des services individuels en prévention clinique prévus dans le GPS offerts par des infirmières (selon des modalités de pratiques collaboratives). 9. Démarchage dans les organismes communautaires pour améliorer l'accès aux services de prévention et de promotion pour les personnes en situation de vulnérabilité.	<i>Directions du CIUSSS (programmes cliniques : direction des services généraux; soutien clinique : direction des soins infirmiers, direction des services professionnels, DRMG) :</i> 4. Services individuels en prévention clinique prévus dans le GPS offerts par des infirmières (selon des modalités de pratiques collaboratives).
<i>Mécanismes généraux de coordination</i>			
7. D'ici 2021, augmenter l'intégration des activités de prévention clinique au sein du continuum en prévention et gestion des maladies chroniques (ex. : 100 % des aînés autonomes admis au programme de gestion de l'ostéoporose et des fractures de fragilisation seront référés à	13. Rencontres avec des décideurs des CIUSSS pour promouvoir l'importance : a. Du maintien d'une expertise crédible et reconnue en soutien à la prévention clinique; b. De l'intégration des services préventifs dans les continuums de services. 14. Partenariats pour l'intégration du counseling en saines habitudes de vie dans les programmes de gestion des maladies chroniques.	10. Partenariat entre la santé publique, les directions concernées du CIUSSS (programmes cliniques : direction des services généraux; soutien clinique : direction des soins infirmiers, direction des services professionnels, DRMG) et le réseau local de services (milieux cliniques de 1 ^{re} ligne, organismes communautaires, etc.) pour : a. Développer et maintenir les services	<i>Directions du CIUSSS (programmes cliniques : direction des services généraux; soutien clinique : direction des soins infirmiers, direction des services professionnels, DRMG) :</i> 5. Services individuels

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
un programme de prévention des chutes).	15. Analyse de contexte, représentations et rencontres avec décideurs : développer des cas traceurs locaux pour identifier et analyser les iniquités d'accès à la prévention clinique.	<p>préventifs retenus au PNSP dans les continums de services;</p> <p>b. Positionner la prévention clinique dans les travaux de restructuration du réseau montréalais.</p> <p>11. Développement d'alliances et de partenariats impliquant les différentes directions du CIUSSS en vue de créer un mode de fonctionnement qui favorise une approche en prévention clinique intégrée dans les continums de services et en 1^{re} ligne.</p>	en promotion de la santé et en prévention : intégration des programmes et interventions de promotion et prévention dans les programmes curatifs.

DÉFINITION

Les aînés, dont la moitié a 75 ans et plus, constituent actuellement 16 % de la population montréalaise. En 2030, un Montréalais sur cinq aura 65 ans ou plus. Selon l'enquête nationale sur les ménages, une personne âgée sur six vit sous le seuil de faible revenu à Montréal.

La participation sociale se définit comme « le fait de prendre part à des activités de nature sociale, c'est-à-dire réaliser des activités liées aux rôles et responsabilités de la vie quotidienne, entretenir des relations significatives, faire partie d'une communauté, jouer des rôles sociaux par le biais d'activités dites productives, ou intégrer des structures décisionnelles ». À l'inverse, la notion d'isolement chez les aînés réfère à l'absence totale ou quasi totale de réseau social personnel et à une utilisation très limitée des ressources formelles disponibles.

Selon le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), la participation sociale comprend six composantes :

- le réseau social (relations interpersonnelles, en quantité et qualité);
- la participation à la vie communautaire (organisations sociales, spirituelles ou religieuses);
- les responsabilités de la vie quotidienne (ex. : se vêtir, communiquer) et domestique (ex. : faire des courses);
- le développement personnel (intellectuel, psychomoteur, social et culturel);
- l'emploi ou le bénévolat;
- les loisirs (sports, arts et culture, activités socio-récréatives).

Dans le cadre du PARI, la santé publique montréalaise s'intéresse au réseau social, à la participation à la vie communautaire, à l'emploi et au bénévolat, ainsi qu'aux loisirs.

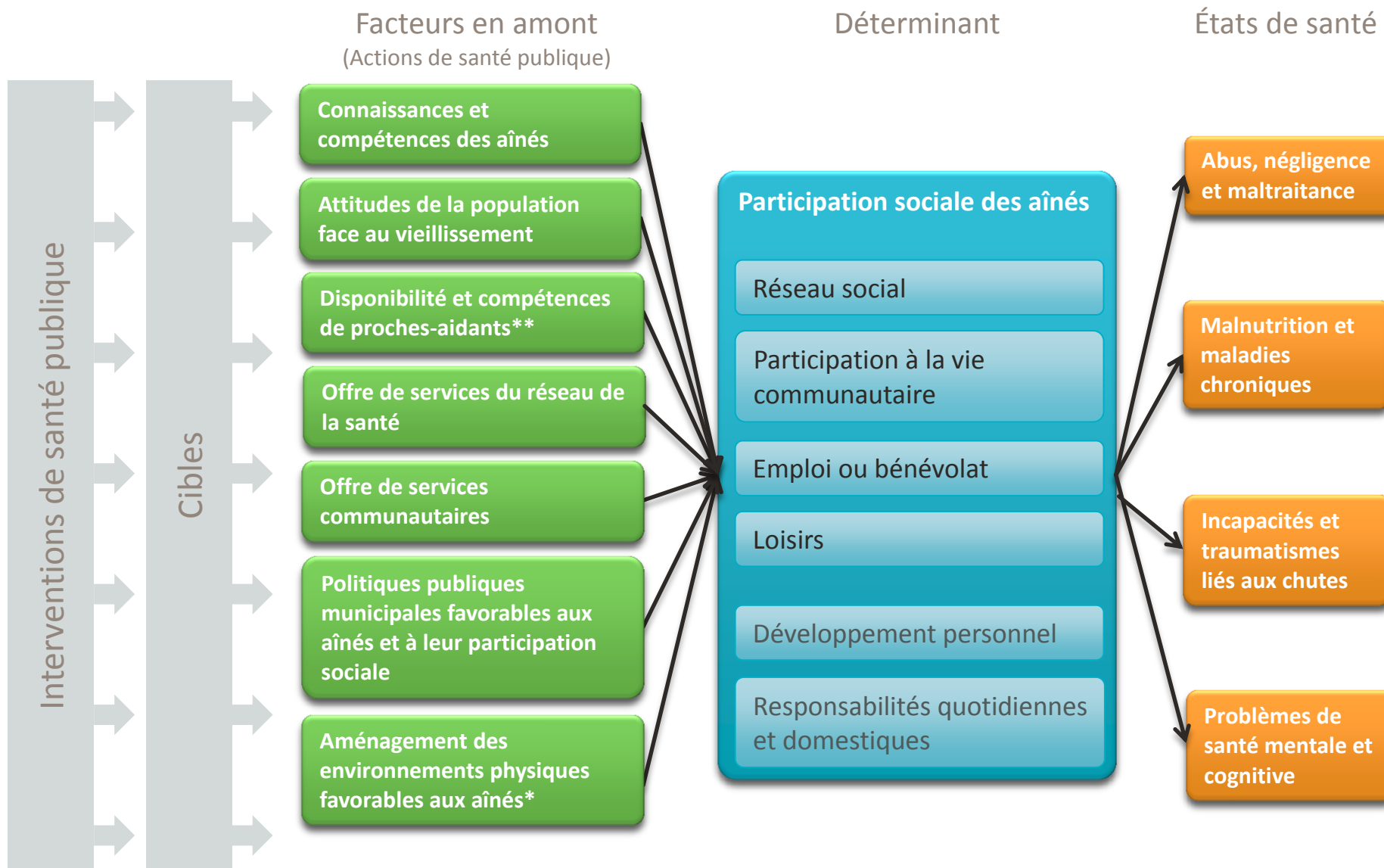
Plus d'un Québécois de 65 ans et plus sur cinq (22 %) vivant en communauté rapporte n'avoir aucune participation sociale (contre 16 % dans le reste du Canada) (ESCC 2008-2009). Fort heureusement, la participation sociale est un facteur de protection qui peut être renforcé, soit en augmentant les capacités de la personne, soit en optimisant son environnement afin de compenser ses incapacités.

Lorsqu'il est question des personnes âgées dites vulnérables ou à risque, ceci inclut les aînés très défavorisés au niveau matériel, très isolés au niveau social, les aînés proches-aidants. Les actions doivent également tenir compte de l'hétérogénéité dans la population aînée et des particularités de certains sous-groupes, par exemple les femmes très âgées ou les aînés issus de l'immigration.

PERTINENCE

La participation sociale contribue à faire en sorte qu'en vieillissant, les personnes peuvent demeurer chez elles et rester intégrées dans leur communauté. Les contacts sociaux sont le meilleur moyen d'assurer la sécurité des aînés et de diminuer une partie des facteurs liés à la vulnérabilité. La participation sociale est associée chez les aînés à une perception positive de leur état de santé et à une diminution des sentiments de solitude et d'insatisfaction à l'égard de la vie.

À l'inverse, l'isolement social est associé à la consommation d'alcool, au tabagisme, à la sédentarité, à une alimentation inadéquate, à un risque plus élevé de chute et à un risque de quatre à cinq fois plus élevé d'hospitalisation. L'isolement social a également une incidence sur la santé psychologique et cognitive des aînés : il est associé à des niveaux supérieurs de dépression, de suicide, de démence et de régression cognitive, alors qu'à l'inverse les modes de vie actifs physiquement et socialement protègent contre la démence (Conseil national des aînés, 2014). Enfin, l'isolement social, l'absence de réseaux de soutien formels (institutionnel) et informels (proches-aidants) sont des facteurs de risque liés à la maltraitance envers les aînés.



* Les actions sur ce facteur en amont sont décrites dans la fiche *Activité physique, sécurité des déplacements actifs et sédentarité*.

** Les actions sur ce facteur en amont sont sous la responsabilité d'autres acteurs partenaires de la santé publique.

OBJECTIFS MONTRÉLAIS

D'ici 2021,

1. Augmenter la proportion de personnes âgées qui ont des relations significatives, particulièrement parmi les personnes âgées de plus de 75 ans, les aînés défavorisés et les aînés vivant des incapacités;
2. Diminuer la proportion d'aînés complètement isolés (aucun réseau social ni soutien);
3. Augmenter la proportion d'aînés montréalais rapportant une forme d'engagement communautaire ou bénévole, particulièrement au sein des groupes d'aînés défavorisés;
4. Augmenter à 70 % la proportion de personnes âgées rapportant être satisfaites de leur niveau global de pratique d'activités (activités de loisirs, activités physiques ou sportives)¹⁶.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 2.1, 2.5, 2.10, 2.14

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
<i>Connaissances et compétences des aînés pour un vieillissement en santé</i>			
1. D'ici 2018, les aînés auront des connaissances justes et suffisantes sur le vieillissement en santé, ses déterminants, et les ressources disponibles pour répondre à leurs besoins.	1. Expertise-conseil, production d'outils de référence et de communication, en collaboration avec les directions SAPA des CIUSSS et l'IUGM, en soutien aux acteurs réalisant des actions d'éducation et d'information auprès des aînés, particulièrement sur le démarchage pour atteindre les populations isolées ou vulnérables.	1. Information à la population sur les ressources disponibles sur chaque territoire de CIUSSS.	<i>Organismes communautaires :</i> 1. Démarchage auprès des sous-groupes de populations plus vulnérables.
<i>Attitudes de la population face au vieillissement (âgisme, rapports d'âge, dynamiques sociales)</i>			
2. D'ici 2021, la proportion d'aînés montréalais rapportant avoir été traités injustement en raison de leur âge diminuera.	2. Développement d'outils de communication, relations médias et marketing social pour promouvoir une image positive du vieillissement et lutter contre les préjugés et stéréotypes (âgisme) auprès du grand public, en collaboration avec un réseau de partenaires œuvrant auprès d'aînés et en collaboration avec les CIUSSS (équipes de santé publique et de communications).	2. Information à la population : diffusion des outils de marketing social développés par l'équipe régionale, en partenariat avec les équipes de communication.	-
3. D'ici 2021, un réseau de partenaires montréalais sera mobilisé et	3. Événements de partage de connaissances et production d'outils de communication pour	-	-

¹⁶ Les interventions décrites dans la fiche *Activité physique, sécurité des déplacements actifs et sédentarité* contribuent également à l'atteinte de cet objectif. PARI-SP de Montréal 2016-2021 – Offre de services détaillée, 3 mars 2017

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
réalisera des actions pour la sensibilisation et la lutte contre l'âgisme et pour la promotion d'une participation sociale satisfaisante des aînés.	sensibiliser et mobiliser le milieu de la santé et des services sociaux ainsi que des décideurs de tous les milieux (municipal, politique, entreprise privée, médiatique, etc.) à la problématique de l'âgisme et son impact sur le bien-être des aînés montréalais.		
<i>Offre de services du réseau de la santé</i>			
4. D'ici 2018, les gestionnaires des établissements de santé adapteront l'offre de services en tenant compte des besoins non comblés de la population aînée de leur territoire en matière de participation sociale.	4. Représentations et rencontres avec des décideurs sur les besoins non comblés des aînés. 5. Expertise-conseil aux intervenants et gestionnaires des établissements de santé et production d'outils sur l'analyse des besoins non comblés des aînés.	3. Concertation : collaboration avec les instances locales d'aînés pour mobiliser les aînés et leur permettre de faire connaître leurs besoins non comblés en matière de soutien à la participation sociale (sondages, forums citoyens, enquêtes, groupes de discussions dans les organismes communautaires, etc.). 4. Production d'outils de référence sur les besoins des aînés à partir des résultats des consultations.	-
5. D'ici 2018, les intervenants de la santé acquerront des connaissances sur le continuum de participation sociale comme déterminant de la santé chez les aînés et seront en mesure de repérer les clientèles à risque.	6. Formation et développement d'outils de référence pour les professionnels et intervenants du RSSS sur la participation sociale comme déterminant de la santé chez les aînés dans le contexte urbain montréalais, en collaboration avec des chercheurs et praticiens en santé des aînés (ex. : CREGES, IUGM).	5. Transfert de connaissances : diffusion d'information auprès des intervenants sur le continuum de participation sociale comme déterminant de la santé chez les aînés et le repérage des clientèles à risque.	-
6. D'ici 2018, des aînés participeront à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des services de santé et services sociaux qui les concernent.	7. Représentations publiques et rencontres avec les décideurs des instances décisionnelles du RSSS pour l'inclusion des aînés ou des représentants d'aînés. 8. Développement d'outils de référence pour soutenir la mobilisation et la participation des aînés, en collaboration avec les responsables territoriaux (organismes communautaires, coordonnateurs de santé publique, etc.).	6. Soutien au développement des communautés : outiller les citoyens âgés et les organisations d'aînés à faire entendre leur voix et revendiquer les solutions à leurs besoins.	-
<i>Offre de services communautaires</i>			
7. D'ici 2021, des aînés participeront à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des initiatives	9. Représentations publiques et rencontres avec les décideurs des instances décisionnelles d'organismes régionaux pour l'inclusion des aînés	7. Représentations publiques et rencontres avec les décideurs des instances de concertation territoriales pour l'inclusion des aînés ou des	-

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
communautaires qui les concernent.	ou des représentants d'aînés. 10. Développement d'outils de référence pour soutenir la mobilisation et la participation des aînés, en collaboration avec les responsables territoriaux (organismes communautaires, coordonnateurs de santé publique, etc.).	représentants d'aînés. 8. Soutien au développement des communautés : outiller les citoyens âgés et les organisations d'aînés à faire entendre leur voix et revendiquer les solutions à leurs besoins.	
8. D'ici 2018, les organismes communautaires utiliseront des données sur les besoins de la population aînée de leur territoire en matière de participation sociale afin d'arrimer plus finement l'offre de services aux besoins des divers groupes dans la population aînée de Montréal.	11. Production d'outils de référence et expertise-conseil à l'intention des responsables du PSOC pour développer et implanter des outils de monitoring et d'évaluation des services pour les organismes desservant une clientèle aînés ou ses proches-aidants. 12. Production d'outils de référence et expertise-conseil pour l'analyse des portraits de la participation des aînés.	9. Concertation : collaboration avec les instances locales d'aînés pour mobiliser les aînés et leur permettre de faire connaître leurs besoins non comblés en matière de soutien à la participation sociale (sondages, forums citoyens, enquêtes, groupes de discussion dans les organismes communautaires, etc.).	-
9. D'ici 2021, dans chaque CIUSSS, au moins un réseau de partenaires communautaires et de proximité mettra en œuvre des actions favorisant la participation sociale satisfaisante et le bien-être des aînés.	13. Expertise-conseil sur la participation sociale des aînés au sein de la concertation de chaque territoire de CIUSSS. 14. Partenariat avec certains organismes ciblés en fonction de leur travail auprès de clientèles particulières pour assurer la prise en charge par les services de soutien social de proximité des aînés très vulnérables (ex. : en situation d'itinérance).	10. Concertation sur chaque territoire de CIUSSS regroupant la direction SAPA, les intervenants du milieu municipal, les partenaires communautaires et du secteur privé pour instiguer une vision commune et cohérente de la participation sociale des aînés et pour développer un réseau d'action à l'échelle territoriale. 11. Démarchage dans les milieux de vie en collaboration avec des partenaires communautaires et/ou des bénévoles pour le repérage des aînés vulnérables et la référence aux services du territoire.	<i>Organismes communautaires :</i> 2. Démarchage dans les milieux de vie en collaboration avec les équipes de santé publique locales pour le repérage des aînés vulnérables en vue de les référer aux services du territoire.
Politiques publiques favorables aux aînés et à leur participation sociale			
10. D'ici 2018, le plan d'action municipal pour les aînés de la Ville de Montréal sera actualisé et, selon les priorités retenues par l'administration municipale et ses partenaires, diverses actions	15. Analyse de contexte relativement à l'inclusion du concept <i>Ville amie des aînés</i> (VADA) dans la mobilisation en cours autour de <i>Montréal, métropole en santé</i> ou autre mobilisation de partenaires pertinente. 16. Développement de coalitions et d'alliances	-	-

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
<p>favorisant la participation sociale des personnes âgées seront mises en œuvre.</p>	<p>réunissant les réseaux territoriaux pour faire valoir les enjeux liés à la participation sociale des aînés.</p> <p>17. Représentations publiques et rencontres avec les décideurs aux paliers municipal, régional et suprarégional pour les sensibiliser aux enjeux du vieillissement et de la pleine participation et leurs impacts populationnels.</p> <p>18. Expertise-conseil sur la participation sociale des aînés et les approches prometteuses, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Les mesures de soutien au bénévolat et à l'emploi pour les aînés; b. La création d'espaces favorisant les interactions sociales et la participation à la vie communautaire; c. La création d'espaces favorisant le développement personnel et l'apprentissage continu; d. La création d'espaces de loisirs accessibles et adaptés; e. Les mesures de soutien aux responsabilités domestiques ayant un impact sur la participation sociale. <p>19. Production d'outils de référence et événements de partage de connaissances sur les mesures de soutien à la participation sociale des aînés dans les plans d'actions municipaux visant les 65 ans et plus.</p>		
<p>11. D'ici 2021, la Ville de Montréal et les villes liées seront sensibilisées aux enjeux de sécurité liés aux aides à la mobilité motorisées (tri- et quadriporteurs).</p>	<p>20. Analyse de contexte, développement d'outils de communication, et représentations et rencontres avec les décideurs autour des enjeux de sécurité liés à l'usage des aides à la mobilité motorisées (tri- et quadriporteurs).</p>	-	-

DÉFINITION

Le pouvoir d'agir des communautés locales est la capacité des communautés à prendre en charge leur développement, c'est-à-dire la capacité de se développer selon leurs aspirations. La notion de communauté locale réfère « à un système social structuré de personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique précis. Les personnes qui y vivent ont une interaction sociale et partagent, entre elles et avec le lieu qu'elles habitent, certaines valeurs communes et des liens psychologiques démontrant ainsi une certaine conscience de leur identité comme communauté ». Pour la région de Montréal, ces territoires d'appartenance correspondent généralement à ceux des tables de quartier. Il existe 30 tables de quartier multisectorielles et multiréseaux en développement social local sur l'île de Montréal. Une communauté locale comprend différentes instances de concertation et acteurs, dont certains peuvent avoir un rayon d'intervention qui dépasse le territoire local (citoyens, groupes vulnérables, organismes communautaires, arrondissement, CIUSSS et autres institutions, organismes du secteur privé, etc.).

Plus spécifiquement, le pouvoir d'agir d'une communauté locale consiste en sa capacité :

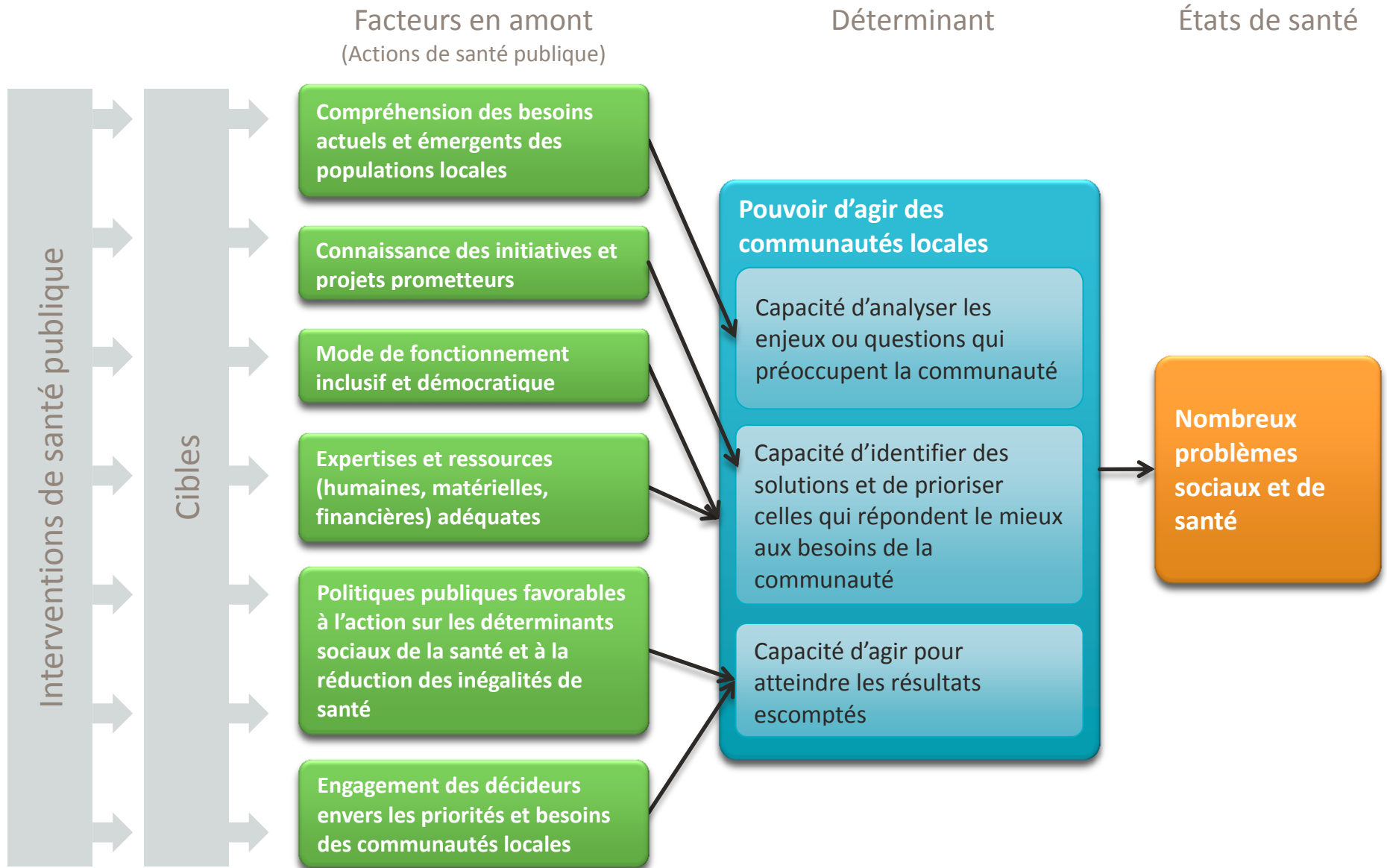
- D'analyser les enjeux ou questions qui préoccupent la communauté;
- De décider, c'est-à-dire d'identifier des solutions et de prioriser celles qui répondent le mieux à ses besoins;
- D'agir pour atteindre les résultats escomptés.

Ce pouvoir d'agir s'exerce dans différents lieux de concertation, notamment au sein des tables de quartier et des tables thématiques (ex. : petite enfance, jeunesse, sécurité alimentaire, etc.). Celles-ci réunissent une diversité d'acteurs, dont les organismes communautaires qui sont très actifs au sein des concertations, autour d'une variété de projets constituant autant de solutions adaptées aux besoins de leur population. L'un des principes importants associé au pouvoir d'agir des communautés est que le processus de concertation et les partenariats s'effectuent dans le respect de la mission et de l'autonomie des différents organismes et institutions.

PERTINENCE

Les communautés locales aspirent à améliorer la qualité et les conditions de vie des citoyens. Leurs actions et projets collectifs visent à modifier les déterminants sociaux de la santé, soit les conditions de vie (revenu, emploi, éducation, sécurité alimentaire, logement, etc.), l'environnement social (solidarité sociale, vie communautaire, etc.), les milieux de vie (milieu familial, de garde, scolaire, d'hébergement, etc.), l'environnement physique (aménagement, transport, etc.) et l'accessibilité aux services (organisation, accessibilité, acceptabilité, etc.). En renforçant le pouvoir d'agir des communautés locales, on augmente leur capacité d'avoir un impact sur les déterminants sociaux de la santé et l'ensemble des états de santé qui en découlent. Pour cette raison, le soutien d'initiatives favorisant le renforcement des capacités des communautés d'agir sur les conditions de vie et leur environnement est non seulement un service inscrit dans le *Programme national de santé publique* (PNSP) 2015-2025, mais le renforcement de la capacité d'agir des personnes et des communautés constitue l'un de ses principes directeurs.

Cependant, agir au niveau local n'est pas suffisant pour améliorer la qualité et les conditions de vie de la population. Il est essentiel que des actions soient réalisées à d'autres paliers d'intervention, notamment pour améliorer les politiques publiques. Des interventions en ce sens, de même que d'autres actions et projets collectifs des communautés sont décrits dans l'offre de services concernant plusieurs déterminants de la santé : *Salubrité et abordabilité des logements; Activité physique, sécurité des déplacements actifs et sédentarité; Alimentation; Environnement familial; Services de garde éducatifs de qualité; Participation sociale des aînés; etc.*



OBJECTIFS MONTRÉLAIS

D'ici 2021,

1. Augmenter la capacité des communautés locales à effectuer un diagnostic leur permettant de se donner une compréhension commune des besoins et du potentiel de développement du quartier;
2. Augmenter la capacité des communautés locales à identifier leurs priorités et à élaborer un plan d'action;
3. Augmenter la capacité des communautés locales à mettre en œuvre leur plan d'action;
4. Augmenter la capacité des communautés locales à évaluer leur mode de fonctionnement, leurs réalisations et leurs retombées.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 2.10, 2.12, 2.14, 1.2, 1.9, 1.11

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
<p>1. D'ici 2021, dans le cadre de l'exercice de sa responsabilité populationnelle, chaque CIUSSS adoptera et mettra en œuvre une politique de développement des communautés. Cette politique comportera une vision stratégique, des grandes orientations notamment concernant l'équité sur l'ensemble du territoire, des principes directeurs et les responsabilités régionales et territoriales de santé publique.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Représentations et rencontres avec les décideurs des CIUSSS afin qu'ils adoptent une politique de développement des communautés élaborée en concertation avec leurs partenaires. 2. Expertise-conseil aux CIUSSS pour l'élaboration des politiques. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rencontres avec les décideurs du CIUSSS pour faire adopter une politique de développement des communautés et un plan de mise en œuvre. 2. Production d'un outil de référence : élaboration de la politique de développement des communautés en collaboration avec les partenaires internes et externes. 3. Sessions d'orientation afin de favoriser l'appropriation de la politique et du plan de mise en œuvre au sein des CIUSSS et par les partenaires. 	<p>-</p>
<p>2. D'ici 2021, les différents acteurs de chaque communauté participeront aux étapes de planification, mise en œuvre et évaluation des initiatives financées par les mesures de santé publique dans le respect des guides et cadres de référence des différentes mesures.</p>	<p>3. Production d'outils de référence : mise à jour des guides et cadres régionaux pour les mesures de santé publique suite aux consultations du PARI 2016-2021 et ce, en assurant la cohérence entre les mesures, y compris les modalités de reddition de comptes.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Soutien au développement des communautés : participation du CIUSSS aux instances de concertation locale. 5. Soutien au développement des communautés : contribution en organisation communautaire auprès des instances de concertation locale, selon les besoins, par exemple : <ol style="list-style-type: none"> a. Pour le processus de mobilisation afin de favoriser la participation des citoyens et des populations plus vulnérables (ou des organismes 	<p>-</p>

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
		<p>qui les représentent);</p> <p>b. Pour la mise en place de modes de fonctionnement démocratiques et inclusifs.</p> <p>6. Soutien au développement des communautés : contribution en organisation communautaire auprès des organismes communautaires dans la mise en œuvre de leurs projets et activités.</p>	
<p>3. De façon continue, les instances de concertation locales utilisent les portraits sociosanitaires de leur communauté et les outils de référence sur la défavorisation et les ISS selon leurs besoins pour documenter les enjeux et les problématiques particulières qui les concernent.</p>	<p>4. Production d'outils de référence sur la défavorisation et inégalités sociales.</p> <p>5. Expertise-conseil aux CIUSSS pour faciliter l'interprétation des données sociosanitaires et des enjeux.</p> <p>6. Expertise-conseil aux CIUSSS pour l'analyse de problématiques particulières affectant la santé de la population ou créant des inégalités sociales de santé (ISS).</p>	<p>7. Production de portraits à partir de données d'enquête ou de surveillance.</p> <p>8. Événements de partage de connaissances.</p> <p>9. Soutien au développement des communautés : contribution auprès des instances de concertation à l'analyse des données sociosanitaires et des enjeux en partenariat avec les acteurs internes et externes.</p> <p>10. Soutien au développement des communautés : contribution en organisation communautaire aux instances de concertation et organismes communautaires pour l'analyse de problématiques particulières affectant la santé de la population ou créant des ISS.</p>	-
<p>4. D'ici 2021, les instances de concertation locales connaîtront une diversité de projets et d'initiatives mis en place par les communautés pour agir sur les enjeux qui les concernent, particulièrement en lien avec la santé et la réduction des ISS.</p>	<p>7. Événements de partage de connaissances sur une diversité de projets et d'initiatives, en collaboration avec les CIUSSS, afin que les communautés puissent s'inspirer de ceux qui leur apparaissent prometteurs.</p> <p>8. Expertise-conseil sur les facteurs à considérer et les conditions de succès pour créer des environnements favorables à la santé et réduire les ISS.</p>	-	-
<p>5. D'ici 2021, chaque communauté aura les ressources nécessaires pour la réalisation de ses projets collectifs.</p> <p>6. D'ici 2021, chaque communauté aura la capacité d'évaluer ses processus, ses</p>	<p>9. Soutien au développement des communautés par le financement d'activités de concertation locales et de projets collectifs, en tenant compte des besoins locaux et du taux d'inflation (Initiative montréalaise de soutien au développement social local, Accès aux aliments santé,</p>	<p>11. Soutien au développement des communautés pour :</p> <p>a. L'adaptation de la mise en œuvre des mesures de santé publique aux multiples réalités locales;</p> <p>b. La démarche et les outils d'évaluation des processus, des résultats et des retombées de leurs actions.</p>	<p><i>Direction adjointe partenariats et soutien à l'offre de service du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal :</i></p> <p>1. Concertation regroupant des représentants de la DRSP, des CIUSSS et des regroupements</p>

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
résultats et les retombées de ses actions.	<p>Quartier 21, Milieux de vie favorables – Jeunesse et SIPPE – Soutien à la création d’environnements favorables).</p> <p>10. Partenariat dans le cadre de l’Initiative montréalaise de soutien au développement social local pour le financement des tables de quartier.</p> <p>11. Expertise-conseil auprès des communautés locales pour l’évaluation de leurs processus, leurs résultats et les retombées de leurs actions.</p>		communautaires, Comité régional de liaison avec le milieu communautaire, sur le financement de base des organismes communautaires, la gestion du PSOC et le cadre de référence régional sur le partenariat entre les établissements du RSSS et les organismes communautaires.
7. D’ici 2021, les politiques publiques en lien avec les déterminants sociaux seront élaborées ou modifiées de façon à favoriser la santé et la réduction des ISS, en tenant compte des priorités et des perspectives des communautés locales.	<p>12. Expertise-conseil auprès de la Ville de Montréal, des divers paliers gouvernementaux et des partenaires intersectoriels et multiréseaux.</p> <p>13. Analyse de contexte, développement d’outils de communication, représentations publiques et rencontres avec des décideurs de la Ville de Montréal et des divers paliers gouvernementaux.</p> <p>14. Développement de coalitions et d’alliances avec les partenaires communautaires et intersectoriels.</p>	12. Soutien au développement des communautés : contribution auprès des instances de concertation et organismes communautaires pour l’analyse et les interventions d’influence sur les politiques publiques ayant un impact sur la santé et les ISS.	-



LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES

DÉFINITION

Des **services de vaccination** de qualité sont offerts gratuitement à la population montréalaise grâce au travail assidu des vaccinateurs du réseau. Depuis plusieurs années, le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) encadre cet acte infirmier et assure une cohérence d'application basée sur des données probantes. Les gestionnaires et les professionnels du réseau régional de la santé participent à la réalisation de cette mesure préventive reconnue comme la plus efficace (qualité/coût). Contribuent également à ce succès nombre de médecins et professionnels en établissements hospitaliers, groupes et unités de médecine familiale (GMF, UMF), cliniques-réseaux ou cabinets privés.

L'offre régionale de vaccination comprend :

1. La vaccination des jeunes enfants (de 2 à 23 mois et de 4 à 6 ans);
2. La vaccination des enfants en milieu scolaire (4^e année du primaire et 3^e année du secondaire);
3. La vaccination des populations vulnérables (personnes atteintes de maladies chroniques, travailleurs à risque, personnes âgées de 60 ans et plus, femmes enceintes, personnes exposées en fonction de leur mode de vie);
4. Le contrôle de la qualité et de la sécurité des vaccins.

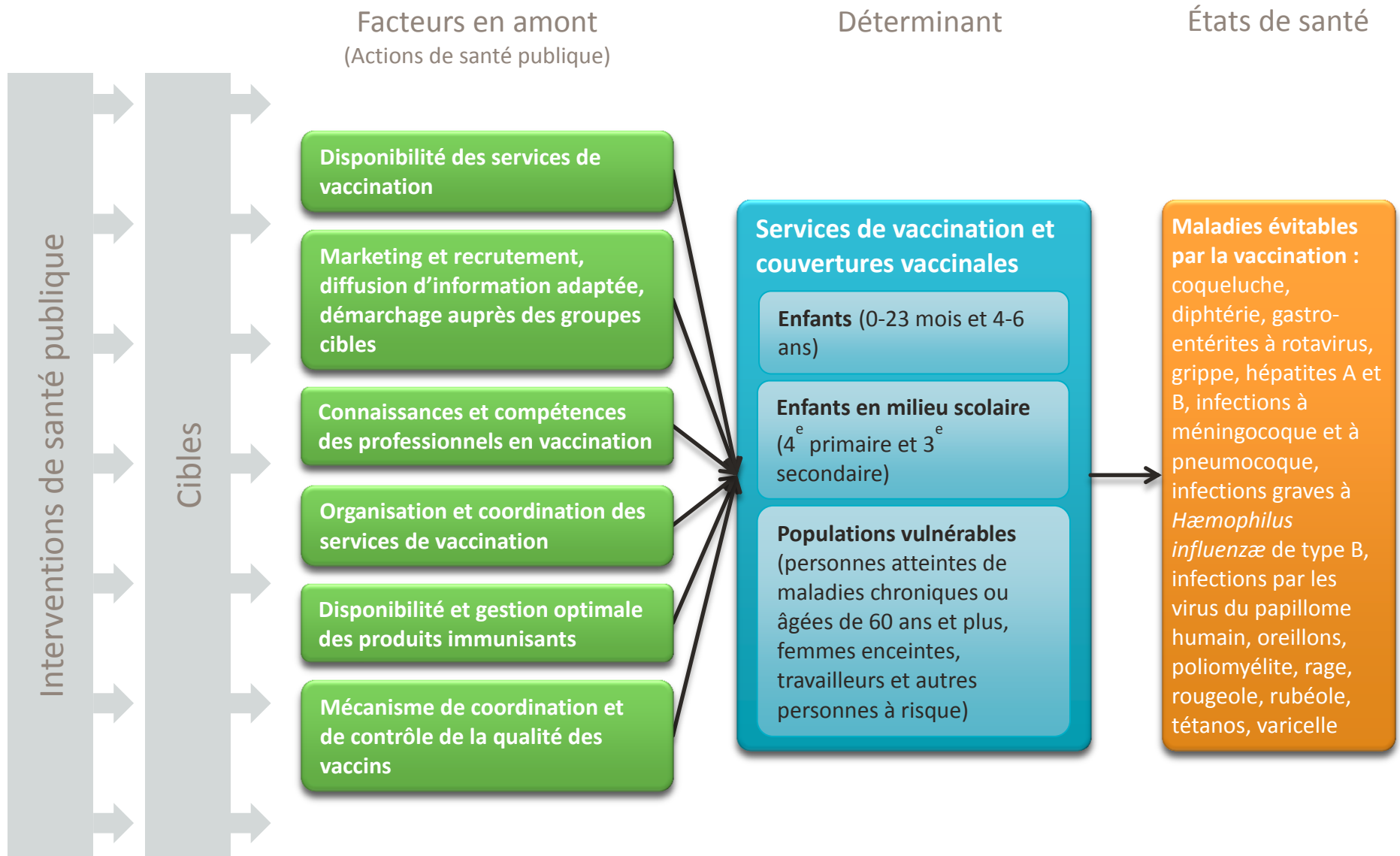
La **couverture vaccinale** (CV) permet de mesurer la proportion de la population ou de ses groupes protégée contre différentes maladies évitables. La CV permet de juger du niveau de protection d'un groupe ou d'une population; un seuil minimal doit être atteint pour assurer une protection efficace en cas de contact avec la maladie (soit par éclosion ou par importation de cas par des voyages ou l'immigration). Les CV donnent également un portrait de l'utilisation des services de vaccination.

PERTINENCE

L'immunisation a contribué à éviter les complications liées à certaines maladies infectieuses et à sauver des vies. Rappelons-nous qu'avant 1970, 99 % des enfants contractaient la rougeole et que les complications étaient nombreuses et les conséquences graves : hospitalisations (10 à 15 % des enfants de moins de deux ans infectés); encéphalites (un enfant infecté sur 1000); décès (un enfant infecté sur 2000). La vaccination universelle contre la rubéole a permis d'éliminer les cas de nouveau-nés avec une rubéole congénitale et de multiples malformations oculaires, auditives et cardiaques. Pour empêcher la résurgence et la transmission de maladies évitables par la vaccination, il importe de maintenir la couverture vaccinale de la population. Ceci représente un défi compte tenu du fait que les maladies évitables par la vaccination (et leurs conséquences) sont devenues très rares et que les craintes relatives à la sécurité des vaccins ont augmenté au sein de la population.

Pour maintenir une couverture vaccinale optimale, l'engagement des vaccinateurs est indispensable, en particulier pour en faire la promotion. En effet, certains individus ou groupes de personnes craignent davantage la vaccination que la maladie, ne se voient pas comme des transmetteurs potentiels et, par conséquent, refusent la vaccination. C'est ce qui explique en partie la persistance de cas de coqueluche, d'infections invasives à *Haemophilus Influenzae* type b, d'infections à méningocoque, d'oreillons ou de rougeole chez les enfants et jeunes adultes, avec tous les risques de séquelles associés. Les enfants et les adultes non vaccinés demeurent à risque de contracter ces maladies et de les transmettre aux autres personnes non vaccinées, notamment celles pour qui certains vaccins sont contre-indiqués (comme les individus immunosupprimés) ou qui répondent moins bien aux vaccins. À titre d'exemple, lors d'une éclosion de rougeole au Québec en 2007 (environ 100 cas), 12 des 16 cas déclarés à Montréal n'étaient pas vaccinés.

Les enfants adéquatement vaccinés sont rapidement protégés contre plus de 10 maladies transmissibles.



OBJECTIFS MONTRÉLAIS

D'ici 2021,

1. Augmenter à 90 % la proportion d'enfants de 2 mois à 1 an vaccinés dans les délais prévus au calendrier vaccinal;
2. Augmenter la proportion d'enfants ayant un statut vaccinal adéquat et documenté avant leur entrée à la maternelle;
3. Augmenter à 80 % la couverture vaccinale pour le virus du papillome humain et le virus de l'hépatite B en 4^e année du primaire;
4. Augmenter à 80 % la couverture vaccinale pour le méningocoque de type C, le virus du papillome humain, la diphtérie, la coqueluche et le tétanos en 3^e année du secondaire;
5. Augmenter à 80 % la couverture vaccinale contre la grippe pour tous les groupes cibles, incluant les travailleurs de la santé.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 3.1, 3.2, 3.3, 3.4

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DES ÉQUIPES DE LA DRSP	INTERVENTIONS DES ÉQUIPES DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS DES VACCINATEURS PRIVÉS
<p>1. D'ici 2021, tous les CIUSSS de Montréal auront implanté les principales mesures reconnues efficaces pour améliorer l'offre de services de vaccination (<i>Plan québécois de promotion de la vaccination</i>).</p>	<p>1. Production d'outils de référence afin de soutenir la planification.</p> <p>2. Concertation avec les CIUSSS et les vaccinateurs privés pour assurer la complémentarité de l'offre de services.</p>	<p>1. Services de vaccination des enfants de 0 à 6 ans de qualité, disponibles rapidement, adaptés aux besoins et connus de la population du territoire, incluant :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Offre de rendez-vous précoce pour respecter le calendrier de vaccination, en particulier à 2 mois; b. Confirmation de rendez-vous (ex. : message texte); c. Relance pour rendez-vous manqué avec prise de rendez-vous de « dernière minute » (en ajoutant des plages horaires au besoin). <p>2. Services de vaccination de qualité dans le cadre des campagnes en milieu scolaire (incluant la vérification des carnets de vaccination).</p> <p>3. Services de vaccination aux clientèles vulnérables de qualité, disponibles rapidement dans les lieux de dispensation de soins et autres services aux clientèles visées, adaptés aux besoins et connus de la population.</p> <p>4. Services de vaccination de qualité, adaptés aux besoins et connus de la population du</p>	<p>1. Services de vaccination des enfants de 0 à 6 ans de qualité, disponibles rapidement, adaptés aux besoins et connus de la population du territoire.</p> <p>2. Services de vaccination aux clientèles vulnérables de qualité, disponibles rapidement dans les lieux de dispensation de soins et autres services aux clientèles visées, adaptés aux besoins et connus de la population du territoire.</p> <p>3. Services de vaccination de qualité, adaptés aux besoins et connus de la population du territoire dans le cadre des campagnes annuelles contre la grippe saisonnière.</p>

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DES ÉQUIPES DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DES ÉQUIPES DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS DES VACCINATEURS PRIVÉS</i>
<p>2. D'ici 2021, une plus grande proportion des parents montréalais auront été rejoints par un professionnel capable de répondre à leurs préoccupations au regard de la vaccination.</p>	<p>3. Information et sensibilisation de la population via les médias de masse (incluant en réaction aux informations erronées sur l'immunisation).</p>	<p>territoire dans le cadre des campagnes annuelles contre la grippe saisonnière.</p> <p>5. Information à la population lors de rencontres individuelles (ex. : rendez-vous) ou de groupe (ex. : cours prénataux, halte allaitement).</p> <p>6. Démarchage dans les milieux de vie auprès des parents pour promouvoir et faciliter la vaccination des enfants (notamment suite à la vérification du carnet de vaccination pour les 4-6 ans et les classes d'accueil).</p>	<p>4. Information et sensibilisation de la population lors de rencontres individuelles (ex. : rendez-vous avec professionnel de la santé).</p>
<p>3. En tout temps, les professionnels de la santé impliqués dans la vaccination ont une connaissance à jour du <i>Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)</i> et du <i>Guide des normes et pratiques de la gestion des vaccins</i>.</p> <p>4. D'ici 2021, une plus grande proportion des professionnels de la santé impliqués dans la vaccination seront en mesure d'utiliser l'entretien motivationnel dans leurs interventions.</p>	<p>4. Production d'outils de référence afin de suivre l'évolution, soutenir les activités et guider la réalisation des mandats.</p> <p>5. Événements de partage et de transfert de connaissances (ex. : conférence, Webinaires).</p> <p>6. Communauté de pratique de répondants territoriaux.</p> <p>7. Développement d'outils de formation.</p> <p>8. Formation des vaccinateurs, de formateurs et d'agents multiplicateurs des CIUSSS notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complément à la formation de base en ligne et activités de transfert de connaissances; • Des ateliers pratiques en immunisation; • Des formations sur les principes de l'entretien motivationnel adapté à la vaccination et sur le modèle de prise de décision; • Formation sur les facteurs qui influencent l'hésitation à la vaccination. <p>(Pour la formation, le partage des rôles avec les niveaux territorial et provincial sont à définir.)</p> <p>9. Expertise-conseil : réponse téléphonique en soutien aux répondants territoriaux.</p>	<p>7. Adaptation selon besoins territoriaux d'outils de référence afin de suivre l'évolution, soutenir les activités et guider la réalisation des mandats.</p> <p>8. Formation complémentaire à la formation de base et activités de transfert de connaissances pour les vaccinateurs (publics et privés) et autres intervenants en contact avec la clientèle cible dans les milieux de vie selon les besoins sur le territoire du CIUSSS, par exemple :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Principes de l'entretien motivationnel adapté à la vaccination et modèle de prise de décision; b. Facteurs qui influencent l'hésitation à la vaccination; c. Autres besoins des vaccinateurs. <p>(Pour la formation, le partage des rôles avec les niveaux régional et provincial sont à définir)</p> <p>9. Expertise-conseil et soutien clinique aux vaccinateurs du territoire du CIUSSS (ex. : réponse téléphonique).</p>	<p>-</p>
<p>5. En tout temps, assurer la cohérence et la complémentarité de l'ensemble des services</p>	<p>10. Coordination fonctionnelle des services de vaccination pour la région, incluant la vaccination des enfants de 0 à 6 ans, la vaccination en milieu scolaire, la vaccination des populations vulnérables et la vaccination</p>	<p>10. Coordination fonctionnelle de l'ensemble des services de vaccination sur le territoire du CIUSSS, incluant la vaccination des enfants de 0 à 6 ans, la vaccination en milieu scolaire, la vaccination des populations vulnérables et la</p>	<p>5. Utilisation du <i>Système d'information pour la protection en maladies infectieuses (SIPMI)</i> pour saisir tous les actes vaccinaux</p>

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DES ÉQUIPES DE LA DRSP	INTERVENTIONS DES ÉQUIPES DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS DES VACCINATEURS PRIVÉS
<p>(publics et privés) de vaccination à la population dans la région, incluant la gestion des produits immunisants.</p> <p>6. D'ici 2021, 100 % des établissements offriront des services de vaccination aux travailleurs, bénéficiaires et visiteurs, conformément à la <i>Politique régionale intégrée de prévention et de contrôle de l'influenza</i>.</p>	<p>annuelle contre la grippe saisonnière.</p> <p>11. Production d'outils de référence (ex. : taux de couverture vaccinale) afin de suivre l'évolution, soutenir les activités et guider la réalisation des mandats.</p> <p>12. Concertation avec les CIUSSS et les ÉNF pour une politique intégrée de prévention et de contrôle de l'influenza.</p>	<p>vaccination annuelle contre la grippe saisonnière.</p> <p>11. Mise en œuvre de la politique régionale intégrée de prévention et de contrôle de l'influenza dans son établissement.</p>	<p>à partir de janvier 2017.</p>
<p>7. D'ici 2021, améliorer la gestion des inventaires de produits immunisants pour assurer la disponibilité et minimiser les pertes.</p>	<p>13. Gestion optimale des produits immunisants afin d'offrir à toute la population montréalaise les vaccins recommandés dans le <i>Programme québécois d'immunisation (PQI)</i>, en minimisant les pertes et les pénuries, conformément à la circulaire ministérielle <i>Norme et pratique de gestion Tome II, Répertoire-2015-06-02</i>.</p>	<p>12. Gestion optimale des produits immunisants afin d'offrir à toute la population du territoire les vaccins recommandés dans le PQI en minimisant les pertes et les pénuries, conformément au <i>Guide des normes et pratiques de la gestion des vaccins</i> et au PIQ.</p> <p>13. Utilisation du SIPMI pour les commandes de vaccins.</p>	<p>6. Gestion optimale des produits immunisants afin d'offrir à la clientèle certains vaccins recommandés dans le PIQ, en minimisant les pertes et les pénuries, conformément au <i>Guide des normes et pratiques de la gestion des vaccins</i> et au PIQ.</p> <p>7. Utilisation du SIPMI pour les commandes de vaccins.</p>
<p>8. D'ici 2021, 100 % des vaccinateurs appliqueront le <i>Guide des normes et pratiques de la gestion des vaccins</i>.</p>	<p>14. Mise en place d'un mécanisme de contrôle de la qualité qui permettra de veiller à l'application du <i>Guide des normes et pratiques de la gestion des vaccins</i> et du PIQ, conformément à la circulaire <i>Norme et pratique de gestion 2015-06-02</i>.</p> <p>15. Surveillance, évaluation et recommandations suite à des bris de chaîne de froid (BCF).</p> <p>16. Surveillance des déclarations de manifestations cliniques inhabituelles suite à la vaccination (MCI) : enquête, références, information, recommandations et suivi.</p>	<p>14. Collaboration à la mise en place d'un mécanisme territorial de contrôle de la qualité et de l'application des normes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Surveillance de la chaîne de froid; b. Déclaration à la DRSP lors de BCF; c. Respect des recommandations lors de BCF; d. Surveillance et déclaration à la DRSP des MCI. 	<p>8. Collaboration avec la DRSP pour le contrôle de la qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Surveillance de la chaîne de froid; b. Déclaration à la DRSP lors de BCF; c. Respect des recommandations lors de BCF; d. Surveillance et déclaration à la DRSP des MCI.

DÉFINITION

Les services de prévention et de traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et de réduction des méfaits liés aux drogues regroupent des interventions dispensées par différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux (établissements publics et privés) et par des organismes communautaires et des organismes à but non lucratif.

Les services de réduction des méfaits incluent :

- l'information, l'éducation et le counseling sur l'injection et l'inhalation de drogues à risques réduits,
- la distribution gratuite ou à faible coût de matériel stérile d'injection et d'inhalation adapté,
- l'accès à la naloxone et le traitement de substitution pour les personnes dépendantes aux opioïdes,
- la supervision de l'injection de drogues.

Les services de prévention et de traitement des ITSS incluent :

- l'information, l'éducation et le counseling sur les pratiques sexuelles à risques réduits,
- la distribution gratuite ou à faible coût de condoms et de lubrifiant,
- le dépistage régulier des ITSS,
- le traitement rapide des cas et leurs partenaires, et l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITSS et leurs partenaires,
- le traitement préventif des personnes exposées au VIH (prophylaxies pré et postexposition – PrEP et PPE).

En 2016-2021, il importera de s'assurer de l'impact populationnel de ces services.

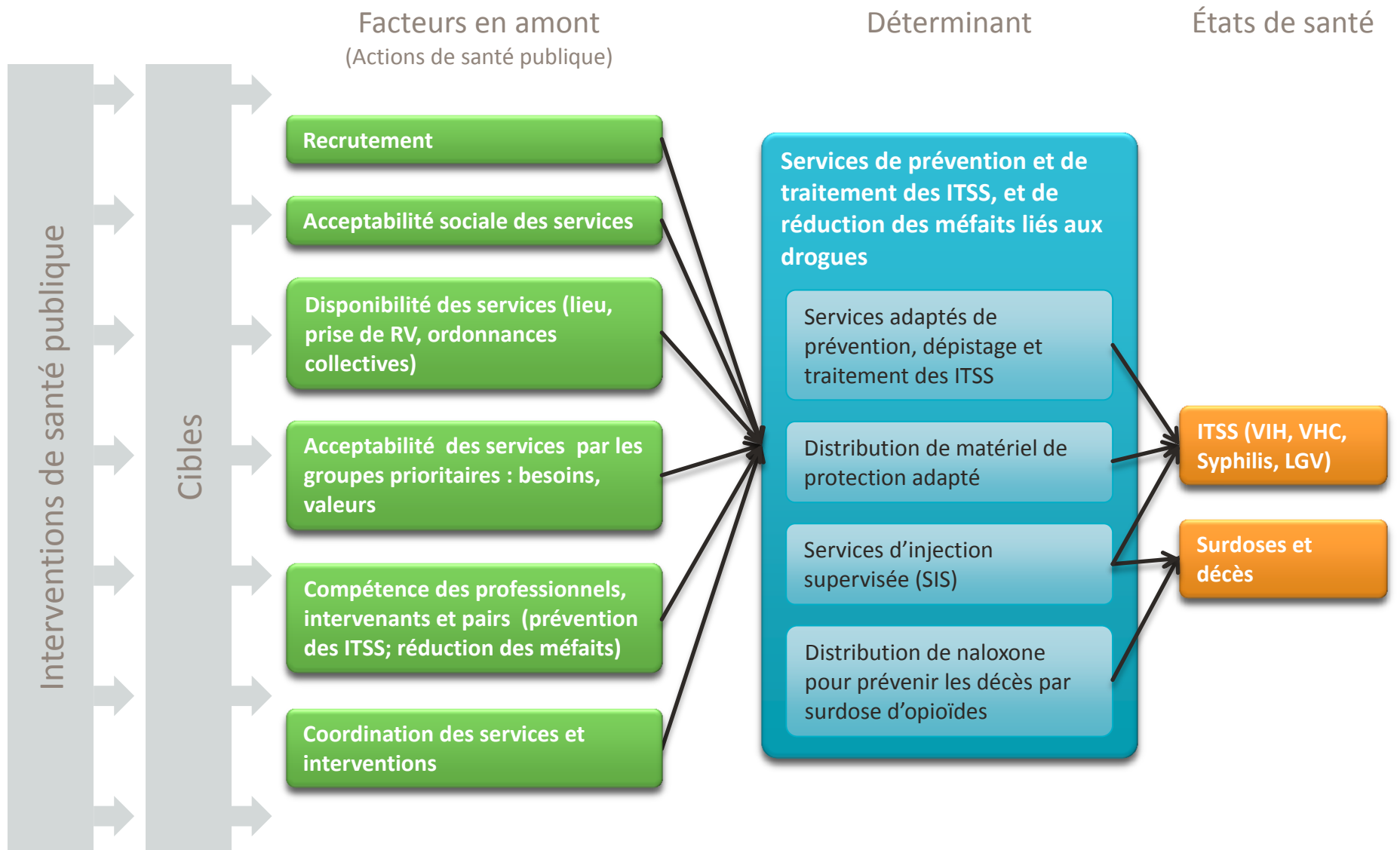
PERTINENCE

Montréal connaît des épidémies de méfaits liés aux drogues et de certaines ITSS, particulièrement chez des populations dites vulnérables. Malgré les services existants, l'incidence des ITSS et des méfaits liés aux drogues demeure trop élevée chez nos populations prioritaires en l'occurrence :

- les hommes gais et autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH, nombre estimé : 50 000);
- les personnes utilisatrices de drogues par injection et inhalation (UDII) (nombre estimé : 4000);
- les personnes provenant de régions où le VIH est endémique;
- d'autres groupes vulnérables aux ITSS et aux méfaits liés aux drogues (personnes impliquées dans le travail du sexe, personnes trans, personnes issues de certaines communautés autochtones).

En matière de méfaits liés aux drogues, les conséquences sur la santé de nos populations frappent par leur gravité : des vagues de surdoses emportent avec elles des dizaines de vies et trop de personnes UDII continuent de s'infecter au VIH et au virus de l'hépatite C (VHC). Des épidémies d'infections transmises sexuellement dont le VIH, la syphilis et la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) touchent particulièrement les HARSAH. Ces infections peuvent avoir des conséquences graves sur la santé des personnes affectées.

Note : les infections génitales chez les jeunes sexuellement actifs sont abordées dans les fiches Services préventifs spécifiques pour les jeunes et Relations amoureuses et sexualité chez les jeunes. Les ITSS chez les adultes de la population générale sont quant à elles du ressort de la première ligne et ne sont pas incluses ici. Les services de prévention des dépendances sont abordés dans la fiche Consommation d'alcool, drogues et pratiques de jeux de hasard et d'argent.



OBJECTIFS MONTRÉLAIS

1. D’ici 2021, augmenter l’accès à des services de qualité pour la prévention et le traitement des ITSS, et la réduction des méfaits pour les populations prioritaires :
 - a. Augmenter l’utilisation de matériel de protection adapté (matériel d’injection, matériel d’inhalation, condoms et lubrifiants) par les populations prioritaires de l’ensemble du territoire montréalais;
 - b. Augmenter de 15% le nombre de dépistages gratuits des ITSS réalisés auprès des populations prioritaires dans le cadre des Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE);
 - c. En tout temps, assurer l’accès à la naloxone pour les personnes utilisatrices de drogues opioïdes;
 - d. Offrir des services d’injection supervisée (SIS) à Montréal.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 3.5 (SIDEPE) ET 3.6 (SIS)

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D’AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
1. D’ici 2021, les populations vulnérables aux ITSS seront rejointes dans leur milieu et accompagnées vers les services de dépistage des CIUSSS.	-	-	<i>Organismes communautaires :</i> 1. Démarchage auprès des populations vulnérables aux ITSS pour la distribution de matériel de protection adapté aux populations prioritaires et accompagnement dans l’accès aux services de dépistage des CIUSSS.
2. D’ici 2017, les décideurs locaux et les communautés visées seront mobilisés pour le projet d’implantation services d’injection supervisée (SIS).	1. Mobilisation : relations médias, plan de communication, représentations publiques et production d’outils de référence relatifs aux SIS (ex. : étude de faisabilité, demande d’exemption) afin de faire valoir auprès des décideurs les besoins spécifiques de la population montréalaise.	1. Représentations publiques auprès des décideurs locaux en faveur des SIS. 2. Concertation : mise en place et animation des comités locaux et de mécanismes de cohabitation des SIS avec la communauté.	<i>Organismes communautaires :</i> 2. Rencontres avec des acteurs de leur quartier (ex. : commerçants) pour contribuer à l’acceptabilité des SIS.
3. Les services de distribution de matériel de protection (matériel d’injection, matériel d’inhalation, condoms et lubrifiants), d’accès à la naloxone, de prévention, dépistage et traitement des ITSS et d’injection	2. Analyse de contexte, représentations, production d’outils de référence, établissement de partenariats et animation d’instances de concertation afin que les décideurs et professionnels, notamment du Service de police de la	3. Services individuels de prévention : certaines installations des CIUSSS agissent comme centre d’accès au matériel stérile d’injection (CAMSI), déploient des SIDEPE en continu et des infirmières de proximité pour dépister	

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
<p>supervisée seront disponibles et facilement accessibles dans les milieux de vie.</p>	<p>ville de Montréal, tiennent compte des priorités en matière de :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Distribution et accessibilité du matériel de protection (type de matériel; répartition géographique des points d'accès; populations prioritaires à rejoindre); b. Prévention des surdoses d'opioïdes; c. Prévention des ITSS (populations clés par territoire, gamme de services à offrir, modalités d'accès les mieux adaptées); d. SIS (implantation du modèle multisite montréalais). <ol style="list-style-type: none"> 3. Gestion d'un système régional d'approvisionnement, de distribution et de récupération du matériel de protection. 4. Développement d'ordonnances collectives et de protocoles cliniques dans le cadre des SIS et des services d'accès à la naloxone et monitoring de leur application. 5. Services individuels de prévention : lors de situations complexes, réaliser des interventions auprès des personnes atteintes d'une ITSS et de leurs partenaires (IPPAP). 	<p>et traiter les ITSS chez les populations prioritaires. La gamme de services peut inclure, selon la pertinence :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Information et counseling adaptés sur la réduction des risques d'ITSS liés aux pratiques sexuelles et sur la réduction des méfaits liés aux comportements de consommation de drogues; b. Dépistage régulier des ITSS selon des modalités adaptées aux besoins des clientèles; c. Traitement rapide des cas et des partenaires, notamment par le biais d'ordonnances collectives et d'ententes avec des médecins et infirmières praticiennes spécialisées en première ligne; d. Interventions auprès des personnes atteintes d'une ITSS et de leurs partenaires (IPPAP); e. Prophylaxies pré et postexposition au VIH pour les personnes les plus à risque; f. Vaccination contre les VPH et les hépatites A et B lorsque indiquée; g. Accompagnement pour l'obtention de la carte d'assurance maladie. <ol style="list-style-type: none"> 4. Services individuels de protection : administration de naloxone aux personnes victimes de surdose d'opioïdes par les infirmières des CIUSSS. 5. Services individuels de protection : certains CIUSSS participent à l'offre de SIS, incluant : <ol style="list-style-type: none"> a. Supervision de l'injection; 	<p><i>Organismes communautaires :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Services individuels de prévention : <ol style="list-style-type: none"> a. Distribution de matériel de protection adapté aux populations prioritaires; b. Information et counseling adaptés sur la réduction des risques d'ITSS liées aux pratiques sexuelles et sur la réduction des méfaits liés aux comportements de consommation de drogues. c. Accompagnement vers les services des CIUSSS, notamment le traitement des dépendances et des ITSS. 4. Partenariats avec les CIUSSS pour accueillir dans leurs locaux des infirmières qui dépistent les ITSS auprès de leur clientèle. 5. Services individuels de protection : SIS, en collaboration avec les CIUSSS pour la supervision de l'injection (infirmières des CIUSSS), l'aménagement de locaux sécuritaires et conformes aux normes en vigueur et le monitoring. <p><i>Pharmacies communautaires :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Services individuels de prévention : <ol style="list-style-type: none"> a. Distribution à faible coût de trousse de matériel de protection fournies par la DRSP; b. Distribution de trousse de

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
		<p>b. Information et counseling adaptés.</p> <p>6. Analyse de contexte et rencontres avec des décideurs du CIUSSS dans les communications internes et externes (en collaboration avec la DRSP) entourant la mise en place des SIS.</p>	<p>naloxone fournies par la DRSP.</p> <p><i>Ambulanciers paramédicaux, intervenants, pairs et policiers formés :</i></p> <p>7. Services individuels de protection : administration de naloxone aux victimes de surdoses.</p> <p><i>Cliniques médicales privées et unités spécialisées de certains centres hospitaliers :</i></p> <p>8. Services individuels de prévention des ITSS aux clientèles rejointes (dépistage régulier des ITSS, traitement, counseling).</p>
<p>4. Les services de distribution de matériel de protection (matériel d'injection, matériel d'inhalation, condoms et lubrifiants) et les Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP) seront adaptés aux besoins des populations prioritaires.</p>	<p>6. Rétroaction sur les pratiques de distribution de matériel de protection et sur les interventions communautaires et des infirmières en prévention et dépistage des ITSS afin qu'elles répondent aux besoins des populations prioritaires.</p>	-	-
<p>5. Les composantes du programme d'accès à la naloxone (ordonnances collectives, mobilisation, formation, administration, distribution, soutien) seront portées par des professionnels, intervenants et pairs formés et compétents.</p> <p>6. Les professionnels et intervenants communautaires auront les connaissances et compétences pour offrir des services de prévention, dépistage et traitement des ITSS adaptés.</p>	<p>7. Formations d'intervenants et de pairs, collaboration aux formations de partenaires et rétroaction sur les pratiques d'administration de naloxone.</p> <p>8. Formations en ITSS adaptées à l'épidémiologie montréalaise et information sur l'offre de formations en ITSS de l'INSPQ, à l'intention des cliniciens (infirmières et médecins) et des intervenants communautaires.</p> <p>9. Expertise-conseil aux pharmaciens et aux cliniciens pour les programmes d'accès à la naloxone et de prévention, dépistage et traitement des ITSS.</p>	<p>7. Formation éclair sur l'utilisation de la naloxone aux personnes qui utilisent des drogues par des infirmières SIDEP et des infirmières en dépendance de certains centres hospitaliers.</p>	<p><i>Organisation « par et pour » Méta d'Âme :</i></p> <p>9. Mobilisation et formation de pairs sur l'administration de naloxone.</p> <p><i>Organismes communautaires :</i></p> <p>10. Formation de pairs sur l'administration de naloxone.</p>

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
<p>7. Les composantes du programme d'accès à la naloxone (ordonnances collectives, mobilisation, formation, administration, distribution, soutien) seront coordonnées entre les différents services professionnels et communautaires.</p> <p>8. Les Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP) seront offerts en respectant les principes de l'intégration des services en ITSS.</p> <p>9. D'ici 2017, des services d'injection supervisée (SIS) seront coordonnés avec les autres services de réduction des méfaits et de prévention des ITSS et les services de santé physique et de santé mentale.</p>	<p>10. Concertation : animation du Groupe montréalais de vigie des surdoses.</p> <p>11. Concertation : animation de la Table des directeurs des organismes communautaires en prévention des ITSS et de son Groupe de pratiques communautaires en prévention.</p> <p>12. Concertation et partenariat : animation du groupe de travail régional sur les SIS du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, du comité aviseur SIS (Ville, Service de police de la ville de Montréal, Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues, Urgences-Santé, etc.) et de la cellule de communication.</p>	<p>8. Partenariats avec les directions concernées du CIUSSS et autres établissements de santé pour l'établissement de corridors entre les SIDEP, les SIS et les services de santé mentale, de santé physique, et de traitement de la dépendance (incluant les traitements de substitution pour la dépendance aux opioïdes) et vers les ressources psychosociales appropriées.</p>	<p><i>Université du Québec à Montréal :</i></p> <p>11. Projet MOBILISE! : concertation réunissant autour d'un agenda commun de prévention combinée du VIH chez les hommes gais et autres HARSAH des acteurs des milieux académique, communautaire, clinique et de santé publique.</p>

DÉFINITION

La tuberculose est causée par la bactérie *Mycobacterium tuberculosis*. Elle est la seule maladie infectieuse à traitement obligatoire selon le Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique. Transmise par les voies aériennes, la bactérie pénètre dans l'organisme et y demeure à l'état de latence pendant des mois, voire des années. La grande majorité des personnes infectées ne développent pas la maladie. L'infection évolue vers la maladie dans environ 10 % des cas, davantage chez les personnes immunodéprimées. La tuberculose pulmonaire est la forme la plus commune de la maladie mais différents sites extra-pulmonaires peuvent être atteints. Seules les formes pulmonaire et laryngée de la maladie sont contagieuses.

Les interventions de santé publique visent à :

- interrompre la transmission de la tuberculose;
- prévenir l'évolution vers une tuberculose active chez les personnes ayant une tuberculose latente.

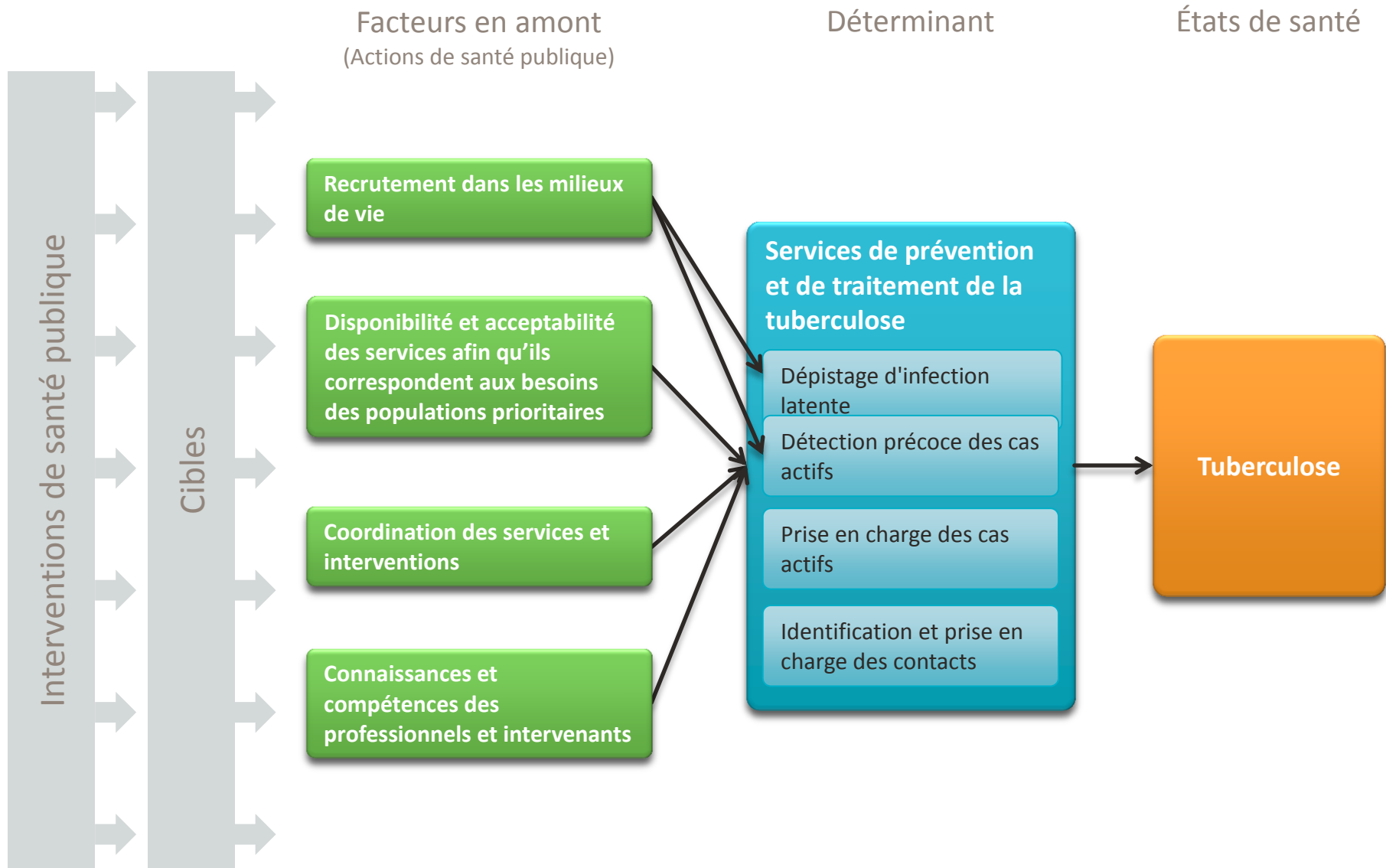
La gamme de services de santé publique comprend :

- des services de protection suite à la déclaration d'un cas de tuberculose active, c'est-à-dire :
 - l'enquête, l'évaluation et la gestion du risque (ces activités sont abordées de façon générale dans la fiche *Services de vigie, d'enquête et d'évaluation du risque et de protection*);
 - la prise en charge du cas;
 - l'évaluation et la prise en charge des contacts;
- le dépistage de la tuberculose latente chez les personnes à risque de progresser vers une tuberculose active;
- la détection précoce des cas de tuberculose active chez les personnes avec de multiples facteurs de risque.

PERTINENCE

Entre 2009 et 2013, de 100 à 135 cas ont été déclarés annuellement à la DRSP de Montréal. Les cas déclarés à Montréal représentent environ 50 % des cas de la province. Pour la même période, le taux d'incidence annuel moyen est de 5,8 cas pour 100 000 personnes à Montréal et de 1,9 pour 100 000 dans le reste du Québec.

La tuberculose demeure un défi de santé publique et un enjeu d'inégalités sociales. Près de 80 % des cas de tuberculose rapportés à Montréal sont des personnes issues de pays où les taux d'incidence de la tuberculose sont élevés. En ce qui concerne les personnes nées au Canada, les plus touchées sont surtout les personnes sans-abri, celles qui font usage de drogues par injection, les personnes âgées et celles issues de certaines communautés autochtones. Ces dernières ont souvent un accès limité aux soins de santé, ce qui entraîne des difficultés de prise en charge et de compliance au traitement obligatoire. De plus, dans environ un cas sur 10, la souche présente une résistance à l'isoniazide, le principal médicament de l'arsenal thérapeutique, ce qui peut alors impliquer un traitement plus long ou plus complexe.



Objectifs MONTRÉALAIS

1. D’ici 2021, diminuer les délais de diagnostic des cas de tuberculose active chez la population avec de multiples facteurs de risque (polytoxicomanie, itinérance, travail du sexe);
2. D’ici 2021, augmenter le nombre de dépistages d’infection latente et la complétion de la prophylaxie chez les populations adultes plus vulnérables à la tuberculose;
3. D’ici 2021, 90 % cas de tuberculose pulmonaire seront en thérapie sous observation directe (TOD) et auront complété leur traitement;
4. D’ici 2021, 90 % cas de tuberculose pulmonaire bénéficieront d’un suivi intégré via leur CIUSSS (du congé de l’hôpital jusqu’à la fin du traitement)¹⁷;
5. En tout temps, tous les contacts d’un cas dans les milieux de vie et les milieux de travail se verront offrir un test cutané à la tuberculine (TCT) et l’évaluation médicale¹.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 3.7, 3.8, 4.4

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DES ÉQUIPES DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D’AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
<p>1. D’ici 2021, augmenter la proportion de la population avec de multiples facteurs de risque (polytoxicomanie, itinérance, travail du sexe) rejointe par les activités de détection précoce de la tuberculose active.</p>	<p>1. Concertation avec les professionnels de la santé ciblés pour favoriser la détection opportuniste des cas de tuberculose lors des contacts avec le système de santé et de services sociaux.</p> <p>2. Expertise-conseil et soutien auprès des CIUSSS pour la détection précoce des cas.</p>	<p>1. Détection opportuniste des cas de tuberculose lors des contacts avec le système de santé et de services sociaux.</p> <p>2. Démarchage dans les milieux de vie pour favoriser la détection précoce des cas de tuberculose active chez la population avec de multiples facteurs de risque.</p> <p>3. Expertise-conseil et soutien auprès des milieux fermés de traitement de dépendance et des organismes communautaires pour la détection précoce des cas, en fonction des spécificités territoriales.</p>	<p><i>Organismes communautaires :</i></p> <p>1. Démarchage dans les milieux de vie pour favoriser la détection précoce des cas de tuberculose active chez la population avec de multiples facteurs de risque.</p>
<p>2. En tout temps, les services de dépistage et de prophylaxie de la tuberculose latente, de prise en charge des cas de tuberculose active et d’évaluation et de prise en charge des contacts sont :</p> <p>a. Disponibles, accessibles et</p>	<p>3. Expertise-conseil auprès des CIUSSS pour l’organisation du dépistage de la tuberculose latente selon les indications du <i>Protocole d’immunisation du Québec (PIQ)</i>, l’administration de la thérapie sous observation directe (TOD) et le suivi intégré des cas de tuberculose pulmonaire.</p> <p>4. Partenariat avec les CIUSSS, l’Association des pharmaciens propriétaires du Québec, l’Ordre des pharmaciens et le Comité régional sur les services pharmaceutiques pour consolider l’offre de la TOD sur le territoire montréalais.</p>	<p>4. Services de dépistage et de prophylaxie de la tuberculose latente chez les groupes à risque dans les milieux fréquentés par ceux-ci (ex. certains milieux cliniques et milieux fermés).</p> <p>5. Organisation de l’offre de la TOD sur le territoire du CIUSSS.</p> <p>6. Expertise-conseil et soutien clinique auprès des pharmaciens pour la TOD.</p> <p>7. Suivi intégré des cas de tuberculose pulmonaire sur le territoire du CIUSSS, en collaboration avec la DRSP</p>	<p><i>Pharmacies communautaires :</i></p> <p>2. Participation à l’offre de la TOD.</p>

¹⁷ Les interventions décrites dans la fiche *Services de vigie, d’enquête et d’évaluation du risque et de protection en lien avec des risques physiques, chimiques et biologiques* contribuent également à l’atteinte de ces objectifs.

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DES ÉQUIPES DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
<p>acceptables pour la population visée;</p> <p>b. Offerts en temps opportun et de façon coordonnée.</p>	<p>5. Évaluation et gestion du risque suite à l'identification d'un cas, incluant l'identification des contacts (voir fiche <i>Services de vigie, d'enquête et d'évaluation du risque et de protection</i>).</p>	<p>(partage des rôles à définir).</p> <p>8. Hébergement et prise en charge adaptés aux besoins biopsychosociaux des cas de tuberculose nécessitant une cure fermée (ordre de cour) ou un soutien particulier, en fonction des spécificités territoriales et selon les ententes avec la DRSP, en collaboration avec les directions concernées des CIUSSS.</p> <p>9. Dépistage de la tuberculose latente chez les contacts d'un cas, incluant dans les milieux de vie et les milieux de travail, et organisation de l'évaluation médicale, en collaboration avec la DRSP (partage des rôles à définir).</p>	
<p>3. En tout temps, les professionnels du réseau de la santé ont des connaissances et des compétences à jour quant au dépistage de la tuberculose latente et à la prise en charge des cas de tuberculose active et des contacts.</p> <p>4. D'ici 2021, augmenter les connaissances et compétences des partenaires communautaires sur le risque de tuberculose et sur la détection précoce chez les populations avec de multiples facteurs de risque.</p>	<p>6. Formation des professionnels des CIUSSS et des partenaires communautaires sur le risque de tuberculose et sur la détection précoce chez la clientèle avec multiples facteurs de risque.</p> <p>7. Formation des professionnels des CIUSSS sur le suivi intégré des cas de tuberculose pulmonaire.</p> <p>8. Formation des intervenants-clés des CIUSSS sur le dépistage de la tuberculose latente en contexte d'intervention de santé publique.</p> <p>9. Formation des intervenants-clés des CIUSSS et de représentants des pharmaciens sur la TOD. (Pour la formation, le partage des rôles avec les niveaux territorial et provincial sont à définir.)</p>	<p>10. Formation des professionnels des CIUSSS sur le dépistage de la tuberculose latente.</p> <p>11. Formation des professionnels des CIUSSS sur la TOD.</p> <p>12. (Pour la formation, le partage des rôles avec les autres directions des CIUSSS – ex. : Direction des soins infirmiers – et les niveaux régional et provincial sont à définir.)</p>	-

DÉFINITION

Les épisodes de soins exposent les patients à des risques infectieux pouvant mener à une infection nosocomiale (IN), c'est-à-dire acquise dans un établissement de soins alors qu'elle n'était ni présente ni en cours d'incubation à l'admission.

Les risques infectieux en milieux de soins incluent notamment ceux liés :

- au *Clostridium difficile*,
- aux bactéries multirésistantes, dont l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et les bacilles Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC),
- aux éclosions de syndromes d'allure grippale, d'influenza et de gastroentérites virales,
- aux diverses maladies transmissibles posant un risque pour les patients et les travailleurs de la santé,
- aux agents biologiques dans l'environnement,
- aux menaces émergentes.

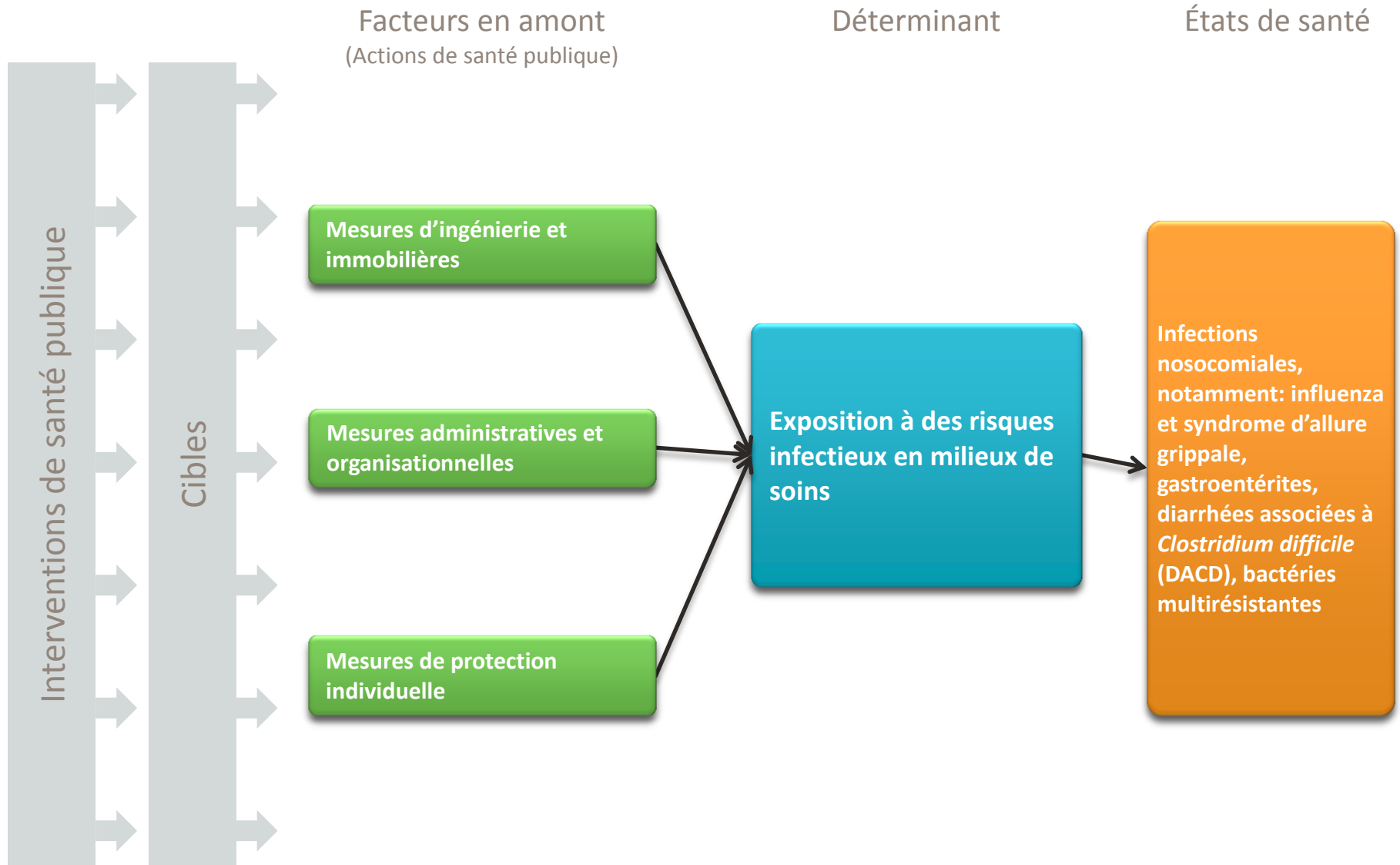
Le *Cadre de référence sur les rôles et responsabilités des directions de santé publique en matière de surveillance et de protection de la santé de la population* (MSSS, 2008) précise le cadre légal ainsi que les fonctions et les interventions de la santé publique au regard des infections nosocomiales.

PERTINENCE

Entre 5 et 10 % des patients admis dans les hôpitaux contractent une IN durant leur séjour. À Montréal, cela correspond à une estimation de 18 000 à 36 000 cas d'IN par année. Le risque de contracter une IN varie d'un établissement à l'autre, notamment en fonction de facteurs de risque associés à la population desservie et aux types de soins donnés. L'exposition à des risques infectieux en milieu de soins est plus grande à Montréal qu'ailleurs au Québec, du fait notamment de la vocation suprarégionale d'une partie des centres hospitaliers pour certaines spécialisations et surspécialisations.

Les IN ont des conséquences importantes qui pourraient être évitées : hospitalisations prolongées, incapacités temporaires ou permanentes et parfois décès. De nombreuses études démontrent l'impact négatif des IN sur l'accessibilité aux soins par la survenue de complications, l'augmentation de la durée de séjour et la réadmission. Le coût occasionné par une IN se situe entre 2265 \$ et 22 400 \$ (Institut canadien pour la sécurité des soins, 2012). Les hospitalisations prolongées et les soins additionnels dus aux IN coûtent environ 180 millions de dollars par année au Québec (MSSS, 2005).

Environ le tiers des IN serait évitable par des programmes de prévention et de contrôle des infections (PCI) bien structurés. Déjà en 2003, le Comité sur les infections nosocomiales du Québec estimait que la mise en place de programmes efficaces de PCI permettrait des économies annuelles de 10 à 20 millions de dollars dans la province.



OBJECTIFS MONTRÉALAIS

1. En tout temps, prévenir l'exposition aux risques infectieux dans les milieux de soins;
2. D'ici 2021, 95 % des centres hospitaliers généraux et spécialisés (CHSGS) auront des taux d'incidence d'infections et colonisations nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis par le MSSS;
3. D'ici 2021, diminuer l'ampleur et la durée des éclosions en milieux de soins¹⁸.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 3.7, 4.2, 4.3, 4.4

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DES ÉQUIPES DE LA DRSP	INTERVENTIONS DES CIUSSS ET DES ÉTABLISSEMENTS NON FUSIONNÉS	INTERVENTIONS D'AUTRES ACTEURS
<i>Mesures d'ingénierie et immobilières, et mesures administratives et organisationnelles</i>			
<p>Atteinte des cibles ministérielles et adoption des recommandations provinciales par l'ensemble des établissements, notamment :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. D'ici 2021, 100% des établissements auront un plan de réaménagement permettant l'élimination des chambres à plus de deux lits avec des salles de toilettes partagées. 2. En tout temps, 100 % des établissements respectent le ratio ministériel d'infirmières au service PCI. 3. D'ici 2021, 100 % des établissements respecteront la cible ministérielle sur la réalisation des 4 étapes pour l'élimination des zones grises (matériel et surfaces dont la responsabilité de nettoyage et de désinfection n'est pas attribuée). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mobilisation : analyse de contexte, développement et maintien d'outils de communication (ex : graphiques DACD, SARM, tableaux SAG/influenza et gastroentérite), élaboration d'avis et de mémoires, communication aux décideurs des priorités régionales en matière de prévention des IN et suivi auprès de ceux-ci. 2. Concertation : coordination de la Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN) de Montréal permettant la concertation des pratiques en PCI entre les établissements de la région et l'information aux décideurs au regard des IN. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mise en œuvre des mesures d'ingénierie, immobilières, administratives et organisationnelles prévues dans les documents provinciaux qui encadrent la PCI : <ol style="list-style-type: none"> a. Le <i>Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec</i> (MSSS, 2008); b. Le <i>Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales</i>; c. Autres cadres de références, lignes directrices, recommandations et avis scientifiques (CINQ), cadres normatifs pour la surveillance (SPIN), guides techniques (retraitement des dispositifs médicaux, hygiène et salubrité, etc.). 2. Participation aux programmes de surveillance provinciale des IN (SPIN). 3. Mise en œuvre de la <i>Politique régionale intégrée de prévention et de contrôle de l'influenza 2015-2017</i>. 4. Concertation : participation à la TRPIN de Montréal permettant la concertation des pratiques en PCI entre les établissements de la région et l'information aux décideurs au regard des IN. 	<p><i>Le Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales</i> (MSSS, 2015) identifie les acteurs responsables pour l'atteinte des cibles et la réalisation de différentes actions.</p>

¹⁸ Les interventions décrites dans la fiche *Services de vigie, d'enquête et d'évaluation du risque et de protection* contribuent également à l'atteinte de cet objectif. PARI-SP de Montréal 2016-2021 – Offre de services détaillée, 3 mars 2017

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DES ÉQUIPES DE LA DRSP	INTERVENTIONS DES CIUSSS ET DES ÉTABLISSEMENTS NON FUSIONNÉS	INTERVENTIONS D'AUTRES ACTEURS
Mesures de protection individuelle			
<p>Adoption de mesures de protection individuelles par les travailleurs de la santé, notamment :</p> <p>4. D'ici 2021, 80 % des opportunités requérant l'hygiène des mains seront respectées par le personnel soignant dans tous les établissements.</p> <p>5. D'ici 2021, tous les établissements auront une couverture vaccinale contre la grippe de 80 % chez les travailleurs de la santé.</p>	<p>3. Expertise-conseil auprès des établissements quant aux mesures de protection individuelles efficaces pour la prévention et le contrôle des IN.</p> <p>4. Concertation pour l'élaboration et le suivi de l'implantation de la <i>Politique régionale intégrée de prévention et de contrôle de l'influenza 2015-2017</i>.</p>	<p>5. Promotion de l'adoption des mesures de protection individuelles recommandées dans les documents provinciaux qui encadrent la PCI.</p> <p>6. Adoption de la <i>Campagne québécoise des soins sécuritaires</i> et activités de communication visant la promotion de comportements sécuritaires.</p> <p>7. Mise en œuvre de la <i>Politique régionale intégrée de prévention et de contrôle de l'influenza 2015-2017</i> (volets hygiène des mains, vaccination et prévention et gestion des éclosions).</p>	
Prévention et gestion des risques infectieux et des éclosions			
<p>Identification des menaces et application rapides des mesures de contrôle appropriées, notamment :</p> <p>6. D'ici 2021, pour 80 % des éclosions de syndrome d'allure grippal / influenza et de gastroentérite d'allure virale, le délai entre le début des symptômes du premier cas et la mise en place des mesures de contrôle appropriées sera de 24 heures ou moins.</p>	<p>5. Production d'outils de référence à partir de l'analyse et interprétation des données de surveillance des milieux de soins et rétroaction vers les établissements de santé.</p> <p>6. Vigie <i>sanitaire</i> : analyse régulière des données épidémiologiques de sources diverses afin d'identifier les situations de menace dans les milieux de soins.</p> <p>7. <i>Évaluation</i> et gestion des risques infectieux et des éclosions :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Expertise-conseil auprès des équipes PCI au regard des risques infectieux et des mesures de prévention et de contrôle; b. Enquêtes épidémiologiques; c. Caractérisation et suivi de la situation; d. Recommandations pour la mise en œuvre des mesures PCI ou du plan d'action pour contrôler la situation. <p>8. <i>Diffusion</i> d'information et production d'outils de référence pour les établissements de santé.</p>	<p>8. Surveillance des IN afin de moduler les interventions.</p> <p>9. Détection des menaces, déclaration des MADO et signalement des situations de menace en temps opportun.</p> <p>10. Évaluation et gestion des risques infectieux et des éclosions dans les installations de l'établissement:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Enquêtes épidémiologiques; b. Mise en œuvre des recommandations provinciales et régionales pour la gestion des cas, des contacts et des éclosions. <p>11. Soutien et expertise-conseil pour la gestion des risques infectieux et des éclosions dans les milieux de soins, les milieux d'hébergements et les milieux de vie privés ou publics du territoire.</p> <p>12. Mise en œuvre de la <i>Politique régionale intégrée de prévention et de contrôle de l'influenza 2015-2017</i> (volet prévention et gestion des éclosions).</p>	

DÉFINITION

La population est exposée à différents pathogènes qui peuvent être transmis selon différents modes dans les milieux de vie (ex. : milieux de garde, milieux scolaires et d'enseignement, milieux de travail, milieux communautaires, milieu carcéral, milieu d'hébergement). Certaines infections sont facilement transmissibles de personne à personne, notamment des infections respiratoires virales (dont l'influenza) et des maladies entériques. Des agents pathogènes peuvent aussi être présents dans l'eau et les aliments consommés (ex. *Campylobacter*, *Salmonella*, *Escherichia coli*, *Listeria*, *Shigella*, *Giardia*, norovirus) et être responsables de maladies entériques. La population peut aussi être exposée à des risques infectieux dans l'environnement, dont les zoonoses (des maladies transmises à l'humain par l'animal, par exemple, la rage) et les maladies vectorielles (maladies transmises par les moustiques et les tiques, par exemple, le Virus du Nil Occidental et la maladie de Lyme). Enfin, certains groupes sont davantage exposés à des risques infectieux de par leurs conditions de vie, leurs habitudes de vie ou de voyage.

Des mesures existent pour prévenir la transmission de ces maladies, prévenir la survenue d'éclotions ou en limiter l'ampleur. L'adoption de comportements protecteurs et certaines mesures environnementales permettent également de réduire l'exposition à ces risques infectieux.

PERTINENCE

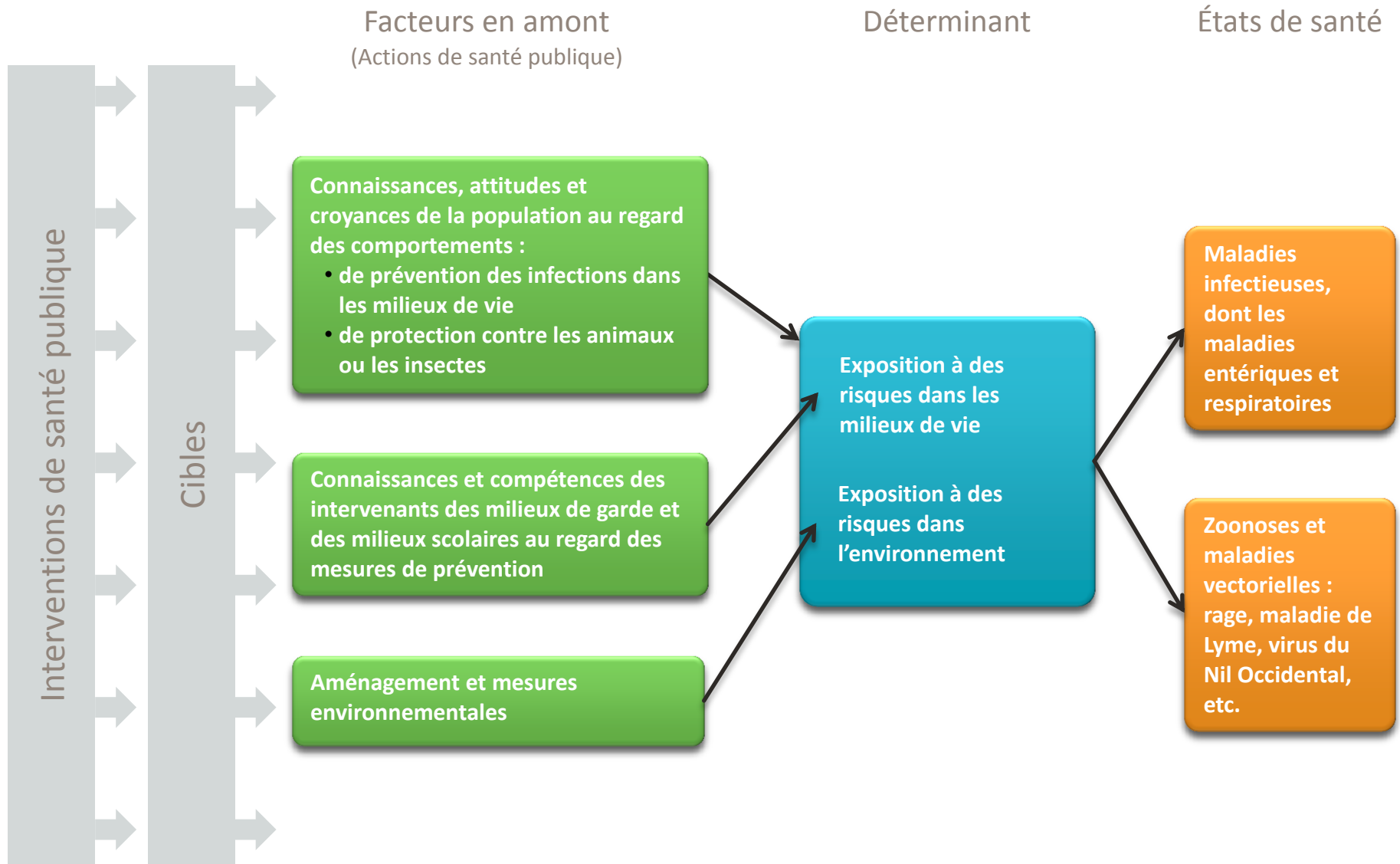
Risques infectieux dans les milieux de vie :

- Chaque hiver, des éclotions d'influenza et de syndromes d'allure grippale causés par d'autres virus respiratoires surviennent dans les milieux de vie. L'influenza occasionne une morbidité et une mortalité importantes, surtout chez les personnes âgées.
- Les gastro-entérites épidémiques, le plus souvent associées aux norovirus, touchent de façon significative plusieurs milieux tels que les garderies, les écoles et les résidences pour personnes âgées.
- À Montréal, les maladies entériques déclarées (surtout d'origine bactérienne) représentent 15 à 20 % des signalements et déclarations reçus chaque année.
- Les maladies respiratoires et entériques graves peuvent conduire à une hospitalisation, à des maladies chroniques, voire au décès. Elles représentent également un fardeau important en termes de perte de productivité et d'autres coûts associés.

Risques infectieux dans l'environnement (zoonoses et maladies à transmission vectorielles) :

- La rage animale est peu présente à Montréal mais on y recense annuellement quelques chauves-souris rabiques. Par contre, des régions limitrophes de Montréal sont considérées à risque élevé pour la rage du raton. Toute exposition potentielle doit donc être évaluée et une prophylaxie postexposition doit être offerte lorsque indiqué.
- Avec les changements climatiques, de nouvelles maladies à transmission vectorielle s'installent. Le virus du Nil occidental (VNO; vecteur : moustique) et la maladie de Lyme (vecteur : tique) sont de nouvelles réalités dans la province.

Note : la présente fiche concerne la prévention de l'exposition aux risques. Les interventions visant la protection de la santé de la population sont décrites dans la fiche Services de vigie, d'enquête et d'évaluation du risque et de protection.



OBJECTIFS MONTRÉALAIS

D'ici 2021,

1. Réduire l'exposition aux risques infectieux dans les milieux de vie;
2. Réduire l'exposition aux zoonoses et aux maladies vectorielles.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 3.1, 3.7

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DES ÉQUIPES DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DES ÉQUIPES DES CIUSSS</i>
<p>1. D'ici 2021, les individus appartenant aux groupes socioculturels à risque particulier de maladies infectieuses de par leurs conditions de vie, leurs habitudes de vie ou contexte de voyage, connaîtront et appliqueront des mesures préventives spécifiques aux risques.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Démarchage auprès des communautés ou groupes ayant des facteurs de risque ou des besoins spécifiques, particulièrement pour les problématiques supraterritoriales, en collaboration avec les CIUSSS. 2. Information adaptée sur les risques spécifiques et les mesures de prévention (vaccination contre la fièvre typhoïde, le VHA et le choléra, prévention des maladies entériques, etc.) entre autres sur le WEB (ex : Portail Santé). 3. Expertise-conseil auprès des intervenants des CIUSSS sur les maladies considérées et les interventions auprès des groupes socioculturels à risque. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Démarchage auprès des communautés ou groupes ayant des facteurs de risque ou des besoins spécifiques, selon les spécificités territoriales. 2. Diffusion d'information aux intervenants de première ligne sur les mesures de préventions adaptées aux risques spécifiques des individus et groupes auprès desquels ils interviennent.
<ol style="list-style-type: none"> 2. D'ici 2021, augmenter l'application des mesures de prévention et de contrôle des maladies infectieuses en milieux de garde et milieux scolaires. 3. D'ici 2021, augmenter l'adoption des comportements protecteurs (hygiène des mains et étiquette respiratoire) des intervenants et des enfants des milieux de garde et scolaires. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Expertise-conseil auprès des équipes de santé publique des CIUSSS pour la prévention et le contrôle des infections en milieux scolaire et de garde. 5. Information aux intervenants des milieux scolaires et de garde par la production d'outils et leur diffusion entre autres sur le Portail Santé. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Formation des professionnels des CIUSSS sur la prévention des infections en milieu de garde et scolaire. (Pour la formation, le partage des rôles avec les autres directions des CIUSSS – ex. : Direction des soins infirmiers – et les niveaux régional et provincial sont à définir.) 4. Expertise-conseil auprès intervenants des milieux scolaires et de garde pour la prévention et le contrôle des infections. 5. Diffusion d'outils aux intervenants des milieux scolaire et de garde pour la prévention des infections. 6. Interventions de groupe en prévention : hygiène des mains et étiquette respiratoire en milieu scolaire.
<p>4. D'ici 2021, augmenter les connaissances et l'adoption de comportements protecteurs contre les zoonoses et les maladies vectorielles</p>	<p>6. Information à la population sur les risques et les mesures de prévention et de protection liés aux zoonoses et aux maladies vectorielles, entre autres sur le WEB (ex : Portail Santé).</p>	<p>7. Information à la population sur les comportements protecteurs contre les zoonoses et les maladies vectorielles lors d'interventions de proximité auprès de la population (par exemple, lors de visites à domicile chez des personnes âgées).</p>

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DES ÉQUIPES DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DES ÉQUIPES DES CIUSSS</i>
par la population montréalaise.	<p>7. Expertise-conseil sur les risques à la santé humaine auprès des professionnels des milieux vétérinaires et de protection des animaux.</p> <p>8. Expertise-conseil auprès des CIUSSS sur les risques et les mesures de prévention et de protection liés aux zoonoses et aux maladies vectorielles.</p>	8. Interventions de groupe en prévention (par exemple, prévention des morsures animales) en milieu scolaire, dans le cadre d'autres interventions.
5. D'ici 2021, l'aménagement des grands parcs inclura des mesures pour prévenir l'exposition aux tiques.	9. Concertation avec les instances municipales pour favoriser la création d'environnements sécuritaires minimisant le risque de zoonose ou de maladie vectorielle.	9. Concertation avec les arrondissements pour favoriser la création d'environnements sécuritaires minimisant le risque de zoonose ou de maladie vectorielle.

AXE 4

**LA GESTION DES RISQUES ET DES MENACES,
ET LA PRÉPARATION AUX URGENCES**

DÉFINITION

Le réseau de santé publique déploie un ensemble de services afin d'évaluer les risques à la santé associés à différentes expositions et, lorsqu'ils représentent une menace à la santé publique, mettre en œuvre des solutions adaptées et efficaces. Les risques peuvent être de nature chimique, physique ou biologique (infectieuse). Ils peuvent être présents dans l'air (intérieur et extérieur), l'eau (récréative, potable, usée), le sol (sols contaminés) ou les produits consommés (aliments, drogues, etc.). Les agents infectieux peuvent aussi être transmis de personne à personne ou encore provenir d'un animal ou d'un vecteur.

Les services de santé publique offerts incluent la vigie sanitaire, les enquêtes et l'évaluation du risque et les interventions de protection.

La vigie sanitaire permet de reconnaître les menaces à la santé et d'agir rapidement; cela exige une capacité de recueillir de l'information en temps réel. La vigie est effectuée au regard :

- des maladies à déclaration obligatoire (MADO), déterminées par règlement, dont la liste peut varier dans le temps,
- des maladies à traitement obligatoire (tuberculose),
- des signalements de menaces à la santé,
- des manifestations cliniques inhabituelles liées à la vaccination,
- de données sanitaires telles que des hospitalisations ou des décès pour certains syndromes cliniques, des transports ambulanciers, des appels à Info-santé, etc.

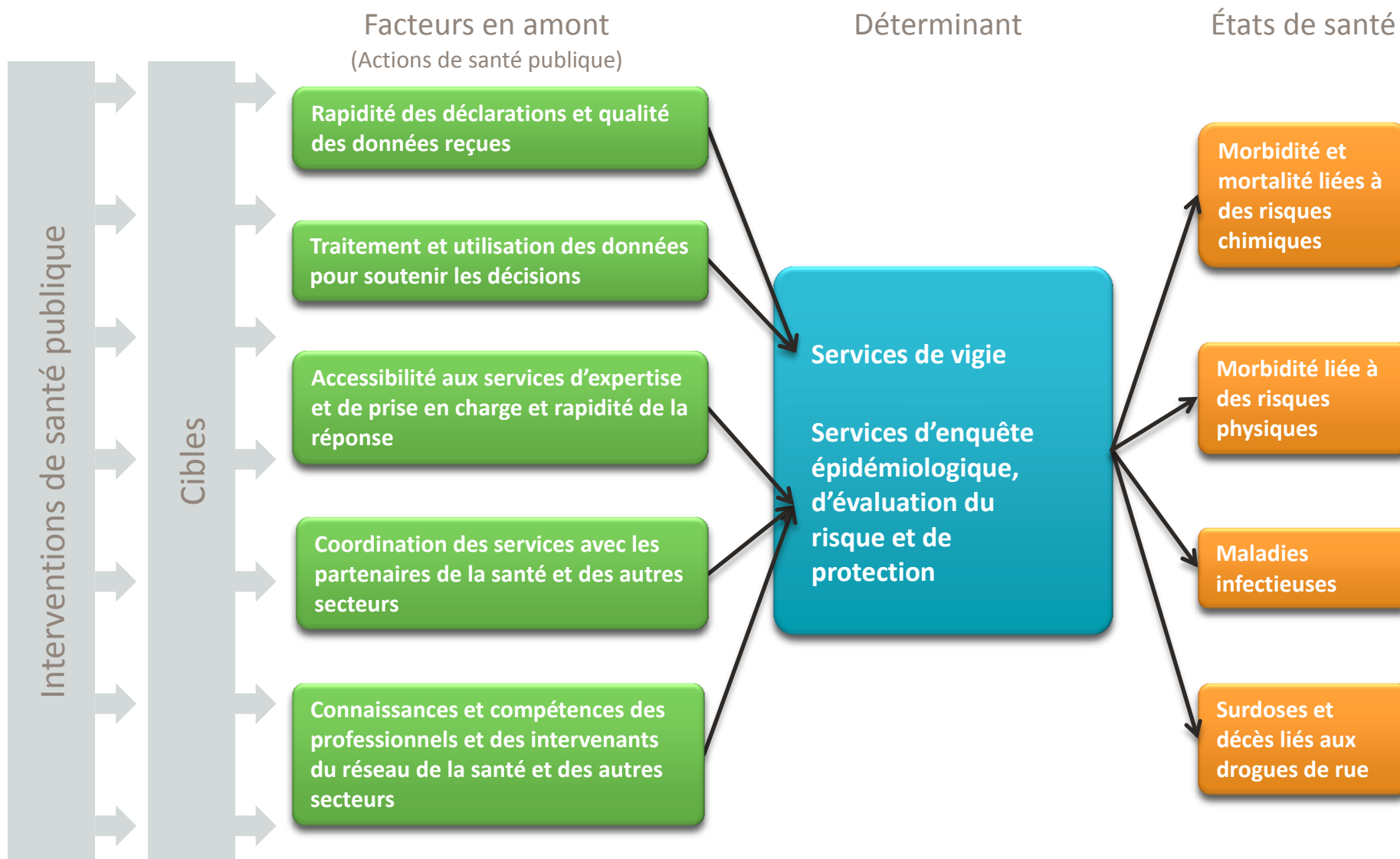
Plusieurs situations de menace potentielle sont signalées directement aux instances de santé publique. Dans ces cas, une évaluation des risques à la santé est réalisée afin de comprendre le risque et de faire des recommandations. L'évaluation des risques inclut une caractérisation de l'exposition et une estimation des effets sur la santé de la population; elle intègre également une préoccupation pour les effets sur les populations les plus vulnérables.

Certains cas de menaces potentielles à la santé publique peuvent faire l'objet d'enquêtes épidémiologiques. Des recommandations sur les mesures de protection de la santé à mettre en place peuvent être émises dans ce contexte. Des interventions de protection sont réalisées auprès d'individus, de milieux de vie et de communautés dans le cas de signalements de menaces à la santé ou d'éclosions de maladies à déclaration ou à traitement obligatoires.

PERTINENCE

Bien que les conséquences sur la santé varient en fonction de l'exposition de la population (nature de la substance ou du pathogène, degré d'exposition), l'objectif des activités de vigie, d'évaluation des risques, d'enquête et de protection est toujours le même : diminuer, voire éliminer, les impacts sur la santé de la population et ce, peu importe la provenance de la demande ou la nature de l'exposition.

Les pouvoirs et responsabilités de vigie, d'enquête et d'évaluation du risque et de protection sont inscrits dans la *Loi sur la santé publique*.



OBJECTIFS MONTRÉALAIS¹⁹

1. En tout temps, protéger la population par la détection précoce des risques pour la santé et des phénomènes émergents associés pouvant représenter une menace;
2. En tout temps, prévenir la survenue ou limiter l'ampleur d'éclosions de maladies transmissibles;
3. En tout temps, protéger la population de risques provenant d'une source commune (maladies infectieuses et surdoses);
4. En tout temps, protéger la population des risques en lien avec des agents physiques, chimique et biologiques dans l'air, l'eau et le sol.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 4.1, 4.2, 4.3, 4.4

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE – VOLET MALADIES INFECTIEUSES ET SURDOSES

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
<ol style="list-style-type: none"> 1. La DRSP reçoit les déclarations MADO et les signalements de menaces en temps opportun : <ol style="list-style-type: none"> a. 95 % des déclarations parviennent à la DRSP en-dedans de 48 heures du diagnostic conformément à la <i>Loi sur la santé publique</i> (LSP); b. 90 % des déclarations initiales incluent toutes les informations exigées par la LSP. 2. La DRSP a accès, en temps opportun, à des données sanitaires de qualité provenant des partenaires du réseau de la santé. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Service de garde 24 heures / 7 jours pour les déclarations et signalements de menaces nécessitant une réponse urgente. 2. Développement d'un système de déclarations informatisées en collaboration avec les CIUSSS et les établissements non-fusionnés. 3. Appréciation et rétroaction sur les pratiques de déclaration. 4. Concertation avec les partenaires pour faciliter l'accès aux données. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Déclaration des MADO (médecins et laboratoires) et signalement des menaces à la santé (médecins et autres professionnels) en conformité avec la LSP. 2. Transfert à la DRSP des données servant à la vigie sanitaire (centres hospitaliers et CHSLD). 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Transfert à la DRSP des données servant à la vigie sanitaire (Urgences santé et Info Santé).
<ol style="list-style-type: none"> 3. Les données sanitaires et les déclarations sont analysées et interprétées régulièrement. 4. L'information découlant de la vigie est communiquée et utilisée en temps opportun. 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Diffusion d'information émanant de la vigie sanitaire : <ol style="list-style-type: none"> a. Maintien d'un système d'information permettant le traitement et l'analyse des données pertinentes à la vigie sanitaire; b. Analyse quotidienne et périodique des données sanitaires et des déclarations; 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Diffusion des informations émanant de la vigie aux intervenants concernés. 	

¹⁹ Les interventions décrites dans les fiches *Services de prévention et de traitement de la tuberculose* et *Exposition à des risques infectieux en milieux de soins* contribuent également à l'atteinte des objectifs.

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DE LA DRSP	INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS	INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES
	<ul style="list-style-type: none"> c. Maintien d'un tableau de bord régional de vigie sanitaire; d. Communication des informations aux intervenants de santé publique et aux partenaires concernés. 		
<ul style="list-style-type: none"> 5. Un service d'expertise-conseil, d'évaluation et de gestion des risques à la santé de la population est disponible en temps opportun (24h par jour pour les urgences). 6. Les mesures de contrôle et de protection de la population sont appliquées à l'intérieur des délais recommandés. 7. Les mesures de contrôle et de protection de la population sont appliquées de manière coordonnée par l'ensemble des partenaires. 8. Les intervenants du réseau de la santé ont des connaissances et des compétences à jour quant aux mesures de protection recommandées auprès des cas et des contacts. 	<ul style="list-style-type: none"> 6. Évaluation et gestion de risques sanitaires : <ul style="list-style-type: none"> a. Expertise-conseil de 2^e ligne auprès des professionnels du réseau de la santé et des partenaires au regard des MAD0, éclosions et autres menaces potentielles à la santé; b. Enquêtes épidémiologiques, expertise-conseil auprès des professionnels du réseau de la santé et aux partenaires quant aux investigations environnementales et de laboratoire, et suivi des résultats; c. Évaluation du risque; d. Diffusion d'avis et émission de recommandations, de directives ou d'ordonnances de santé publique, et suivi de leur application; e. Diffusion d'information aux professionnels du réseau et aux partenaires sur les risques et les mesures de contrôle recommandées; f. Information à la population sur les risques et les mesures de prévention et de protection recommandées; g. Services de protection de 2^e ligne, en soutien à la 1^{re} ligne (incluant la chimioprophylaxie urgente et la notification des contacts). 7. Production d'outils et adaptation d'outils provinciaux pour soutenir les interventions de santé publique des professionnels du réseau et des partenaires. 8. Formation de base des intervenants-clés de 1^{re} ligne sur les mesures de protection, incluant la prophylaxie postexposition (PPE), le dépistage des contacts et l'évaluation des morsures humaines et animales, et élaboration d'outils pour les soutenir. (Pour la formation, le partage des rôles avec les niveaux 	<ul style="list-style-type: none"> 5. Coordination des services de protection de 1^{re} ligne (interventions 6-9 ci-dessous), incluant les ententes de corridors de services avec les GMF et autres cliniques privées. 6. Services de protection des individus, incluant la PPE, le dépistage de contacts, le suivi des clairances microbiennes, l'évaluation des expositions aux liquides biologiques et des expositions animales, l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITSS et de leurs partenaires (IPPAP) ainsi que la vaccination et le dépistage de masse. 7. Services de protection : évaluation (incluant les tests diagnostiques) et prise en charge médicale des individus dans le cadre d'une menace à la santé de la population ou d'une intervention de santé publique. 8. Prise en charge et suivi intégré des cas de tuberculose contagieuse (MATO) (voir la fiche <i>Services de prévention et traitement de la tuberculose</i>). 9. Expertise-conseil de 1^{re} ligne pour la gestion des risques infectieux et des éclosions dans les milieux de soins, les milieux d'hébergement (incluant en centre jeunesse) et les autres milieux de vie (voir aussi la fiche <i>Exposition à des risques infectieux en milieux de soins</i>). 10. Formation (maintien des compétences) des intervenants de 1^{re} ligne sur les mesures de protection, incluant la PPE, le dépistage des contacts et l'évaluation des morsures humaines et animales. (Pour la formation, le partage des rôles avec les autres directions des CIUSSS – ex. : Direction des soins infirmiers – et les niveaux régional et provincial sont à définir.) 	<ul style="list-style-type: none"> - - -

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>	<i>INTERVENTIONS D'AUTRES SECTEURS OU PROGRAMMES-SERVICES</i>
	territorial et provincial sont à définir.)		

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE – VOLET RISQUES PRÉSENTS DANS L'EAU, L'AIR, LE SOL OU EN MILIEU DE TRAVAIL

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. La DRSP reçoit les déclarations des maladies à déclaration obligatoire (MADO) chimiques en temps opportun. 2. La DRSP a accès, en temps opportun, à des données sanitaires et environnementales de qualité provenant du réseau de la santé et des autres partenaires. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Service de garde 24h/7 jours pour les déclarations et signalements de menaces nécessitant une réponse urgente. 2. Appréciation et rétroaction sur les pratiques de déclaration des MADO chimiques. 3. Concertation avec les partenaires pour faciliter le partage et l'accès aux données. 	-
<ol style="list-style-type: none"> 3. Un service d'expertise-conseil, d'évaluation et de gestion des risques à la santé de la population en réponse aux signalements, aux demandes des partenaires et découlant d'ententes et des mandats légaux est disponible en temps opportun (amiante, radon, champs électromagnétiques de basse fréquence et radiofréquences, pesticides, légionelles dans l'eau, contamination chimique dans l'air intérieur et extérieur, eau potable, eaux récréatives, eaux usées, sols contaminés, etc.). 4. Les mesures de contrôle et de protection de la population sont appliquées de manière coordonnée par l'ensemble des partenaires. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Évaluation et gestion de risques sanitaires : <ol style="list-style-type: none"> a. Expertise-conseil en évaluation de risques à la santé en lien avec l'exposition aux contaminants chimiques, physiques ou biologiques dans l'air, l'eau et le sol; b. Diffusion d'avis et émission de recommandations, de directives ou d'ordonnances de santé publique, et suivi de leur application; c. Communication des risques et des mesures de contrôle recommandées aux professionnels du réseau et aux partenaires; d. Communication des risques et des mesures de protection recommandées à la population. 	-

DÉFINITION

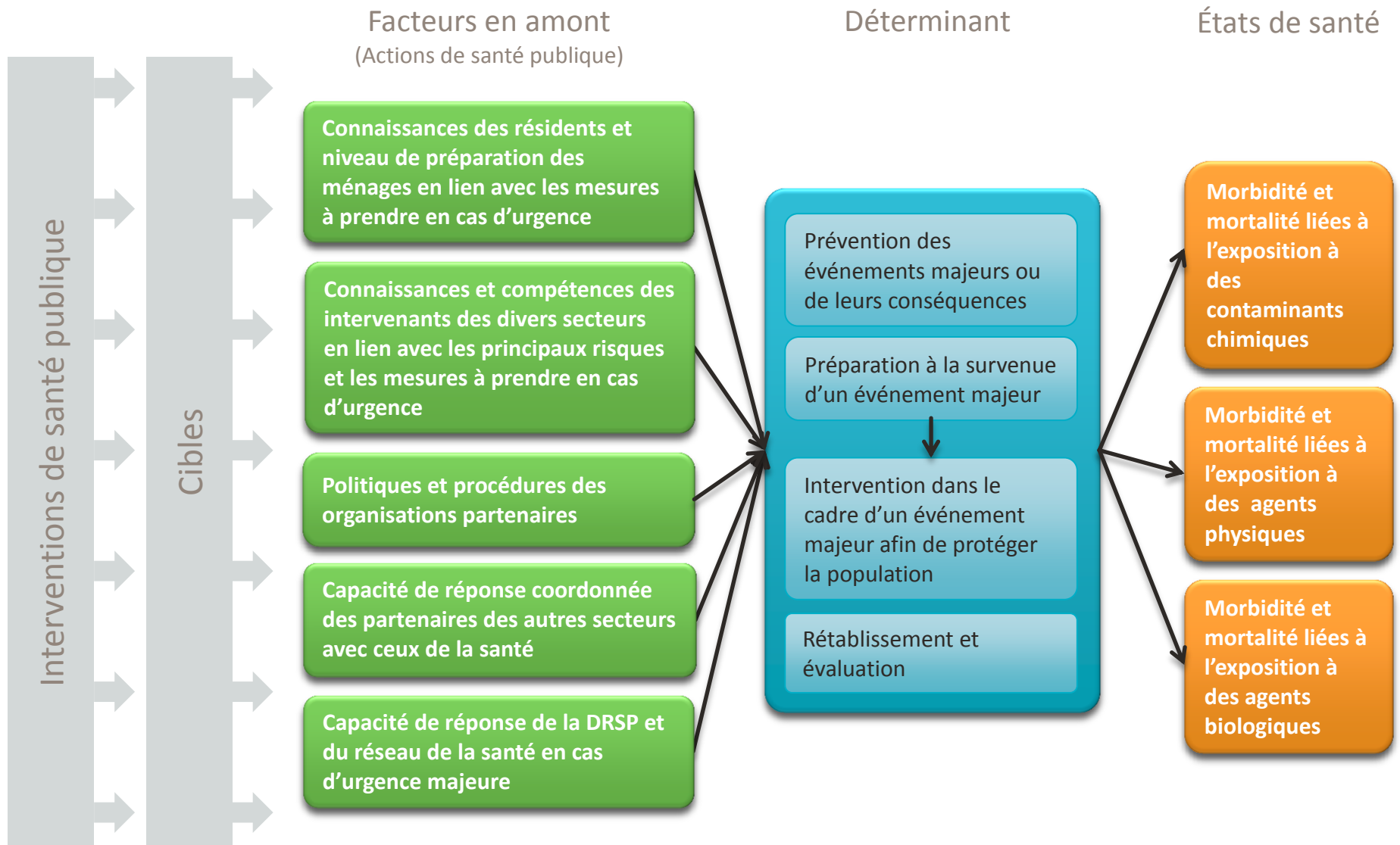
Une urgence majeure, comme une pandémie, une catastrophe naturelle, un accident industriel ou un acte terroriste, a une progression ou une ampleur qui dépasse les capacités habituelles du système de santé. La préparation et la réponse aux urgences majeures réfère à la capacité, non seulement de la santé publique, mais aussi du réseau de la santé, des individus et des communautés à prévenir, à se protéger, à répondre rapidement et à se rétablir si un tel événement survenait. Ainsi, les principales composantes du déterminant sont les suivantes :

- Prévention des événements majeurs ou de leurs conséquences;
- Préparation à la survenue d'un événement majeur;
- Intervention dans le cadre d'un événement majeur afin de protéger la population;
- Rétablissement et évaluation de la capacité de réponse de l'organisation.

PERTINENCE

L'actualité nous rappelle régulièrement que les urgences majeures surviennent bel et bien, et que leurs conséquences sont encore plus graves quand on ne s'y est pas préparé. Montréal est un pôle industriel et touristique névralgique. La ville constitue une plaque tournante du transport routier et ferroviaire de matières dangereuses. L'utilisation, la production et le transport de matières dangereuses par des industries situées à faible distance des zones habitées comportent un risque pour les travailleurs et la population. Chaque année, des centaines de milliers de visiteurs passent par Montréal. La ville n'est pas à l'abri d'infections qui émergent dans des pays lointains et qui pourraient se propager ici, comme l'ont montré la crise du SRAS, la pandémie d'influenza A(H1N1) et, plus récemment, l'éclosion en Afrique de l'Ouest de la maladie à virus Ebola. Comme tous les grands centres urbains, Montréal a aussi des infrastructures essentielles que pourraient cibler des terroristes, comme son aéroport international, son port de transbordement de conteneurs, son réseau souterrain et son métro. Enfin la densité de population, les inégalités socioéconomiques et l'environnement bâti à Montréal peuvent aggraver les conséquences pour la santé de la population montréalaise.

Note : les activités spécifiques en lien avec les épisodes de chaleur extrême, qui peuvent constituer une menace importante et urgente à la santé de la population, sont décrites dans la fiche Exposition à la chaleur extrême.



OBJECTIFS MONTRÉLAIS

1. En tout temps, prévenir la survenue d’urgences majeures par la détection précoce des menaces;
2. En tout temps, protéger la population des conséquences des urgences sanitaires par une préparation et une réponse adéquates et coordonnées avec l’ensemble des partenaires montréalais.

SERVICES DU PNSP ASSOCIÉS : 4.8, 4.9

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE – VOLET URGENCES BIOLOGIQUES

CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT	INTERVENTIONS DES ÉQUIPES DE LA DRSP	INTERVENTIONS DES CIUSSS ET DES ÉTABLISSEMENTS NON FUSIONNÉS
<p>1. Les intervenants du réseau de la santé et ses partenaires ont les connaissances, les compétences et les outils pour détecter une menace et mettre rapidement en place les mesures appropriées.</p>	<p>1. Production et adaptation d’outils de référence à l’intention des intervenants du réseau de la santé et des partenaires, dont une veille sanitaire internationale, des outils de triage et des guides de prise en charge des personnes exposées lors de menaces.</p>	<p>1. Formation des intervenants du CIUSSS susceptibles d’être mobilisés en situation d’urgence sanitaire.</p>
<p>2. À tout moment, le réseau de la santé a la capacité d’amorcer rapidement une intervention en cas d’urgence majeure.</p>	<p>2. Partenariat avec les établissements du réseau de la santé de Montréal pour le maintien à jour :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. D’un plan régional de mesures d’urgences, incluant des plans particuliers d’intervention (PPI) pour les maladies infectieuses; b. D’un plan régional de mobilisation des ressources des établissements prévu dans la <i>Loi sur la santé publique</i> (LSP); c. D’ententes de corridors de services. <p>3. Service de garde 24 heures / 7 jours pour les déclarations et signalements de menaces nécessitant une réponse urgente.</p> <p>4. Mobilisation du personnel de la DRSP selon le plan interne de mobilisation des ressources.</p> <p>5. Évaluation et gestion des risques sanitaires lors d’une urgence infectieuse majeure:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Expertise-conseil; b. Enquêtes et évaluation du risque; c. Diffusion d’avis et émission de recommandations, de directives ou d’ordonnances de santé publique quant aux mesures de protection; d. Diffusion d’information aux professionnels du réseau et aux partenaires; 	<p>2. Maintien à jour :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. D’un plan de mesures d’urgence pour l’établissement, incluant des plans particuliers d’intervention pour les maladies infectieuses; b. D’un plan territorial d’intervention en cas d’urgence sanitaire, incluant les mesures de protection de la population (ex. : vaccination de masse, chimioprophylaxie, traitement et prise en charge médicale). <p>3. Mobilisation du personnel des établissements selon le plan régional de mobilisation des ressources, tel que prévu dans la LSP.</p> <p>4. Contribution à l’évaluation et gestion des risques :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Enquêtes et interventions de protection en 1^{re} ligne selon les besoins déterminés par le directeur régional de santé publique, tel que prévu dans la LSP; b. Évaluation et prise en charge médicale des cas et des contacts selon les corridors de service établis;

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DES ÉQUIPES DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DES CIUSSS ET DES ÉTABLISSEMENTS NON FUSIONNÉS</i>
	<ul style="list-style-type: none"> e. Information à la population; f. Services de protection de 2^e ligne, en soutien à la 1^{re} ligne. 	<ul style="list-style-type: none"> c. Chimio prophylaxie et vaccination de masse; d. Services de soutien et de prise en charge psychosociale des individus et des communautés.
<ul style="list-style-type: none"> 3. Les plans d'intervention en cas d'urgence de tous les établissements et de la DRSP sont à jour et coordonnés. 4. La réponse aux urgences biologiques est déployée de manière coordonnée par l'ensemble des partenaires. 5. Un examen de l'intervention et une rétroaction sont faits systématiquement suite à une situation d'urgence majeure. 	<ul style="list-style-type: none"> 6. Partenariat et expertise-conseil auprès de l'organisation régionale de sécurité civile (volet santé publique de la mission santé), du Comité aviseur antiterrorisme de Montréal (CAAM) et du Comité aviseur en maladies infectieuses de l'Aéroport Montréal-Trudeau (CAMIT) pour : <ul style="list-style-type: none"> a. L'élaboration et la mise à jour de plans et de protocoles d'intervention communs, b. La réalisation d'exercices multipartenaires de préparation aux urgences majeures, impliquant également les établissements de santé; c. La réponse aux urgences sanitaires. 7. Expertise-conseil auprès des CIUSSS pour le volet protection de la santé publique lors d'urgences sanitaires majeures. 8. Appréciation et rétroaction sur les pratiques avec les partenaires des divers secteurs lors du rétablissement suivant une urgence majeure ou suite à un exercice de simulation. 	<ul style="list-style-type: none"> 5. Partenariat avec l'organisation régionale de sécurité civile pour la préparation et la réponse aux urgences sanitaires dans le cadre de la mission santé de la Sécurité civile.

OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE – VOLET URGENCES ENVIRONNEMENTALES

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DES ÉQUIPES DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DES CIUSSS</i>
<ul style="list-style-type: none"> 1. En tout temps, les ménages peuvent subvenir à leurs besoins pour 72 heures en situation d'urgence. 2. En tout temps, les citoyens sont informés des risques présents dans leur quartier et savent comment se protéger au besoin. 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Expertise-conseil au sein du projet de ville résiliente de la Ville de Montréal. 2. Expertise-conseil auprès de la Direction de la sécurité civile et du Service de sécurité incendie de Montréal. 3. Information à la population sur les risques, sur les systèmes d'alerte et d'avis et sur les mesures de préparation. 4. Production d'outils de référence pour soutenir les interventions porte-à-porte des policiers. 	-
<ul style="list-style-type: none"> 3. Les intervenants des divers secteurs ont les connaissances, les compétences et les outils pour détecter une menace et mettre rapidement en place les mesures appropriées. 	<ul style="list-style-type: none"> 5. Production de guides et outils pratiques à l'intention des partenaires. 6. Développement de formations et de simulations pour les premiers répondants. 	-
<ul style="list-style-type: none"> 4. En tout temps, le personnel de la DRSP peut être mobilisé pour répondre 	<ul style="list-style-type: none"> 7. Maintien à jour d'un plan intégré de réponse majeure qui comprend : une structure de commandement et de coordination assurée par la direction, des modalités de mobilisation 	-

<i>CIBLES SUR FACTEURS EN AMONT</i>	<i>INTERVENTIONS DES ÉQUIPES DE LA DRSP</i>	<i>INTERVENTIONS DES CIUSSS</i>
<p>rapidement et efficacement à une situation d'urgence.</p>	<p>des ressources, une priorisation des activités dans un cadre de continuité des opérations essentielles.</p> <p>8. Évaluation et priorisation des risques de sinistres au niveau régional.</p> <p>9. Élaboration de plans particuliers d'intervention pour les risques priorités.</p> <p>10. Service de garde 24 heures / 7 jours pour les MADO et signalements par des médecins et toxicologues formés et outillés : SRUSE (système régional de réponse aux urgences en santé environnementale).</p> <p>11. Évaluation et gestion des risques sanitaires lors d'une urgence majeure:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Expertise-conseil; b. Enquêtes et évaluation du risque; c. Diffusion d'avis et émission de recommandations, de directives ou d'ordonnances de santé publique quant aux mesures de protection; d. Diffusion d'information aux professionnels du réseau et aux partenaires; e. Information à la population; f. Vigie et surveillance. <p>12. Appréciation et rétroaction sur les pratiques après tous les événements et les exercices d'urgence majeure dans lesquels la DRSP est impliquée.</p>	
<p>5. Les organisations partenaires ont des politiques et procédures qui suivent les meilleures pratiques en gestion des risques sanitaires.</p>	<p>13. Accompagnement des processus d'amélioration des procédures et expertise-conseil pour l'évaluation et la gestion des risques auprès des partenaires impliqués dans la réponse aux urgences (SPVM, SIM, Urgence santé, Centre de sécurité civile).</p> <p>14. Production d'avis et mémoires sur des projets impliquant des matières dangereuses.</p>	-
<p>6. Les partenaires élaborent et mettent en œuvre un plan d'action conjoint.</p> <p>7. La réponse aux urgences majeures est déployée de manière coordonnée par l'ensemble des partenaires.</p>	<p>15. Partenariat et expertise-conseil auprès du Comité aviseur antiterrorisme de Montréal (CAAM) et du Comité aviseur sécurité civile de Montréal (CASC) pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. L'élaboration et la mise à jour de plans et de protocoles d'intervention communs; b. La réalisation d'exercices multipartenaires de préparation aux urgences majeures; c. La réponse aux urgences majeures. <p>16. Service de garde 24 heures / 7 jours pour les partenaires du CAAM et du CASC.</p>	-
<p>8. Un examen de l'intervention et une rétroaction sont faits systématiquement suite à une situation d'urgence majeure.</p>	<p>17. Appréciation et rétroaction sur les pratiques avec les partenaires des divers secteurs lors du rétablissement suivant une urgence majeure ou suite à un exercice de simulation.</p>	-

GROUPES DE TRAVAIL DE LA DRSP POUR L'ÉLABORATION DE L'OFFRE DE SERVICES

AXE 1 – LE DÉVELOPPEMENT GLOBAL DES ENFANTS ET DES JEUNES

GESTIONNAIRES ET MÉDECINS-RESPONSABLES DU SECTEUR DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DE MILIEUX DE VIE SAINS ET SÉCURITAIRES (DIMSS), SERVICE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS ET DES JEUNES (DEJ) :

Mylène Drouin, Mireille Gaudreau, Sylvie Lavoie et Cat Tuong Nguyen

AUTRES COLLABORATEURS POUR L'AXE 1 :

Catherine Dea, Danièle Dorval

- ***Services préventifs en périnatalité et petite enfance***

Julie Beauvais, Laurence Boucheron (responsable), Suzanne De Blois, Claudelle Élie, Danielle Guay (coordination pour l'axe 1), Chantal Lacroix, Marie-Josée Legault (responsable) et Daniel Vergara

- ***Allaitement***

Ginette Bélanger, Danielle Guay (coordination pour l'axe 1), Véronique Laberge-Gaudin (responsable), Amélie Lacroix et Marie-Josée Legault

- ***Environnement familial***

Suzanne De Blois (responsable), Laurence Boucheron, Isabelle Denoncourt, Danielle Guay (coordination pour l'axe 1) et Hélène Riberdy

- ***Services de garde éducatifs de qualité***

Danielle Guay (responsable), Isabelle Laurin et Leah Walz

- ***Habitudes en lien avec la santé buccodentaire des 0-17 ans***

Jacques Durocher, Martin Généreux, Daniel Kandelman, Daniel Picard (responsable), Nathalie Ratté (coordination pour l'axe 1) et Ginette Veilleux (responsable)

- ***Services dentaires préventifs pour les enfants***

Jacques Durocher, Martin Généreux, Daniel Kandelman, Daniel Picard (responsable), Nathalie Ratté (coordination pour l'axe 1) et Ginette Veilleux (responsable)

- ***Services préventifs spécifiques pour les jeunes***

Nancy Haley, Cat Tuong Nguyen (responsable) et Nathalie Ratté (responsable)

- ***Violence interpersonnelle et intimidation chez les jeunes***

Isabelle Denoncourt (responsable), Nathalie Ratté (coordination pour l'axe 1) et Pierre H. Tremblay

- ***Relations amoureuses et sexualité chez les jeunes***

Sylvie Gagnon (responsable), Cat Tuong Nguyen, Nathalie Ratté (coordination pour l'axe 1) et Pierre H. Tremblay

AXE 2 – L'ADOPTION DE MODES DE VIE ET LA CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS SAINS ET SÉCURITAIRES

GESTIONNAIRES ET MÉDECINS-RESPONSABLES DU SECTEUR DIMSS, SERVICE DEJ :

Mylène Drouin, Mireille Gaudreau, Sylvie Lavoie et Cat Tuong Nguyen

AUTRES COLLABORATEURS :

Danièle Dorval

- **Consommation d'alcool, de drogues et pratique des jeux de hasard et d'argent**

Jean-François Biron (responsable), Cat Tuong Nguyen et Nathalie Ratté (coordination pour l'axe 2 -DEJ)

GESTIONNAIRES ET MÉDECINS-RESPONSABLES DU SECTEUR DIMSS, SERVICE ENVIRONNEMENT URBAIN SAINES HABITUDES DE VIE (EUSHV) :

Mylène Drouin, Mireille Gaudreau, Stéphane Perron et Karine Price

- **Alimentation**

Johanne Bienvenue, Marie-Claude Gélinau (responsable), David Kaiser, Monique Lalonde, Maude Landry, Caroline Marier, Sophie Paquin, Stéphane Perron, Nathalie Ratté et Stéphanie Tremblay

- **Activité physique, sécurité des déplacements actifs et sédentarité**

Louis Drouin, Sophie Goudreau, Marylène Goudreault, Suzanne Guay, Louise Hamel, David Kaiser, Louise Labrie, Patrick Morency, Sophie Paquin, Anne Pelletier (responsable), Stéphane Perron Céline Plante, Audrey Smargiassi, François Tessier et Louis-François Tétreault

- **Salubrité et abordabilité des logements**

Geneviève Hamelin, David Kaiser (responsable), Louis Jacques, Stéphane Perron, Mélanie Tailhandier et Simon Tessier

- **Salubrité dans les milieux institutionnels**

Geneviève Hamelin, David Kaiser, Louis Jacques, Stéphane Perron (responsable) et Mélanie Tailhandier

- **Exposition à la chaleur extrême**

Louis Drouin, David Kaiser, Sophie Paquin Stéphane Perron, Karine Price (responsable) et Louis-François Tétreault

- **Exposition au bruit et à la pollution de l'air extérieur**

Louis Drouin, David Kaiser, Stéphane Perron, Karine Price (responsable) et Louis-François Tétreault

- **Exposition à des risques dans l'air, l'eau et le sol**

Monique Beausoleil, Julie Brodeur, Geneviève Hamelin, Stéphane Perron et Karine Price (responsable)

GESTIONNAIRES ET MÉDECINS-RESPONSABLES DU SECTEUR DIMSS, SERVICE SANTÉ DES ADULTES ET DES ÂÎNÉS (SAA) :

Mylène Drouin, Mireille Gaudreau, Ak'ingabe Guyon, Uyen Pham

- **Tabagisme et exposition à la fumée de tabac**
André Gervais, Karima Hallouche, Marie Jacques, Louise Labrie (responsable), Valérie Lemieux et Sylvie Roberge
- **Services communautaires en prévention du suicide**
Claire Gagné, Ak'ingabe Guyon, Uyen Pham et Camille Poirier-Veilleux (responsable)
- **Services de prévention clinique en maladies chroniques et chutes**
Claire Gagné, Ak'ingabe Guyon (responsable), Valérie Lemieux, Johanne Lessard (responsable), Robert Perreault et Sylvie Roberge
- **Participation sociale des aînés**
Lise Grenier, Louise Hamel, Paule Lebel (responsable), Valérie Lemieux (responsable), Nicole Perreault et Omobola Sobanjo

GESTIONNAIRES ET MÉDECINS-RESPONSABLES DU SECTEUR SANTÉ AU TRAVAIL (SAT) :

Geoffroy Denis, Paule Masson et Normand Richer

- **Exposition à des risques en milieu de travail**
Nathalie Bourdeau, Marie-Christine Cyr, Céline Delga, Geoffroy Denis, Paule Masson, Capucine Ouellet, Normand Richer, Marie-Ève Simoneau et Daniel Vergara (responsable)

GESTIONNAIRE ET MÉDECIN-RESPONSABLE DE LA DIRECTION OPÉRATIONS, PARTENARIATS, PLANIFICATION, RECHERCHE, ENSEIGNEMENT, CONNAISSANCE ET SURVEILLANCE:

Liette Bernier, Éric Litvak

- **Pouvoir d'agir des communautés locales**
Marie-Martine Fortier (responsable), Christine Lefebvre, Caroline Marier, Linda Sauvé et Leah Walz

AXE 3 – LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES

GESTIONNAIRES ET MÉDECINS-RESPONSABLES DU SECTEUR PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES (PCMI):

Maryse Lapierre, Sarah-Amélie Mercure, Carole Morissette, Renée Paré et Noémie Savard

- **Services de vaccination et couverture vaccinale**
Danielle Bellefeuille, Mélissa Gauthier, Philippe Joliot, Alexandra Kossowsky (responsable), Francis Legros, Monique Letellier, Chantal Santerre (responsable) et Chantal Tremblay
- **Services de prévention et de traitement des ITSS et de réduction des méfaits liés aux drogues**

Mélanie Charron, Kathryn Collister, Joseph Cox, Manon Dugas, Natalia Gutierrez, Nicolas Hamel, Gilles Lambert, Anne Landry, Pascale Leclerc, Sarah-Amélie Mercure (responsable), Nathalie Paquette, Emily Shallhorn et Claude Tremblay

- ***Services de prévention et de traitement de la tuberculose***

Lucie Bédard, Julie Dwyer, Lydia Gosselin, Marie Munoz-Bertrand, Sandra Palmieri, Paul Rivest, Noémie Savard (responsable), Jean-Loup Sylvestre et Anna Urbanek

- ***Exposition à des risques infectieux en milieux de soins***

Robert Allard, Bakary Camara, Chloé Gendron Healy, Marguerite Hauteville, Guy Lapierre et Renée Paré (responsable)

- ***Exposition à des risques infectieux dans les milieux de vie et l'environnement***

Lucie Bédard, Michèle Bier, Paul Le Guerrier, Sandra Palmieri (responsable), Pierre-A Pilon, Noémie Savard, Michèle Tremblay et Anna Urbanek

AXE 4 – LA GESTION DES RISQUES ET DES MENACES ET LA PRÉPARATION AUX URGENCES

GESTIONNAIRES ET MÉDECINS-RESPONSABLES DES SECTEURS PCMI, DIMSS ET SAT:

Geoffroy Denis, Mylène Drouin, Mireille Gaudreau, Maryse Lapierre, Paule Masson, Carole Morissette et Normand Richer

- ***Services de vigie, d'enquête et d'évaluation du risque, et de protection***

Joséphine Aho, Robert Allard, André Bilodeau, Monique Beausoleil, Lucie Bédard (responsable), Julie Brodeur, Geoffroy Denis (responsable), Geneviève Hamelin, Sandra Palmieri, Stéphane Perron (responsable), Karine Price, Christine Savard, Noémie Savard (responsable) et Ana Urbanek

- ***Préparation et réponse aux urgences majeures***

Lucie Bédard, Michèle Bier, Paul Le Guerrier, Sandra Palmieri (responsable), Luc Lefebvre, Maxime Roy (responsable), Noémie Savard (responsable) et Anna Urbanek

REPRÉSENTANTS DES ÉQUIPES TERRITORIALES DE SANTÉ PUBLIQUE DES CIUSSS QUI ONT CONTRIBUÉ À LA DÉMARCHE :

Dominique Dufour, Marie-Claude Fournier, Luc Paradis, Adam Mongodin, Patrice Tchinda, Danielle Thériault et Francine Vincelette.

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-de-
l'Île-de-Montréal*

Québec 