

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Plan régional de santé publique 2010–2015

GARDER NOTRE MONDE EN SANTÉ

Québec 

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Plan régional de santé publique 2010–2015

GARDER NOTRE MONDE EN SANTE

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec 

Une réalisation de la

Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

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

Sous la direction de

Dr Richard Lessard

Coordination des travaux

Dr Terry-Nan Tannenbaum
Michel Mongeon

Éditeur

Jo Anne Simard

Graphisme

Paul Cloutier

Comité de rédaction

Dr Louis Drouin
Carl Drouin
Dr Mylène Drouin
Dr Michel Rossignol (Angèle Bilodeau)
Jo Anne Simard
Denise Soucy
Francine Trickey
Dr Louise Valiquette
Jean Vézina

Rédaction et révision

Maryse Beaumier-Robert
Solange Lapierre

Collaborateurs

Serge Chevalier
Sylvie Chevalier
Marie-Martine Fortier
Mireille Gaudreau
Renée-Marthe Giard
Paul Guay
Maryse Lapierre
Louise Lefebvre
Valérie Lemieux
Christiane Montpetit
Yolande Marchand
Marie-Josée Paquet

Les documents suivants sont des compléments au Plan régional de santé publique 2010-2015 - *Garder notre monde en santé* :

- [Orientation 1 : Des enfants qui naissent et se développent en santé](#)
- [Orientation 2 : Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire](#)
- [Orientation 4 : Une population vaccinée et protégée des infections et des risques chimiques et physiques](#)
- [Orientation 5 : Un environnement urbain favorable à la santé](#)
- [Orientation 6 : Un système de santé qui sert aussi à prévenir](#)

Ces fascicules présentent les priorités, stratégies et moyens qui sont retenus pour agir au regard des 6 orientations montréalaises de santé publique au cours des cinq prochaines années. Les priorités de l'orientation 3 : *Des milieux de travail exempts de risques pour la santé* sont indiquées dans le Plan régional de santé publique 2010-2015 – *Garder notre monde en santé*.

- [Résumés des Plans locaux de santé publique 2010-2015 des Centres de santé et de services sociaux de Montréal](#)

Présente un condensé des douze Plans locaux de santé publique qui sont disponibles en intégralité sur le site www.dsp.santemontreal.qc.ca

- [Offre de service de la DSP pour le déploiement des Plans locaux de santé publique 2010-2015 des CSSS de Montréal](#)

Présente un portrait exhaustif et organisé des activités de soutien de la DSP aux CSSS.

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

ISBN 978-2-89673-083-4 (version imprimée)
ISBN 978-2-89673-084-1 (version PDF)

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

Le partenariat

Une condition de succès essentielle

La réalisation du Plan régional de santé publique 2010-2015 (PRSP) repose avant tout sur un partenariat fort et engagé entre les acteurs de différents réseaux (communautaire, économique, santé, scolaire, municipal, etc.). Sans une action sectorielle et intersectorielle soutenue, l'atteinte des cibles proposées et ce, de manière durable, est impossible.

La collaboration établie entre la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) et les Centres de santé et de services sociaux de Montréal (CSSS) au sein de la Table régionale de santé publique dans le cadre de la présente démarche de planification témoigne également de l'importance du partenariat comme une condition essentielle à la mise en oeuvre de ce Plan.

Mission, mandat légal, rôles et responsabilités

Le Plan régional de santé publique 2010-2015 vient outiller le directeur de santé publique afin de lui permettre de réaliser sa mission, en prenant appui sur son mandat légal.

Mission

Nommé par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur de santé publique a la responsabilité de la santé de la population de son territoire. Sa mission, *Garder notre monde en santé*, n'est pas exclusivement réservée à la DSP et aux CSSS puisque de nombreux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires ainsi que des partenaires intersectoriels y contribuent aussi.

Mandat légal

La mission du directeur de santé publique se définit, soit par des responsabilités qui lui sont confiées en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, la *Loi sur la santé publique*, la *Loi sur la qualité de l'environnement* ainsi que la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, soit par des responsabilités confiées à l'Agence de la santé et des services sociaux et qui lui sont déléguées.

Ainsi, selon l'article 373 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le directeur régional de santé publique a la responsabilité de :

- Connaître l'état de santé de la population montréalaise.
- Identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection.
- Informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, en suivre l'évolution et, le cas échéant, conduire des études ou recherches nécessaires.
- Assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et conseiller l'Agence régionale sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable.
- Cerner les situations où le travail en partenariat s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsque jugé approprié, prendre les mesures nécessaires pour favoriser cette action.

Rôles et responsabilités

Par délégation, le directeur de santé publique a la responsabilité d'élaborer, de mettre en oeuvre, d'évaluer et de mettre à jour le Plan régional, en collaboration avec les CSSS de la région. Les CSSS, pour leur part, ont la mission de réaliser des activités sur leur territoire, de concert avec leurs partenaires locaux. Leur Plan local définit les mesures à prendre pour atteindre les cibles inscrites dans les six orientations du Plan régional, compte tenu des caractéristiques et des besoins de la population desservie. C'est ce que l'on appelle l'approche populationnelle.

Mot du directeur

C'est avec plaisir que la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal vous présente son Plan régional de santé publique 2010-2015. Ce Plan convie les nombreux partenaires de la santé et des services sociaux, ainsi que d'autres secteurs d'activité concernés par des actions de santé publique, à travailler de concert afin de mettre en place des conditions propices visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population montréalaise.

Rappelons que la promotion, la prévention et la protection constituent un apport important à notre mission de *Garder notre monde en santé*. En effet, les interventions en santé publique contribuent à la réduction des problèmes de santé et des inégalités sociales de santé ainsi que d'importants problèmes psychosociaux.

Au cours des dernières décennies, nous avons franchi de grands pas dans le domaine de la santé et du bien-être. Cela s'est traduit par une augmentation significative de l'espérance de vie de la population. Toutefois, de nouveaux défis se présentent maintenant à nous. Ils appellent des actions renouvelées pour contrer l'augmentation de maladies évitables, comme les maladies cardiovasculaires (MCV), les cancers, le virus de l'hépatite C (VHC), les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), ainsi que pour réduire les problèmes sociaux et atténuer les inégalités en matière de santé et de bien-être.

À présent, grâce aux nouvelles données et aux recherches en santé publique, nous connaissons l'influence majeure des déterminants de la santé sur l'évolution de l'état de santé des individus. Cette notion de déterminants de la santé renvoie plus précisément aux facteurs biologiques et génétiques, aux habitudes de vie et aux comportements, à l'environnement physique et social et, enfin, à l'organisation du système de soins et de services.

En agissant sur ces facteurs, les acteurs de santé publique travaillent en amont des problèmes de santé. Les interventions se traduisent par des actions qui visent toute une population, ou encore des groupes particuliers de personnes ayant certains traits communs. Elles sont basées sur le choix de mesures reconnues efficaces ou prometteuses.

Notre Plan régional de santé publique 2010-2015 s'inscrit en continuité des actions déjà entreprises depuis quelques années et s'appuie sur le Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP), en tenant compte de la réalité régionale. Il permet de bien circonscrire le champ d'action de la santé publique, axé sur la promotion de la santé, la prévention et la protection, en précisant notamment des cibles d'action ainsi que les activités qui en découlent.

Ces activités s'inscrivent à l'intérieur de six orientations qui sont également les assises des Plans locaux de santé publique réalisés par les 12 CSSS de Montréal avec qui nous partageons la responsabilité populationnelle de la santé à Montréal. Ces orientations sont :

- Des enfants qui naissent et se développent en santé
- Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire
- Des milieux de travail exempts de risques pour la santé
- Une population vaccinée et protégée des infections et des risques chimiques et physiques
- Un environnement urbain favorable à la santé
- Un système de santé qui sert aussi à prévenir

Pour la période 2010-2015, nous entendons également orienter nos efforts à l'égard de deux priorités stratégiques régionales. Il s'agit de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Enfin, notre Plan régional de santé publique 2010-2015 présente aussi notre offre de service à l'égard des fonctions suivantes :

- Surveillance de l'état de santé de la population
- Recherche et innovation
- Information
- Appréciation de la performance

J'aimerais remercier les gestionnaires et les professionnels qui ont participé activement à la rédaction des textes liés à leur domaine d'expertise. Mes remerciements vont également aux directeurs locaux de santé publique qui

siègent à la Table régionale de santé publique. Leurs Plans locaux ont été une source d'inspiration pour la rédaction du Plan régional de santé publique 2010-2015. Je tiens également à exprimer ma reconnaissance aux nombreux partenaires pour leurs commentaires judicieux qui ont contribué à la bonification du document. Je suis persuadé que la contribution de chacun à la rédaction du Plan régional de santé publique 2010-2015 permettra de consolider encore davantage les liens établis entre les différents acteurs, toujours avec la perspective d'améliorer la santé et le bien-être de la population de l'île de Montréal.

Le directeur de santé publique,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'R. Lessard', written in a cursive style.

Richard Lessard, M.D.

Mot du président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Avec son Plan stratégique 2010-2015 et son Plan régional de santé publique 2010-2015, l'Agence et sa Direction de santé publique unissent leurs efforts afin de prévenir, protéger et promouvoir la santé des Montréalais.

Bien sûr, la mise en œuvre de ces plans représente un défi. À titre de décideurs, les choix que nous faisons doivent respecter les besoins de la population et contribuer à l'optimisation de l'utilisation des ressources mises à notre disposition.

Je profite donc de l'occasion pour réitérer ma confiance aux professionnels de notre réseau qui, chaque jour, travaillent ensemble à *garder notre monde en santé*. Pour moi, il est clair que nous disposons à Montréal des atouts, de la force, de la volonté et de l'imagination nécessaires pour accomplir notre mandat avec succès.

David Levine

A handwritten signature in blue ink that reads "David Levine". The signature is written in a cursive style with a large initial 'D'.

Table des matières

Introduction	15
2 priorités stratégiques régionales	17
• La prévention des maladies chroniques.....	17
• La lutte contre les inégalités sociales de santé.....	21
• Démarche montréalaise concertée de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.....	24
• Le rapport du directeur de santé publique 2011.....	24
La promotion, la prévention et la protection	25
6 orientations pour encadrer les activités de santé publique	27
1. Des enfants qui naissent et se développent en santé	28
2. Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire	31
3. Des milieux de travail exempts de risques pour la santé	34
4. Une population vaccinée et protégée des infections et des risques chimiques et physiques	37
5. Un environnement urbain favorable à la santé	41
6. Un système de santé qui sert aussi à prévenir	44
• Contribution au bien-être des aînés montréalais	47
• Contribution à l'amélioration de la santé mentale des montréalais	47
Stratégies	48
• Soutenir le développement des communautés	48
Les exemples :	
• Initiative montréalaise de soutien au développement social local	49
• Production de portraits de santé régionaux et locaux	49
• Influencer l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé et au bien-être	50
Les exemples :	
• Conditions de logement	51
• Maturité scolaire	51
• Mobiliser et soutenir les partenaires sectoriels et intersectoriels dans des actions de promotion, prévention et protection	52
Les exemples :	
• Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012	52
• Services d'injection supervisée	53
• Soutenir le développement et le maintien des pratiques professionnelles et de gestion afin qu'elles intègrent la promotion, la prévention et la protection	54
Les exemples :	
• Pratiques cliniques préventives auprès des pharmaciens dans le cadre de la lutte contre le tabagisme	54
• Programme de santé spécifique à l'établissement	56

Fonctions	
Ce qui structure les actions de santé publique	57
• Surveiller l'état de santé de la population	57
• La recherche et l'innovation	57
• Informer la population et les partenaires	58
• Apprécier la performance	58
Quelques mots pour la suite...	61
Références	63
Annexe 1 - Financement des activités de santé publique	65

Listes des figures

Figure 1 - Continuum de services en prévention et gestion des maladies chroniques	18
Figure 2 - Actions de la DSP pour la prévention des maladies chroniques	20
Figure 3 - Cadre conceptuel de la Commission des déterminants sociaux de la santé	22

Listes des sigles et acronymes

ASSSM	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DSP	Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
EBJM	Enquête sur le bien-être des jeunes montréalais
E. Coli	Escherichia coli
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
ÉSBEQ	Étude sur la santé buccodentaire des élèves québécois
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne
ETADJES.	Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IAB	Initiative des amis des bébés
IÉP	Intervention éducative précoce
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes et de leurs partenaires
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MCV	Maladies cardiovasculaires
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OC	Ordonnance collective
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAG	Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes liés au poids 2006-2012 - Investir pour l'avenir
PCP	Pratiques cliniques préventives
PLSP	Plan local de santé publique
PRSP	Plan régional de santé publique
PNSP	Programme national de santé publique 2003-2012
PPE	Prophylaxie post-exposition
PSSE	Programme de santé spécifique aux établissements
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS	Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
SGA	Streptocoque bêta-hémolytique du groupe A
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIS	Services d'injection supervisés
SPC	Système de prévention clinique
TRPIN	Table régionale de prévention des infections nosocomiales

TMS	Trouble musculosquelettique
TRN	Thérapie de remplacement à la nicotine
UDI	Utilisateur de drogues par injection
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

Introduction

La prévention au cœur de la réforme du réseau de la santé

En 2001, la Commission Clair¹ a souligné la nécessité de retrouver un meilleur équilibre entre prévenir, guérir et soigner. Puis, en 2002, le plan Horizon 2005² du gouvernement du Québec et les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)³ sont venus rappeler l'importance de mieux intégrer tous les services et aussi d'y inclure la prévention. En 2003, suivant la nouvelle *Loi de santé publique*⁴, le MSSS publiait son premier Programme national de santé publique 2003-2012⁵ qui détermine les activités à réaliser au cours des dix prochaines années dans de nombreux domaines.

Au niveau organisationnel, le gouvernement du Québec adoptait, en décembre 2003, la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS)*. Cette loi confiait aux agences la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région basé sur des réseaux locaux de services. Ceci a mené, en juin 2004, à la création de 95 RLS à l'échelle du Québec, dont 12 pour la région de Montréal, avec le mandat de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus. Pour répondre à cette attente, les CSSS ont été créés. Ces derniers sont nés de la fusion de Centres locaux de services communautaires, de Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier (CH).

Le CSSS, qui agit comme assise du RLS, assume depuis la responsabilité de la santé de l'ensemble de la population de son territoire par la voie de l'approche populationnelle, qui vise à coordonner l'offre de service en fonction d'une population donnée plutôt qu'en fonction des individus qui consomment les services⁶. Cette nouvelle approche, basée sur le modèle « Prévenir, Guérir, Soigner », amène ainsi la décentralisation des activités liées à la prévention, promotion et protection. Elle est également à l'origine de la création de la fonction de directeur local de santé publique, dont le mandat consiste à assurer l'implantation de son Plan local de santé publique (PLSP) sur son territoire.

Un Plan régional de santé publique 2010-2015 qui structure les activités

Le Plan régional de santé publique s'inscrit dans le cadre de la planification stratégique 2010-2015 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et s'appuie sur le Programme national de santé publique 2003-2012. Il constitue la dernière étape d'une planification régionale amorcée en 2009 par l'adoption d'un tronc commun d'activités de promotion, prévention et protection à réaliser au cours des cinq prochaines années par les membres de la Table régionale de santé publique, qui regroupe les directeurs locaux de santé publique des 12 CSSS ainsi que l'équipe de direction de la DSP. Ce tronc commun a servi de base à la rédaction des Plans locaux de santé publique dont la DSP s'est inspirée pour la rédaction de son PRSP.

Le Plan se décline en six orientations, portées par les secteurs thématiques de la DSP. Ces orientations ont été choisies afin de contribuer à améliorer la santé des Montréalais. Chaque secteur thématique s'est mobilisé pour réaliser un exercice de planification stratégique, qui a mené au choix de priorités. Plusieurs facteurs ont contribué à influencer ces choix : les besoins de la population et de nos partenaires, bien évidemment, mais aussi les données de santé montréalaises, les plans gouvernementaux, les possibilités de financement à l'échelle locale et régionale et les PLSP.

L'exercice de planification stratégique a mis en lumière deux préoccupations à l'égard de la santé des Montréalais : la première consiste en la persistance d'écarts considérables de santé chez certains groupes de la population; la deuxième a trait à la prévision, selon toutes probabilités, d'une augmentation marquée des maladies chroniques, notamment en raison du vieillissement de la population et des habitudes de vie des plus jeunes, qui les mènent de plus en plus à l'embonpoint, voire à l'obésité.

Ces observations, appuyées par des données probantes, ont mené la DSP à établir deux priorités stratégiques régionales auxquelles l'organisation entend consacrer des efforts substantiels au cours des cinq prochaines années, soit la prévention des **maladies chroniques** et les **inégalités sociales de santé**.

Ces deux priorités font écho au PNSP, dont la cinquième stratégie *Soutenir les groupes vulnérables*, joue un rôle déterminant dans la réduction des inégalités sociales de santé. Il trouve également une assise dans la planification stratégique 2010-2015 de l'ASSSM et dans les PLSP des CSSS.

Ces préoccupations sont également partagées par la population qui, dans un récent sondage⁷, ciblait la réduction des inégalités de santé et la prise en charge des personnes souffrant de maladies chroniques comme deux enjeux majeurs auxquels le réseau de la santé devrait consacrer des efforts au cours des prochaines années.

Le présent document précise les priorités et les grandes stratégies de la DSP pour la période 2010-2015. Il inclut également un résumé des actions de santé publique à l'égard des 6 orientations. Son but est double : faire connaître les grandes lignes du Plan régional de santé publique aux partenaires et mieux travailler ensemble à *Garder notre monde en santé*.

Par ailleurs, plusieurs documents complémentaires accompagnent le PRSP dont les résumés des Plan locaux de santé publique 2010-2015 des CSSS ainsi que l'offre de service de la DSP pour le déploiement des PLSP des CSSS. Il comprend également des fascicules thématiques pour les orientations 1, 2, 4, 5 et 6. Ces fascicules présentent les priorités, stratégies et moyens qui sont retenus pour agir au regard des 6 orientations montréalaises de santé publique au cours des cinq prochaines années. Les priorités de l'orientation 3 : *Des milieux de travail exempts de risques pour la santé* sont indiquées, quant à elles, dans le présent document.

Avec son PRSP et ses documents connexes, la DSP s'engage à soutenir les CSSS dans la mise en oeuvre de leur Plan local de santé publique, mais aussi à faire front commun avec eux et l'ensemble de nos partenaires en faveur de la réduction des inégalités sociales de la santé et de la prévention des maladies chroniques.

2 priorités stratégiques régionales

La prévention des maladies chroniques

Des constats motivant l'action sur les maladies chroniques et leurs déterminants

De façon générale, la santé des Montréalais s'est améliorée au cours des dernières décennies. Ils vivent plus longtemps et en meilleure santé. Néanmoins, plusieurs données révèlent l'importance et l'impact des maladies chroniques sur la mortalité prématurée. Les conditions de vie à l'origine des maladies chroniques demeurent préoccupantes à Montréal. Dans bien des cas, les maladies chroniques ne sont pas étrangères aux inégalités sociales : leur prévalence est de façon générale plus élevée chez les personnes disposant d'un faible revenu ou peu scolarisées.

Le MSSS définit les maladies chroniques comme des maladies non contagieuses qui se développent lentement, qui conduisent à des incapacités, qui peuvent se prolonger dans le temps et qui sont souvent incurables, mais dont un grand nombre sont évitables.

Ces maladies résultent à la fois de processus normaux liés à la génétique ou au vieillissement ainsi que d'une exposition répétée à des conditions nocives pour la santé. On y inclut les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, le diabète, les maladies de l'appareil musculosquelettique ainsi que les maladies neurodégénératives et la santé mentale.

De 2005 à 2009, les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et le diabète ont causé 72 % des décès chez les 20 ans et plus à Montréal. Bien qu'à la baisse depuis 20 ans, le taux de mortalité par maladies chroniques demeure une à deux fois plus élevé

au sein des groupes défavorisés par rapport aux mieux nantis. À eux seuls, les cancers comptent pour 34 % des années potentielles de vie perdues des Montréalais.

Quant aux tendances, elles indiquent une croissance de certaines maladies chroniques ou de facteurs directement associés à leur apparition : environ 25 000 personnes de plus souffrent aujourd'hui d'hypertension par rapport à l'an 2000; de 1999 à 2006, le diabète s'est accru de 40 %, de façon constante; plus de quatre adultes montréalais sur dix (43 %) souffre d'un surplus de poids, contre 34 % il y a 20 ans.

Au chapitre des habitudes de vie, malgré une baisse marquée du tabagisme au cours des dernières décennies, près du quart des adultes sont fumeurs encore aujourd'hui. De plus, la moitié de la population adulte est inactive durant les loisirs et les déplacements et près de la moitié ne consomme pas suffisamment de fruits et légumes chaque jour. Notons, par contre, le cas encourageant de l'allaitement maternel : en 2005-2006, près de 88 % des bébés recevaient, de façon exclusive ou non, du lait maternel à la naissance et 61 % étaient encore allaités exclusivement ou non après 6 mois.

Les données montrent clairement que des efforts devront s'intensifier afin de créer des environnements propices à des choix plus sains. En effet, 7,5% des Montréalais respirent la fumée des autres à la maison, le transport en commun représentait seulement 30% de tous les déplacements en période de pointe du matin à Montréal en 2008 et l'accès à des aliments sains demeure faible dans certains quartiers. À titre d'exemple, 40% de la population de l'est de l'île et des quartiers centraux n'a pas accès à un approvisionnement en fruits et légumes frais à moins de 500 m de marche. Selon les résultats de l'*Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais*, l'humidité excessive ou les moisissures seraient présentes dans plus du tiers des domiciles montréalais

où vivent des enfants âgés de 6 mois à 12 ans, et 17% des cas d'asthme chez les enfants de ce groupe d'âge sont attribuables à ce facteur de risque.

Enfin, l'accessibilité à des services de santé de qualité et en temps opportun, ingrédient-clé de la prévention et de la gestion des maladies chroniques, gagnerait aussi à s'améliorer. Près du tiers des Montréalais n'ont toujours pas de médecin de famille et cette proportion grimpe à 42 % chez les personnes à faible revenu et à 66 % chez les immigrants. Ces deux groupes présentent aussi une proportion plus élevée de besoins de services non comblés par rapport à la moyenne régionale.

La place de la prévention pour favoriser la réduction des maladies chroniques

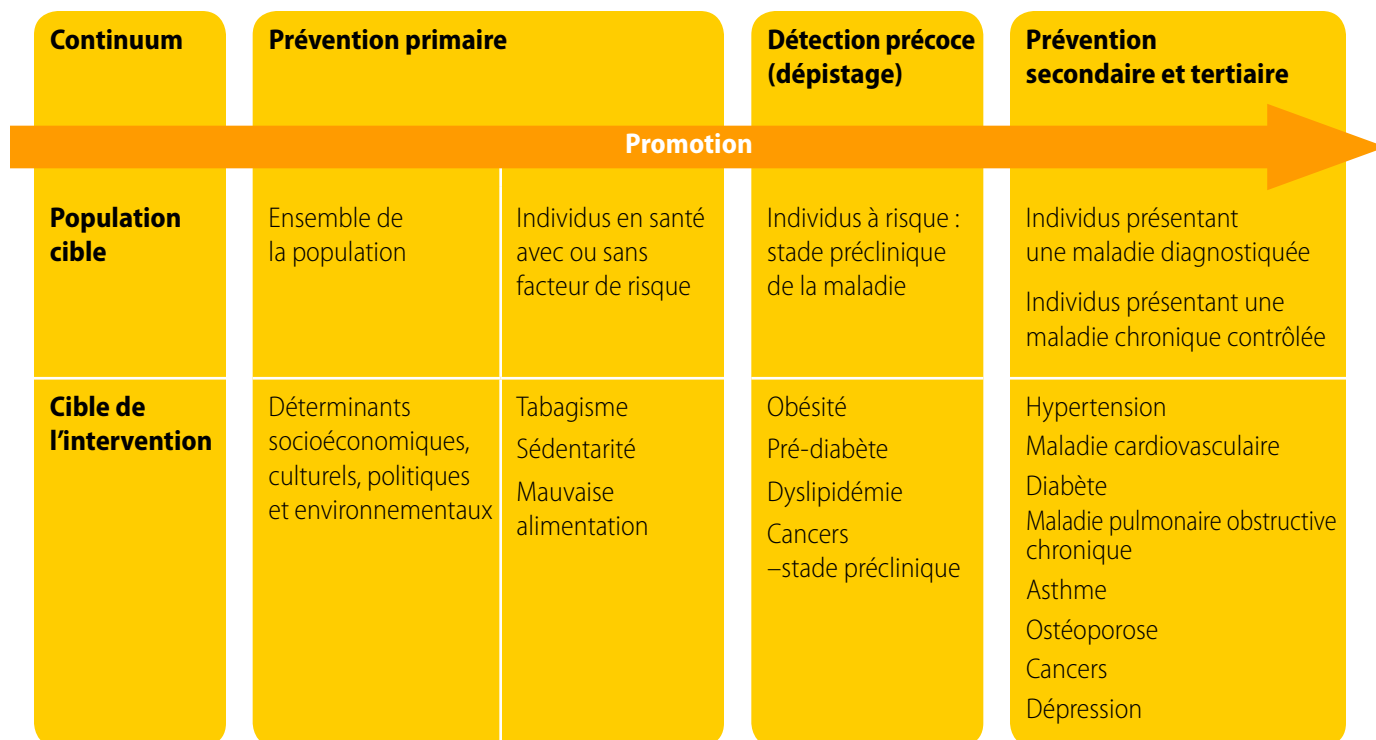
Dans une perspective de prévention, l'action de santé publique cible les **facteurs de protection modifiables** se situant en amont de la maladie. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2005), il serait possible d'éviter jusqu'à 80 % de l'ensemble des cas de maladies cardiovasculaires et de diabète de type 2 ainsi que plus de 40 % des cancers en éliminant les principaux

facteurs de risque. En effet, ces maladies chroniques sont attribuables au cumul d'un ensemble complexe de facteurs. Il s'agit de facteurs de risque liés aux **comportements de santé des individus** (ex. : alimentation, sédentarité, tabagisme, consommation d'alcool, exposition à des agents infectieux), de facteurs liés à l'**environnement physique** (ex. : présence de polluants dans l'air, salubrité des logements, accessibilité à des pistes cyclables et au transport en commun) ainsi qu'aux **conditions sociales et économiques** qui interagissent plus ou moins favorablement tout au long de la vie et qui sont au cœur des inégalités sociales de santé liées aux maladies chroniques.

L'exposition répétée à ces facteurs de risque entraîne des changements physiologiques, comme l'élévation de la pression artérielle et du taux de glucose sanguin, de la dyslipidémie et/ou un excès de poids ou l'obésité qui, à leur tour, sont précurseurs des maladies chroniques les plus courantes. Considérés comme des facteurs de risque « intermédiaires » par l'OMS, ces changements physiologiques doivent faire l'objet d'une intervention précoce intense pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie et ainsi rétablir ces paramètres biologiques et prévenir l'apparition de maladies.

Figure 1.

Continuum de services en prévention et gestion des maladies chroniques



C'est donc dans ce contexte, où plusieurs facteurs contribuent à l'apparition des maladies chroniques, qu'une priorité sera accordée au cours des prochaines années au développement d'environnements favorables et de politiques publiques saines. Tel qu'illustré à la figure 1, cette priorité mènera la DSP à agir d'abord en amont au sein du continuum de services, c'est-à-dire en prévention primaire et en dépistage.

L'intervention de santé publique

Devant l'ampleur croissante et l'important fardeau des maladies chroniques, le système de santé ne peut agir seul et doit s'allier aux autres secteurs de la société afin de prendre adéquatement en charge les personnes atteintes, mais surtout afin de prévenir l'apparition de nouveaux cas.

L'intervention de prévention des maladies chroniques déployée dans le PRSP se fonde sur le modèle conceptuel retenu par le MSSS pour planifier la promotion de saines habitudes de vie. Ce modèle reconnaît que l'adoption de comportements favorables à la santé est modulée à la fois par les facteurs internes, que contrôlent les individus, et par les facteurs externes, pour lesquels ceux-ci ont peu ou pas de contrôle direct. Ainsi, les habitudes de vie individuelles ne sont pas perçues comme indépendantes des conditions dans lesquelles vivent les individus. Par exemple, un environnement urbain sécuritaire encourage l'adoption du transport actif. De même, il est reconnu que des facteurs socioéconomiques comme le revenu et l'éducation sont fortement associés aux habitudes de vie. La figure 2 illustre le cadre d'action de la DSP en prévention des maladies chroniques.

Les **interventions de type environnemental** ciblent des facteurs qui structurent et encadrent les décisions individuelles, soit : la disponibilité des produits, les structures physiques, les structures sociales et politiques, les messages culturels et médiatiques. Ces interventions amènent la DSP à travailler avec les acteurs intersectoriels au niveau local, régional et national afin d'influencer les politiques publiques et afin de les mobiliser dans la création d'environnements favorables à l'adoption de saines habitudes de vie.

Par ailleurs, les **interventions de type individuel** visent à changer les comportements ; il s'agit, entre autres, du counselling et de l'éducation auprès des individus. Ces interventions tendent à influencer les connaissances, les croyances, les habiletés et les attitudes. Elles mobilisent

surtout les acteurs du réseau de la santé qui jouent un rôle crucial pour limiter l'exposition des individus aux facteurs de risque, pour éviter l'apparition de la maladie ou des facteurs de risque intermédiaire et pour freiner ou éviter les complications possibles dues à l'évolution de la maladie.

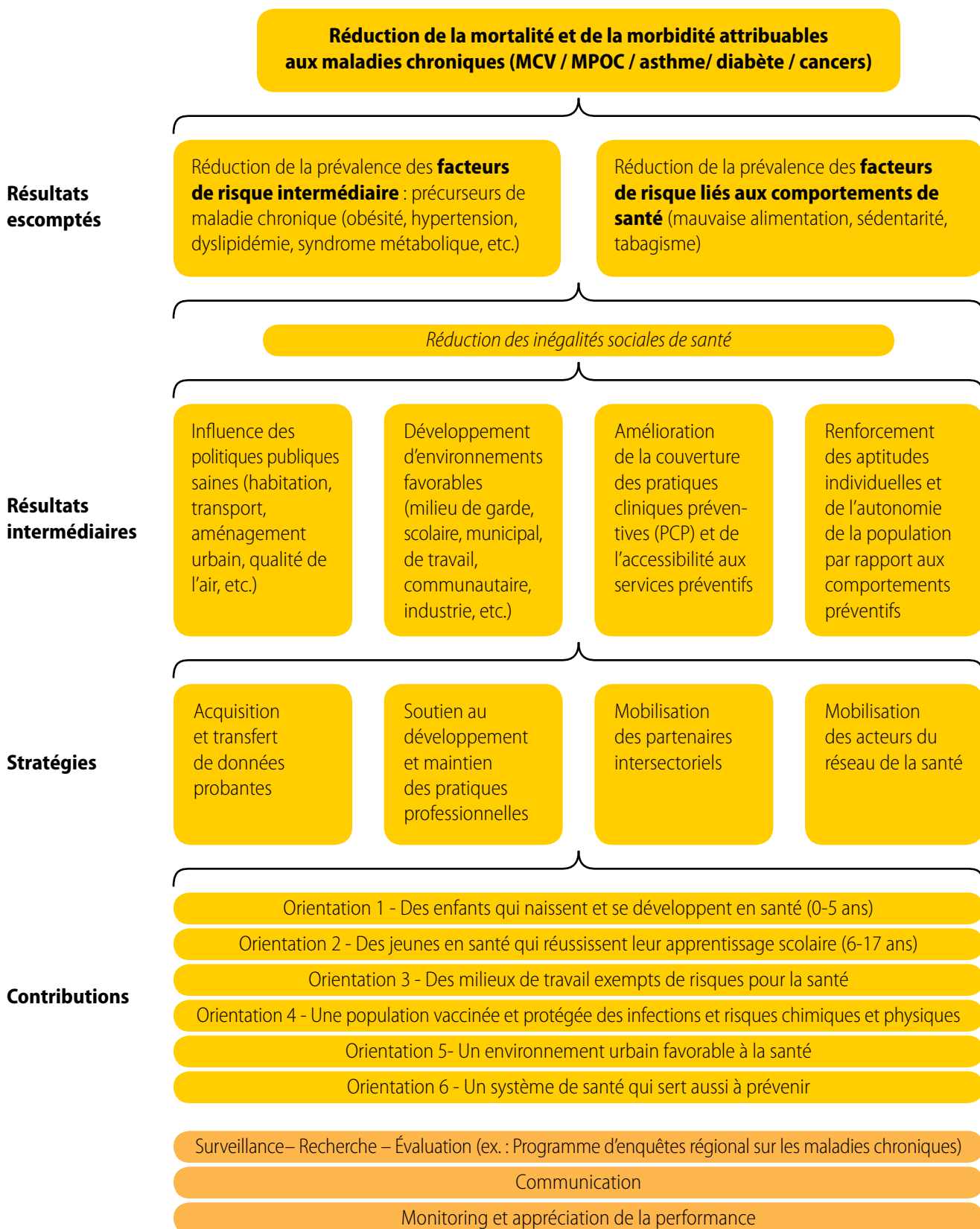
L'action de santé publique en vue de réduire la mortalité et la morbidité associées aux maladies chroniques vise à :

- Réduire la prévalence des facteurs de risque intermédiaire : précurseurs de la maladie chroniques (obésité, hypertension, dyslipidémie, syndrome métabolique, etc.)
- Réduire la prévalence des facteurs de risque liés aux comportements de santé (mauvaise alimentation, sédentarité, tabagisme).

L'ensemble des actions préconisées pour réduire les maladies chroniques devra également considérer les inégalités sociales. En ce sens, les interventions déployées devront chercher à réduire les écarts de santé associés aux maladies chroniques entre les différents groupes sociaux.

Les six orientations contribuent de manière complémentaire à la prévention des maladies chroniques. À titre d'exemple, l'action entreprise par la DSP concernant l'accès à des logements salubres vise notamment à réduire la prévalence des maladies respiratoires, telle que l'asthme chez les enfants. De même, l'ensemble des actions visant à augmenter la consommation de fruits et légumes contribue à réduire les facteurs de risque liés au développement de plusieurs maladies chroniques. En complément, les actions d'influence pour l'adoption de politiques publiques saines ciblent notamment la réduction de l'accessibilité physique et économique à des aliments de faible valeur nutritive. Le détail des programmes et activités liées à chacune des orientations figure dans les fascicules thématiques. Un plan d'action opérationnel sera élaboré et mis à jour par l'ensemble des secteurs de la DSP.

Figure 2 :
Actions de la DSP pour la prévention des maladies chroniques



La lutte contre les inégalités sociales de santé

Les deux grandes priorités retenues dans le PRSP ne sont pas dissociées, loin de là. Les maladies chroniques n'affectent pas de manière identique, ni avec la même intensité, toutes les couches de la population montréalaise. Les personnes disposant d'un faible revenu ou celles moins scolarisées sont proportionnellement plus nombreuses à souffrir de plusieurs affections chroniques, dont le diabète, les maladies cardiovasculaires et certains cancers. Les personnes qui décèdent de maladies chroniques avant l'âge de 75 ans sont également, en plus grand nombre, socioéconomiquement défavorisées. Lorsqu'on observe les facteurs de risque liés à ces maladies (tabagisme, alcool, alimentation, etc.), on s'aperçoit d'ailleurs qu'ils sont plus présents chez la population défavorisée. Enfin, pour nombre de ces problèmes, l'accès au diagnostic et au traitement, le pronostic ainsi que les séquelles favorisent nettement les mieux nantis.

C'est donc dire que, plus la position d'un individu dans l'échelle sociale est élevée, plus ses chances de vivre plus longtemps et en bonne santé augmentent. Ce constat mène à conclure que, dans une perspective de prévention, le choix d'intervenir sur les déterminants socioéconomiques pour réduire le fardeau des maladies chroniques est gagnant, comme le confirme la commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS.

Définir les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales sont associées à des répercussions néfastes pour la santé des **populations**, celle des plus démunis bien sûr, mais également celle des mieux nantis, comme plusieurs études le confirment. Leurs effets sont perceptibles tant au niveau de la santé et du bien-être que dans l'accès aux services de prévention et de santé. Notons aussi que les inégalités sociales de santé, ainsi que leurs répercussions, sont évitables.

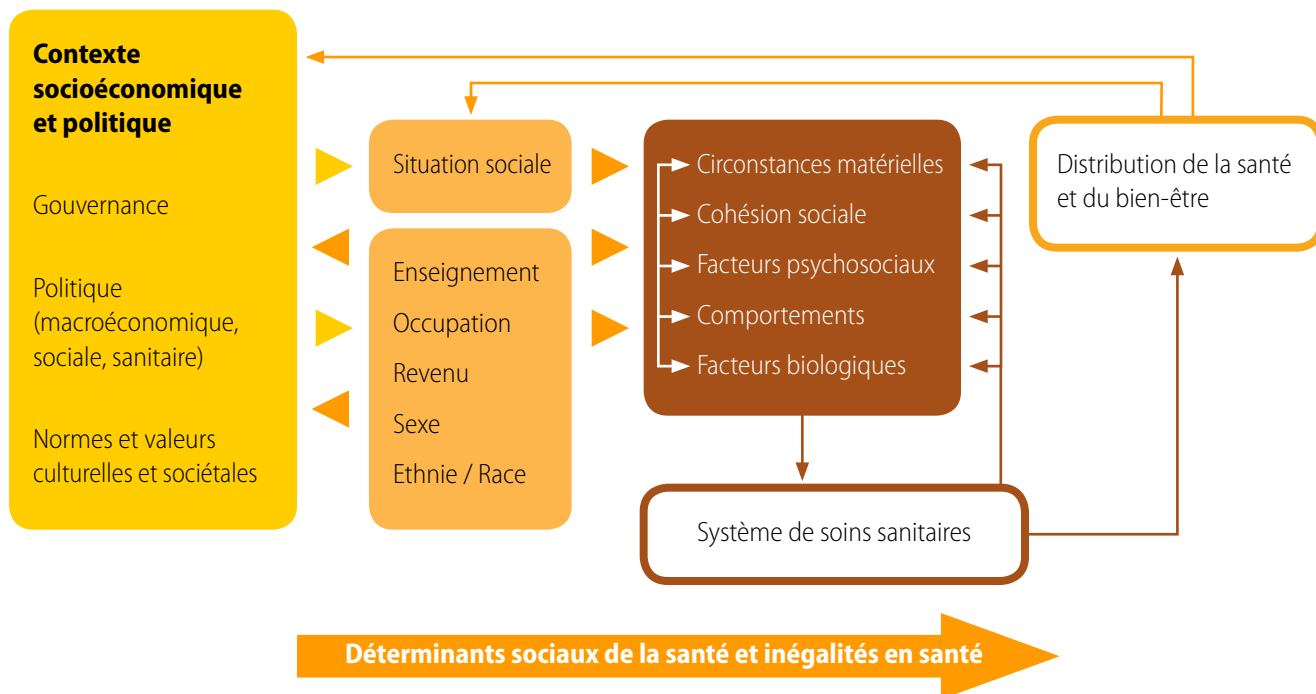
« Les inégalités sociales de santé peuvent être définies comme des écarts de santé évitables, entre divers groupes de la population, établis notamment selon le statut socioéconomique, le genre, l'origine ethnique ou le territoire. Elles mettent en lumière une corrélation étroite entre l'état de santé et de bien-être et l'appartenance à un groupe social dont le niveau de favorisation diffère. »

Centre Léa-Roback, 2009

Les déterminants sociaux de la santé des populations

Le rapport du directeur de santé publique 2011, qui portera sur les inégalités sociales en matière de santé, appuie principalement ses fondements ainsi que ses perspectives d'action sur la base des travaux de l'OMS en matière de déterminants sociaux de la santé. Ce cadre conceptuel est illustré à la figure 3.

Figure 3.
Cadre conceptuel de la Commission des déterminants sociaux de la santé



Source — tiré et modifié – Solar O, Irwin A. (2007 draft). Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Who / Commission on Social Determinants of Health: Geneva.

Tel qu'illustré à la figure 3, les inégalités sociales peuvent émerger tout autant du contexte global que de situations sociales ou mêmes des circonstances personnelles. Ainsi, au plan global, les principaux facteurs associés aux inégalités sociales sont les suivants :

- le type d'économie (particulièrement l'économie néolibérale);
- le type de gouvernance (public ou privé);
- le cadre législatif et les politiques publiques (notamment dans les domaines économique, social et sanitaire);
- les normes et les valeurs culturelles et sociétales (y incluant les niveaux social et individuel de tolérance à l'altérité).

En matière de situation sociale, les inégalités découlent, entre autres, des déterminants suivants :

- le niveau de revenu;
- le niveau de scolarisation (spécialement l'alphabétisation);
- le sexe et l'appartenance ethnoculturelle (notamment pour les personnes des minorités visibles).

Enfin, sur le plan individuel, on note plusieurs sources d'inégalités et de stigmatisation que ce soit en raison de certains problèmes liés à une déficience mentale ou physique ou à certains comportements (comme l'utilisation de drogues injectables) ou encore à des situations liées à l'orientation sexuelle.

Des constats motivant l'action sur les inégalités sociales de santé

Depuis un quart de siècle, la santé des Montréalais s'est globalement améliorée. La région connaît une augmentation de l'espérance de vie, une régression de la mortalité évitable ainsi que de la mortalité infantile. La proportion et le nombre de fumeurs ont chuté, le pourcentage de Montréalais vaccinés contre la grippe croît, plus de femmes font l'objet d'une mammographie et d'autres indicateurs globaux s'améliorent aussi. Cependant, un rapide coup d'oeil général permet d'apprécier l'importance d'investir des efforts dans la lutte contre les inégalités sociales de santé notamment dans une perspective de prévention des maladies chroniques.

Espérance de vie

De 1989-1991 à 2006-2008, l'espérance de vie des femmes s'est légèrement allongée d'environ deux ans. Or, l'écart entre les nantis et les pauvres est demeuré le même : environ 4 ans de plus en faveur des nantis.

Pour la même période, les hommes ont connu une majoration substantielle de leur espérance de vie, de l'ordre de 5 ans. L'écart entre les nantis et les pauvres s'est quant à lui à peine rétréci d'une année.

Perception de l'état de santé

De 1987 à 2007-2008, la proportion de Montréalais estimant leur santé mauvaise ou passable est demeurée stable, oscillant autour de 11 %. Or, l'écart entre les nantis et les pauvres s'est creusé : en proportion, les pauvres sont de plus en plus nombreux à s'évaluer en moins bonne santé que les riches.

Maturité scolaire^{8,9}

Selon les données de l'Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais réalisée par la DSP en 2006, les enfants qui résident dans des quartiers défavorisés matériellement et socialement sont plus à risque d'être vulnérables sur le plan de leur développement à leur entrée à l'école et d'éprouver des difficultés au cours de leur cheminement scolaire.

Traumas¹⁰

D'une manière générale, les piétons, cyclistes et occupants de véhicules à moteur blessés sont plus nombreux sur les rues et aux intersections des secteurs les plus pauvres de Montréal. En comparaison avec les secteurs où les revenus des ménages sont plus élevés, les secteurs les plus pauvres sont davantage exposés au risque lié au trafic, notamment parce qu'on y trouve plus d'intersections à débit de trafic élevé et davantage d'artères (larges voies routières dédiées à la circulation de transit). Même en tenant compte de la plus grande densité de population et du nombre élevé de piétons et cyclistes dans les quartiers centraux, le risque de blessures demeure plus élevé dans les secteurs les plus pauvres.

Insalubrité des logements

La prévalence des conditions insalubres des logements est très variable d'un secteur de la ville à l'autre. Pour l'ensemble de l'île de Montréal, l'humidité excessive ou des moisissures sont présentes dans 36,3% des domiciles où vivent des enfants âgés de 6 mois à 12 ans, mais ce pourcentage

se situe autour de 50% pour certains quartiers défavorisés. La prévalence de l'asthme varie de la même façon: pour l'ensemble de l'île, elle se situe à 12,8%, tandis qu'elle s'élève à près de 18% dans certains quartiers défavorisés.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang¹¹

À Montréal, comme dans le reste du Québec, les ITSS ont pris des proportions alarmantes. Les infections touchent deux clientèles particulièrement vulnérables soit les personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). En ce qui concerne les UDI, 68 % sont infectées par le VHC et 18 % par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH); environ le quart d'entre elles l'ignore. Chez les HARSAH, 15 % sont infectés par le VIH et 13 % d'entre eux l'ignorent.

L'intervention de santé publique

L'approche de la DSP pour réduire les inégalités sociales de santé et pour permettre de prévenir les maladies chroniques, repose sur des actions s'inscrivant à l'intérieur des six orientations du PRSP auxquelles contribuent grandement les CSSS, notamment par le déploiement d'initiatives sur leur territoire, de concert avec leurs partenaires locaux, en fonction des caractéristiques et des besoins de la population desservie.

À titre d'exemple, voici quelques activités de santé publique qui contribuent à réduire les inégalités sociales de santé. Elles sont en lien avec les constats présentés ci-haut :

- le déploiement des programmes Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) ainsi que l'intervention éducative précoce (IÉP) auprès des familles vulnérables ou encore l'accès à des services éducatifs et le soutien à l'intégration des enfants vulnérables en services de garde éducatifs.
- l'amélioration de l'offre en transports collectifs ainsi que des mesures, regroupées sous le terme d'apaisement de circulation, qui ont été démontrées efficaces pour diminuer le nombre de blessés par un véhicule à moteur et pour améliorer la qualité de vie dans les quartiers.
- l'intégration d'initiatives alimentaires à des démarches de développement local et de revitalisation des quartiers ou encore l'aménagement d'espaces publics propices aux petits marchés ainsi qu'aux jardins collectifs ou communautaires.

- la mise en place d'une offre de service complète visant la réduction des méfaits et donc, à mieux joindre, dépister et traiter les personnes UDI et HARSAH.

La DSP développe des interventions axées vers les populations vulnérables à travers ses actions qui visent à joindre l'ensemble de la population.

Que ce soit dans le but d'assurer le développement optimal des tout-petits, de garder nos jeunes en santé pendant leur apprentissage scolaire, de procurer à l'ensemble des Montréalais un environnement urbain sécuritaire et de qualité, de les protéger contre les infections et les catastrophes, de faire en sorte que leurs milieux de travail soient sains et qu'ils aient accès à des services de santé préventifs, toutes les actions de la DSP visent à prévenir les problèmes de santé et à protéger toutes les couches de la population montréalaise, sans exception et sans exclusion.

Intervenir en santé publique signifie travailler en amont des problèmes de santé afin de les éliminer à la source et ainsi s'assurer que tous les Montréalais : hommes, femmes, immigrants, personnes âgées, personnes souffrants d'un handicap physique ou d'une maladie mentale bénéficient de l'ensemble des moyens de prévention et de protection mis en place par nos programmes.

La DSP a choisit d'accorder une attention particulière aux tout-petits et aux jeunes car ces deux groupes spécifiques représentent les adultes de demain. Ils sont notre gage d'une population montréalaise en santé pour les nombreuses années à venir.

Un Plan régional de santé publique pour garder tous et toutes les Montréalais en santé; voilà le souhait le plus cher de la DSP.

Démarche montréalaise concertée de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

La DSP estime primordial de développer, avec ses partenaires, une vision partagée de l'ensemble des besoins et des ressources nécessaires à l'amélioration des conditions socioéconomiques de nos concitoyens montréalais afin d'agir sur le mieux-être et la santé de tous. C'est pourquoi la réduction des inégalités sociales de santé réclame la contribution de tous les partenaires montréalais.

Dans la foulée du Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, la Ville de Montréal a entrepris une démarche de mobilisation contre la pauvreté et l'exclusion sociale qui vise à regrouper plusieurs acteurs des secteurs public, privé et communautaire concernés par la question. La DSP y contribue énergiquement.

Le rapport du directeur de santé publique 2011

Le prochain rapport du directeur de santé publique portera sur les inégalités sociales en matière de santé et fera le point sur la situation depuis la parution du premier rapport du directeur, il y a douze ans déjà.

Ce document traitera principalement des inégalités sociales selon la perspective macroscopique des politiques publiques et comment ces dernières peuvent avantageusement être portées à contribution pour les résorber, notamment dans les domaines de l'alimentation, du transport, du logement et de l'environnement urbain.

La promotion, la prévention et la protection

La promotion, la prévention et la protection sont au cœur du mandat légal du directeur de santé publique et marquent le caractère distinctif de chacune de ses activités de santé publique.

La promotion de la santé et du bien-être

La promotion de la santé vise à rendre l'individu et la collectivité en mesure d'exercer un meilleur contrôle sur les déterminants de leur santé. Elle favorise l'apprentissage de modes de vie sains chez l'individu, elle permet aux communautés d'aménager leur environnement et d'inscrire la santé dans les politiques sociales et les décisions collectives. Ainsi, la promotion de la santé engage la participation de la population à définir les problèmes, à prendre les décisions et à mettre en œuvre les actions qui modifieront et amélioreront les déterminants de leur santé. Pour ce faire, la promotion de la santé nécessite la collaboration étroite de tous les secteurs de la société. Elle contribue non seulement au développement de la capacité d'un individu d'agir sur les déterminants de la santé, mais elle porte aussi sur les modifications à apporter à l'environnement¹².

Les orientations du gouvernement du Québec vont dans le même sens. En effet, en 2006, la *Loi sur le développement durable*, qui oblige ministères et organismes à s'engager « à répondre aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs », était adoptée. Sur l'île, le Plan stratégique de développement durable de la collectivité montréalaise 2010-2015, fruit de la collaboration entre 180 organisations de tous les horizons, aura pour effet d'améliorer l'environnement et la qualité de vie des gens de la région.

L'équité est également au cœur du concept de la promotion de la santé. L'équité en santé signifie le droit à l'égalité pour les citoyens dans l'accès aux ressources nécessaires au maintien, à la protection et à l'amélioration de la santé. La promotion aura donc aussi pour objectifs de réduire les inégalités sur le plan de la santé¹³.

À cet égard, la DSP déploie des activités qui influencent les déterminants de la santé, soient :

- les prédispositions biologiques et génétiques
- les habitudes de vie et les autres comportements liés à la santé
- les conditions de vie et les milieux de vie
- l'environnement physique
- l'organisation des services sociaux et de santé ainsi que l'accès aux ressources.

La prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes

La prévention désigne les actions mises en œuvre afin d'intervenir le plus précocement possible, tant pour réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes ainsi que leurs conséquences, que pour détecter les signes hâtifs de problèmes afin de contrer ces derniers¹⁴. Elle vise les individus et les groupes à risque¹⁵. L'allaitement, les SIPPE, la vaccination, le dépistage du cancer du sein, la prophylaxie post-exposition (PPE) d'une maladie infectieuse, l'accès au dépistage et au traitement de l'hépatite C, les Centres d'abandon du tabagisme ou encore la distribution de matériel de protection (seringues, condoms, etc.) ne sont que quelques exemples d'activités préventives soutenues par la DSP.

La protection de la santé

La protection de la santé regroupe les activités relatives à l'intervention des autorités auprès d'un individu, de groupes ou de toute la population en cas de menace, réelle ou appréhendée, pour la santé¹⁶. Au sens de l'article 2 de la *Loi sur la santé publique*, on entend par menace à la santé de la population la présence, au sein de celle-ci, d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est

pas contrôlée. Plusieurs types de situations peuvent être en cause : cas d'hépatite A ou de shigellose chez un manipulateur d'aliments, cas de tuberculose pulmonaire multirésistante chez un travailleur, recrudescence de cas de rougeole dans des groupes non vaccinés, introduction d'une bactérie présentant un nouveau mécanisme de résistance aux antibiotiques dans un centre hospitalier, épisode de chaleur extrême causant des hospitalisations ou décès chez des personnes vulnérables, épidémie de syphilis chez les HARSAH, menace bioterroriste, etc. La DSP travaille à détecter précocement ces menaces, à faire les enquêtes épidémiologiques, à alerter le réseau, à définir et à mettre en oeuvre les interventions efficaces (ex. : PPE), en collaboration avec ses nombreux partenaires des réseaux de la santé (CH, CSSS, etc.) et du réseau municipal (ex. : division de l'inspection des aliments, services de police et de sécurité incendie), des organismes communautaires, d'Urgences-santé et de directions de l'ASSSM.

L'ensemble des activités déployées en rapport avec les actions de promotion, de prévention et de protection sont déclinées avec les six orientations du PRSP à la section suivante.

6 orientations pour encadrer les activités de santé publique

Aider la population à demeurer en santé, voilà le grand défi de la santé publique. À Montréal, les activités s'inscrivent à l'intérieur de six orientations qui sont également les assises des PLSP réalisés par les 12 CSSS avec qui la DSP partage la responsabilité populationnelle de la santé à Montréal. Ces six orientations sont :

1. Des enfants qui naissent et se développent en santé
2. Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire
3. Des milieux de travail exempts de risques pour la santé
4. Une population vaccinée et protégée des infections et des risques chimiques et physiques
5. Un environnement urbain favorable à la santé
6. Un système de santé qui sert aussi à prévenir

Pour donner une idée générale des cibles d'action et des activités de santé publique contenues dans le PRSP, la présente section dresse un bref portrait des six orientations incluant : les priorités, les résultats escomptés, les stratégies d'intervention ainsi que l'offre de service proposée pour la période 2010-2015.

Des enfants qui naissent et se développent en santé

La petite enfance est une période clé où les expériences vécues influencent le développement physique, socio-affectif et cognitif des tout-petits, leur maturité scolaire et leur réussite éducative. Toute leur vie adulte en sera façonnée, tant sur le plan de la santé que du bien-être. Mais tous les enfants ne partent pas dans la vie avec les mêmes chances. Le faible statut socioéconomique et les conditions de vie liées à la pauvreté rendent souvent plus difficile l'exercice du rôle parental, avec des environnements moins stimulants, moins stables et moins sécuritaires. Les enfants de familles à faible revenu sont donc plus sujets à des difficultés – problèmes de santé, prématurité, carie dentaire, hospitalisations, asthme, négligence, maladies chroniques – ainsi qu'à une moins bonne santé à l'âge adulte. À Montréal, heureusement, la petite enfance se déroule bien dans la majorité des cas.

Au cours des 10 dernières années, le nombre de naissances à Montréal a augmenté de 15 % pour se chiffrer à 22 950 en 2009. De plus, selon le recensement de 2006, les enfants montréalais de 0-5 ans, au nombre de 112 700, représentent le quart des enfants de ce groupe d'âge au Québec. Ces enfants vivent dans 87 140 familles, dont 29 % sous le seuil de faible revenu, soit près de trois fois plus qu'ailleurs au Québec. En outre, plus de la moitié des familles monoparentales avec enfants de 0-5 ans et 42 % des familles immigrantes* avec enfants de 0-5 ans vivent sous le seuil de faible revenu.

Le secteur Tout-petits de la DSP a le mandat de contribuer à la santé et au développement optimal des 0 à 5 ans par des actions préventives auprès des femmes enceintes et des tout-petits. Il participe ainsi à l'effort de la région pour réduire les inégalités sociales de santé et pour favoriser l'intégration des familles d'immigration récente avec de jeunes enfants. Ce n'est pas tant le fait d'être immigrant qui rend vulnérable, mais plutôt la combinaison de facteurs liés à un parcours migratoire

difficile et à un statut socioéconomique précaire. Une intégration réussie est tributaire d'une combinaison de facteurs sociaux, économiques, de santé et aussi de l'accessibilité aux ressources et services adaptés aux besoins spécifiques de ces familles. Soulignons aussi que le développement optimal des tout-petits repose sur des politiques publiques favorisant les conditions de santé des parents ainsi que sur des communautés offrant des services et des ressources là où les besoins sont les plus grands.

Les priorités

Les deux grands axes d'intervention retenus pour les 10 prochaines années vont participer aussi aux grandes priorités régionales, soit réduire les maladies chroniques et les inégalités sociales de santé. Ces axes étant ambiteux, des priorités ont été ciblées.

Axe 1 : Agir sur les principaux déterminants de la mortalité et de la morbidité chez les enfants de 0-5 ans

Axe 2 : Soutenir le développement optimal des enfants de 0-5 ans

Priorités de l'axe 1

- Réduire la morbidité associée aux maladies respiratoires, la première cause d'hospitalisation chez les 0-5 ans.
- Réduire les principales causes de traumatismes, la deuxième cause d'hospitalisation.
- Réduire le nombre d'enfants présentant un surplus de poids, qui touche 26 % des enfants québécois de 2-5 ans.

Priorités de l'axe 2

- Réduire la proportion d'enfants de maternelle présentant une vulnérabilité dans au moins un domaine du développement – soit un enfant sur 3 à l'heure actuelle.

* Familles immigrantes : familles biparentales dont l'un des parents est né à l'extérieur du Canada et familles monoparentales dont le parent est né à l'extérieur du Canada.

Des actions pour atteindre des résultats

Accroître l'accès et la continuité des services préventifs en périnatalité et petite enfance et augmenter les PCP

Les pratiques cliniques préventives auprès des femmes enceintes et des tout-petits permettent de prévenir ou de dépister et de traiter tôt des pathologies, ce qui améliore l'évolution de la grossesse, la santé maternelle et infantile ainsi que le développement de l'enfant. Mais de multiples difficultés freinent leur mise en oeuvre, à savoir : congés postnataux plus hâtifs, pénurie de ressources professionnelles, rotation de personnel, manque d'accès à un médecin de famille, etc.

La Politique de périnatalité (2008-2018) constitue un puissant levier pour ancrer dans les pratiques les services préventifs et en assurer la continuité dans les services courants visant les femmes enceintes et les nourrissons. De même, des programmes visant les populations vulnérables, comme les SIPPE et les IÉP cherchent à atténuer les effets de la pauvreté sur la santé. Outre le soutien à ces programmes, le secteur Tout-petits documentera les enjeux organisationnels liés à l'accès, à la continuité et à l'utilisation des services et contribuera à consolider l'offre de services préventifs.

Soutenir l'allaitement et une alimentation adéquate pour les femmes enceintes et les tout-petits

L'alimentation de la femme enceinte, tout comme celle du nouveau-né, ont une influence directe sur la santé du fœtus et de l'enfant. Les bienfaits de l'allaitement sont reconnus et la très grande majorité des mères allaitent leur enfant à la sortie d'hôpital, mais une proportion importante ne leur offre pas exclusivement du lait maternel. La recommandation de l'OMS à cet égard est d'offrir un allaitement exclusif jusqu'à six mois, mais ce conseil n'est suivi que par 4,5 % des mères montréalaises. Plusieurs stratégies, comme l'Initiative des amis des bébés (IAB), les campagnes de promotion sociétales et les programmes de nutrition prénatale pour les mères sous le seuil de faible revenu, visent à soutenir l'alimentation adéquate de la femme enceinte et du nourrisson.

Le secteur entend poursuivre ses engagements en matière de soutien à l'agrément IAB pour les établissements et

verra à combler de nouveaux besoins, notamment : documenter les habitudes alimentaires des enfants de 6 mois à 5 ans, soutenir l'amélioration de l'offre alimentaire en milieu de garde en collaboration avec le ministère de la Famille et des Aînés (MFA) et le Regroupement des centres de la petite enfance de l'île de Montréal, favoriser la concertation et le partage d'expertise et soutenir les CSSS dans les pratiques de promotion d'une saine alimentation.

Accroître le temps physiquement actif des enfants de 0-5 ans

Tous les enfants de 1-5 ans devraient faire au moins deux heures d'activité physique chaque jour, comprenant des jeux, du transport actif et des loisirs. Or, moins de la moitié des enfants canadiens de moins de 5 ans sont soumis à une routine quotidienne comprenant une part d'activité physique, situation qu'expliquent plusieurs facteurs, notamment l'exposition précoce à l'écran. Selon les données de *l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, pour près du quart des enfants québécois d'environ 4 ans, la durée d'exposition dépasse largement les recommandations de la Société canadienne de pédiatrie.

Pour contribuer à l'atteinte de deux heures d'activité physique chaque jour chez les enfants de 1-5 ans, le secteur s'engage à soutenir l'élaboration de lignes directrices visant zéro temps écran pour les moins de deux ans et une heure par jour pour les enfants d'âge préscolaire, la mise en oeuvre des mesures reconnues efficaces pour diminuer le temps écran et l'intégration du développement moteur et de l'activité physique dans les interventions, programmes et services, en CSSS, en milieu de garde, etc.

Améliorer l'accès et la qualité des services d'accompagnement et de soutien aux familles en contexte de vulnérabilité

Depuis 2003, le programme SIPPE offre un accompagnement aux familles pour les mères de moins de 20 ans et pour les mères de 20 ans et plus, sans diplôme d'études secondaires et vivant sous le seuil de faible revenu. En 2009-2010, près de 2 000 familles avec enfants de 0-5 ans ont bénéficié de ce programme de visites à domicile, qui comprend aussi une composante communautaire. Néanmoins cette clientèle demeure difficile à rejoindre et l'intensité recommandée des services à offrir n'est pas optimale partout.

Le secteur Tout-petits a mis en place des mécanismes de partage d'expertise sur les meilleures pratiques et les nouvelles pistes d'intervention. Il s'assure de la complémentarité entre les programmes SIPPE et négligence et suit périodiquement les résultats attendus en matière d'accès au programme et d'intensité des interventions offertes.

Accroître l'accès aux services éducatifs de qualité et aux ressources et services favorables au développement des enfants dans la communauté

Pour prévenir les retards de développement et les problèmes de comportement, le programme IÉP a été déployé dans tous les territoires CSSS en mars 2011 en vue de soutenir les milieux de garde et certains organismes communautaires accueillant des enfants dont le développement inquiète et de favoriser l'accès aux services de garde éducatifs pour les enfants vivant en contexte de vulnérabilité. En effet, améliorer les milieux de vie pour accroître les opportunités de développement pour les enfants demeure essentiel.

Le secteur Tout-petits, par l'entremise du programme IÉP, s'engage à promouvoir l'accès aux services de garde éducatifs pour les enfants vivant en contexte de vulnérabilité ou dont le développement est préoccupant. Il soutiendra également les CSSS dans la mise en oeuvre de plans d'action intersectoriels visant à améliorer les conditions et les milieux de vie des enfants et leurs familles. Finalement, à l'échelle régionale, le secteur participe activement au plan stratégique du comité *Horizon 0-5*, l'instance de concertation régionale en soutien au développement de l'enfant (auparavant le *Comité régional pour une action concertée en développement de l'enfant*).

Réduire les traumatismes chez les 0-5 ans

Les traumatismes venant au premier rang des causes de décès et au second pour les hospitalisations chez les 1-5 ans, il importe d'agir d'autant plus que la plupart des causes sont évitables.

Afin de préciser la problématique, le secteur Tout-petits s'engage à la documenter pour le contexte montréalais, à définir les interventions environnementales favorisant un développement sécuritaire des enfants, à collaborer avec les organismes experts et à poursuivre la sensibilisation des parents.

L'offre de service

- Soutenir les pratiques professionnelles dans les programmes spécifiques aux tous-petits et leurs familles.
- Poursuivre le travail à l'intérieur de l'ASSS et avec le MSSS pour optimiser l'offre de services en périnatalité et le suivi médical préventif.

Les stratégies d'intervention

- Poursuivre l'engagement pour le développement de politiques publiques en consolidant les alliances avec les différents ministères concernés (MSSS, MFA, ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, etc.) et les partenaires municipaux et communautaires au sein de comités régionaux intersectoriels.
- Assurer un investissement équitable des ressources, basé sur les besoins populationnels, dans une optique de réduction des écarts de santé.
- Exercer une surveillance continue de la santé des enfants et de ses déterminants.
- Contribuer à l'avancement des connaissances par la recherche, l'innovation et l'appréciation de la performance, avec un souci constant à l'égard des familles vulnérables.

Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire

La santé et le bien-être sont des prémisses essentielles au développement et à la réussite des jeunes. Pour se développer sainement, persévérer et réussir à l'école, les jeunes ont besoin du soutien de leurs parents, mais aussi d'un large éventail d'acteurs en provenance de différents milieux, en particulier des milieux scolaires et de leur communauté avoisinante.

En 2006, Montréal comptait près de 251 900 jeunes de 5 à 17 ans, dont 16 % nés à l'extérieur du Canada. En grande majorité, ces jeunes se considèrent en bonne ou excellente santé et manifestent un grand désir de réussir à l'école et d'obtenir un diplôme. Cependant, un certain nombre d'entre eux éprouvent des difficultés sur le plan de leur santé physique, psychologique ou sociale. De plus, près du quart des jeunes vivent dans la pauvreté, ce qui augmente leur risque de vivre ces difficultés :

- **L'embonpoint et l'obésité** augmentent en flèche : 18 % des jeunes âgés de 12 à 17 ans, (ESCC, 2005) et 21 % de ceux âgés de 7 ans (ÉLDEQ, 1998-2110) présentent un surpoids. Or, la sédentarité et certains comportements alimentaires sont associés à l'embonpoint et l'obésité : plus de la moitié des jeunes ne sont pas actifs durant leurs loisirs et environ 40 % mangent moins de 5 portions de fruits et légumes quotidiennement (ESCC, 2008).
- La **carie** touche 39 % des enfants de maternelle; près du tiers des 5-13 ans ne se brossent pas les dents de façon optimale et le quart d'entre eux consomment une collation cariogène avant le coucher (ÉSBEQ, 1996-1999).
- Les cas de **chlamydirose** sont en hausse et le taux annuel moyen de grossesses à l'adolescence est bien plus élevé à Montréal qu'ailleurs au Québec.
- Les jeunes s'initient au **tabac**, à l'**alcool** et aux **drogues** à l'adolescence, ce qui les rend vulnérables à la dépendance : 22 % des élèves québécois du secondaire fument la cigarette, le cigarillo ou les deux (ETADJES, 2008) ; 19 % des jeunes montréalais de 12 à 14 ans ont consommé de l'alcool au cours de la dernière année et 14 % des 15-17 ans de façon excessive (ESCC, 2008); plus du tiers des jeunes montréalais de 15 à 17 ans ont consommé des drogues, surtout le cannabis (EQSP, 2008).

- Environ 63 % des élèves montréalais de 4^e année sont victimes d'au moins une situation de violence (violence verbale, physique, taxage, brimade, ou discrimination); plus du tiers des élèves de secondaire III et V ont vu leurs premières relations amoureuses minées par la **violence** (EBJM, 2003).
- Plus du quart des jeunes montréalais de 12 à 17 ans souffrent de **détresse psychologique** (ESCC, 2008).

Le secteur Jeunes s'est vu confier le mandat de consolider la promotion de la santé et la prévention des problèmes chez les 5 à 17 ans. Or, plusieurs partenaires s'intéressent à la santé, au bien-être et à la réussite éducative des jeunes et la plupart ciblent le milieu scolaire pour y déployer leurs actions. Dans ce contexte, une planification conjointe est nécessaire afin d'assurer l'accès, la cohérence et la qualité d'actions de promotion et de prévention qui tiennent compte des besoins des jeunes. C'est pourquoi le secteur Jeunes propose de :

- Renforcer le déploiement de l'approche *Écoles et milieux en santé* en étroite collaboration avec la Direction régionale du Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.
- Faciliter la convergence des initiatives et mesures destinées au milieu scolaire et communautaire.
- Optimiser les ressources en promotion et en prévention.

Les priorités

Le fait de se doter de priorités permet au secteur d'intensifier ses efforts afin de réduire, d'ici une dizaine d'années, certains problèmes de santé qui ont un impact sur la persévérance scolaire et la réussite éducative. De plus, la réduction des inégalités sociales de santé sera au premier plan de ses préoccupations. Son offre de service sera négociée à la lumière de ces priorités, des besoins des CSSS, des commissions scolaires et de nos partenaires intersectoriels régionaux.

Priorité 1 - Prévenir l'embonpoint et l'obésité

Les maladies chroniques associées au surpoids, comme le diabète de type 2 et les cardiopathies, contribuent à accroître la pression sur le système de santé et on estime à 1,5 MM\$ leur coût au Québec. Le poids excessif expose les jeunes à des maladies autrefois réservées aux adultes ainsi qu'à la stigmatisation et à la violence par les pairs.

Les stratégies d'intervention

Pour prévenir l'obésité chez les jeunes, il est recommandé de mettre en place des environnements favorables pour manger mieux et bouger plus. Pour ce faire, le secteur produira et diffusera des connaissances sur les enjeux liés à l'obésité et l'embonpoint, les habitudes alimentaires et la pratique de l'activité physique chez les jeunes, il soutiendra les pratiques professionnelles et travaillera de concert avec les CSSS et ses partenaires intersectoriels régionaux.

Les résultats recherchés

Les actions des cinq prochaines années miseront sur l'amélioration des environnements pour :

- Accroître la proportion de jeunes faisant au moins 7 h d'activités physiques par semaine et celle des jeunes consommant au moins 5 portions de fruits et de légumes par jour.
- Diminuer le temps-écran de loisirs (ordinateur, jeux vidéo, télévision) chez les 4 à 17 ans ainsi que la proportion de jeunes consommant régulièrement des aliments riches en gras et en sucre (boissons sucrées et aliments de type restauration rapide).

Priorité 2 - Prévenir la détresse psychologique

La santé mentale des jeunes est intrinsèquement liée à leur santé physique, à leur épanouissement, à leur intérêt à apprendre, à persévérer et à réussir à l'école. Certains jeunes vivant des sentiments d'anxiété, de tristesse voire de désespoir, à une intensité et à une fréquence élevée, courent plus de risques de subir des échecs scolaires et de présenter des comportements sexuels à risque, une consommation élevée d'alcool ou de drogues de même que davantage de comportements d'agressivité, de délinquance et d'impulsivité.

Les stratégies d'intervention

Pour prévenir la détresse psychologique, il est recommandé de développer l'estime de soi et les comportements prosociaux des jeunes de 6 à 17 ans et de prévenir l'adoption de comportements à risque, comme les relations sexuelles non protégées, la violence ou la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les 12 à 17 ans. Pour y arriver, le secteur produira et diffusera des connaissances, notamment sur la violence, les problèmes de consommation et les lacunes constatées à la suite du retrait des cours d'éducation à la sexualité, il soutiendra les pratiques professionnelles et consolidera les services préventifs dans les CSSS et les milieux scolaires.

Les résultats recherchés

Les actions des 5 prochaines années miseront sur le développement des compétences des jeunes et la prévention des comportements à risque de façon à :

- Diminuer la proportion de jeunes qui sont auteurs, témoins ou victimes de violence ; réduire la proportion de ceux présentant une consommation problématique d'alcool, de drogues, de jeux d'argent.
- Augmenter la proportion des jeunes estimant être en harmonie dans leurs relations interpersonnelles et amoureuses et dans l'expression de leur sexualité.
- Réduire le taux des infections transmises sexuellement, de grossesse non désirée et d'avortement chez les moins de 19 ans.

Les activités à maintenir

Le secteur poursuivra ses efforts en matière de lutte contre le tabagisme et de prévention des problèmes buccodentaires.

La prévention du tabagisme

L'initiation au tabagisme se fait avant l'âge de 18 ans dans 75 % des cas. Le tabac engendre une forte dépendance qui s'établit rapidement après l'initiation. Il importe de réaliser des interventions qui influenceront les jeunes avant ou dès leurs premières expérimentations du tabac.

Les stratégies d'intervention

Pour prévenir l'initiation au tabagisme, le secteur mettra l'accent sur la mise en place d'environnements favorables au non-usage du tabac, sur le développement de compétences aidant les jeunes à s'impliquer socialement, et à exercer, à la mesure de leurs connaissances, leur jugement critique en matière de non-usage du tabac. Pour les jeunes faisant déjà usage du tabac, des services préventifs adaptés leur seront offerts.

Les résultats recherchés

- Contribuer à atteindre la cible nationale, c'est-à-dire réduire à 13 % la prévalence du tabagisme chez les jeunes du secondaire et à 16 % chez les jeunes de 15 ans et plus.

La prévention des problèmes buccodentaires

Les conséquences de la carie dentaire sont multiples. Elles touchent à la fois la mastication, la nutrition, l'élocution, l'apparence, l'estime de soi et le bien-être général.

Les stratégies d'intervention

Pour atteindre sa cible, le secteur poursuivra son soutien au dépistage systématique du risque de carie dentaire, au counseling pour une saine hygiène dentaire, au suivi préventif individualisé des enfants à risque élevé (éducation à l'hygiène buccale et à une saine alimentation, application topique de fluorure) et à l'application sélective d'agents de scellement dentaire. Les actions du secteur miseront donc sur le renforcement des pratiques professionnelles, le maintien des services préventifs et le soutien aux environnements favorables aux saines habitudes de vie.

Les résultats recherchés

- Contribuer à atteindre la cible nationale de réduction de 40 % du nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.

Des milieux de travail exempts de risques pour la santé

Le milieu de travail comporte souvent des risques pour la santé. C'est pourquoi la prévention doit être une priorité dans toutes les entreprises du Québec. D'ailleurs, la loi demande que tout danger soit éliminé à la source (*Loi sur la santé et la sécurité du travail*, L.R.Q., c. S-2-2).

La Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), maître d'œuvre dans ce dossier, délègue aux Agences de la santé et des services sociaux la mise en place des services en vertu d'un contrat avec le MSSS. Le Réseau de santé publique en santé au travail anime ces services dont la mission est de soutenir les milieux de travail de sorte qu'ils puissent assumer leurs obligations en matière de prévention des lésions professionnelles.

À Montréal, le CSSS de la Montagne, le CSSS Jeanne-Mance, le CSSS de l'Ouest-de-l'Île et le CSSS de la Pointe-de-l'Île sont chargés de mettre en œuvre l'offre de service qui consiste principalement à élaborer des Programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE) et aux chantiers de construction du territoire (île de Montréal) pour les catégories d'établissements identifiées par règlement. Ces PSSE comprennent des interventions incluant, des évaluations de risques et de contaminants, des mesures de surveillance médicale des travailleurs, de l'information aux travailleurs et aux employeurs sur les risques pour la santé et les moyens de les prévenir, les contrôler ou les éliminer ainsi que du soutien à l'organisation des premiers secours et premiers soins. Enfin, le CSSS Jeanne-Mance[†] gère l'offre de service dans toute l'Île destinée au secteur de la construction ainsi que le programme *Pour une maternité sans danger*, qui reçoit environ 10 000 demandes de retrait préventif par an.

Le secteur Santé au travail a le mandat de coordonner la mise en œuvre du programme de santé au travail dans les 6 700 établissements des secteurs d'activités

économiques déterminés prioritaires par règlement au regard de la fréquence et de la gravité des accidents et maladies professionnelles qui s'y produisent^{††}. Il s'agit surtout d'établissements du milieu manufacturier, lequel emploie quelque 45 000 travailleurs.

Les priorités

Le choix des priorités s'effectue habituellement en fonction des maladies professionnelles, de leur gravité et des évaluations menées en milieu de travail. Des liens étant établis entre les maladies professionnelles et certaines **maladies chroniques**, le secteur a choisi plus particulièrement d'intensifier ses actions en prévention des troubles musculosquelettiques (TMS), des cancers et des pneumoconioses puisqu'elles s'inscrivent dans son mandat relatif à l'élaboration et à la mise en application des PSSE.

À l'heure actuelle, les actions de prévention de Santé au travail sont restreintes par règlement à 15 des 32 secteurs d'activités économiques. Elles visent l'élimination à la source des risques pour la santé de tous les travailleurs oeuvrant dans ces secteurs, les facteurs liés aux inégalités sociales ne limitant nullement les interventions du secteur. Il est possible que certaines catégories de travailleurs, provenant de secteurs d'activités non couverts, bénéficieraient d'un soutien plus marqué en matière de prévention des lésions. Le secteur analysera la documentation disponible mettant en évidence des **inégalités sociales de santé** afin de déterminer, s'il y a lieu, ces catégories de travailleurs.

[†] Soulignons qu'à compter du 6 novembre 2011, le CSSS Jeanne-Mance cessera ses activités en santé au travail. L'offre de service sera alors répartie entre les trois autres CSSS. Notons, de plus, que la gestion du programme *Pour une maternité sans danger* relèvera alors du CSSS de la Montagne et que l'offre de service dans le secteur de la construction sera assurée par le CSSS de l'Ouest-de-l'Île.

^{††} Notons que l'on retrouve 56 000 établissements sur le territoire de l'île de Montréal. Selon les ententes de gestion entre la CSST et l'ASSSM, le budget alloué par la CSST est limité aux interventions dans les secteurs d'activités économiques déterminés prioritaires par règlement.

Priorité 1 – Prévenir les troubles musculosquelettiques

La prévention des troubles musculosquelettiques s'inscrit en priorité étant donné le grand nombre de travailleurs touchés et les coûts très élevés en jeu, à savoir :

- Les TMS sont la première cause d'absence professionnelle à Montréal.
- Les coûts, selon les dernières statistiques, totalisaient près de 39 M\$ en 2008 pour la région de Montréal.
- Chaque jour, l'équivalent de 2 244 personnes sont absentes ou en réaffectation pour maladie professionnelle ; 84 % de ces cas sont attribuables à un TMS.
- Plus de 80 % des indemnités concernent le dos et les membres supérieurs.
- La région comptait 58 223 travailleurs indemnisés, soit le tiers des TMS au Québec, entre 2004 et 2008.

Priorité 2 - Prévenir l'exposition aux cancérigènes

L'exposition professionnelle aux cancérigènes constitue un danger évitable. La première recommandation consiste à privilégier la substitution du produit en cause. Le plan d'action en voie d'élaboration permettra de renforcer les actions efficaces de prévention et de contrôle du risque et de mieux s'arrimer avec nos partenaires (la CSST, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, les Associations sectorielles paritaires, les municipalités de l'île de Montréal, etc.).

- Le projet CAREX Canada, qui porte sur l'exposition professionnelle aux agents cancérigènes, évaluera l'ampleur des expositions à l'échelle nationale. À l'aide de sa banque de données, le secteur obtiendra une meilleure estimation du nombre de personnes exposées et de l'exposition aux agents cancérigènes au pays. Actuellement, Montréal dispose de peu d'information concernant cette population à risque, mais les équipes de santé au travail ont répertorié des cancérigènes dans 26,7 % des 1 856 établissements où les risques sont connus.
- Dans le cadre des mandats des équipes de santé au travail, le personnel en hygiène mesure l'exposition des travailleurs à certains contaminants. Les résultats sont interprétés en fonction des normes et des effets sur la santé. Depuis 2006, les équipes ont signalé

à la DSP et à la CSST 188 dépassements de valeurs d'exposition admissibles d'aérocontaminants - près de la moitié ont trait à un cancérigène avéré ou probable⁺⁺⁺. Dans plusieurs cas, l'exposition moyenne journalière dépasse cinq fois la norme ou dépasse la valeur plafond, valeur à ne jamais dépasser.

Priorité 3 - Prévenir les pneumoconioses dans l'industrie de la construction

La silicose et l'amiantose frappent nombre de travailleurs dans l'industrie de la construction. Cette industrie nécessite une adaptation de l'approche du secteur Santé au travail afin de tenir compte de ses caractéristiques : la présence d'entrepreneurs dans plusieurs régions à la fois, la mobilité des travailleurs, l'absence de lien d'emploi et la courte durée de vie des chantiers.

Les stratégies d'intervention

Pour desservir en priorité les entreprises où les risques sont élevés, le secteur retient quatre grandes stratégies qui vont diriger ses actions d'ici 2015.

Connaître les milieux de travail - Afin d'établir les interventions prioritaires et d'assurer une vigie des problèmes émergents, le secteur surveillera l'exposition aux risques. Il établira pour les CSSS un système de gestion de l'information portant sur les établissements, un tableau de bord de la planification et de suivi des activités ainsi qu'une base de données de surveillance.

Orienter l'offre de service des CSSS - En premier lieu seront ciblées annuellement les entreprises où les risques sont les plus élevés selon l'analyse des données et l'expérience terrain.

⁺⁺⁺ Une fois la situation signalée, l'employeur doit, dans les délais exigés par la CSST, prendre des actions pour corriger la situation. L'équipe de santé au travail peut, au cours de cette période, réaliser des activités d'information et de formation, soutenir la recherche de solutions pour la mise en place de mesures de prévention, assurer une surveillance médicale et soutenir l'organisation des premiers secours et premiers soins dans l'établissement. Suite aux modifications apportées, le personnel en hygiène de l'équipe de santé au travail vérifie si la situation est corrigée.

Les stratégies d'interventions (suite)

Faciliter la prise en charge de la prévention - Pour soutenir employeurs et travailleurs, le secteur intensifiera ses actions visant à les responsabiliser et les inciter à prendre en charge les risques et à participer à leur contrôle. Pour suivre l'atteinte des résultats, le secteur propose un modèle harmonisé de rédaction de plans d'action conjoints avec les milieux de travail. Des données seront recueillies pour démontrer l'impact des actions sur le terrain.

Participer au développement d'une approche provinciale d'intervention - l'approche intégrée par chantier (AIC-Silice) - dans le secteur de la construction de concert avec la CSST - Celle-ci sera mise en place et testée en vue de faciliter la prise en charge des risques liés à une exposition à la silice chez les employeurs et les travailleurs ciblés.

Augmenter l'offre de service dans le secteur de la construction - Le plan d'organisation du secteur Santé au travail sera révisé afin de disposer de plus de ressources pour intervenir dans le secteur de la construction où l'on prévoit une croissance importante des chantiers et y mener des activités de promotion, de prévention et de surveillance.

Les résultats escomptés

Les troubles musculosquelettiques

Augmenter annuellement le nombre de PSSE où des activités de soutien à l'entreprise relatives à la réduction de l'exposition des travailleurs sont réalisées. En parallèle, former l'ensemble des intervenants de la région à l'identification des risques de TMS et aux méthodes de sensibilisation et de mobilisation des milieux de travail. Augmenter le nombre d'ergonomes au sein des équipes de santé au travail en CSSS.

Les cancérigènes

Soutenir le milieu de travail pour réduire l'exposition en-deçà de la norme permise par le règlement dans 100 % des cas de surexposition. Par la suite, poursuivre l'intervention pour diminuer l'exposition au niveau le plus bas possible. Élaborer un plan d'action qui permettra de mieux documenter ce risque à Montréal, de renforcer les actions efficaces et de bien arrimer le travail avec les partenaires.

Les pneumoconioses dans le secteur de la construction

De concert avec la CSST, participer activement au projet provincial - l'approche intégrée par chantier (AIC-Silice). Le secteur prévoit intervenir sur tous les chantiers de construction où la CSST fera appel à ses services. Les employeurs et les travailleurs de ces chantiers seront formés et informés sur les risques pour la santé que présente la silice de même que sur les mesures de prévention visant à réduire ou éliminer les risques liés à une exposition à un contaminant. Un suivi des mesures prises suite aux interventions permettra au secteur d'évaluer cette approche.

Conditions de succès

Le succès de l'offre de service du secteur Santé au travail repose sur plusieurs conditions : la communication soutenue avec les CSSS, car leur participation au développement et au suivi des dossiers demeure son premier objectif; la qualité des relations avec la CSST, car le travail en partenariat permet de soutenir des actions conjointes ou complémentaires, visant la prise en charge des risques par les milieux de travail; et le maintien de sa participation aux dossiers provinciaux. En effet, comme le nouveau plan stratégique du réseau provincial de santé au travail nécessite une harmonisation entre les régions, il est donc essentiel, pour le secteur, de partager ses façons de faire avec les équipes des autres agences afin de soutenir son développement.

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

Protéger et améliorer la santé de la population, exercer une vigie sanitaire et intervenir lorsque la santé de la population est menacée par des agents biologiques, physiques ou chimiques font partie du mandat légal du directeur de santé publique. Chaque jour, la DSP traite en moyenne 110 signalements et déclarations provenant de médecins, de professionnels et de laboratoires et intervient auprès d'une trentaine de personnes et d'établissements, ce qui représente environ 40 000 signalements et déclarations et 11 000 interventions par an. Le nombre de maladies à déclaration obligatoire (MADO) et de signalements, en hausse depuis quelques années, reflète des changements survenus à divers chapitres, notamment : profil ethnoculturel et mobilité de notre population, pratiques à risque (sexuelles, d'injection, alimentaires, etc.), promotion du dépistage, de la déclaration et du signalement et accessibilité à des tests de dépistage ou diagnostiques plus sensibles pour certaines infections.

Compte tenu des caractéristiques de la population montréalaise, de l'importance de nos partenariats et de l'évolution des besoins, nous devons régulièrement revoir et adapter nos pratiques et déployer un continuum d'interventions efficaces, allant de la détection précoce des risques à la création d'environnements favorables à la santé. Les actions du secteur Vigie et protection contribuent de façon directe ou indirecte à la réduction des inégalités sociales et de santé et la prévention des maladies chroniques. Cette contribution s'intègre dans les cinq priorités du secteur.

Les cinq priorités

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

Les ITSS, qui ont pris des proportions alarmantes, ont un impact marqué non seulement sur la santé des personnes touchées, mais aussi sur le système de santé et la société en général. La marginalité, qui va souvent

de pair avec la pauvreté, l'itinérance, la prostitution ou l'incarcération, crée un contexte favorable à la propagation des ITSS. Les jeunes de la rue, les personnes utilisatrices de drogues injectables et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes y sont particulièrement vulnérables en raison de leurs conditions de vie, de facteurs psychosociaux et de comportements à risque. Le virus de l'hépatite C et le virus de l'immunodéficiência humaine causent des infections chroniques ayant de graves complications (cirrhose, cancer du foie et autres cancers).

Les principaux résultats escomptés d'ici 2015

- Augmenter la proportion des personnes UDI et des HARSAH qui utilisent le matériel de protection.
 - Accroître de 25 % la quantité de matériel stérile d'injection distribué sur le territoire et la quantité de condoms distribués dans les lieux de rencontre des HARSAH (saunas, « sex parties »).
- Accroître la proportion des personnes UDI et des HARSAH qui connaissent leur statut d'infection (VIH, VHC).
 - Réduire à moins de 15 % la proportion d'UDI qui ignorent leur statut d'infection par le VHC (30 % en 2009) et à moins de 10 % la proportion d'HARSAH qui ignorent leur statut d'infection par le VIH (15 % en 2009).
- Augmenter la proportion des personnes traitées parmi les personnes UDI infectées par le VHC et le VIH.
 - Augmenter à 30 % la proportion des personnes UDI infectées par le VHC qui reçoivent un traitement (10 % en 2009) et à 65 % la proportion de personnes UDI infectées par le VIH qui reçoivent un traitement (50 % en 2009).
- Réduire la transmission secondaire des ITSS aux partenaires.
 - Consolider l'offre de service d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires (IPPAP).

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

La vaccination est une des interventions préventives les plus efficaces et les plus rentables. Toutefois, pour assurer le maintien des acquis procurés par la vaccination chez les enfants et améliorer la protection des populations vulnérables, trois défis demeurent, soit mobiliser le réseau des intervenants dans un contexte de pénurie de ressources humaines, de roulement de personnel et de contraintes financières, assurer l'accès à des services de vaccination de qualité adaptés à la demande et surmonter les obstacles à l'acceptation de la vaccination :

Les principaux résultats escomptés d'ici 2015

- Réduire les retards vaccinaux chez les enfants de 2 et de 12 mois.
 - Augmenter à 85 % la proportion d'enfants vaccinés en CSSS qui reçoivent la première dose du vaccin DCaT-Polio-Hib à l'âge de 2 mois (+ 14 jours).
 - Augmenter à 80 % la proportion d'enfants vaccinés en CSSS qui reçoivent la première dose des vaccins contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et le méningocoque de sérogroupe C à l'âge de 12 mois (+ 14 jours).
- Augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B et le virus du papillome humain (VPH) des enfants de la 4^e année du primaire.
 - Augmenter à 90 % la proportion d'enfants de 4^e année du primaire vaccinés contre l'hépatite B (83 % en 2008-2009; 78 % en 2009-2010).
 - Augmenter à 80 % la proportion de filles de 4^e année du primaire vaccinées contre le VPH (70 % en 2008-2009; 64 % en 2009-2010).
- Augmenter la couverture vaccinale contre l'influenza chez les personnes souffrant d'une maladie chronique et leurs contacts, ainsi que chez les travailleurs de la santé.
 - Accroître de 20 % la proportion de personnes souffrant de maladies chroniques vaccinées contre l'influenza (couverture vaccinale estimée à 38 % en 2009-2010 chez les personnes âgées de 2 à 59 ans).
 - Augmenter à 60 % la proportion de travailleurs de la santé en CHSLD vaccinés contre l'influenza (couverture vaccinale estimée à 40 % en 2009-2010).
 - Maintenir à au moins 80 % la proportion de patients en CHSLD vaccinés contre l'influenza.

- Maintenir la qualité et la sécurité des produits immunisants administrés à la population.
 - Diminuer le nombre de bris de chaîne de froid.

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

Les infections nosocomiales touchent de façon importante les personnes dont la santé est fragilisée en raison de défenses immunitaires altérées, de pathologies diverses ou de leur âge. Les coûts engendrés par ces infections de même que leur impact sur la population hospitalisée et sur le fonctionnement du réseau sont très élevés. Le tiers de ces infections seraient évitables par des programmes de prévention et de contrôle des infections bien structurés.

Les principaux résultats escomptés d'ici 2015

- Diminuer le nombre de cas et la durée des éclosions en milieu de soins.
 - Augmenter à 90 % la proportion de Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'incidence de diarrhée associée au *Clostridium difficile* inférieurs aux seuils établis par le ministère de la Santé et des Services sociaux (71 % en 2010-2011).
 - Réduire de 20 % le nombre moyen de cas de Syndrome d'allure grippale et de gastroentérite lors d'éclosions en CHSLD et de 20 % le nombre moyen de cas d'entérocoque résistant à la vancomycine lors d'éclosions en CHSGS (par rapport au nombre moyen de cas en 2008-2010).
 - Maintenir à 90 % la proportion de CHSGS ayant des taux de bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline inférieurs aux seuils établis par le MSSS (90 % en 2010-2011).
- Prévenir les infections du site opératoire en chirurgie orthopédique et en chirurgie cardiaque.
 - Documenter les taux d'infections du site opératoire en chirurgie orthopédique (prothèses totales de la hanche, prothèses totales du genou) et en chirurgie cardiaque chez au moins 90 % des adultes subissant ce type de chirurgies dans un CHSGS.

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

Le tiers des signalements et déclarations reçus à la DSP sont des infections ou des intoxications survenant dans la communauté, principalement des maladies entériques, des maladies respiratoires, des zoonoses, des infections invasives variées et des intoxications d'origine chimique. Certains groupes y sont plus vulnérables en raison d'un risque accru d'exposition, d'acquisition ou de complication : les femmes enceintes, les enfants en garderie, les personnes âgées, les immigrants, les itinérants, les HARSAH et les voyageurs. Au cours des dernières années, en collaboration avec ses divers partenaires, la DSP a renforcé sa capacité à **définir** rapidement, à **évaluer** et à **gérer les risques**.

Les principaux résultats escomptés d'ici 2015

- Éviter la transmission secondaire des infections pour lesquelles il existe une prophylaxie post-exposition : les hépatites A et B, les infections invasives causées par le méningocoque ou le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SGA) et la tuberculose.
 - S'assurer qu'au moins 95 % des contacts étroits des cas d'infection à méningocoque, SGA et hépatite A identifiés lors des enquêtes sont dirigés pour prophylaxie dans les délais prescrits.
 - S'assurer qu'au moins 85 % des cas de tuberculose pulmonaire active complètent le traitement recommandé.
- Éviter la transmission secondaire des infections entériques sporadiques à potentiel d'éclosion (shigellose, fièvre typhoïde et infections à *Escherichia coli* [*E. coli*] producteur de vérocytotoxine).
 - Développer des corridors de services pour assurer le suivi de personnes infectées comme les manipulateurs d'aliments et les enfants en service de garde infectés.
- Éviter les cas de rage humaine.
- Prévenir les intoxications au monoxyde de carbone.
- Réduire l'ampleur de la durée des éclosions (maladies entériques et respiratoires), notamment dans les groupes les plus à risque d'exposition, d'acquisition ou de complications.
- Limiter l'impact sur la communauté des risques émergents, notamment dans les groupes les plus à risque d'exposition, d'acquisition ou de complications.

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

Aujourd'hui, toute grande ville doit se préparer à des urgences majeures causées notamment par les risques naturels (ex. : les canicules), les maladies respiratoires infectieuses graves et le risque terroriste. Il faut donc rester vigilant et viser un degré supérieur de prévention, de préparation, de réponse et de rétablissement. Montréal étant un pôle industriel névralgique, l'utilisation et le transport de matières dangereuses comportent un risque en cas d'accident, surtout pour les groupes socioéconomiquement défavorisés qui habitent souvent les secteurs les plus à risque.

Les principaux résultats escomptés d'ici 2015

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

- En collaboration avec les partenaires : améliorer nos capacités collectives et les mesurer selon le modèle *Target Capabilities List* du ministère américain de la Sécurité intérieure (*Department of Homeland Security*).
 - Produire des rapports d'évaluation et d'amélioration après tous les événements et exercices d'urgence majeure dans lesquels la DSP est impliquée.
 - Reprendre en 2015 la démarche menée en 2008 avec le comité aviseur antiterrorisme de Montréal.
- Pour la DSP : démontrer la capacité de mener à bien toutes les activités pour lesquelles les Centers for Disease Control and Prevention américains ont développé une mesure de performance (*Public Health Preparedness Capabilities: National Standards for State and Local Planning*), notamment à l'égard des fonctions suivantes :
 - centre d'opérations d'urgence;
 - avertissement et information au public;
 - laboratoires;
 - surveillance et enquêtes épidémiologiques.

Les stratégies d'intervention

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

L'offre de service aux partenaires

Services	Exemples
Documenter	Analyse des causes des écarts de couverture vaccinale; étude de prévalence de pathogènes nosocomiaux; portraits locaux des ITSS.
Monitorer	Tableau de bord régional pour le suivi des indicateurs de structure, de processus et de résultats pour les infections nosocomiales; monitoring de la distribution du matériel de protection ITSS.
Alerter / Informer	Production d'appels à la vigilance; production d'états de situation durant une urgence majeure; bulletins d'information (INFO TRPIN); faits saillants MADO.
Soutenir	Soutien au développement d'une organisation de services intégrés de traitement du VHC et du VIH pour les personnes UDI et les HARSAH; animation de communautés de pratique (vaccination, infections nosocomiales) : systèmes de garde 24/7 (maladies infectieuses, santé environnementale, mesures d'urgences); IPPAP; développement d'outils d'aide à la pratique; programmes de formation et exercices.
Coordonner	Campagne régionale de prévention des intoxications au monoxyde de carbone; coordination de tables régionales : Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN), Comité de surveillance des dossiers portant sur la prévention des infections nosocomiales, sous-comités des gestionnaires en immunisation, en ITSS et en urgences courantes; tables des directeurs des organismes communautaires.
Évaluer	Rapport d'évaluation post-urgence majeure.

Un environnement urbain favorable à la santé

C'est un constat chaque jour plus manifeste, l'environnement des villes joue un rôle déterminant sur la santé des citoyens, qu'il s'agisse de la sécurité des rues et des quartiers, de l'accès au transport public, de la disponibilité de logements salubres ou d'aliments santé, ou encore de pollution atmosphérique et de la qualité de l'eau potable.

Le fait que l'activité physique de transport réduit le risque de surpoids et d'obésité et, par le fait même, de maladies chroniques est bien documenté. Or, Montréal a connu au cours de la seconde moitié du XX^e siècle, une forte croissance des déplacements automobiles ainsi qu'un déclin du transport actif et collectif. Ces tendances résultent entre autres d'une urbanisation caractérisée par l'étalement urbain, de la croissance du réseau autoroutier et du moindre financement accordé au transport collectif. Cependant, on observe heureusement une inversion de tendance à partir de 2003. À titre d'exemple, les déplacements automobiles (autos conducteurs) en période de pointe du matin (ppam) qui avaient atteint le sommet de 409 000 en 2003, auquel il faut ajouter les quelques 187 000 véhicules provenant des banlieues, ont diminué de 5 % en 2008. Le nombre de véhicules provenant des banlieues a lui aussi diminué de 9,5 % entre 2003 et 2008. En corollaire, l'utilisation du transport collectif, à Montréal ou vers Montréal, a augmenté de 14 % au cours de la même période pour atteindre le niveau de quelque 380 000 déplacements en période de pointe du matin. Par contre, la part toujours majoritaire, quoique décroissante, de l'automobile dans le transport des personnes est associée à une croissance du parc automobile de 24 % entre 1997 et 2008 (un taux quatre fois plus élevé que la croissance de la population). On observe également une diminution importante du pourcentage d'enfants qui vont à l'école à pied ou à vélo : de 45 % à 34 % entre 1993 et 2003. Le transport urbain, encore marqué par la forte présence de l'automobile, est aussi une cause importante de traumatismes : de 1999 à 2008, on a dénombré 69 720 blessés de la route (avec transport ambulancier), dont 9 411 piétons, soit près de 1 000 par an.

L'insalubrité du logement est aussi un problème de l'environnement urbain ayant des impacts négatifs sur la santé de la population : 36 % des enfants vivent dans des logements présentant des conditions d'humidité excessive et des moisissures et près de 15 % des cas d'asthme pédiatrique y seraient liés. De plus, les punaises de lit représentent un problème en expansion rapide : 2,7 % des logements seraient infestés.

L'accès à des fruits et légumes frais est une priorité, car la disponibilité d'aliments santé facilite l'adoption de saines habitudes alimentaires. Or, dans plusieurs quartiers, cet approvisionnement, à distance de marche, est faible, voire inexistant.

Du côté de la qualité de l'air, la pollution atmosphérique due aux particules fines (ou particules respirables) et aux gaz, comme les oxydes d'azote et l'ozone résultant du chauffage au bois, des industries et du transport, serait responsable de 1540 décès prématurés par an selon Santé Canada. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) calcule qu'en 2002 les particules fines étaient en cause dans 6028 cas de bronchite aiguë infantile. Par ailleurs, le pollen de l'herbe à poux fait de plus en plus de ravages (16 % de jeunes atteints de rhinite allergique), notamment parce que la saison pollinique est passée de 42 à 63 jours en raison du réchauffement climatique.

Ce phénomène a aussi un impact sur l'ampleur des vagues de chaleur et, de ce fait, l'impact sanitaire des canicules pourrait s'accroître lui aussi. Il faudra donc cibler les groupes à risque, comme les personnes âgées souffrant de maladies chroniques, surtout celles vivant seules dans les zones à risque, comme les îlots de chaleur, souvent dans les quartiers défavorisés.

Le secteur Environnement urbain et santé a le mandat de fournir aux intervenants locaux et régionaux une expertise de deuxième ligne, à savoir :

- Produire et diffuser des données probantes (en collaboration avec le milieu universitaire) sur les impacts de l'environnement urbain sur la santé et sur les bénéfices sanitaires escomptés de l'implantation des politiques publiques saines.

- Soutenir les partenaires locaux et régionaux dans leurs interventions sur le terrain (formation, développement d'outils, financement d'initiatives communautaires sur l'environnement bâti, tels les programmes Quartiers 21 et sécurité alimentaire).
- Faire des représentations auprès des administrations publiques pour l'adoption de politiques publiques saines et évaluer des interventions, notamment en matière de logement, de transport, d'aménagement urbain et de qualité de l'air.

Les priorités

Les priorités retenues ont trait à six domaines ayant un impact sur la santé et pour lesquels des solutions efficaces existent.

Priorité 1 – Des quartiers sécuritaires favorisant un mode de vie actif

Priorité 2 – Des logements salubres et abordables

Priorité 3 – Des quartiers où des aliments santé sont disponibles

Priorité 4 – Un air extérieur et un milieu sonore de bonne qualité

Priorité 5 – Un réseau de la santé mobilisé dans la lutte aux changements climatiques et la diminution de son empreinte écologique

Priorité 6 – Une eau potable et des eaux récréatives de bonne qualité et des sols non contaminés

Ces priorités participent à la **lutte contre les inégalités sociales de la santé** et à la **réduction des maladies chroniques**, tel que le prévoit le PRSP. En effet, les stratégies mises en oeuvre pour agir sur l'environnement bâti en fonction de ces priorités exerceront un impact très marqué sur divers problèmes de santé, comme l'asthme et les maladies respiratoires, les maladies cardiovasculaires, le surpoids et les séquelles de traumatismes routiers. De plus, l'amélioration de l'environnement bâti dans les zones défavorisées contribue aussi à réduire les inégalités sociales de santé.

Les stratégies d'intervention

La contribution du secteur à l'amélioration de la santé de la population repose sur deux types de stratégies : l'action sur l'environnement bâti et l'organisation de services de santé publique.

Agir sur l'environnement bâti

Dans ce domaine, les actions à mener relèvent souvent d'organismes municipaux ou gouvernementaux. La tâche du secteur consiste d'une part, à promouvoir les stratégies efficaces pour que l'environnement bâti, non seulement permette à la population de vivre dans un milieu sain, mais aussi facilite l'adoption de comportements sains et, d'autre part, à établir des partenariats avec ces organismes.

Cette stratégie demande de mener des actions de promotion dans les dossiers suivants :

- Réglementation sur l'interdiction du chauffage au bois.
- Aménagement urbain : apaisement de la circulation (notamment dans les artères), aménagement incitant au transport actif sécuritaire (par une forme urbaine caractérisée par une densité suffisante, une bonne connectivité des rues, une mixité des fonctions, la présence des services de proximité), amélioration des voies piétonnières et cyclables.
- Système de transport : accès à distance de marche à un transport collectif abordable, rapide.
- Accès à des commerces de proximité pour favoriser une alimentation saine ; développement local et revitalisation des quartiers intégrant des initiatives alimentaires.
- Lutte contre les îlots de chaleur par le verdissement, en particulier dans les quartiers centraux.
- Réduction des facteurs de risque pour la santé en milieu résidentiel (humidité excessive et moisissures, vermine, insectes).
- Contrôle de l'herbe à poux.

S'assurer d'une organisation adéquate de services de santé publique

Le secteur s'engage à mettre en place divers modèles favorisant une meilleure organisation des services de santé publique, notamment les suivants :

- Système de veille et d'alerte en cas de canicule.

- Système de réponse lors du signalement de risques en cas d'insalubrité du logement et de dépassement de normes pour l'eau potable.
- Mise en place de politiques et d'actions de développement durable au sein des établissements du réseau de la santé (ex. : CSSS Vert et en Santé, Programme Allégo) en relation avec les cibles prioritaires établies dans le cadre du Plan de développement durable de la collectivité montréalaise.
- Réduire de 25 % d'ici 2020 par des mesures de verdissement la proportion de logements situés dans un micro-îlot de chaleur urbain dans les zones à risque élevé.
- Réduire de 50 % d'ici 2020 le nombre de jours où la concentration de pollen est supérieure à 100 grains/m³.

Les interventions réalisées devraient se traduire en **résultats d'ordre sanitaire et environnemental**.

Sur le plan sanitaire, les interventions doivent mener à :

- Réduire de 50 % d'ici 2020 les problèmes respiratoires résultant de l'insalubrité des logements.
- Éviter d'ici 2015 tout excès de décès liés aux épisodes de chaleur extrême.
- Réduire de 40 % d'ici 2020 les blessés de la route, par rapport à 2008 (objectif de la Ville de Montréal).
- Réduire d'ici 2020 de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % la prévalence de l'excès de poids chez les adultes par rapport à 2008.
- Réduire de 50 % d'ici 2020 la prévalence des manifestations allergiques résultant de l'herbe à poux chez les enfants de 6 mois à 12 ans par rapport à 2006.

Sur le plan environnemental, les interventions doivent mener à :

- Réduire les émissions de gaz à effet de serre de 30 % d'ici 2020 par rapport à 1990 (objectif de la Ville de Montréal) ; atteindre d'ici 2020 le standard pancanadien en matière de concentration de particules fines (objectif de la Ville de Montréal).
- Réduire de 20 % d'ici 2020 le volume de circulation automobile, notamment dans les quartiers centraux, augmenter la part modale du transport actif de 14,5 % à 20 %, du transport collectif de 30 % à 40 % et du transport actif des écoliers de 34 % à 45 % en période de pointe le matin.
- Augmenter de 60 % à 70 % la proportion de la population ayant accès à des fruits et légumes à distance de marche et diminuer de 30 % le nombre de secteurs défavorisés qui en sont dépourvus.
- Réduire de 50 % d'ici 2020 la proportion d'enfants vivant dans des logements présentant des conditions d'humidité excessive et de moisissures.

Un système de santé qui sert aussi à prévenir

Il est reconnu que le tabagisme, la sédentarité ainsi que les mauvaises habitudes alimentaires expliquent en grande partie l'augmentation de la prévalence de plusieurs maladies chroniques. Selon l'OMS (2005), il serait possible d'éviter jusqu'à 80 % de l'ensemble des cas de maladies cardiovasculaires et de diabète de type 2 ainsi que plus de 40 % des cancers en éliminant les principaux facteurs de risque. De façon générale, la santé des Montréalais s'est améliorée au cours des dernières années. Toutefois, le fardeau des maladies chroniques demeure important et, de 2005 à 2009, les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et le diabète étaient en cause dans 72 % des décès chez les 20 ans et plus, soit l'équivalent de 10 300 décès par an.

Un effort doit donc être fait pour améliorer l'exposition de la population aux PCP en portant une attention particulière aux personnes n'ayant pas accès à un médecin de famille et aux groupes vulnérables. Les professionnels de la santé, surtout ceux de la première ligne, sont des partenaires privilégiés car ils assurent le premier contact avec le système de soins. De plus, bien que de nouveaux modes d'organisation (Groupe de médecine de famille, Centre de recherche, Centre de recherche interdisciplinaire, etc.) voient le jour depuis quelques années, l'offre globale de services de première ligne reste à parfaire : en effet, en 2005, moins de 46 % des Montréalais évaluaient favorablement l'accessibilité de premier contact, c'est-à-dire l'accès rapide à des services de première ligne ; près d'un sur cinq déclarait avoir eu des besoins de services non comblés ; et seuls 64 % des adultes rapportaient avoir un médecin de famille.

Par ses interventions et activités de recherche, le secteur Services préventifs en milieu clinique vise à ce que l'ensemble de la population adulte bénéficie de services préventifs adaptés à ses besoins et qu'elle devienne de plus en plus autonome dans l'adoption de comportements préventifs. Pour y arriver, le secteur travaille avec les partenaires du réseau à faire émerger un réseau de première ligne forte qui intègre la prévention dans le continuum de services.

Les priorités

Les priorités du secteur contribuent aux priorités régionales, soit réduire les maladies chroniques et les inégalités sociales de la santé.

Priorité 1 : Le développement d'une première ligne forte qui intègre la prévention

En raison de l'impact des services de première ligne sur le plan social et sanitaire, le secteur met à profit son expertise afin d'influencer l'organisation des services au sein des RLS. Selon une perspective populationnelle, une première ligne forte se définit par sa capacité à répondre aux besoins de santé de la population en se concertant avec tous les acteurs du réseau. L'accès aux services, l'équité, la continuité des soins et la réponse aux besoins des malades chroniques par le biais d'une approche qui intègre la prévention, en sont les facteurs clés. Ces travaux se réalisent en collaboration avec les équipes de l'ASSSM (Direction des affaires médicales universitaires, Département régional de médecine générale, Comité régional des services pharmaceutiques).

Certains résultats escomptés d'ici 2020

- Contribuer, par la production et la diffusion de données probantes, à développer une première ligne forte qui occupe une place centrale au sein des RLS.
- Contribuer au développement et à l'évaluation des modèles organisationnels de première ligne qui intègrent la prévention et la gestion des maladies chroniques.

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

Les pratiques cliniques préventives regroupent le counseling à l'égard de comportements préventifs, le dépistage des maladies, l'immunisation et la chimioprophylaxie. La promotion et le soutien à la dispensation des PCP, qui figurent parmi les stratégies d'action du PNSP, offrent un potentiel considérable à l'échelle populationnelle : en effet, l'influence des professionnels de santé sur les comportements de leurs patients est démontrée. Par le biais des PCP, il est possible de limiter la prévalence des facteurs de risques au sein de la population, d'éviter l'apparition de la maladie ou d'en détecter les premiers signes.

Certains résultats escomptés d'ici 2020

- Augmenter l'exposition de la population aux PCP en première ligne et augmenter le nombre de patients dirigés par les professionnels de la santé de première ligne vers les services préventifs de leur territoire.
- Consolider, dans les CSSS, la gamme de services pour soutenir l'adoption de saines habitudes de vie et les arrimer au continuum de prévention et de gestion des maladies chroniques (Centres d'éducation à la santé, Centres d'abandon du tabagisme, ateliers de groupes).
- Adapter les services du système de prévention clinique (SPC) à certains groupes vulnérables et développer des stratégies d'autonomisation envers les comportements préventifs.
- Établir des mesures organisationnelles structurantes favorisant l'intégration de la prévention clinique en milieu clinique de première ligne et au sein des RLS (ex. : ordonnances collectives et corridors de services).

Priorité 3 : La prévention des maladies chroniques et des cancers

Les maladies chroniques sont des maladies non contagieuses qui se développent lentement, conduisent à des incapacités et sont souvent incurables, mais évitables. Ces maladies sont attribuables au cumul d'un ensemble complexe de facteurs qui incluent les habitudes de vie, la présence de polluants dans l'environnement, l'âge, les facteurs génétiques et le contexte social. Les actions

déployées par le secteur se concentrent surtout autour d'actions de promotion auprès de la population générale et de prévention et de dépistage auprès des individus présentant des facteurs de risque modifiables.

Certains résultats escomptés d'ici 2020

- Réduire de 25 % le taux de mortalité associé au cancer du sein chez les femmes dépistées de 50-69 ans sur une période de 10 ans et augmenter de 43 % à 54 % le taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein.
- Freiner l'augmentation de la prévalence du diabète et de l'hypertension au sein la population adulte de 20 ans et plus.
- Réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % la prévalence de l'excès de poids chez les adultes par rapport à 2008.
- Réduire à moins de 45 % la proportion de la population adulte qui consomme des fruits et légumes moins de cinq fois par jour.
- Réduire à moins de 46 % la proportion de la population adulte inactive physiquement.
- **Contribuer à atteindre la cible nationale** en réduisant la prévalence du tabagisme à 16 % chez les jeunes de 15 ans et plus, **d'ici 2015**.

Les principales stratégies d'intervention

- La **mobilisation des acteurs-clés** en vue de soutenir la réorganisation de la première ligne et d'en faire la pierre d'assise de la prévention clinique et de la prévention des maladies chroniques.
- La **facilitation et le soutien aux PCP** auprès des professionnels de la santé et des milieux cliniques afin de créer des environnements favorisant l'intégration des activités préventives au sein des RLS.
- Le développement d'une **gamme de services préventifs** au sein des RLS.
- La promotion et soutien à l'**acquisition d'aptitudes individuelles** à l'égard de comportements préventifs afin de rejoindre la population adulte non desservie par la première ligne et certains groupes vulnérables.

- **L'acquisition et le transfert de connaissances** (surveillance, monitoring, recherche et évaluation) afin de favoriser leur utilisation par les partenaires, les gestionnaires et les intervenants.
- L'appui au développement de **politiques publiques saines** et à la création d'**environnements favorables**.

Des programmes et des actions pour atteindre nos résultats

Le mandat du secteur prend forme dans trois grands programmes, chacun couvrant à divers degrés l'ensemble de nos trois principales priorités.

Le système de prévention clinique

Dans chaque CSSS, le SPC est mis en œuvre par une équipe locale multidisciplinaire regroupant un gestionnaire, une infirmière-conseil en prévention clinique, un éducateur pour la santé et un conseiller en abandon du tabagisme. Les activités se déroulent en partenariat avec les milieux cliniques, les pharmacies et les ressources communautaires.

Le programme de dépistage du cancer du sein

Depuis 1998, les Québécoises de 50 à 69 ans sans antécédent de cancer du sein sont invitées aux 2 ans à passer une mammographie de dépistage gratuite dans un Centre de dépistage désigné. Le contexte particulier de Montréal, caractérisé par la multiethnicité, les réalités socioéconomiques, une grande mobilité de la clientèle et une organisation complexe des services influence fortement le taux de participation. Il est donc important de comprendre ces particularités pour accroître la participation et mettre en place des services de dépistage et d'investigation accessibles et de qualité.

La recherche en santé des populations et services de santé

En 2002, la DSP et l'INSPQ ont mis en commun leurs ressources pour créer une équipe conjointe de recherche. Les travaux portent sur les transformations des services de santé et leurs effets sur la santé des populations avec une attention particulière à la première ligne, à la prévention et la gestion des maladies chroniques et aux iniquités d'accès liées aux inégalités sociales. Par le biais d'enquêtes populationnelles et organisationnelles et l'analyse des données médico-administratives, les recherches apportent un éclairage sur la situation montréalaise et sur les modèles les plus prometteurs.

L'offre de service

- Accompagnement des CSSS et des partenaires pour la planification, le financement et l'évaluation de projets pilotes innovants.
- Animation de mécanismes de mise en réseau entre les partenaires locaux et régionaux.
- Activités de développement et de maintien des compétences pour soutenir les équipes locales travaillant aux différents programmes (ex. : communautés de pratique) ; et production, adaptation et transfert des connaissances (ex. : portraits de santé locaux).
- Soutien à la mobilisation de leviers pour le développement et la pérennisation des interventions organisationnelles favorables à la prévention clinique.

Contribution au bien-être des aînés montréalais

C'est un phénomène bien connu et dont on parle beaucoup : les populations des pays occidentaux sont vieillissantes. En soi, cela est une bonne nouvelle : cela signifie que l'espérance de vie augmente, reflet des progrès sociosanitaires, médicaux et techniques accomplis dans les dernières décennies. Néanmoins, il en résulte aussi des défis, car beaucoup d'aînés vivent seuls, avec des moyens modestes et la diminution de revenu et des contacts sociaux peuvent contribuer à l'apparition d'inégalités entre aînés et plus jeunes.

Les sociétés occidentales, de plus, valorisent la jeunesse et ses attributs, ce qui peut entraîner une forme de discrimination fondée sur l'âge, appelée âgisme. Ces facteurs concourent à l'isolement social des aînés, ce qui menace leur santé, sans oublier que vieillir est souvent aussi synonyme de problèmes de santé chroniques et de perte d'autonomie, ce qui exacerbe davantage l'isolement.

Ce constat n'a pas échappé aux CSSS de l'île, dont huit ont choisi d'en faire une priorité. Nombre de partenaires s'impliquent aussi dans ce dossier, dont la Fédération de l'âge d'or du Québec, l'Institut de gériatrie de Montréal, le Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CSSS Cavendish) et la Ville de Montréal – qui veut adhérer au programme Ville amie des aînés de l'OMS. Au bout du compte, protéger et améliorer la santé de ses aînés passe par une série d'actions : réduire l'isolement social et améliorer leurs conditions de vie, créer des environnements sécuritaires, adaptés et conviviaux, et assurer un continuum de soins de la prévention jusqu'au soutien.

La DSP, elle aussi, travaille en ce sens. À titre d'exemple, en matière d'amélioration de l'environnement et des conditions de vie, la DSP travaille à l'adoption de politiques publiques favorisant la sécurité des piétons et le transport actif, la sécurité alimentaire, la qualité de l'air et la salubrité des logements. Côté prévention, la DSP soutient la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein, les pratiques cliniques préventives visant une saine alimentation, la pratique d'activité physique et l'abandon du tabac; et elle finance aussi le Programme intégré d'équilibre dynamique pour lutter contre les chutes. En matière de protection, mentionnons les plans de lutte contre la chaleur accablante et les infections nosocomiales, qui touchent de façon plus marquée les aînés. Enfin, par de multiples activités de santé publique contribuant à l'amélioration des conditions de vie des plus jeunes et des adultes, la DSP contribue également à garder la population montréalaise en meilleure santé à un âge avancé.

Contribution à l'amélioration de la santé mentale des Montréalais

Comme beaucoup de monde, la DSP se sent interpellée par les problèmes liés à la santé mentale. Cette préoccupation est partagée par deux CSSS qui l'ont d'ailleurs ciblé comme une priorité de leur PLSP.

En matière de santé mentale, la DSP intervient en amont en déployant des activités visant la prévention des problèmes de santé mentale. Parmi celles-ci : le déploiement des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance auprès des familles vulnérables; le développement des cinq domaines de la maturité scolaire : santé physique et bien-être, compétence scolaire, maturité affective, développement cognitif et langagier, habiletés de communication et connaissances générales, en collaboration avec le ministère de la Famille et des Aînés ainsi que l'organisme Avenir d'enfants; diverses actions visant à prévenir la détresse psychologique chez les jeunes. Enfin, la DSP compte également intensifier ses efforts de lutte contre la violence et les dépendances chez les jeunes (tabac, alcool, toxicomanies et jeux d'argent).

D'ici les cinq prochaines années, la DSP compte maintenir et renforcer toutes ces initiatives. Pour ce faire, elle travaillera à l'adoption de politiques publiques favorisant à la fois la santé mentale de l'ensemble des Montréalais, en particulier la santé et le bien-être des aînés, elle soutiendra les CSSS dans leurs initiatives locales et continuera d'être à l'écoute de ses partenaires.

Stratégies

Au cours des prochaines années, la DSP entend soutenir le développement des communautés, influencer les politiques publiques favorables à la santé des Montréalais, soutenir l'action sectorielle et intersectorielle et soutenir le développement et le maintien des pratiques professionnelles et de gestion afin qu'elles intègrent la promotion, prévention et protection. Ces stratégies font écho à la fois au PNSP, à la Charte d'Ottawa ainsi qu'aux Plans locaux de santé publique réalisés par les CSSS. Elles contribueront d'une part, à renforcer la capacité d'agir des personnes afin qu'elles puissent exercer un plus grand contrôle sur leur santé et, d'autre part, à rendre les environnements montréalais favorables à la santé. Afin d'illustrer les efforts de la DSP dans chacune de ces stratégies, voici quelques exemples tirés de dossiers prioritaires pour les cinq prochaines années.

Soutenir le développement des communautés

Le développement des communautés est un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur les plans social, culturel, économique et environnemental¹⁸. La notion de communauté réfère plus particulièrement à un territoire local d'appartenance soit « *un système social structuré de personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique précis. Ces personnes ont une interaction sociale et partagent, entre elles et avec le lieu qu'elles habitent, certaines valeurs communes et des liens psychologiques démontrant une certaine conscience de leur identité en tant que communauté* ».¹⁹

Le soutien au développement des communautés s'avère une stratégie fondamentale du PNSP 2003-2012 pour améliorer la santé et le bien-être. Il constitue également l'une des assises des PLSP 2010-2015 des CSSS. Il occupe aussi une place clé dans les efforts de la DSP pour améliorer les conditions de vie, lutter contre la pauvreté et contrer les inégalités sociales de santé à Montréal.

Le soutien au développement des communautés vise le renforcement du pouvoir d'agir (*empowerment*) des

individus et des communautés dans une perspective de développement global, sain et durable. Il trouve sa force dans des réponses collectives aux enjeux identifiés par les milieux. Il donne lieu à des projets définis et gérés par les communautés susceptibles d'avoir des répercussions sur la santé au sens plus global. En effet, plusieurs actions touchent les déterminants sociaux de la santé tels le revenu, l'emploi, la scolarité, le logement, le transport, la cohésion sociale et la participation sociale qui ont un impact important sur la qualité et les conditions de vie des résidents.

Le développement des communautés suppose la mise en commun des compétences, des forces et des connaissances de chacun par le biais de la concertation et de partenariats. La participation des citoyens et les acteurs de différents réseaux (communautaire, économique, santé, scolaire, municipal, etc.) y est essentielle et ce, à toutes les étapes du processus (identification des besoins, choix des priorités, élaboration du plan d'action, mise en œuvre et évaluation). Celui-ci apparaît d'ailleurs comme la dimension la plus déterminante, l'appropriation démocratique des enjeux locaux par les communautés étant fondamentale pour obtenir des résultats appropriés et durables²⁰.

Il est toutefois important de noter que les communautés locales ne disposent pas de tous les leviers pour contrer la pauvreté et les inégalités sociales de santé. C'est pourquoi leurs actions doivent notamment être appuyées par des politiques publiques efficaces de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et renforcées par la consolidation de collaborations et de partenariats intersectoriels régionaux, deux stratégies primordiales du PRSP 2010-2015. L'adaptation des pratiques de gestion ainsi que des modalités de reddition de compte en fonction des besoins exprimés par les partenaires permet également à la DSP d'assurer la mise en place de conditions favorables au développement des communautés.

La contribution de la DSP relativement à cette stratégie se fera de façon concertée avec les CSSS et les partenaires régionaux en tenant compte des besoins identifiés par les communautés. Celle-ci comprendra notamment une accessibilité accrue à l'information sur l'état de santé des membres des communautés, un soutien à la concertation

et à des projets issus des communautés (ex. : soutien financier aux tables de quartier en développement social, documentation de certaines problématiques ou enjeux identifiés par les communautés, soutien à l'évaluation de processus et des retombées des actions, collaboration à des projets de recherche en partenariat avec les communautés locales, etc.). Enfin, nous contribuerons avec nos partenaires au partage des expériences réalisées ici ou ailleurs et des connaissances entre praticiens et chercheurs.

Initiative montréalaise de soutien au développement social local

Contexte

Une des particularités de la région en matière de soutien au développement des communautés est le partenariat établi depuis plusieurs années dans le cadre de *l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local* entre la Ville de Montréal et les arrondissements, Centraide du Grand Montréal, la DSP, les CSSS et la Coalition montréalaise des tables de quartier. Financée depuis 1997 par la Ville de Montréal, Centraide du Grand Montréal et la DSP, son objectif est d'améliorer la qualité et les conditions de vie des personnes dans plusieurs domaines : vie sociale et communautaire, santé, aménagement urbain, environnement, éducation, économie, habitation, transport, sécurité, emploi, sécurité alimentaire, culture, sports et loisirs²¹.

L'Initiative accorde un soutien financier à des tables de concertation en développement social appelées tables de quartier qui réunissent les citoyens ainsi que les partenaires du territoire provenant de divers réseaux et secteurs d'activités. Les tables favorisent la participation des acteurs aux activités de diagnostic, de planification, de mise en oeuvre d'actions et d'évaluation et permettent à tous de se donner une vision globale du développement du quartier.

Acquis

- *L'Initiative montréalaise* est reconnue comme une innovation en termes de partenariat en soutien au développement des communautés.
- Il existe présentement 29 tables de quartier dans la région de Montréal.
- Les tables sont des agents de mobilisation qui exercent un leadership rassembleur en développement social local.

- Le rôle et l'apport des tables de quartier sont de plus en plus reconnus par les acteurs locaux, régionaux et nationaux.
- Les arrimages entre les milieux institutionnels et communautaires sont renforcés.
- Les tables réalisent plusieurs actions et projets intersectoriels contribuant à l'amélioration de la qualité et des conditions de vie des citoyens. (ex. : développement de l'embauche locale, amélioration des conditions de logement, construction de logements sociaux, marchés saisonniers pour un meilleur accès à des aliments sains, mise sur pied d'un centre communautaire et de ressources pour les familles, actions favorisant la sécurité des piétons, le transport actif, la persévérance scolaire, etc.).

Objectifs

- Soutenir la concertation des acteurs de différents réseaux et secteurs d'activités, y compris les citoyens, pour le développement de leur communauté et la réalisation d'actions concertées visant l'amélioration de la qualité et des conditions de vie.
- Créer un contexte favorisant la santé et le bien-être de la population.

Bénéfices escomptés

- La réalisation d'actions concertées visant à agir sur les déterminants de la santé et du bien-être par les communautés grâce au soutien des tables de quartier financées et appuyées par *l'Initiative*.
- Une planification régionale concertée qui tient compte des conditions nécessaires à la mise en place et au fonctionnement des mécanismes de concertation locaux.

Production de portraits de santé régionaux et locaux

Contexte

La Loi de santé publique confie aux directions régionales de santé publique la responsabilité de la surveillance de l'état de santé. En parallèle, la Loi sur la santé et les services sociaux mandate les CSSS à planifier leurs services en fonction d'une connaissance de l'état de santé de leur population. Ce cadre offre ainsi les moyens aux acteurs du réseau de la santé de soutenir la mise en oeuvre d'actions dans les communautés en s'appuyant sur la connaissance de ce qui caractérise les populations qui résident sur leur territoire respectif.

C'est dans ce contexte que la DSP s'affère depuis nombre d'années à la production régulière de portraits sur la santé. Tantôt réalisés dans l'optique de faire le point sur les principaux enjeux de santé à Montréal, ces portraits sont de nature variée et documentent aussi des problèmes de santé ciblés (ex. : diabète, asthme, ITSS), les conditions de vie des populations (ex. : caractéristiques sociales, environnements physiques, utilisation des services de santé) et l'état de santé de groupes spécifiques (ex. : aînés, jeunes). Au cours des dernières années, la production de données et de portraits, non seulement à l'échelle des CSSS mais aussi par unités de voisinage ou à échelle plus fine, est devenue une pratique courante. Cette approche a encouragé l'utilisation de données probantes dans le cadre d'analyses ou de diagnostics de milieux et contribué à la mise en place d'interventions locales favorisant la santé dans les communautés visées. Cette façon de travailler en collaboration avec les CSSS et qui consiste à acquérir, à analyser et à diffuser des informations à des échelles qui font sens pour les communautés locales est à renforcer. Celle-ci suppose également des arrimages avec les partenaires réalisant d'autres types de portraits et analyses populationnelles afin de mieux répondre aux besoins des communautés locales.

Acquis

- Acquisition récurrente et concertée de données sur la santé et les déterminants de la santé permettant de dresser des états de situation régionale et locale.
- Sensibilité de la DSP à acquérir, à analyser et à diffuser des informations à des échelles qui font sens pour les communautés locales.
- Utilisation régulière des données de santé par les CSSS pour sensibiliser leurs partenaires, alimenter la réflexion et planifier des actions au bénéfice des communautés.
- Analyse de l'état de santé de la population montréalaise mettant à profit les expertises variées des professionnels de la DSP selon les 6 orientations du PRSP.
- Présence de mécanismes formels de concertation entre le palier régional et les CSSS qui favorisent la prise en compte des besoins d'information des acteurs locaux et qui, à l'inverse, nourrissent les portraits de santé d'un regard éclairé sur le contexte local.

Objectifs

- Fournir aux acteurs régionaux et locaux et à leurs partenaires respectifs des informations et analyses pertinentes sur l'état de santé des Montréalais afin qu'ils les utilisent pour la mise en place d'actions favorables au maintien ou à l'amélioration de la santé dans les communautés.

Bénéfices escomptés

- Soutenir la planification régionale et locale des services de santé dans une perspective de développement des communautés.
- Favoriser la prise en compte de la santé publique dans les diagnostics de quartier et la mise en œuvre d'actions intersectorielles dans les communautés.
- Améliorer l'état de santé des individus et contrer les inégalités sociales de santé.

Influencer l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé et au bien-être

Les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être à l'échelle municipale, régionale ou nationale améliorent les conditions de vie des personnes, créent des milieux qui favorisent des modes de vie sécuritaires adéquats et durables. Toutefois, leur manque d'harmonisation, leur rigidité contribuent parfois à affaiblir certains milieux ou encore à perpétuer les inégalités sociales de santé²². À cet égard, le rôle d'influence joué par la santé publique dans l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé et au bien-être est essentiel puisqu'il permet non seulement de réduire les conséquences des problèmes mais également d'orienter le développement.

Comme pour le soutien au développement des communautés, la participation et la mobilisation citoyenne locale sont les clés essentielles à l'adoption de politiques publiques saines, tout autant que l'action régionale. D'une part, les politiques publiques doivent favoriser la participation et résulter d'une mobilisation, d'autre part, la production et la diffusion de données et d'information sociosanitaires pertinentes devraient favoriser l'adoption de politiques publiques saines.

Conditions de logement

Contexte

Le PNSP 2003-2012 prévoit que la salubrité des logements est un domaine prioritaire d'intervention. Bien que la DSP intervienne activement dans ce dossier depuis l'an 2000, les données récentes de l'étude montréalaise sur la santé respiratoire des enfants montrent qu'il reste beaucoup de travail à faire. En effet, sur l'île, des problèmes d'humidité excessive ou de moisissures seraient présents dans 36 % des domiciles où résident des enfants. Les résultats sont similaires à ceux d'une étude réalisée en 1988 dans six régions au Canada, incluant le Québec, où 38 % des personnes rapportaient la présence de signes d'humidité excessive ou de moisissures à la maison²³. De telles conditions ont un impact marquant sur la santé. Par exemple, on estime que 15 % des cas d'asthme pédiatrique (enfants de 6 mois à 12 ans) seraient liés aux conditions d'humidité ou à la présence de moisissures au domicile de l'enfant. De plus, le nombre grandissant des infestations de punaises de lit dans les logements entraîne un impact, à la fois sur la santé physique (piqûres, démangeaisons, etc.), et sur la santé mentale (anxiété, problèmes de sommeil, exclusion sociale) de la population.

L'adoption de meilleures pratiques d'intervention par tous les partenaires en cas d'insalubrité, un meilleur suivi des correctifs dans les bâtiments insalubres, l'adoption d'un programme d'entretien des bâtiments, la conception et la construction de bâtiments plus durables, ainsi qu'un plus grand accès à des logements sains pour les personnes à faible revenu, sont autant de moyens permettant de réduire le nombre de Montréalais exposés à des conditions de logement insalubres.

Acquis

- Un *Règlement sur la salubrité et l'entretien des logements* de la Ville de Montréal qui tient compte des préoccupations de santé publique (ex. : présence de moisissures et de conditions humides).

Invitée à participer au comité de travail mis sur pied lors de la fusion des municipalités sur l'île en 2003 pour élaborer le règlement, la DSP a fait des recommandations à la Ville en vue de bonifier le règlement et rendre sa mise en application uniforme dans tous les arrondissements.

- Des enquêtes qui permettent de formuler des recommandations de santé publique aux autorités en vue d'améliorer les conditions de logement.

La DSP répond à une centaine de signalements par an provenant de médecins traitants, d'inspecteurs municipaux et de CSSS. Elle conduit alors une enquête dans les bâtiments, et au besoin auprès des occupants, afin d'évaluer les problèmes de salubrité et formuler des recommandations aux autorités responsables de la mise en application des solutions aux problèmes décelés (arrondissements, villes liées, Office municipal d'habitation de Montréal, Ville de Montréal).

- Un Plan régional de lutte aux infestations de punaises de lit élaboré conjointement par la Ville de Montréal et la DSP.

Objectif

- Réduire le nombre de Montréalais exposés à des conditions de logement insalubres.

Bénéfices escomptés

- Une plus grande proportion de Montréalais ayant accès à des logements sains.
- Une diminution significative de problèmes respiratoires dans la population.
- Une diminution du nombre de logements insalubres sur l'île.

Maturité scolaire

Contexte

Le 28 février 2008, la DSP dévoilait les résultats de l'enquête *En route pour l'école!*²⁴, qui révélait que 35 % des enfants montréalais sont vulnérables au moment de leur entrée à l'école et risquent, à divers égards, d'éprouver des difficultés dans leur cheminement scolaire.

En réponse à ce constat, la DSP a lancé un appel à la concertation en proposant l'organisation de 12 sommets locaux menant à un sommet régional, le Sommet montréalais sur la maturité scolaire. L'objectif : déterminer les besoins à combler pour promouvoir et mieux soutenir le développement des enfants et favoriser leur réussite scolaire. Cette démarche de mobilisation a permis de réunir plus de 1500 acteurs dont les interventions touchent de près ou de loin les enfants et leur famille.

Acquis

- Le comité régional *Horizon 0-5* regroupe plus d'une douzaine de partenaires engagés à poursuivre la mobilisation des intervenants sectoriels et intersectoriels

autour des besoins des tout-petits et à soutenir le développement et le déploiement des ressources et services pour eux et leur famille.

- Un plan stratégique en petite enfance pour soutenir la mise en œuvre de pistes de solutions régionales énoncées lors du sommet montréalais sur la maturité scolaire.
- Des liens plus étroits entre les acteurs du réseau scolaire et du réseau de la petite enfance.
- La mise en place de comités de suivi et de réflexion sur la maturité scolaire dans les CSSS.
- De nombreuses instances nationales, régionales et locales ont inscrit l'intervention précoce et le développement de l'enfant comme une priorité pour les années à venir.
- La création d'un fonds pour le développement des jeunes enfants de 400 M\$ sur 10 ans financé de manière conjointe par le gouvernement du Québec et la Fondation Lucie et André Chagnon et géré par l'organisme à but non lucratif *Avenir d'enfants*.
- La prise en compte des résultats de l'enquête sur la maturité scolaire dans la répartition des places en services de garde en donnant la priorité à certains quartiers vulnérables.
- L'accroissement du nombre de territoires qui recevront le soutien du Programme d'aide à l'éveil à la lecture et à l'écriture.
- Un intérêt marqué de la part des autres régions et du gouvernement du Québec pour l'enquête et la démarche de mobilisation.

Objectif

- Offrir à chaque enfant de 0-5 ans un environnement favorisant le développement de son plein potentiel, contribuant ainsi à son bien-être et à sa réussite éducative.

Bénéfices escomptés

- Réduire le taux de vulnérabilité des tout-petits au moment de leur entrée à l'école en deçà de 30 % d'ici 2015.

Mobiliser et soutenir les partenaires sectoriels et intersectoriels dans des actions de promotion, prévention et protection

L'importance des déterminants de la santé, comme le revenu, le statut social, le niveau d'instruction, l'emploi, les réseaux de soutien social et l'environnement physique justifie la collaboration entre les partenaires de nombreux secteurs en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population²⁵. De fait, l'action intersectorielle résulte d'un processus au cours duquel des acteurs issus de plusieurs secteurs s'unissent pour agir sur une situation complexe qu'ils ne peuvent maîtriser seuls²⁶. L'expérience acquise indique que l'efficacité de l'action intersectorielle est maximisée lorsqu'elle comporte à la fois une collaboration sectorielle et intersectorielle, soit une collaboration entre différents secteurs et entre les divers niveaux au sein d'un même secteur²⁷.

Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 (PAG)

Contexte

En octobre 2006, le gouvernement du Québec a adopté un Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, *Investir pour l'avenir*. Il convie tous les secteurs de la société civile à travailler de façon intersectorielle afin de mettre en œuvre des actions qui instaureront des environnements et des conditions de vie favorisant l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Ces actions contribueront à réduire les taux de prévalence de l'obésité et de l'embonpoint tant chez les jeunes que les adultes.

Pour déployer le PAG à l'échelle régionale, la Conférence administrative régionale de Montréal a formé la Table régionale sur les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes reliés au poids. Il incombe au directeur de santé publique d'assumer un leadership pour mobiliser ses partenaires et coordonner les travaux menant à la rédaction

d'un plan d'action régional. Par ailleurs, le gouvernement du Québec et la Fondation Lucie et André Chagnon ont créé, en 2007, le Fonds Québec en forme auquel chacun contribue à hauteur de 200 M\$ sur 10 ans. Depuis l'automne 2009, des projets régionaux issus de la Table régionale sur les saines habitudes de vie sont admissibles à ce fonds.

Acquis

- Une Table régionale sur les saines habitudes de vie composée de 12 directeurs généraux des organismes suivants : ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, ministère de la Famille et des Aînés, ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire, ministère des Transports du Québec, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, Conférence régionale des élus, Ville de Montréal, Québec en forme, Sport et Loisir de l'Île de Montréal, Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île, CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent.
- Un inventaire des interventions mises en oeuvre par les membres de la Table en rapport avec les actions du PAG.
- Cinq orientations et des objectifs qui feront partie du plan d'action régional.
- Des projets régionaux concertés.

Objectif

- Contribuer, par des actions concertées, à créer des milieux de vie favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie.

Bénéfices escomptés

- Une ville et des quartiers sécuritaires qui favorisent un mode de vie physiquement actif.
- Des écoles et des services de garde éducatifs à l'enfance qui offrent la possibilité de bouger au moins une heure par jour.
- Des écoles, des services de garde éducatifs à l'enfance, des lieux sportifs et de loisirs municipaux qui valorisent la saine alimentation.
- Des aliments nutritifs, frais et locaux accessibles dans tous les quartiers (en matière de coût et de disponibilité).
- Des milieux hospitaliers, de garde, municipaux, communautaires et commerciaux accueillants pour les femmes qui allaitent.

Services d'injection supervisée (SIS)

Contexte

Les services d'injection supervisée offrent des locaux où les usagers de drogues par injection peuvent venir s'injecter des drogues – qu'ils apportent – dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité, sous la supervision d'un personnel qualifié (infirmières, infirmières auxiliaires, etc.) et sans la crainte d'être arrêtés par les autorités policières.

En 2003, le MSSS a mandaté l'ASSSM afin de mener une étude de faisabilité au sujet de la création de lieux d'insertion et de services d'injection supervisée pour les usagers de drogues par injection. **En 2004**, les deux volets suivants ont été acceptés par l'ASSSM : la mise en place d'un projet pilote visant la création d'un service d'accueil et d'insertion sociale des UDI (PLAISIRS a ouvert en 2006) et l'évaluation de l'ajout de SIS.

Le PNSP, dans sa mise à jour terminée en 2008, suggère d'envisager l'implantation de services d'injection supervisée. Pour sa part, l'INSPQ a recommandé, en 2009, que l'accès aux SIS se fasse par l'entremise des organismes communautaires qui se consacrent à la prévention des ITSS auprès des UDI ou dans les établissements du réseau de la santé.

Acquis

- Une mission exploratoire à Barcelone réalisée en 2008, à laquelle prenaient part des directeurs d'organismes communautaires qui se consacrent à la prévention des ITSS auprès des UDI ainsi que des professionnels de santé publique, a permis de dégager des recommandations dans le cadre du renouvellement des pratiques préventives en ITSS. Il a alors été recommandé d'élargir la palette des services proposés par le réseau d'organismes communautaires de prévention des ITSS en y intégrant des services d'injection supervisée, à inscrire dans le continuum de services en dépendances aux drogues et en prévention des ITSS.
- Certains des 32 organismes communautaires de la Coalition sur la réduction des méfaits formée en 2010 ont interpellé directement le directeur de santé publique pour que soit réalisée une étude de faisabilité sur l'implantation des SIS.
- Lors du lancement de son rapport sur les ITSS à l'automne 2010, le directeur de santé publique s'est engagé à créer un comité afin d'étudier la faisabilité d'implanter des SIS à Montréal.

Objectif

- Mobiliser le réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires et les partenaires, dont les autorités municipales et policières de la Ville de Montréal, les représentants des usagers de drogues et les tables de quartier dans le but d'évaluer la faisabilité d'offrir aux UDI un accès à des services sécuritaires qui favorisent la réduction des méfaits liés à la consommation de drogue.

Bénéfices escomptés

- La réduction des risques pour la santé liés à l'injection de drogues dont la transmission du VIH et du VHC.
- La réduction de la morbidité et de la mortalité par surdose.
- L'amélioration de l'accès aux soins.
- La réduction du recours aux urgences et au transport ambulancier.
- La réduction des nuisances, soit la diminution de la consommation de drogues dans les lieux publics et la baisse du nombre de seringues souillées trouvées dans l'environnement.

Soutenir le développement et le maintien des pratiques professionnelles et de gestion afin qu'elles intègrent la promotion, la prévention et la protection

Une facette essentielle du rôle de l'équipe de la DSP consiste à soutenir le développement des pratiques professionnelles. Ceci découle du rôle régional de soutien à l'égard de tous les CSSS afin de partager les expertises et outils au bénéfice de tous les territoires. Ceci contribue à l'efficacité de notre réseau, évite le dédoublement et favorise l'harmonisation des façons de faire. Notre travail de soutien envers les pratiques professionnelles s'articule sous diverses formes :

- Vigie et expertise scientifique afin de guider le choix des stratégies efficaces au niveau populationnel.

- Production de synthèses, produits et outils pratiques et utilisables par les partenaires du réseau, à la fois décideurs, professionnels et médecins.
- Diffusion de lignes directrices et de guides de pratique visant à soutenir la planification.
- Formations de base et continue pour les professionnels afin de favoriser l'intégration des connaissances dans les pratiques quotidiennes (ex. : les communautés de pratique et les laboratoires de promotion de la santé).
- Activités de partage et de transfert de connaissances (ex. : conférences, ateliers thématiques, etc.).
- Soutien aux milieux par diverses formules d'accompagnement pour le changement de pratiques.

Pratiques cliniques préventives auprès des pharmaciens dans le cadre de la lutte contre le tabagisme

Contexte

Les pratiques cliniques préventives sont un ensemble d'intervention menées par un professionnel de la santé auprès d'un patient. Ces interventions regroupent le counselling à l'égard de comportements préventifs, le dépistage des maladies ou de facteurs de risque, l'immunisation et la chimioprophylaxie.

Montréal compte près de 400 000 fumeurs au sein de sa population adulte, dont environ 70 % souhaitent cesser de fumer. Il est connu qu'un traitement médicamenteux, combiné à un counselling intensif, augmente les chances de succès du fumeur. Toutefois, beaucoup de fumeurs n'ont pas accès à un médecin et ne connaissent pas les services de cessation disponibles, en particulier dans les CSSS.

Environ 1230 pharmaciens communautaires oeuvrent dans les 430 pharmacies réparties dans les 12 CSSS. Ces pharmacies représentent autant de points de services de première ligne pour offrir à la population une offre d'aide en cessation tabagique. Généralement, la population consulte plus souvent un pharmacien qu'un médecin, ce qui engendre de nombreuses opportunités de contact pour des actions de prévention.

C'est dans ce contexte que la DSP a déployé, en 2005, une ordonnance collective à portée régionale pour les thérapies de remplacement de la nicotine au nom du directeur de santé publique. Celle-ci permet au phar-

macien oeuvrant en communauté de commencer les thérapies de remplacement à la nicotine couvertes par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et, en complément, de diriger les fumeurs vers les services d'aide en cessation, notamment les centres d'abandon du tabagisme, afin qu'ils puissent bénéficier d'un soutien personnalisé. Une ligne téléphonique de garde régionale pour l'ordonnance collective de thérapie de remplacement de la nicotine (OC-TRN) est disponible pour soutenir les pharmaciens dans leurs pratiques.

Acquis

Depuis plusieurs années, la DSP soutient les fumeurs par le biais de la promotion du counselling en cessation tabagique auprès des professionnels de la santé et par le déploiement de services spécialisés, notamment les Centres d'abandon du tabac.

Une première ligne déjà engagée dans la promotion de la cessation tabagique

- En 2010, 60 % des fumeurs déclarent avoir reçu des conseils en relation avec la cessation tabagique à leur source habituelle de soins.
- Le SPC déployé par les CSSS et soutenu par la DSP œuvre en ce sens afin de promouvoir les PCP, renforcer le réseau local de services et relier les milieux cliniques de première ligne (incluant les pharmacies communautaires), les ressources en prévention du CSSS et les ressources de la communauté.
- Parmi les PCP associées à l'adoption des saines habitudes de vie et ciblées par le SPC, le counselling sur la cessation tabagique et l'utilisation des TRN figurent en bonne place.

Une gamme de services variée pour soutenir le fumeur

- Montréal compte plus de 12 centres d'abandon du tabagisme localisés dans les CSSS de Montréal et un dans un centre hospitalier.
- À cela s'ajoutent des sessions de groupes offertes dans les territoires de CSSS et l'accès à la ligne téléphonique *J'Arrête* ainsi qu'à des ressources sur le Web.

Une équipe régionale qui travaille de concert avec les équipes locales des CSSS

- Des ateliers d'appropriation pour les pharmaciens de leur territoire au sujet de l'OC-TRN qui incluent

l'initiation et le suivi de l'OC-TRN, le counselling et la promotion des services en cessation tabagique.

- Des outils de promotion et d'intervention afin de soutenir le pharmacien dans son milieu (affiche, guide de cessation pour les patients, carton d'information pour le pharmacien, site Internet, etc.).
- Un monitoring continu de l'utilisation de l'ordonnance collective pour les TRN par territoire de CSSS, qui permettra de caractériser l'utilisation de l'OC-TRN par les pharmaciens et les fumeurs qui en bénéficient.

Objectifs poursuivis

L'ordonnance collective TRN habilitant les pharmaciens à amorcer une TRN vise à :

- Augmenter l'accessibilité au counselling et l'utilisation des aides pharmacologiques auprès des fumeurs et diriger davantage de fumeurs vers les centres d'abandon du tabagisme.
- Rejoindre les fumeurs qui ne connaissent pas les services en cessation tabagique et qui ne fréquentent pas les ressources médicales habituelles.
- Promouvoir le rôle des pharmaciens dans le réseau local de services en rapport avec les pratiques cliniques préventives, en commençant par la problématique du tabagisme.
- Favoriser le partenariat entre les CSSS et les pharmaciens communautaires de leur territoire, entre autres en les impliquant au sein des comités existants, comme le comité de prévention et de gestion des maladies chroniques.

Bénéfices escomptés

- La participation des pharmaciens à réduire le tabagisme chez les Montréalais.
- Une contribution des pharmaciens à la réduction des inégalités sociales liées à l'accessibilité des fumeurs aux ressources en cessation tabagique.
- La mobilisation des pharmaciens communautaires autour d'un enjeu de santé publique, ce qui permettra de mieux positionner leur rôle et leur contribution en prévention à titre d'acteurs de première ligne au sein d'un réseau local de services.

Programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE)

Contexte

La *Loi sur la santé et la sécurité du travail* prévoit l'élaboration d'un Programme de santé spécifique à l'établissement dans tous les établissements où les risques pour la santé requièrent une intervention préventive. Ce programme, adapté à chaque établissement, vise à diminuer l'incidence, la prévalence et les conséquences des lésions professionnelles en réduisant l'exposition des travailleurs à divers agresseurs (physiques, chimiques, biologiques, ergonomiques et psychologiques) par des activités de surveillance médicale et environnementale, de formation et d'information et de premiers secours et de premiers soins.

Au cours des cinq prochaines années, la DSP mise sur une nouvelle approche pour élaborer et mettre en application les PSSE. Cette approche s'inscrit dans une démarche amorcée au printemps 2010 par la Table de concertation nationale en santé au travail, laquelle s'est dotée d'un plan stratégique, dont l'un des quatre principaux enjeux est la prise en charge de la prévention par les milieux de travail.

Acquis

- Une expertise de plus de 30 ans, basée sur la recherche, l'expérimentation et la distribution de services.
- Un modèle de classification des milieux de travail selon une série de critères de gravité des atteintes à la santé, associés aux facteurs de risque et au contexte du milieu de travail, qui permettra de cibler les milieux les plus à risque.

Objectifs

- Intensifier notre soutien aux milieux de travail afin de les seconder dans leur prise en charge de la santé et de la sécurité en vue d'éliminer ou de réduire les risques pour la santé.

En rapport avec cet objectif, nous souhaitons que les milieux de travail :

- Développent leurs compétences pour agir sur les risques présents.
- Réduisent ou éliminent les risques pour la santé.
- Assurent la pérennité des mesures préventives mises en place afin que nous puissions desservir le plus grand nombre d'établissements présentant des risques élevés pour la santé.

Bénéfices escomptés

- Plus de travailleurs protégés de l'exposition à des facteurs de risque en milieux de travail.
- Une proportion élevée d'établissements présentant des risques graves pour la santé (évalués chaque année à l'échelle de la région), bénéficiant de PSSE.
- Une proportion élevée d'établissements ayant une structure ou un système de gestion garant de l'utilisation des stratégies préventives nécessaires pour réduire, contrôler ou éliminer les risques retenus dans le PSSE.
- Une proportion élevée d'établissements ayant maintenu, cinq ans après la mise en application du PSSE, une structure ou système de gestion à l'égard des stratégies préventives, comme indiqué ci-dessus.

Fonctions

Ce qui structure les actions de santé publique

Pour appuyer la mise en œuvre du PRSP et des PLSP, la DSP doit, en plus d'accompagner et de soutenir les équipes des CSSS qui déploient des interventions de santé publique sur l'ensemble du territoire, mener un certain nombre d'actions qui constituent aussi une partie essentielle de son offre de service.

Surveiller l'état de santé de la population

La surveillance de l'état de santé constitue une étape fondamentale à l'exercice de la santé publique. L'État québécois reconnaît d'ailleurs l'importance d'apprécier de façon continue la santé de sa population en lui accordant une place centrale au sein du mandat des directeurs régionaux de santé publique. Implanter des activités de santé publique exige de dresser régulièrement des portraits traitant de la santé des populations et des facteurs qui y sont associés, d'observer les tendances temporelles et spatiales et de cerner les problèmes prioritaires. En complémentarité avec des activités de recherche qui permettent, entre autres, de déterminer les déterminants de la santé, la surveillance sert donc à éclairer, au préalable, la prise de décision en matière d'interventions de promotion, de prévention et de protection.

Cet exercice d'évaluation de l'état de santé des Montréalais, tant à l'échelle régionale que locale, la DSP a choisi de le faire en relation avec les six orientations. À cet égard, elle mettra notamment en place des activités d'analyse et de diffusion d'information qui guident le déploiement des actions prioritaires dans chacun de ces axes d'intervention. Durant la période 2010-2015, elle poursuivra sur cette voie en publiant bon nombre d'analyses.

Du côté des inégalités sociales de santé, la DSP entend aussi accentuer ses activités de surveillance. D'une part, elle fera dans les contextes propres à chacune des six

orientations et, d'autre part, en documentant les inégalités de santé propres à des populations particulièrement vulnérables.

Afin d'assumer pleinement sa responsabilité en matière de surveillance, notamment pour soutenir l'implantation de l'approche populationnelle dans les CSSS, la DSP poursuivra la mise en œuvre de plusieurs chantiers importants :

- l'élaboration et l'implantation du *Plan régional de surveillance de Montréal*, qui guidera ses activités de surveillance, notamment l'acquisition de données et les travaux d'analyse
- la réalisation d'un *Programme d'enquêtes à portée locale sur la santé des Montréalais*, pour répondre au besoin croissant des CSSS de disposer de données de santé propres à leur territoire
- l'alimentation continue de ses nouvelles plateformes de diffusion web, dont le site du directeur de santé publique, l'Espace montréalais d'information sur la santé et l'Observatoire sur l'environnement bâti et la santé. La création d'un espace réservé à la surveillance des inégalités sociales de santé est aussi planifiée à court terme.

Enfin, la DSP demeure engagée à maintenir une approche de concertation et les mécanismes mis en place pour le faire, par exemple, le Comité régional des utilisateurs de données sociosanitaires. Cette concertation vise à harmoniser les travaux de surveillance ainsi qu'à favoriser une meilleure appropriation des résultats chez nos partenaires locaux.

La recherche et l'innovation

La recherche réalisée à la DSP est résolument orientée vers l'intervention de santé publique. Elle vise à produire des connaissances utiles à l'amélioration des pratiques et à la prise de décision.

En outre, la DSP contribue à développer la carrière de chercheurs et peut compter sur de riches collaborations établies avec les milieux universitaires pour produire une recherche de qualité, arrimée aux besoins, et pour associer connaissances, compétences et décisions. La collaboration de longue date établie avec le Centre de recherche Léa-Roback en est un bel exemple. Elle constitue une alliance stratégique de premier plan, notamment dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, une priorité centrale du PRSP 2010-2015.

En y associant les milieux de l'intervention, la recherche contribue à l'effort d'innovation dans l'intervention de santé publique auquel travaille la DSP avec ses partenaires par le partage des connaissances auprès des CSSS ainsi que des milieux scolaire, municipal et communautaire.

Informer la population et les partenaires

Que ce soit dans le but d'informer la population de son état de santé, de la sensibiliser à adopter de meilleures habitudes de vie, de mobiliser les partenaires sur un dossier d'intérêt ou d'influencer les décideurs afin que soient élaborées des politiques publiques favorables à la santé, la communication est un incontournable en santé publique.

Afin d'augmenter l'efficacité et l'impact de ses interventions en matière de communication à l'égard de la promotion, la prévention et la protection ainsi que pour répondre aux besoins de la population et de ses partenaires montréalais, la DSP souhaite, au cours de la période 2010-2015 :

- Développer des actions stratégiques de positionnement concertées à l'échelle régionale et locale, notamment dans les cas suivants :
 - le dévoilement du rapport du directeur de santé publique (publié chaque année)
 - les activités médiatiques
 - la diffusion d'avis, d'enquêtes et de mémoires
 - les campagnes promotionnelles « santé »
 - l'organisation d'événements régionaux de « santé publique ».
- Évaluer l'impact des messages de promotion, prévention et protection diffusés aux clientèles des établissements ainsi que des leviers de communication utilisés.

- Travailler plus étroitement avec les CSSS afin d'adapter nos messages et nos outils de communication au contexte multiethnique, et en particulier aux nouveaux arrivants.
- Maximiser l'utilisation des médias sociaux (Facebook et Twitter) et des nouvelles plateformes électroniques (site du directeur de santé publique), notamment pour :
 - la diffusion de messages santé au jour le jour (ententes de partenariat avec les grandes entreprises de télécommunications pour la diffusion de messages de prévention par téléphonie cellulaire).
 - les échanges virtuels avec la population et nos partenaires.
- Être à l'affût des nouvelles tendances web (code QR - code-barre permettant d'accéder rapidement à un site web ou d'enregistrer facilement des informations dans un téléphone intelligent).

Apprécier la performance

Au Québec, les décideurs en santé publique ont l'obligation, en vertu de la Loi sur la santé publique (L.R.Q., ch. S 2.2), de planifier, mettre en oeuvre, évaluer et mettre à jour des Plans d'action régionaux et locaux de santé publique. Ces Plans doivent comporter des mécanismes de reddition de comptes et des cadres permettant d'évaluer et d'apprécier la performance.

De manière à répondre adéquatement à leurs obligations, la DSP et les 12 CSSS du territoire ont convenu, en 2008, de développer un système d'évaluation de la performance de leurs Plans d'action en empruntant une approche participative, itérative et évolutive. En décembre 2009, ils ont adopté un cadre de référence²⁸ qui représente la première étape d'une réflexion collective concernant l'appréciation de la performance en santé publique à Montréal. Ce cadre propose une vision de la performance axée sur quatre fonctions et leurs interactions, dont l'adaptation, l'atteinte des buts, la production et le maintien des valeurs.

Dans le cadre du présent PRSP, la DSP et les 12 CSSS s'engagent à continuer la mise en oeuvre du système d'appréciation de la performance par différentes activités (comités, groupes de travail, formations, etc.) avec l'objectif de porter un jugement sur la performance de l'offre de service intégrée dans le PRSP et les PLSP ainsi que de leurs effets.

Ces travaux se déploieront en quatre étapes opérationnelles : sélection des indicateurs en relation avec les six orientations, collecte des données (incluant l'offre d'une infrastructure permettant d'enregistrer et de présenter les données), analyse et interprétation des informations collectées, jugement et rétroaction pour la prise de décision et amélioration des pratiques.

Apprécier la portée du PRSP et des PLSP en termes d'amélioration de la santé et du bien-être représente tout un défi. Mais celui-ci ne peut être lancé sans réaliser, préalablement, une démarche de fond, ouverte, rigoureuse et participative, tant à la DSP qu'avec tous les partenaires mobilisés dans une action de santé publique, à l'échelle régionale et locale.

L'évaluation continue de la performance en santé publique permettra à la DSP de réajuster plus finement ses pratiques en vue d'atteindre plus rapidement ses buts. En un mot, plus la DSP sera performante dans ses efforts, plus les Montréalais seront en santé.

Quelques mots pour la suite...

Le Plan régional de santé publique s'inscrit dans le cadre de la planification stratégique 2010-2015 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et s'appuie sur le Programme national de santé publique 2003-2012. Il propose différentes actions afin d'améliorer la santé de la population montréalaise, de prévenir les maladies chroniques et de diminuer les inégalités sociales de santé.

Ce Plan régional a été mis à jour par les équipes de la DSP, en collaboration avec les CSSS, qui ont consulté, lors de ce processus, leurs principaux partenaires. La Direction régionale de santé publique a analysé et a pris en considération, dans la mesure du possible, les commentaires émis. Les Plans locaux de santé publique réalisés par les CSSS ont également été une grande source d'inspiration pour la rédaction de ce Plan.

Il va sans dire que l'implantation du PRSP et l'atteinte des cibles proposées sont conditionnelles à certains facteurs comme le financement, la capacité à s'ajuster en fonction des résultats escomptés ou encore le partenariat. Dans ce contexte, l'élaboration d'un Plan de mise en œuvre consistera à :

- identifier les partenaires qui collaborent à l'intervention. Ces partenaires seront affiliés aux milieux institutionnel ou communautaire ainsi qu'aux secteurs public ou privé du domaine de la santé ou non;
- décrire, dans les grandes lignes, les structures organisationnelles requises à l'interne ou les mécanismes de suivi prévus avec les partenaires;
- mettre en place les stratégies les plus favorables à l'atteinte de cibles de résultats (ex. : le développement des communautés, le développement de politiques publiques, ect.);

- déterminer, avec les CSSS, les ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles requises afin d'atteindre ces cibles. À cet effet, l'annexe 1 du présent document présente quelques éléments de contexte qui aident à comprendre les mécanismes de financement des actions de santé publique;
- répartir les responsabilités et les tâches entre les partenaires;
- convenir des principaux indicateurs permettant d'apprécier en 2015 le chemin parcouru en ce qui a trait à l'atteinte des objectifs de santé publique.

La DSP entend construire ce Plan de mise en œuvre et en faire la mise à jour sur une base continue en étroite collaboration avec ses principaux partenaires, tant régionaux que locaux.

Pour l'heure, la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal invite l'ensemble de ses partenaires à poursuivre le travail de concertation et à maintenir leur engagement dans la réalisation des activités inscrites dans le Plan régional de santé publique 2010-2015 et, ultérieurement, dans le Plan de mise en œuvre. L'amélioration et le maintien de la santé de la population sont des objectifs à atteindre, et le Plan régional est très certainement un levier important pour assurer la mise en place d'interventions efficaces tout en mettant en commun les différentes compétences professionnelles de la région.

Références

1. COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *Les solutions émergentes. Rapports et recommandations*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Gouvernement du Québec, 2000, 410 p.
2. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Horizon 2005 : Plan d'action pour un Québec meilleur*, Québec, 2002.
3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan de la santé et des services sociaux - Pour faire les bons choix*, Québec, Gouvernement du Québec, 2002, 36 p.
4. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Loi de santé publique*. L.R.Q., chapitre S-2.2.
5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012, Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 103 p.
6. AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, *L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé. Trousse d'information*, Montréal, 2004, 8 p.
7. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, *Les réactions de la population montréalaise aux cinq priorités identifiées dans le document de consultation de la planification stratégique 2010-2015 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal*, Montréal, 2010, 72 p.
8. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, *En route pour l'école! - Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais*, Direction de santé publique, Montréal, 2008, 135 p.
9. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Indice de défavorisation (recensement 2001 de Statistique Canada)*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Gouvernement du Québec, 2001.
10. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, *En santé pour l'avenir? Un portrait des jeunes Montréalais d'âge scolaire*, Direction de santé publique, Montréal, 2009, 47 p.
11. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, *Rapport du directeur de santé publique 2010 - Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (Joindre plus, Dépister plus, Traiter plus)*, Montréal, 2010, 40 p.
12. ANCTIL Hervé et MARTIN Catherine, *La promotion de la santé : une perspective, une pratique*, Santé Société, Québec, Gouvernement du Québec (Promotion de la santé), 1988, 33 p.
13. Ibid.
14. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012, Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 103 p.
15. ANCTIL Hervé et MARTIN Catherine, *La promotion de la santé : une perspective, une pratique*, Santé Société, Québec, Gouvernement du Québec (Promotion de la santé), 1988, 33 p.
16. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012, Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 103 p.
17. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003- 2012, Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, p. 61
18. Ibid.
19. BOURQUE, Denis, *Concertation et partenariat. Entre levier et piège du développement des communautés*, Québec : Presses de l'Université du Québec, 2008, p. 43.

20. VILLE DE MONTRÉAL, DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, CENTRAIDE ET COALITION MONTRÉLAISE DES TABLES DE QUARTIER, *Initiative montréalaise de soutien au développement social local, Orientations et paramètres de gestion et d'évaluation*, 2006, p. 9.
21. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 1998, 192 p.
22. DALES R, ZWANENBURG H, BURNETT R et coll. *Respiratory health effects of home dampness and molds among Canadian children*. Am J Epidemiol, 1991, 134: 196-203.
23. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, *En route pour l'école! - Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais*, Direction de santé publique, Montréal, 2008, 135 p.
24. COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION, *L'action intersectorielle : pour une population en santé*, Ministre des Approvisionnements et des Services, Ottawa, 1999, p. 5-9
25. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012, Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, p. 66
26. COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION, *L'action intersectorielle : pour une population en santé*, Ministre des Approvisionnements et des Services, Ottawa, 1999, p. 5-9
27. DUBOIS Nathalie, OUCHENE Houda, *Cadre de référence pour le développement conjoint (CSSS/DSP) d'un système d'appréciation de la performance du Plan d'action régional (PAR) et des Plans d'action locaux (PAL) en santé publique du territoire montréalais*, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Montréal, 2010, 88 p.

Annexe 1

Financement des activités de santé publique

Il va sans dire qu'un financement récurrent et adéquat est nécessaire pour réaliser les activités proposées dans le Plan régional de santé publique et les Plans locaux de santé publique.

Deux éléments de contexte contribuent à bien comprendre le financement des actions de santé publique : la redéfinition des centres d'activités du programme de santé publique et l'application de la méthode des coûts normés

Au cours de l'année 2009-2010, le Service des normes et pratiques de gestion du MSSS, après consultation auprès de quelques CSSS et DSP régionales, a révisé la liste des centres d'activités du programme de santé publique, raffinant les catégories retenues. Cette nouvelle façon de comptabiliser les dépenses de santé publique pourrait être appliquée dès la prochaine année financière, en 2011-2012.

Dans le but d'allouer aux ASSS les ressources financières sur une base plus équitable, un nouveau mode de budgétisation, qui s'implante progressivement, a été adopté par le MSSS depuis l'année financière 2004-2005. Ce nouveau mode, qui s'applique à chacun des programmes-services, repose sur une approche qui tient compte des besoins de la population et des caractéristiques régionales.

Les coûts normés se définissent comme les efforts requis en termes de ressources pour la réalisation de chacune des activités prévues au PNSP. Ces coûts peuvent être établis à partir de balises ou de standards lorsque la recherche ou l'expérience pratique sont suffisantes pour le permettre. Autrement on recourt à un plancher minimal de ressources établi à partir d'une consultation des coordonnateurs des tables de concertation en santé publique. Certains coûts sont exclus de ce calcul**.

Les ressources investies annuellement dans les CSSS, les organismes communautaires et la DSP sont évalués à 78.5 M\$ pour le programme de santé publique. Nous comptons, dès l'exercice financier 2012-2013, pouvoir estimer les besoins de consolidation et de développement requis pour la mise en œuvre du PRSP selon l'intensité prescrite dans le cadre du PNSP.

** Les coûts de formation, de soutien, d'immobilisation et d'équipement ne sont pas calculés dans les coûts normés du programme de santé publique, mais sont inclus dans les programmes de soutien. De même, la rémunération des médecins n'est pas comprise dans les calculs des coûts normés étant donné qu'elle relève de la RAMQ. De plus, les coûts des activités du PNSP, qui ne dépendent pas du programme services santé publique, ne sont pas inclus : la généralisation des services concernant la consultation en matière de sexualité – du type clinique jeunesse (appartenant au programme services généraux) et l'intervention visant la consommation modérée chez les buveurs, par exemple Alcochoix (dans le programme dépendances).

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

Québec 