

# Le plan d'action local en santé publique du

CSSS Lucille-Teasdale  
2010-2015



Document de consultation  
juin 2010

**Le présent document a été réalisé par la Direction locale de santé publique du CSSS Lucille-Teasdale,** sous la direction de Mme Johanne Fillion (jusqu'en décembre 2009), puis sous la coordination de Mme Monique Chicoyne.

### **Recherche et rédaction**

Gilles Beauchamp, de l'observatoire populationnel du CSSS, Emmanuelle Saint-Arnaud, de la direction de santé publique de Montréal, et Martin St-Georges, Pierrette Raymond, Lise Soulière, Christiane Morrissette, Sylvie Sylvain du CSSS Lucille-Teasdale.

### **Avec la précieuse collaboration des directions des différents services du CSSS**

Johanne Lemire, directrice des programmes enfance-famille-jeunesse, santé mentale et services courants; Jocelyne Lévesque, directrice des soins infirmiers; France Mailhot, directrice de l'hébergement; Sylvie Brazeau, directrice des services aux personnes en perte d'autonomie; Yanick Préfontaine, responsable des mesures d'urgence et de la sécurité civile.

Version 1.03

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Mot du directeur général .....</b>	<b>1</b>
<b>CONTEXTE .....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
La santé : une valeur cardinale.....	3
Deux principes.....	3
Cinq années de changements.....	3
Une valeur parmi d'autres.....	5
Une intervention immédiate .....	5
<b>1. LE CSSS LUCILLE-TEASDALE .....</b>	<b>7</b>
Le portrait du territoire .....	7
Trois quartiers, onze voisinages .....	7
Les voisinages : des unités sociologiques significatives.....	8
Caractéristiques démographiques et socioculturelles.....	9
Caractéristiques socioéconomiques .....	10
Indicateurs généraux de santé .....	11
Le développement des communautés .....	13
<b>2.1 Des enfants qui naissent et se développent en santé (axe 1) .....</b>	<b>15</b>
Plus de naissances par année.....	15
Importance des parents immigrants .....	16
Âge et scolarité des mères .....	16
Vulnérabilité économique et sociale .....	17
Hospitalisation.....	18
À l'arrivée à l'école .....	19
Des quartiers mobilisés autour de leurs enfants.....	19
PLAN D'ACTION .....	20
OBJECTIF : OFFRIR DES SERVICES PRÉNATAUX EN LIEN AVEC LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ.....	20
OBJECTIF : ACTUALISER DES MODALITÉS D'ARTICULATION EN PÉRINATALITÉ-PÉRIODE POSTNATALE .....	20
OBJECTIF : PROMOUVOIR ET SOUTENIR L'ALLAITEMENT .....	21
OBJECTIF : DÉPLOYER DES SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE .....	21
Annexe : garderies et CPE du territoire .....	22
<b>2.2 Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire (axe 2).....</b>	<b>25</b>
Portrait du territoire.....	26
Population des jeunes .....	26
Victimisation et externalisation.....	27
Habitudes de vie .....	27
Problèmes respiratoires .....	28
Une intervention dans un réseau complexe.....	29
PLAN D'ACTION .....	33
OBJECTIF : FAVORISER LA COMPLÉMENTARITÉ DES ACTIONS DE PROMOTION DE SAINES HABITUDES DE VIE DANS LE MILIEU SCOLAIRE .....	33
OBJECTIF : CONTRER LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET LA VIOLENCE.....	34
OBJECTIF : LUTTER CONTRE LES DÉPENDANCES.....	35
<b>2.3 Une population vaccinée et protégée des infections et des menaces chimiques et physiques (axe 4) .....</b>	<b>36</b>
Portrait du territoire.....	36
Vaccination en milieu scolaire.....	36
Vaccination saisonnière contre l'influenza.....	37
ITSS .....	38
La chlamydirose .....	38

PLAN D'ACTION .....	39
OBJECTIF : PRÉVENIR LA PROPAGATION DES INFECTIONS OU MALADIES.....	39
OBJECTIF : ASSURER LA VACCINATION DE LA POPULATION .....	39
OBJECTIF : REJOINDRE LES POPULATIONS VULNÉRABLES AUX INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG .....	40
<b>2.4 : Un environnement urbain favorable à la santé (axe 5) .....</b>	<b>43</b>
Portrait du territoire.....	44
État des logements .....	44
Présence de l'herbe à poux et allergies chez les jeunes.....	44
Les périodes de chaleur accablante.....	45
Développement durable et transport actif .....	46
Aménagement urbain.....	48
PLAN D'ACTION .....	48
OBJECTIF : DIMINUER LE NOMBRE DE LOGEMENTS INSALUBRES SUR LE TERRITOIRE DU CSSS LUCILLE-TEASDALE .....	48
OBJECTIF : RÉDUIRE L'EXPOSITION DE LA POPULATION AU POLLEN DE L'HERBE À POUX .....	49
OBJECTIF : PROTÉGER LA SANTÉ DE LA POPULATION EN CAS DE CHALEUR ACCABLANTE .....	49
OBJECTIF : PRODUIRE ET METTRE EN ŒUVRE UN PLAN POUR UN CSSS VERT ET EN SANTÉ .....	49
OBJECTIF : PARTICIPER À PROMOUVOIR DES CAMPAGNES PROVINCIALES ET RÉGIONALES À CARACTÈRE ENVIRONNEMENTAL .....	50
OBJECTIF : SOUTENIR LES INITIATIVES FAVORISANT L'AMÉNAGEMENT DE QUARTIERS DURABLES, DONT LE TRANSPORT ACTIF, PRÉVENTION DES TRAUMATISMES ET LE LOGEMENT SOCIAL.....	50
OBJECTIF : ASSURER LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE DE LA POPULATION .....	50
<b>2.5. Un système de santé qui sert aussi à prévenir (axe 6) .....</b>	<b>52</b>
Portrait du territoire.....	53
Counselling sur les saines habitudes de vie.....	53
Dépistage et counselling de l'hypertension artérielle .....	54
Dépistage du cancer du sein.....	54
PLAN D'ACTION .....	59
OBJECTIF : INTÉGRER L'UTILISATION DES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES PAR LES INTERVENANTS .....	59
OBJECTIF : CONSOLIDER ET MAINTENIR LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS DÉPISTAGE CANCER DU SEIN .....	60
<b>2.6 Des aînés plus actifs, autonomes et en meilleure santé .....</b>	<b>61</b>
La population en centre d'hébergement et de soins de longue durée.....	61
Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées .....	62
PLAN D'ACTION .....	63
OBJECTIF : CONSOLIDER LE CONCEPT MILIEU DE VIE .....	63
OBJECTIF : OFFRIR UN MILIEU DE VIE SÉCURITAIRE EN HÉBERGEMENT .....	63
Les personnes âgées vivant à domicile .....	64
Population en ménages privés .....	65
PLAN D'ACTION .....	66
OBJECTIF : METTRE EN PLACE DES MESURES ET DES OUTILS DE PRÉVENTION, DE PROMOTION ET DE DÉPISTAGE .....	66
OBJECTIF : S'ASSURER QUE TOUTES LES PERSONNES ÂGÉES VULNÉRABLES AIENT LE SUIVI MÉDICAL APPROPRIÉ.....	67
OBJECTIF : PERMETTRE LA MOBILITÉ ET LE TRANSPORT DES AÎNÉS .....	67
OBJECTIF : SUPPORTER LES AIDANTS AFIN D'ÉVITER ÉPUISEMENT EN LEUR DONNANT ACCÈS À UNE GAMME DE SERVICES ADAPTÉS À LEURS BESOINS : RÉPIT, GROUPE D'ENTRAIDE, COUNSELLING, FORMATION, SOUTIEN COMMUNAUTAIRE, ETC. ....	67
<b>Conclusion .....</b>	<b>69</b>
Des perspectives encourageantes... ..	69
Mesures de suivi .....	70
<b>Sources des données présentées dans les tableaux et cartes .....</b>	<b>71</b>

## Liste des tableaux et illustrations

Tableau 1 – Caractéristiques démographiques et socioculturelles.....	9
Tableau 2 – Caractéristiques socioéconomiques .....	10
Tableau 3 - Espérance de vie .....	11
Tableau 4 - Décès par causes .....	11
Tableau 5 - Hospitalisations .....	12
Tableau 6 - Hospitalisations par âges.....	12
Tableau 7 – Croissance des naissances de 2005 à 2009.....	16
Tableau 8 – Scolarité et faible poids des bébés .....	17
Tableau 9 – Pays d’origine des mères .....	17
Tableau 10 – Caractéristiques socioéconomiques .....	17
Tableau 11 – Victimisation des enfants de moins de 5 ans .....	18
Tableau 12 – Liste des garderies et CPE .....	24
Tableau 13 – Décrochage scolaire .....	26
Tableau 14 – Victimisation et externalisation .....	27
Tableau 15 - Liste des écoles du territoire .....	32
Tableau 16 – État des logements par voisinages .....	44
Tableau 17 – Liste des pharmacies du territoire .....	57
Tableau 18 - Liste des cliniques et cabinets médicaux.....	57
Tableau 19 – Maladies chroniques sur le territoire .....	58
Tableau 20 – Aînés dans les ménages privés .....	65

Figure 1 – Le territoire du CSSS dans la région.....	7
Figure 2 – Carte des voisinages .....	8
Figure 3 – Population .....	8
Figure 4 – Proportion des mères immigrantes.....	16
Figure 5 – Carte des garderies et CPE du territoire.....	23
Figure 6 – Hospitalisation pour asthme pédiatrique.....	28
Figure 7 – Carte des écoles du territoire .....	31
Figure 8 – Distribution de l’herbe à poux sur le territoire .....	44
Figure 9 – Carte des zones de chaleur accablante (2006).....	45
Figure 10 – Pistes cyclables et transport en commun.....	46
Figure 11 – Carte des cliniques médicales et pharmacies du territoire .....	56
Figure 12 – Carte des personnes de 75 ans et plus et emplacement des résidences collectives.....	68

## Lexique

BRAC	Bureau des relations avec la communauté de la CSDM
CAT	Centre d'Abandon du Tabac
CÉS	Centre d'Éducation à la Santé
CMDP	Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens
CPE	Centre de la petite enfance
CSDM	Commission scolaire de Montréal
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DD	Développement Durable
DSI	Direction des Soins Infirmiers
DSP	Direction de la Santé Publique
EFJ	Enfance-Famille-Jeunesse
EHDAA	Élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage
EMES	École et Milieu En Santé
GMF	Groupe de Médecine Familiale
HARSAH	Homme Ayant des Relations Sexuelles avec d'Autres Hommes
HMR	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
HTA	Hypertension artérielle
IAB	Initiative Ami Bébé
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmise sexuellement et de leurs partenaires
ITSS	Infection Transmise par le Sang et Sexuellement
MELS	Ministère de l'Éducation Loisirs et Sports
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
PALSP	Plan d'action locale en santé publique
PCP	Pratique Clinique Préventive
PDQCS	Programme de Dépistage Québécois du Cancer du Sein
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PPA	Personnes en Perte D'Autonomie
PQLT	Plan québécois de lutte contre le tabagisme
PRISMA	Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie
RUI	Revitalisation urbaine intégrée
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SPC	Système de prévention clinique
UDI	Utilisateur de drogues injectables
URFI	Unité de Réadaptation Fonctionnelle Intensive
VIH-VHC	Virus de l'immunodéficience humaine - virus de l'hépatite C

## MOT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

C'est avec plaisir que je vous présente le Plan d'action local en santé publique du CSSS Lucille-Teasdale. Débutés en 2009 par la Direction des services de prévention, de promotion de la santé et des services communautaires du CSSS, les travaux ont été interrompus lors de la campagne de vaccination massive contre la grippe A(H1N1) et se sont poursuivis au printemps 2010.

Soutenue par les représentants des directions cliniques du CSSS et de l'observatoire populationnel, cette démarche collective a offert aux participants un espace de réflexion quant aux perspectives et défis que représentent la prévention et la promotion de la santé dans leurs activités courantes.

Dans la foulée des orientations de la Direction de la Santé Publique de Montréal, notre plan d'action se veut une lecture de la situation tant au plan démographique que socio-économique, assortie d'un ensemble de mesures mises en place ou projetées, qui favorisent l'amélioration de la santé et du bien-être de notre population.

Soucieux de refléter la vision de notre réseau de partenaires communautaires et institutionnels, nous avons prévu une étape de consultation. Ainsi, au cours des prochains mois, ils seront interpellés afin de recueillir leur point de vue et échanger sur la planification élaborée.

En matière de santé publique, la population de notre territoire doit pouvoir compter sur ses institutions, notamment son CSSS et, en ce sens, nous entendons utiliser tous les moyens dont nous disposons pour lui assurer une meilleure santé et améliorer sa qualité de vie.

Je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la production de ce document et je vous souhaite une bonne lecture.

Gary Furlong

## CONTEXTE

La Loi sur la santé publique (LSP), adoptée en décembre 2001, prévoyait l'adoption d'un programme national de santé publique. Le *Programme national de santé publique 2003-2012* fut rendu public en janvier 2003. Ce programme respectait les buts fixés par la *Politique de la santé et du bien-être* de 1992 et assurait la continuité des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*.

Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Lucille-Teasdale élaborait, en 2004-2005, son premier plan local de santé publique à partir des mesures et activités de santé publique déjà en place dans les 3 CLSC du territoire, en s'appuyant sur le plan régional 2003-2006.

En décembre 2008, la Direction de la santé publique de Montréal publiait son plan d'action régional de santé publique 2008-2012 en 6 orientations. Durant la même année, le ministère publiait une mise à jour du plan 2003-2012 lui permettant d'intégrer les résultats et leçons tirées des premières années d'application du plan décennal québécois, tout en adaptant le plan à la nouvelle structure de gouvernance : en effet les CSSS n'existaient pas lorsque la première mouture du Programme national de santé publique fut élaborée.

En 2009-2010, le CSSS s'est engagé dans un travail de reformulation de son plan de santé publique, identifiant les mesures et activités prévues contribuant à l'atteinte des objectifs régionaux et nationaux tout en y ajoutant des initiatives pouvant alimenter le prochain plan régional.

L'opération de mise à jour des plans locaux de santé publique pour la période 2010-2015 par les CSSS de la région de Montréal devrait conduire à l'adoption prochaine du nouveau plan régional.

D'une manière générale les programmes et mesures élaborés avec le soutien des programmes national et régional de santé publique sont déployés à travers des stratégies d'action qui visent à :

- renforcer le potentiel des personnes
- soutenir le développement des communautés
- soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être
- soutenir les groupes vulnérables
- promouvoir et soutenir les pratiques cliniques préventives.

Il faut se rappeler que ces stratégies d'action mises de l'avant par l'Organisation mondiale de la santé, notamment dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, privilégient l'action sur les déterminants de la santé avec pour objectifs de réduire les écarts de santé et améliorer le bien-être de la population.



## INTRODUCTION

*« Trois habitudes de vie sont en cause dans 80% des décès liés aux maladies cardiovasculaires, 90% des décès liés au diabète et le tiers des décès liés au cancer : le tabagisme, la mauvaise alimentation et la sédentarité. Des conditions socioéconomiques difficiles constituent également un facteur de risque majeur. »*  
PNSP, page 29

### La santé : une valeur cardinale

L'importance accordée aux questions de santé dans notre société s'accroît constamment. Cela est visible, notamment, dans la portion accordée par le budget provincial à cette mission : 44% au dernier décompte. Mais la santé ne concerne pas que le ministre et le réseau de la santé : la plus grande partie des gains réalisés au cours du siècle dernier, en termes d'espérance de vie, l'aura été grâce à des mesures d'hygiène, d'éducation, d'amélioration de l'environnement et de l'alimentation. Encore aujourd'hui les gains de santé envisagés pour l'avenir ne reposeront pas que sur les services et technologies de la santé mais aussi sur les changements d'habitudes de vie liés à la culture, à l'aménagement de nos quartiers et nos villes.

### Deux principes

En créant les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) le gouvernement québécois s'appuyait sur deux grands principes : 1) la responsabilité populationnelle et 2) la hiérarchisation des services. « Le premier principe lie les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, sur chaque territoire de CSSS, pour qu'ils travaillent ensemble à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, avec leurs partenaires des autres secteurs d'activité, et qu'ils coordonnent leurs services et activités en vue de répondre le mieux possible aux besoins de la population. Par le second principe, on vise à organiser la continuité des services, c'est-à-dire à établir des relais normaux et usuels entre les services de première ligne et les services spécialisés et ultraspecialisés »<sup>1</sup>.

### Cinq années de changements

Après cinq années d'existence le CSSS Lucille-Teasdale aura contribué à la mise en place de « corridors de services » avec différents hôpitaux et ressources de deuxième ligne de la région pour assurer à la population du territoire local l'accès le plus rapide possible aux ressources les plus pertinentes à ses besoins.

Les travaux entourant la production des projets cliniques du programme de services aux personnes en perte d'autonomie, du programme de santé mentale, de celui des services aux jeunes et aux familles avec enfants auront permis de mieux harmoniser une offre de services

---

<sup>1</sup> PNSP 2008-2012, p. 11

entre les territoires de CLSC tout en relevant le niveau de connaissance et de complémentarité à l'endroit des services offerts par les organisations partenaires du territoire.

Si la plus grande partie des programmes du CSSS est toujours orientée vers les services aux personnes malades ou en perte d'autonomie, les approches préventives et de protection, typiques des programmes de santé publique, sont de mieux en mieux intégrées aux pratiques cliniques habituelles. Nous n'y voyons pas que l'impact de notre Centre d'éducation à la santé, encore à ses débuts, mais bien l'évolution « naturelle » des pratiques dans un contexte où connaissances et bonnes pratiques sont de plus en plus diffusées, reconnues.

De même, la compréhension de l'effet des déterminants sociaux et environnementaux sur la santé s'est accrue au cours de la dernière période, appuyée par la parution d'un important rapport de l'OMS (Comblent le fossé en une génération<sup>2</sup>) et aussi par l'adoption de plusieurs stratégies nationales visant l'adoption de saines habitudes de vie.

La mise à jour, en 2008, du Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP) aura permis une prise en compte de la nouvelle structure de gouvernance du réseau de la santé (qui n'était pas en place au moment de l'adoption du plan décennal original) reconnaissant, en particulier, la nouvelle responsabilité des CSSS ainsi que l'importance à accorder aux stratégies d'action intersectorielles et de développement des communautés pour un impact optimal sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

La mise en place d'une direction locale de la santé publique, aussi responsable des ressources de développement communautaire du CSSS, permet à la fois de lier les programmes de santé publique aux autres programmes et services de l'établissement tout en maintenant une liaison étroite avec les acteurs sociaux et réseaux de partenaires porteurs de potentiels de développement dans les communautés locales.

---

<sup>2</sup> [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/fr/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/)

### Une valeur parmi d'autres

Si la santé est une valeur de premier plan dans nos sociétés, d'autres valeurs cardinales organisent aussi la société. Notamment, la liberté des acteurs économiques de même que celle des individus consommateurs soutiennent parfois des choix qui viennent s'opposer à la « valeur santé » – comme la longue lutte pour réduire le tabagisme dans nos sociétés peut nous le rappeler.

Seule une approche éducative, peut amener les changements souhaités tout en évitant les effets pervers. Une approche d'éducation, de démonstration et d'incitation réalisée en collaboration avec les acteurs locaux qui sont de plus en plus conscients de leur responsabilité partagée en matière de santé.

À chaque jour nous comprenons un peu mieux les effets sur la santé de conditions ou de comportements qui n'ont, a priori, rien de « sanitaire » : la solitude et l'exclusion des personnes âgées, des chômeurs ou des immigrants; l'attachement et la qualité des relations parents / enfants; l'éducation et la réussite scolaire; l'influence d'un plan d'urbanisme favorisant la diversité des destinations à l'échelle locale pour l'adoption de pratiques de transport actif...

### Une intervention immédiate

S'il faut regarder loin devant, pour préparer les générations de demain et réduire l'incidence de certains problèmes, beaucoup de nos efforts, même en matière de santé publique, de promotion et de prévention, continueront de se porter vers « des populations à risque », vers le dépistage de maladies « de société » : hypertension, diabète, cancers...

Le programme national de santé publique 2003-2012<sup>3</sup> (mis à jour en 2008) s'organise en deux grandes dimensions : santé physique et bien-être et déterminants de la santé.

Pour sa part, le Plan d'action régional de santé publique de Montréal<sup>4</sup>, tel que présenté en décembre 2008, organise sa contribution à l'atteinte des objectifs nationaux autour de 6 grands axes :

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

L'intervention de santé publique en milieu de travail pour notre territoire étant portée dans le cadre d'un mandat sous-régional par le CSSS de la Pointe de l'île, notre propre plan d'action local reprendra 5 des 6 axes régionaux, tout en y ajoutant un axe supplémentaire couvrant l'intervention auprès des populations âgées.

---

<sup>3</sup> <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>

<sup>4</sup> <http://www.santepub-mtl.qc.ca/gardersante/>

En plus de s'organiser autour de thèmes, liés à des populations ou des pratiques spécifiques l'action de santé publique locale s'appuie sur deux grandes stratégies : l'approche intersectorielle et le développement des communautés.

### L'approche intersectorielle en santé publique

La prise en compte des déterminants sociaux et environnementaux de la santé implique l'engagement d'acteurs qui ne sont pas du réseau de la santé dans des programmes et activités pouvant réduire l'incidence de certains problèmes de santé ou favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé.

Des interventions visant à réduire la toxicomanie ou encore d'autres cherchant à prévenir les risques associés à l'accroissement de la circulation automobile en milieu urbain ont souvent donné lieu à de telles stratégies d'action intersectorielles. L'approche École en santé constitue peut-être l'exemple le plus abouti d'une telle approche intersectorielle.

### Le développement des communautés

Au delà de la mobilisation intersectorielle autour d'objectifs ou de politiques de santé, les acteurs des communautés locales se mobilisent parfois autour d'objectifs de développement plus globaux, avec l'appui et la contribution des acteurs du secteur de la santé.

On peut ranger au titre de tels processus de développement des communautés les exercices de planification locale réalisés ces dernières années par les trois Tables de quartier.

Les mécanismes par lesquels de tels processus influencent la santé des communautés sont complexes mais ils sont de plus en plus étudiés et reconnus : accroissement de la confiance mutuelle entre les acteurs, avec le potentiel de développement que cela comporte; identification plus précise des besoins et potentiels de la communauté; meilleure accessibilité et mobilisation des ressources des institutions et organisations locales; synergies et effets multiplicateurs de l'action concertée; effets de levier pour accéder à des ressources externes; effets d'inclusion et d'entraînement que les projets de développement économique, culturel ou social peuvent avoir à l'égard de populations défavorisées ou exclues.

# 1. LE CSSS LUCILLE-TEASDALE

## Le portrait du territoire

Avec quelques 171 900 personnes (au recensement 2006) la population du territoire du CSSS Lucille-Teasdale représente 9,3% de la population de l'île de Montréal, 9,9% des personnes âgées de 65 ans ou plus et 7,5% des personnes ayant moins de 18 ans.

Le territoire du CSSS, avec ses 29 kilomètres carrés, correspond à 6% de la superficie de l'île.

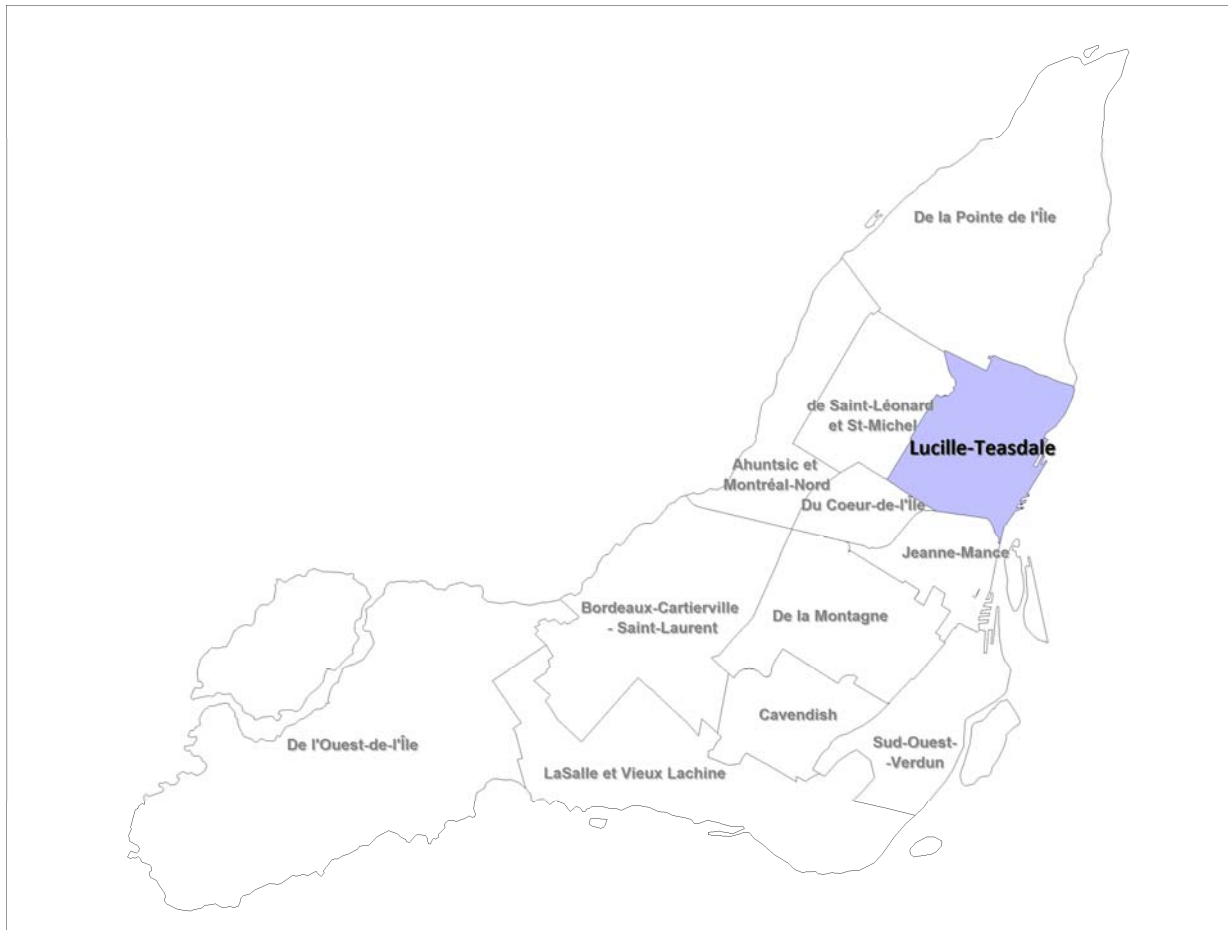
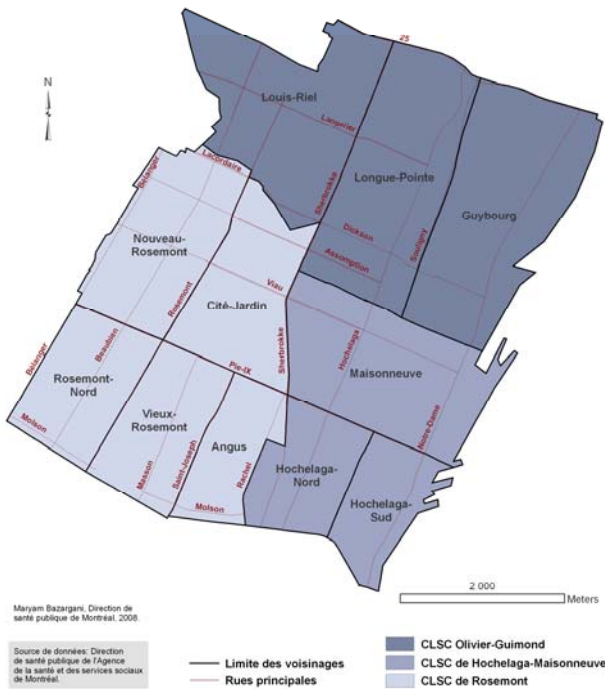


Figure 1 – Le territoire du CSSS dans la région

## Trois quartiers, onze voisinages

À des gens qui ne connaissent pas les quartiers de Montréal, on dit souvent que le territoire du CSSS « entoure » le Stade olympique et le Jardin botanique de Montréal. Les trois quartiers qui constituent ce territoire sont bordés, définis par des infrastructures lourdes : voies ferrées entre Hochelaga-Maisonneuve et Mercier, ainsi qu'à l'ouest de Hochelaga-Maisonneuve; le fleuve Saint-Laurent, l'autoroute 25 vers l'est, et les rues Bélanger et Iberville en complètent le périmètre.



**Rosemont, Hochelaga-Maisonneuve et Mercier-Ouest**, c'est encore au niveau des quartiers que s'organise l'essentiel de la vie sociale quotidienne même si, au niveau municipal, les arrondissements ont fait leur apparition il y a plus d'une dizaine d'années.

Incidentement le territoire du CSSS est partagé entre deux arrondissements : Rosemont relevant de *Rosemont-Petite-Patrie*, Hochelaga-Maisonneuve et Mercier-Ouest composant, avec Mercier-Est l'arrondissement *Mercier/Hochelaga-Maisonneuve*.

Au-delà des différences, sur lesquelles nous reviendrons en détail, on pourrait dire sans hésiter que le fait francophone est ce qui définit le mieux cette communauté territoriale

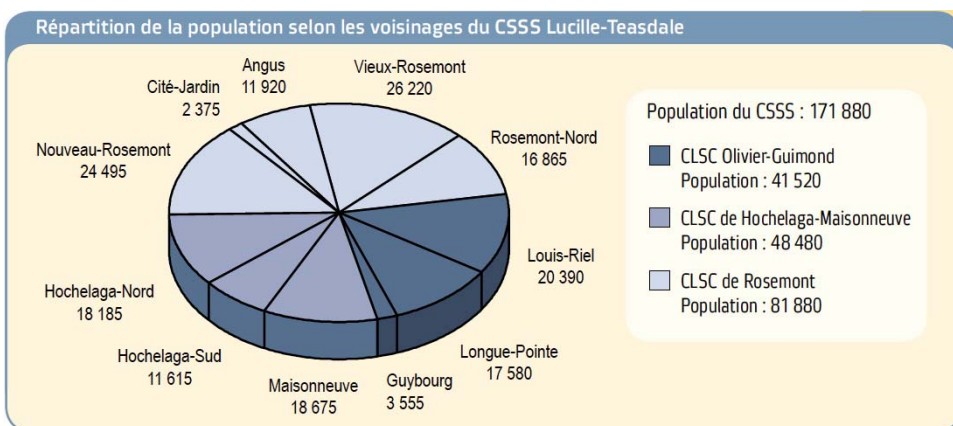
**Figure 2 – Carte des voisinages**

Même le phénomène croissant de l'immigration se caractérise par une proportion importante en provenance de l'Afrique du nord francophone et Haïti.

96%	connaissent le français
78%	ont le français comme langue maternelle
84%	parlent le plus souvent français à la maison

### Les voisinages : des unités sociologiques significatives

Les territoires des CLSC mis en place durant les années '70 et '80 correspondaient le plus souvent aux limites de quartiers historiques et sociologiques. Après une consultation auprès des



intervenant dans les quartiers, les responsables de la santé publique à Montréal ont proposé une subdivision de l'île en 111 voisinages. Suivant ce découpage le territoire du CSSS Lucille-Teasdale comprend 11 voisinages.

**Figure 3 – Population**

## Caractéristiques démographiques et socioculturelles

### Différences et similitudes entre les quartiers et les voisinages

Un mot sur l'utilisation de la couleur dans les deux tableaux suivants : elle identifie le classement par quintiles des voisinages de l'ensemble de la région. Les voisinages ont été mis en ordre croissant et chaque cinquième (20%) coloré d'un ton différent, de plus en plus foncé.

- Il y a moins d'enfants, en proportion de la population, que dans les autres territoires de la région.
- Il y a des proportions plus élevées de jeunes adultes (20-44 ans) particulièrement dans les trois voisinages de Hochelaga-Maisonneuve, et de personnes d'âge mûr (45-64 ans), dans tout le quartier Mercier-Ouest. Rosemont, dans ces deux groupes d'âge, dépasse la moyenne régionale dans les deux cas.
- C'est au niveau des personnes âgées de 65 ans ou plus que les différences entre les voisinages sont les plus marquantes. Alors que la moyenne régionale est de 15,5%, quatre des voisinages ont des taux dépassant 20% (dont un à 55,8%) et un cinquième est à 18,1% alors que les 6 autres voisinages vont de 10,2 à 12,7%.

	MONTRÉAL	CSSS Lucille-Teasdale	CLSC Olivier-Guimond	Louis-Riel	Longue-Pointe	Guybourg	CLSC Hochelaga-Maisonneuve	Maisonneuve	Hochelaga-Sud	Hochelaga-Nord	CLSC Rosemont	Nouveau-Rosemont	Cité-Jardin	Angus	Vieux-Rosemont	Rosemont-Nord
<b>CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES et SOCIOCULTURELLES</b>																
Population totale	1 854 445	171 880	41 520	20 390	17 580	3 555	48 480	18 675	11 615	18 185	81 880	24 495	2 375	11 920	26 220	16 865
Population de 0-4 ans	% 5,1 N 94 540	4,5 7 700	3,9 1 620	3,7 760	4,0 695	4,4 155	4,7 2 260	4,8 895	4,9 570	4,4 795	4,7 3 825	4,2 1 030	1,9 45	5,6 665	4,9 1 295	4,7 790
Population de 5-19 ans	% 15,8 N 292 880	12,5 21 540	12,5 5 180	12,4 2 520	12,0 2 110	15,3 545	12,5 6 045	12,9 2 410	15,2 1 770	10,4 1 885	12,6 10 310	12,7 3 115	8,4 200	11,9 1 420	12,9 3 395	12,9 2 180
Population de 20-44 ans	% 38,0 N 705 355	40,2 69 050	33,3 13 835	32,0 6 515	34,3 6 025	37,0 1 315	47,1 22 840	45,8 8 560	46,2 5 370	48,9 8 895	39,5 32 370	35,4 8 675	10,1 240	43,0 5 125	44,9 11 785	38,8 6 540
Population de 45-64 ans	% 25,6 N 475 120	26,4 45 340	29,7 12 320	30,3 6 175	28,6 5 030	30,9 1 100	24,2 11 715	25,1 4 695	23,4 2 720	23,7 4 315	26,0 21 305	27,4 6 705	24,0 570	27,7 3 300	24,5 6 435	25,5 4 295
Population de 65 et plus	% 15,5 N 286 560	16,4 28 255	20,6 8 555	21,6 4 410	21,1 3 710	12,0 425	11,6 5 630	11,4 2 125	10,2 1 190	12,7 2 305	17,2 14 065	20,3 4 965	55,8 1 325	11,8 1 410	12,6 3 310	18,1 3 055
Population vivant seule	% 17,5 N 317 350	24,2 40 475	20,9 8 345	19,8 3 955	23,2 3 805	16,5 580	25,5 11 915	25,6 4 595	22,3 2 505	27,4 4 810	25,2 20 220	24,6 5 850	28,3 660	23,9 2 825	24,7 6 450	27,2 4 425
Population de 65 ans et plus vivant seule	% 35,9 N 94 250	42,5 10 795	35,7 2 665	33,4 1 370	40,2 1 165	28,9 130	46,2 2 175	48,8 840	41,7 430	46,5 910	45,0 5 950	42,4 1 915	37,6 485	53,6 740	43,3 1 395	50,4 1 420
Familles avec enfants	% 62,7 N 298 100	57,0 23 780	55,9 5 975	54,7 2 990	56,8 2 450	57,6 530	58,3 6 215	58,2 2 390	65,9 1 655	53,6 2 170	57,0 11 590	59,0 3 635	32,0 205	53,8 1 695	57,8 3 755	58,9 2 295
Familles monoparentales parmi les familles avec enfants	% 33,0 N 98 240	42,3 10 070	36,5 2 180	32,6 975	40,6 995	39,6 210	50,7 3 150	53,6 1 280	52,3 865	46,5 1 010	40,9 4 740	39,3 1 430	24,4 50	39,5 670	44,1 1 655	40,7 935
Monoparentales avec 2 enfants et plus parmi les familles avec enfants	% 11,7 N 34 955	13,4 3 190	11,3 675	10,2 305	11,8 290	13,2 70	16,6 1 030	19,7 470	17,8 295	12,2 265	12,9 1 490	11,0 400	0,0 0	11,2 190	15,2 570	12,9 295
Langue maternelle autre que français ou anglais	% 32,6 N 577 880	18,9 31 205	23,5 9 230	29,4 5 770	18,9 3 050	11,8 410	12,3 5 725	13,4 2 390	8,2 920	13,8 2 415	20,5 16 245	26,6 6 190	6,3 150	18,2 2 110	15,6 4 010	23,4 3 795
Langue parlée à la maison autre que français ou anglais	% 19,9 N 346 070	11,1 18 175	13,8 5 320	16,8 3 235	11,4 1 820	7,6 260	6,6 3 075	7,0 1 235	3,2 360	8,5 1 480	12,5 9 775	16,7 3 835	2,7 65	10,6 1 215	9,6 2 445	13,9 2 215
Population qui ne peut soutenir une conversation ni en français ou anglais	% 2,6 N 47 180	1,4 2 310	1,8 710	2,2 435	1,2 205	1,9 65	0,9 405	0,6 110	0,4 45	1,4 245	1,5 1 195	2,0 475	0,0 0	1,4 170	1,2 310	1,5 240
Immigrants (nés à l'extérieur du Canada)	% 30,7 N 560 395	18,4 30 890	20,9 8 365	24,6 4 940	18,5 3 050	10,7 375	13,7 6 450	14,3 2 580	9,1 1 035	16,0 2 835	19,9 16 075	25,4 6 055	8,0 190	19,4 2 295	15,3 3 995	21,5 3 540
Nouveaux immigrants (arrivés au cours des 5 dernières années)	% 7,5 N 136 675	5,3 8 975	4,5 1 820	3,7 745	6,2 1 025	1,4 50	5,5 2 610	5,0 900	2,3 265	8,1 1 440	5,6 4 550	7,0 1 670	0,8 20	5,0 595	4,9 1 275	5,9 980

Tableau 1 – Caractéristiques démographiques et socioculturelles

- Le territoire se démarque aussi par la proportion de ses habitants vivant seuls. Chez les personnes âgées la situation est assez semblable, tous les voisinages des quartiers Rosemont et Hochelaga-Maisonneuve dépassant la moyenne régionale.
- Mis à part Hochelaga-Sud, tous les voisinages comptent une faible proportion de familles avec enfants à la maison.
- Dans neuf voisinages sur onze la proportion de familles monoparentales dépasse la moyenne régionale (33%). Plus de la moitié des familles avec enfants dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve et 41 % d'entre elles dans le quartier Rosemont sont monoparentales. Près d'une fois sur trois ces familles ont deux enfants ou plus.
- Au niveau de la langue et de l'immigration, les voisinages de Louis-Riel (29,4%) et de Nouveau-Rosemont (26,6%) se distinguent par leur plus grande portion de la population ayant une autre langue maternelle que le français ou l'anglais. Même dans ces cas, les proportions restent en deçà de la moyenne régionale (32,6%).
- En ce qui concerne la proportion de personnes immigrantes (nées hors du pays) avec les voisinages de Louis-Riel, Nouveau-Rosemont et Rosemont-Nord dépassant 20%, pour une moyenne au CSSS de 18%, comparée à 30% pour Montréal. Dans le cas des nouveaux immigrants, ceux qui sont arrivés depuis 2001, le voisinage de Hochelaga-Nord dépasse la moyenne régionale avec 8,1 % de sa population. Trois autres voisinages (Nouveau-Rosemont, Longue-Pointe et Rosemont-Nord) montrent des taux de 6-7 % de nouveaux immigrants.

### Caractéristiques socioéconomiques

Au niveau des caractéristiques socioéconomiques on voit clairement Hochelaga-Sud comme voisinage à une extrémité de l'éventail alors que Cité-Jardin se distingue presque autant à l'autre extrême, plus favorisée.

Sauf en ce qui concerne les loyers et le taux d'emploi, les trois voisinages du quartier Hochelaga-Maisonneuve se trouvent toujours parmi les plus défavorisés. Avec une exception pour le taux de chômage dans Hochelaga-Nord, qui se trouve dans la moyenne régionale.

Au niveau des revenus, les voisinages de Longue-Pointe, Vieux-Rosemont et Rosemont-Nord, en plus des trois voisinages de Hochelaga-Maisonneuve sont défavorisés par rapport à la moyenne régionale.

La situation des aînés est elle aussi problématique, avec huit des onze voisinages se situant dans les plus défavorisés.

		MONTREAL	CSSS Lucille-Teasdale	CLSC Olivier-Guimond	Louis-Riel	Longue-Pointe	Guybourg	CLSC Hochelaga-Maisonneuve	Maisonneuve	Hochelaga-Sud	Hochelaga-Nord	CLSC Rosemont	Nouveau-Rosemont	Cité-Jardin	Angus	Vieux-Rosemont	Rosemont-Nord	
<b>CARACTÉRISTIQUES SOCIOÉCONOMIQUES</b>																		
Population de 15 ans et plus sans diplôme	%	21,5	24,7	24,8	22,5	26,2	31,6	28,4	27,5	34,4	25,5	22,6	24,0	19,5	17,6	24,3	21,7	
	N	330 150	36 260	8 715	3 975	3 770	970	11 700	4 335	3 340	4 025	15 845	5 000	430	1 810	5 505	3 095	
Population de 25 ans et plus avec grade universitaire	%	28,6	22,3	19,2	22,5	17,4	8,5	19,7	20,6	14,2	22,1	25,2	21,8	26,4	35,7	23,7	24,9	
	N	373 545	27 985	5 875	3 490	2 175	220	6 740	2 700	1 125	2 915	15 360	3 950	555	3 210	4 585	3 060	
Taux d'emploi de la population de 15 ans et plus	%	58,0	58,5	56,6	56,1	57,1	57,0	59,9	60,1	55,4	62,5	58,7	56,2	30,5	64,1	62,6	56,8	
	N	892 735	85 825	19 880	9 910	8 225	1 745	24 710	9 465	5 380	9 865	41 235	11 710	675	6 575	14 175	8 100	
Taux de chômage de la population de 15 ans et plus	%	8,8	8,6	7,1	6,8	7,6	6,7	9,7	10,2	10,2	8,8	8,7	8,3	2,9	8,1	9,0	9,6	
	N	86 055	8 105	1 530	725	680	125	2 640	1 080	610	955	3 935	1 060	20	580	1 410	860	
Revenu médian après impôt - population de 15 ans et plus	\$	20 712 \$	20 670 \$	22 701 \$	24 417 \$	21 170 \$	21 316 \$	17 874 \$	18 516 \$	16 717 \$	18 399 \$	21 583 \$	21 492 \$	27 531 \$	25 956 \$	20 336 \$	20 079 \$	
Revenu moyen après impôt - population de 15 ans et plus	\$	26 793 \$	23 952 \$	25 568 \$	27 583 \$	23 722 \$	22 585 \$	20 951 \$	21 693 \$	19 370 \$	21 183 \$	24 895 \$	24 107 \$	38 976 \$	29 569 \$	22 829 \$	23 738 \$	
Revenu médian après impôt des familles (économiques)	\$	48 195 \$	44 735 \$	49 716 \$	54 477 \$	46 074 \$	43 805 \$	38 124 \$	39 564 \$	35 337 \$	38 980 \$	46 379 \$	46 650 \$	64 187 \$	53 806 \$	41 936 \$	45 797 \$	
Revenu médian après impôt des familles monoparentales avec parent féminin	\$	33 434 \$	30 974 \$	35 535 \$	39 415 \$	30 579 \$	39 564 \$	27 999 \$	29 504 \$	28 031 \$	25 695 \$	31 048 \$	33 904 \$	117 929 \$	32 162 \$	30 396 \$	28 564 \$	
Revenu médian après impôt ménages d'une seule personne	\$	21 541 \$	20 713 \$	23 098 \$	25 330 \$	20 252 \$	22 992 \$	18 650 \$	18 942 \$	17 121 \$	19 033 \$	21 167 \$	21 087 \$	26 739 \$	26 198 \$	20 288 \$	19 256 \$	
Population vivant sous le seuil de faible revenu après impôt	%	22,8	25,5	18,8	16,3	21,5	20,4	35,0	34,6	41,3	31,4	23,3	23,0	7,7	18,9	25,1	26,6	
	N	413 875	42 560	7 500	3 260	3 520	715	16 350	6 210	4 635	5 510	18 705	5 470	180	2 240	6 545	4 320	
Familles économiques vivant sous le seuil de faible revenu après impôt	%	16,6	16,7	11,4	10,7	12,6	9,1	25,2	25,8	31,1	20,7	15,1	14,9	2,9	12,7	16,2	17,9	
	N	79 660	7 075	1 230	590	550	85	2 750	1 080	800	860	3 115	920	20	405	1 070	710	
Familles monoparentales (parent féminin) vivant sous le seuil de faible revenu après impôt	%	32,2	35,0	29,1	30,5	30,5	19,4	40,9	38,5	44,7	40,2	33,9	29,4	0,0	31,8	33,9	44,2	
	N	24 935	2 785	490	230	230	35	1 040	410	295	330	1 260	325	0	175	435	325	
Population de 0-5 ans vivant sous le seuil de faible revenu après impôt	%	29,7	30,9	24,8	29,8	20,9	14,7	44,1	43,1	57,9	36,3	25,5	30,8	0	13,9	29,2	24,1	
	N	33 355	2 760	465	280	160	25	1 165	435	365	365	1 125	350	0	105	445	230	
Population de 65 ans et plus vivant sous le seuil de faible revenu après impôt	%	17,0	23,6	16,4	12,5	22,1	16,5	34,2	36,6	40,3	28,9	23,8	22,8	9,3	25,4	23,9	30,9	
	N	44 635	5 990	1 225	515	640	75	1 610	630	415	565	3 150	1 030	120	350	770	870	
Ménages locataires	%	62,1	72,5	64,2	59,4	70,6	59,8	81,2	79,4	84,0	81,3	71,3	68,8	72,1	60,5	76,1	74,8	
	N	516 130	63 620	12 820	5 815	6 025	980	20 285	7 615	4 780	7 895	30 520	8 580	970	3 795	10 580	6 590	
Ménages locataires consacrant 30 % ou plus de leur revenu au loyer brut	%	38,7	35,8	30,9	29,9	32,0	28,6	37,7	35,9	39,2	38,3	36,6	35,7	52,6	32,0	36,2	38,5	
	N	199 850	22 755	3 955	1 740	1 930	280	7 640	2 735	1 875	3 025	11 160	3 065	510	1 215	3 830	2 540	
Loyer brut moyen	\$	662 \$	594 \$	610 \$	651 \$	577 \$	576 \$	579 \$	570 \$	583 \$	587 \$	598 \$	567 \$	972 \$	655 \$	584 \$	572 \$	
Personnes ayant déménagé (au cours des 5 dernières années)	%	43,3	48,0	40,4	37,1	44,8	39,3	56,3	55,7	55,7	57,4	47,0	42,6	30,2	52,9	49,1	48,6	
	N	749 235	76 920	15 525	7 140	7 070	1 315	25 255	9 580	6 005	9 680	36 130	9 720	705	5 915	12 185	7 615	

Tableau 2 – Caractéristiques socioéconomiques



## Indicateurs généraux de santé

**ESPÉRANCE DE VIE** L'espérance de vie des résidents du territoire est constamment inférieure à celle de l'ensemble des montréalais, que l'on s'attarde à l'espérance de vie à la naissance, à 65 ans ou sans incapacités.

Parmi les trois territoires de CLSC, c'est dans celui de Hochelaga-Maisonneuve que toutes les mesures d'espérance de vie sont les plus basses. Depuis la période 1991-1995, si l'espérance de vie à 65 ans a augmenté sur l'ensemble de l'île, elle a connu un recul sur le territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve : 0,3 année de moins pour les hommes de 65 ans et 0,9 année de moins pour les femmes de cet âge.

Espérance de vie 2001-2005	CSSS Lucille-Teasdale		Mercier-Ouest		Hochelaga-Maisonneuve		De Rosemont		Montréal (RSS)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Espérance de vie à la naissance	75,3	80,7	76,3	80,5	71,2	77,7	77,3	82,7	77,4	82,5
Espérance de vie à 65 ans	15,9	19,6	16,1	18,9	13,2	17,1	17,3	21,5	17,2	20,9
Esp. de vie sans incapacité (2001)	62,7	65,2	65,4	66,7	59,0	62,0	63,6	66,0	65,5	67,3

Tableau 3 - Espérance de vie

**DÉCÈS** Règle générale, le territoire du CSSS se compare assez bien à l'ensemble de la région montréalaise sur le plan des taux de mortalité selon différentes causes, à une exception près : les décès liés à l'usage du tabac. Le taux de mortalité pour cette cause dans le CSSS, supérieur à celui de Montréal, atteint un sommet sur le territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve où les taux dépassent de plus de 50% ceux de la région, représentant, dans le cas des maladies de l'appareil respiratoire, le double du taux montréalais.

Décès par causes 2001-2005	CSSS Lucille-Teasdale		Mercier-Ouest		Hochelaga-Maisonneuve		De Rosemont		Montréal (RSS)	
	N	Taux pour 10000	N	Taux pour 10000	N	Taux pour 10000	N	Taux pour 10000	N	Taux pour 10000
Toutes causes	1 784	81,2	515	83	543	114,1	726	66,2	15 257	70,3
Maladies de l'appareil circulatoire	540	23,8	156	24,3	150	31,7	233	20,2	4 573	20,6
Maladies de l'appareil respiratoire	157	6,9	50	7,6	54	11,3	54	4,7	1 256	5,6
Maladies de l'appareil digestif	74	3,4	23	3,8	25	5,4	25	2,4	597	2,8
Tumeurs	518	24,6	136	23	153	32,6	230	21,9	4 571	21,8
Traumatismes	45	2,2	12	2,2	14	2,9	19	1,9	440	2,1
Conditions associées à l'usage du tabac	707	32	206	32,7	211	44,7	290	26,1	5 573	25,6
Conditions associées à l'usage de l'alcool	124	6,3	30	5,8	43	8,6	51	5,4	1 050	5,2

Tableau 4 - Décès par causes

**CONSOMMATION DE SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX** L'utilisation des services par la population : tout en constituant 9,3% de la population de l'île, la population du territoire a « consommé » 9,9% des 230 000 hospitalisations dans un établissement montréalais (2007-2008); 9,2 % des visites aux urgences (2007-2008); et représentait 9,9 % des usagers ayant eu au moins une visite à un omnipraticien (2005-2006).

La population du territoire du CSSS a reçu 8,5% des quelques 4 millions d'interventions produites par les CLSC de la région (en 2008-2009); elle représente 11,3% des patients ayant utilisé les services de santé mentale du réseau public et 13,2% des personnes ayant une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) (en 2005-2006).

**HOSPITALISATIONS** Pour chacune des causes et pour toutes les causes ensemble, la population du territoire affiche des taux d'hospitalisations plus élevés que la région. Les différences les plus importantes se remarquent dans le taux d'hospitalisations pour maladies de l'appareil respiratoire, qui est environ 20% plus élevé qu'à Montréal, et celui pour troubles mentaux, qui dépasse le taux montréalais de près de 40%.

Hospitalisations 2001-2005	CSSS Lucille-Teasdale		Mercier-Ouest		Hochelaga-Maisonneuve		De Rosemont		Montréal (RSS)	
	N	Taux pour 10000	N	Taux pour 10000	N	Taux pour 10000	N	Taux pour 10000	N	Taux pour 10000
Toutes causes	13 115	678,9	3253	655,2	3665	743,1	6197	661,1	129 227	642,9
Maladies de l'appareil circulatoire	2 377	115,1	628	107,9	588	127,4	1160	113,4	21 706	104,5
Maladies de l'appareil respiratoire	1 254	66,3	306	61,9	404	86,6	544	58,9	11 231	55,4
Maladies de l'appareil digestif	1 358	71,9	334	68,6	377	77,8	647	70,9	13 066	66,5
Tumeurs	1 471	74,8	385	72,1	382	82,4	704	73	13 661	69,2
Traumatismes	1 058	55,5	266	53,8	298	61,7	494	53	10 676	53,4
Troubles mentaux [1]	1 259	67,6	338	74,9	458	89,6	463	51,9	9 544	49,1

[1] Les hospitalisations pour troubles mentaux ont un statut particulier et ne sont pas comptabilisées dans le nombre et le taux global d'hospitalisations.

**Tableau 5 - Hospitalisations**

À l'intérieur du CSSS, les taux sont constamment plus élevés dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve. Bien que pour la plupart des causes les quartiers Mercier-Ouest et Rosemont présentent des taux d'hospitalisations relativement similaires, sur le plan des troubles mentaux la situation est différente. Hochelaga-Maisonneuve arrive toujours en tête (89,6 pour 10000), mais est suivi d'assez près par Mercier-Ouest (74,9 pour 10000). Le taux bien plus bas du quartier Rosemont (51,9 pour 10000) s'apparente à celui de l'ensemble de Montréal.

En comparant les hospitalisations par groupes d'âge pour la population du territoire du CSSS à l'importance de ces groupes dans la population totale, on note des écarts particulièrement importants pour les utilisateurs de moins de 18 ans. Si les hospitalisations sont plus nombreuses, les durées moyennes de séjours sont en général moins longues (sauf pour le groupe des 18-64 ans).

Hospitalisations par groupes d'âge	CSSS Lucille-Teasdale	
	% de la population régionale	% des hospitalisations régionales
0-5 ans	7,3%	9,1%
6-17 ans	8,0%	10,1%
18-64 ans	9,6%	10,1%
65-74 ans	9,6%	10,8%
75 ans et plus	10,1%	9,5%
Tous les âges	9,3%	9,9%

**Tableau 6 - Hospitalisations par âges**

Ce tour d’horizon rapide des caractéristiques de la population met en évidence des différences et inégalités socioéconomiques et de santé qui traversent le territoire et qui orienteront notre plan d’action en santé publique.

## Le développement des communautés

Depuis toujours les CLSC avaient agi en concertation avec les acteurs sociaux et institutionnels des quartiers. Avec la mise en place des CSSS, cette articulation aux forces locales s’est poursuivie, au nom de la responsabilité populationnelle que doit assumer le CSSS et du rôle qu’il doit jouer dans la mise en place et l’animation du réseau local de services.

Si notre action en santé publique s’organise autour de 5 axes définis par le plan d’action régional, auquel nous avons choisi d’ajouter un volet «personnes âgées», c’est en relation étroite avec des centaines d’acteurs de différents réseaux que nous pouvons maximiser l’impact et la pertinence de nos interventions et ressources limitées.

Nos partenaires<sup>5</sup>, sans lesquels il n’y aurait pas de plan d’action local possible, ce sont près de 50 écoles primaires et secondaires, plus de 60 garderies et centres de la petite enfance, des dizaines de cliniques médicales et de cabinets de médecins, des dizaines de pharmacies, des centaines d’organisations communautaires, souvent regroupées en comités de travail ou tables de concertation sectorielles; trois tables de quartier, chacune comprenant plus de 40 organisations membres, organisent et soutiennent des efforts de planification et de développement des communautés de Rosemont, Mercier-Ouest et Hochelaga-Maisonneuve; les élus scolaires, municipaux, provinciaux et fédéraux de même que les administrations des arrondissements et des sous-régions scolaires sont des collaborateurs de chaque jour... des partenaires intéressés comme nous au succès, à la santé et au bien-être des communautés locales.

Et puis, il y a les familles, celles qui s’occupent sans relâche d’aînés ou de proches fragilisés de même que ces 2000 familles qui accueillent chaque année un nouveau né.

Si le réseau de la santé, à travers ses programmes de santé publique, se fait promoteur de changements et de développements favorables à la santé et au bien-être, les autres acteurs et réseaux sur le territoire ont aussi des agendas de développement et d’action qui ont des conséquences sur la santé et le bien-être. Pour cette raison le CSSS soutient, notamment par son service d’organisation communautaire, les efforts de développement de la communauté dans un sens large – qui dépassent les mesures spécifiques de santé publique.

---

<sup>5</sup> Nous aurions pu ajouter, certainement, les grands hôpitaux de la région, avec lesquels des collaborations et projets sont développés; les universités qui accompagnent et soutiennent plusieurs initiatives; les équipes régionales de la santé publique; les centres jeunesse... mais nous voulions ici essentiellement mettre l’accent sur les collaborations entre acteurs locaux.

Décrit comme un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local, le développement des communautés n'est pas, à proprement parler, un « axe » de notre plan d'action local en santé publique mais plutôt une stratégie qui devrait traverser, imprégner l'ensemble de nos actions. Ce qui implique d'être à l'affût d'initiatives imprévues ou indépendantes de notre action mais qui portent un potentiel de développement. Cela se traduit, aussi, par l'attention portée à la prise de parole, à l'expression des volontés des acteurs locaux en portant une attention particulière à ceux qui s'expriment difficilement ou qui ont peu de moyens.

Mais cela veut aussi dire, plus simplement, de chercher les synergies, de soigner les convergences, par exemple, entre le projet pédagogique d'une école ou le plan de développement d'un arrondissement et nos propres objectifs de santé.

## 2.1 Des enfants qui naissent et se développent en santé (axe 1)

Les premières années de vie sont déterminantes pour la santé future de l'enfant. L'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ) précise que :

« Une position sociale défavorable est notamment associée à une probabilité plus élevée de séjourner à l'hôpital, d'avoir des infections aux voies respiratoires, d'être perçu par sa mère comme n'étant pas en très bonne santé et de consulter un médecin généraliste. (...) Néanmoins, l'influence de la position sociale sur la santé des jeunes enfants disparaît en présence de certains facteurs comme l'allaitement, le soutien des grands-parents, une mère en très bonne santé, la fréquentation d'une garderie... »

Tout en portant une attention particulière aux mères et familles présentant des risques importants liés à la pauvreté, ou à une formation et une intégration sociale difficiles (immigration récente, bas niveau de scolarité...) le bien-être et la santé de tous les enfants, dans toutes les familles du territoire préoccupent le CSSS. Si certaines interventions visent à accorder un soutien à des familles en difficultés, beaucoup des efforts de prévention et de promotion de la santé, au quotidien, s'adressent à toutes les familles : rencontres prénatales; aide à l'allaitement; vaccination des bébés, ateliers de stimulation...

À travers ses différents programmes et activités, le CSSS entend contribuer localement à l'atteinte des objectifs suivants du Programme national de santé publique (2008-2012) :

- Réduire le taux de grossesse chez les adolescentes et les jeunes femmes de 18-19 ans.
- Réduire la proportion d'enfants qui naissent :
  - de façon prématurée;
  - avec un retard de croissance intra-utérine;
  - avec une anomalie du tube neural;
  - avec le syndrome de l'alcoolisation fœtale.
- Augmenter le taux et la durée de l'allaitement maternel ainsi que de l'allaitement maternel exclusif.
- Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents âgés de 0 à 17 ans qui subissent des abus physiques et psychologiques, des agressions sexuelles et de la négligence.
- Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents qui présentent des troubles des conduites, incluant la violence envers les autres et la délinquance.

---

### Plus de naissances par année

Plus de 2 000 enfants naissent chaque année sur le territoire (2 141, moyenne des 3 dernières années). C'est presque 6 naissances par jour. En 2009, 2 239 mères ont donné naissance à 2 280 enfants. Dans plus de la moitié des cas (53%) il s'agissait d'une première naissance. La croissance du nombre des naissances a été importante et continue au cours de la période

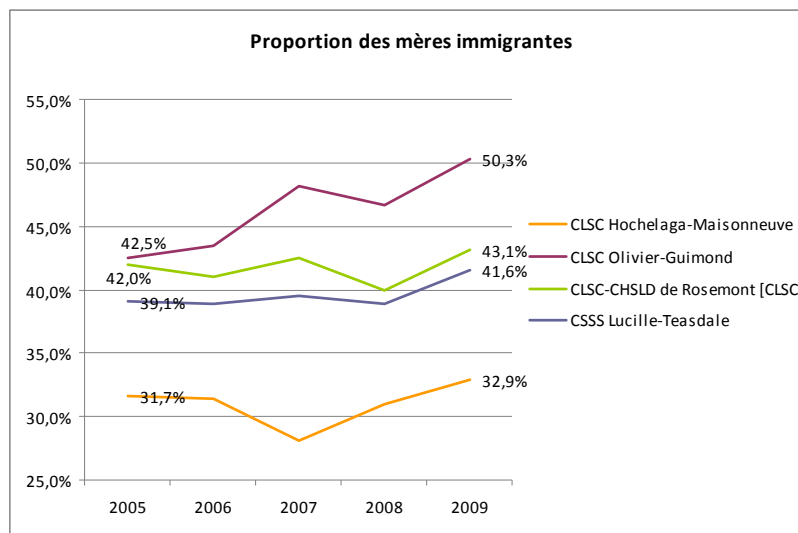
récente. Le tableau suivant montre le détail par CLSC d'une croissance de plus de 38% sur 5 ans, passant de 1 650 à 2 139 au cours de la période de 2005 à 2009.

Nombre de naissances par année / par CLSC	Année de naissance					Total
	2005	2006	2007	2008	2009	
CLSC Hochelaga-Maisonneuve	476	494	603	628	701	2 902
CLSC Olivier-Guimond	335	390	428	482	487	2 122
CLSC-CHSLD de Rosemont	839	932	974	1 025	1 091	4 861
Total	1 650	1 816	2 005	2 135	2 279	9 885

**Tableau 7 – Croissance des naissances de 2005 à 2009**

### Importance des parents immigrants

Plus de 40 % des naissances était le fait de mères immigrantes, en 2009, une proportion variant de 33 % à 50 % selon le CLSC, comme le fait voir le graphique suivant.



**Figure 4 – Proportion des mères immigrantes**

Les pères sont immigrants dans 44 % des cas (quand nous avons l'information). Pour un total croisé de 49 % des enfants ayant l'un ou l'autre des parents immigrant

Si en général les personnes immigrantes jouissent d'une bonne santé, le fait d'être un jeune immigrant rend plus susceptible de connaître des difficultés d'intégration sociale et économique. Un facteur

positif : le niveau d'éducation moyen présenté par les mères

immigrantes est un peu plus élevé que celui des mères non-immigrantes, ce qui est habituellement associé (l'éducation de la mère) à de meilleures chances de réussite scolaire des enfants.

### Âge et scolarité des mères

La proportion des naissances de mères ayant moins de vingt ans a continué de diminuer, passant de 3,7 % (période 2004-2006) à 3,0 % (2007-2009). Les mères de 20 à 24 ans passaient entre ces périodes de 14,8 à 13,3 % tandis que le groupe des 35 ans et plus passait de 16,4 à 18,5 %. Les mères de 25 à 34 ans continuaient de représenter 65 % de l'ensemble des naissances.

La proportion des naissances de mères ayant moins de 12 ans de scolarité est restée stable, à 25-26 % alors que les mères avec de 12 à 15 ans de scolarité diminuaient de 33 à 30 % et celles ayant 16 ans ou plus de scolarité passaient de 41 à 44 %. Comme le montre le tableau suivant, la moindre scolarité est clairement associée à une proportion plus élevée de bébés de faible poids (moins de 2500gr), de naissances prématurées (moins de 37 semaines de grossesse) et de bébés présentant un retard de croissance intra-utérine.

Naissances 2007-2009 (N: nombre moyen par année)	Faible poids	Retard de croissance	Prématurés
11 ans et moins de scolarité	7,2% (N: 38)	12,1% (N:65)	8,3% (N: 45)
12 à 15 ans	4,4% (N: 27)	8,9% (N:55)	5,9 (N: 36)
16 ans et plus	4,6% (N: 42)	8,9% (N:80)	5,4% (N: 49)
Total	5,2% (N: 107)	9,7% (N: 200)	5,7% (N: 129)

**Tableau 8 – Scolarité et faible poids des bébés**

Les taux pour l'ensemble des naissances de la période 2007-2009 sont : 5,4 % de faible poids (6,5 % en 2004-2006); 6,5 % de prématurés (7,6 % en 2004-2006); 9,7 % de retard de croissance intra-utérine (8,8 % en 2004-2006).

Soulignons que, le taux de faible poids pour l'ensemble des mères immigrantes est de 4,6 %, contre 5,8 % pour celles nées ici. Il y a peu de différence entre ces deux groupes au niveau des taux de retard de croissance. Les taux de prématurité sont aussi légèrement inférieur (6,0 % vs 6,9 %) chez les mères immigrantes.

Pays d'origine des mères	
Canada	3673
Autres pays	1009
Algérie	493
Haïti	213
Maroc	210
Mexique	123
France	118
Congo	114
Chine	80
Tunisie	64
Vietnam	63
Total	6160

**Tableau 9 – Pays d'origine des mères**

Le tableau ci-contre nous informe des principaux pays d'origine des mères immigrantes pour les années 2007-2009 sur le territoire du CSSS. Au cours de cette période, dix-huit pourcent (18 %) des mères avaient une autre langue d'usage que le français ou l'anglais. Les voisinages de Rosemont-Nord, Louis-Riel et Longue-Pointe ont respectivement 26 %, 24 % et 24 % des mères ayant une autre langue d'usage que le français ou l'anglais.

### Vulnérabilité économique et sociale

Le tableau ci-contre montre les écarts entre les quartiers et voisinages au regard de quelques variables socioéconomiques pour les familles ayant de jeunes enfants. Si près d'une

Familles ayant au moins un enfant 0-5 ans	Sous le seuil de faible revenu	Familles mono-parentales	Parents immigrants	Aucun certificat, diplôme ou grade	Chômage
	%	%	%	%	%
Île de Montréal (CUM)	29%	19%	50%	12%	16%
CSSS Lucille-Teasdale	29%	25%	38%	11%	14%
CLSC Olivier-Guimond	24%	21%	45%	7%	8%
- de Louis-Riel	28%	21%	49%	8%	10%
- de Longue-Pointe	20%	20%	46%	4%	5%
- de Guybourg	19%	23%	23%	17%	20%
CLSC de Hochelaga-Maisonneuve	42%	34%	33%	13%	11%
- de Maisonneuve	44%	34%	35%	18%	17%
- de Hochelaga-Sud	53%	33%	20%	6%	11%
- de Hochelaga-Nord	34%	34%	38%	10%	7%
CLSC de Rosemont	24%	21%	38%	13%	18%
- du Nouveau-Rosemont	29%	20%	44%	7%	16%
- de Cité-Jardin	0%	33%	0%		0%
- d'Angus	14%	17%	38%	5%	11%
- du Vieux-Rosemont	27%	24%	32%	20%	21%
- de Rosemont-Nord	21%	21%	43%	18%	25%

**Tableau 10 – Caractéristiques socioéconomiques**

famille sur trois (29 %) vivait sous le seuil de faible revenu, ce pourcentage atteignait 42 % dans le quartier de Hochelaga-Maisonneuve. De même, si le quart des familles avec jeunes enfants étaient monoparentales, c'est plus d'une famille sur trois qui est dans cette situation dans le quartier de Hochelaga-Maisonneuve.

Ces conditions socioéconomiques précaires sont aussi apparentes dans le taux beaucoup plus élevé des signalements traités par les Centres jeunesse de Montréal. Pour la période 2004-2006, le taux annuel moyen de victimisation<sup>6</sup>, parmi les enfants de 0-4 ans du territoire de Lucille-Teasdale, est près de deux fois plus élevé que le taux montréalais (66 pour 1000 contre 37 pour 1000).

Victimisation 2004-2006		CSSS Lucille- Teasdale	Mercier- Ouest	Hochelaga- Maisonneuve	De Rosemont	Montréal (RSS)
Taux de victimisation (pour 1000)	0-4 ans	66,3	39,7	118,6	44,5	36,8
Nombre annuel moyen	0-4 ans	534	68	295	172	3638

**Tableau 11 – Victimisation des enfants de moins de 5 ans**

Le CSSS se classe au deuxième rang parmi les douze territoires de la région. Le taux passe de 40 pour 1000 dans le quartier Mercier-Ouest, et 44 pour 1000 dans le quartier Rosemont à 119 pour 1000 dans Hochelaga-Maisonneuve. Même en sachant qu'environ la moitié de ces signalements ne seront finalement pas retenus, c'est tout de même annuellement plus d'un enfant sur dix dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve qui a fait l'objet d'un tel signalement au cours de cette période. Le taux de victimisation dans Rosemont, bien que plus faible que la valeur pour le CSSS, se situe tout de même au-dessus du taux annuel montréalais.

### Hospitalisation

Entre 2001 et 2005, 3 479 hospitalisations ont eu lieu chez nos enfants de 0 à 5 ans. Près du tiers (32,9 %) de ces hospitalisations concernaient des troubles de l'appareil respiratoire. À l'échelle du CSSS, la deuxième cause d'hospitalisation avant 6 ans concerne la périnatalité (dans 10 % des cas), suivie des problèmes de l'appareil digestif (dans 9 % des cas).

Le taux d'**hospitalisation** des enfants du territoire **durant leur première année de vie** est significativement plus élevé que la moyenne régionale (19,3 % vs 15,8 %), particulièrement pour des problèmes liés à l'appareil digestif ou respiratoire (surtout H-M, dans ce dernier cas).

<sup>6</sup> C'est-à-dire la proportion d'enfants ayant fait l'objet d'un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) pour des raisons d'abandon parental, de négligence ou d'abus sexuel ou physique



## À l'arrivée à l'école

Selon l'Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais - En route pour l'école ! (2006), le territoire montréalais compte 34,6 % d'enfants vulnérables dans au moins une des cinq sphères de développement étudiées (santé physique et bien-être, compétence sociale, maturité affective, développement cognitif et langagier et habiletés de communication et connaissances générales). Sur le territoire du CSSS, cette proportion est de 30,9 %, répartie ainsi : Rosemont (26,0 %) Mercier-Ouest (26,1 %) et Hochelaga-Maisonneuve (42,3 %). Ce dernier secteur se distingue des deux autres par des proportions plus élevées d'enfants vulnérables dans les sphères de la santé physique et bien-être et du développement cognitif et langagier, mais plus faible sur le plan de la compétence sociale. De façon globale, le CSSS fait meilleure figure que l'ensemble de Montréal sur les plans du développement cognitif et langagier et des habiletés de communications et connaissances générales.

**Des quartiers mobilisés autour de leurs enfants** La parution de l'enquête *En route pour l'école !* et la diffusion des résultats spécifiques à chacun des territoires de CSSS ont certainement stimulé la mobilisation des acteurs locaux au cours de la dernière année. Une assemblée de plus de 200 personnes en provenance des garderies et CPE, des groupes communautaires de services aux familles de tout le territoire et du CSSS lançait, en février 2009, un processus qui allait se poursuivre dans les trois quartiers par la création de comités visant l'amélioration du soutien et des services aux familles ayant des enfants d'âge préscolaire. Deux des quartiers auront déposé, fin avril 2010, des demandes à la nouvelle fondation Avenir d'enfants alors que l'autre quartier est à adopter un plan d'action triennal d'intervention auprès de la petite enfance.

Cette concertation des acteurs locaux autour des enjeux soulevés par l'enquête régionale n'a pas été créée de toute pièce par cette recherche : il y avait déjà, et parfois depuis longtemps, des tables de concertation réunissant les intervenants auprès des familles et de l'enfance dans les quartiers. Mais la mise en lumière des difficultés particulières à chaque territoire de même que la disponibilité des chercheurs responsables de l'enquête, sans oublier l'arrivée annoncée d'une nouvelle source de financement de l'intervention locale, ont certainement favorisé le passage de l'information à l'action.

Nous avons contribué de diverses manières à cette mobilisation des collectivités et le développement d'initiatives orientées vers les besoins des enfants d'âge préscolaire aidera sans doute à la mise en place de ce que notre programme SIPPE (Services intensifs en périnatalité et petite enfance) appelle des environnements favorables.

Considérant la proportion croissante (près de 50 %) des nouveaux nés de parents immigrants, et les taux élevés de victimisation des enfants dans deux des trois quartiers, toute initiative permettant de mieux connaître et approcher, pour mieux servir les familles avec jeunes enfants sera bienvenue !

## PLAN D'ACTION

### OBJECTIF : OFFRIR DES SERVICES PRÉNATAUX EN LIEN AVEC LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diffusion du guide "Mieux vivre avec son enfant" et une information prénatale de qualité lors des visites pré et post natales et lors des cours prénataux</li> </ul>	À poursuivre	En continu
<ul style="list-style-type: none"> <li>Offre de service en prénatal</li> </ul>	À poursuivre	En continu
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ajustement des activités des CÉS et intégration des mesures préventives en matière de « tabac » auprès des femmes enceintes</li> </ul>	L'intervenante CAT fera un suivi régulièrement auprès des équipes en périnatalité	En continu

Partenaires :

- Hôpitaux (distribution du guide Mieux vivre avec son enfant)
- CAT (centre d'abandon du tabac)

Perspectives

- Afin de mieux répondre à certains besoins ou problématiques courants de la clientèle, explorer un projet d'accessibilité aux traitements par l'élaboration d'ordonnance collectives entre les médecins du CSSS et les pharmaciens communautaires.

### OBJECTIF : ACTUALISER DES MODALITÉS D'ARTICULATION EN PÉRINATALITÉ-PÉRIODE POSTNATALE

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
<ul style="list-style-type: none"> <li>Offre de visites postnatales à toutes les mères et enfants avec les suivis au besoin (counselling et soutien aux nouveaux parents)</li> </ul>	À poursuivre	En continu
<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation à une enquête sur les PCP en périnatalité et petite enfance</li> </ul>	À poursuivre	

Partenaires :

- CH accoucheurs en période postnatale (ententes avec les CSSS)
- Santé publique et l'Agence de santé (participation aux comités)

**OBJECTIF : PROMOUVOIR ET SOUTENIR L'ALLAITEMENT**

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en œuvre des lignes directrices en allaitement maternel du MSSS                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comité IAB – plan d'action déposé et politique d'allaitement afin de « soutenir » la pratique et promotion</li> </ul> </li> </ul>	Poursuivre les démarches auprès des partenaires impliqués	Automne 2010
<ul style="list-style-type: none"> <li>Accès, dès la période prénatale, à un programme structuré d'information sur l'allaitement                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participer aux activités grand public (défi allaitement, salon maternité)</li> <li>- Créer des lieux, des milieux favorables à l'allaitement (IAB)</li> </ul> </li> </ul>	À consolider	En continu

Partenaires :

- Hôpital de première instance (corridors de services avec,)

**OBJECTIF : DÉPLOYER DES SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE**

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
<ul style="list-style-type: none"> <li>Offre du programme SIPPE comme prescrit, minimalement jusqu'à l'âge de deux ans                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concertation avec la santé publique, les CSSS et les organismes communautaires pour les environnements favorables</li> <li>- Sensibilisation et implication des familles à l'atteinte d'une meilleure santé globale et à se prévaloir du programme</li> </ul> </li> </ul>	À poursuivre	En continu
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les intervenants qui travaillent dans les SIPPE doivent consacrer 50 % de leur temps au programme                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer que les équipes rejoignent les clientèles SIPPE</li> <li>- Identifier les différents facteurs qui influencent l'atteinte des cibles (nombre de parents rejoints)</li> <li>- Poursuivre le renforcement de nos pratiques en matière SIPPE et la concertation multidisciplinaire</li> </ul> </li> </ul>	À maintenir	En continu
<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientation et accès aux services appropriés pour les familles ayant des besoins spéciaux                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser les arrimages avec les tables de quartier pour la réalisation de plan d'action</li> </ul> </li> </ul>	À poursuivre	En continu
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mobilisation du réseau local autour des sommets en maturité scolaire                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- collaborer avec les services communautaires qui mènent ces travaux dans les quartiers du CSSS</li> </ul> </li> </ul>	À poursuivre	En continu
<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation aux lieux de concertation concernant l'offre de service aux familles et tout-petits</li> </ul>	À poursuivre	En continu

### Partenaires

- Autres services du CSSS : santé mentale, services psychosociaux adulte, mécanismes d'arrimage (ex table 0-18 ans)
- Direction des services infirmiers
- Pharmacies communautaires
- Centres de la petite enfance (protocoles d'entente)
- Hôpital de première instance (corridors de services avec,)
- CH accoucheurs en période postnatale (ententes avec les CSSS)
- Santé publique et l'Agence de santé (participation aux comités)
- Hôpitaux (distribution du guide Mieux vivre avec son enfant)
- Centre d'abandon du tabac

### Perspectives

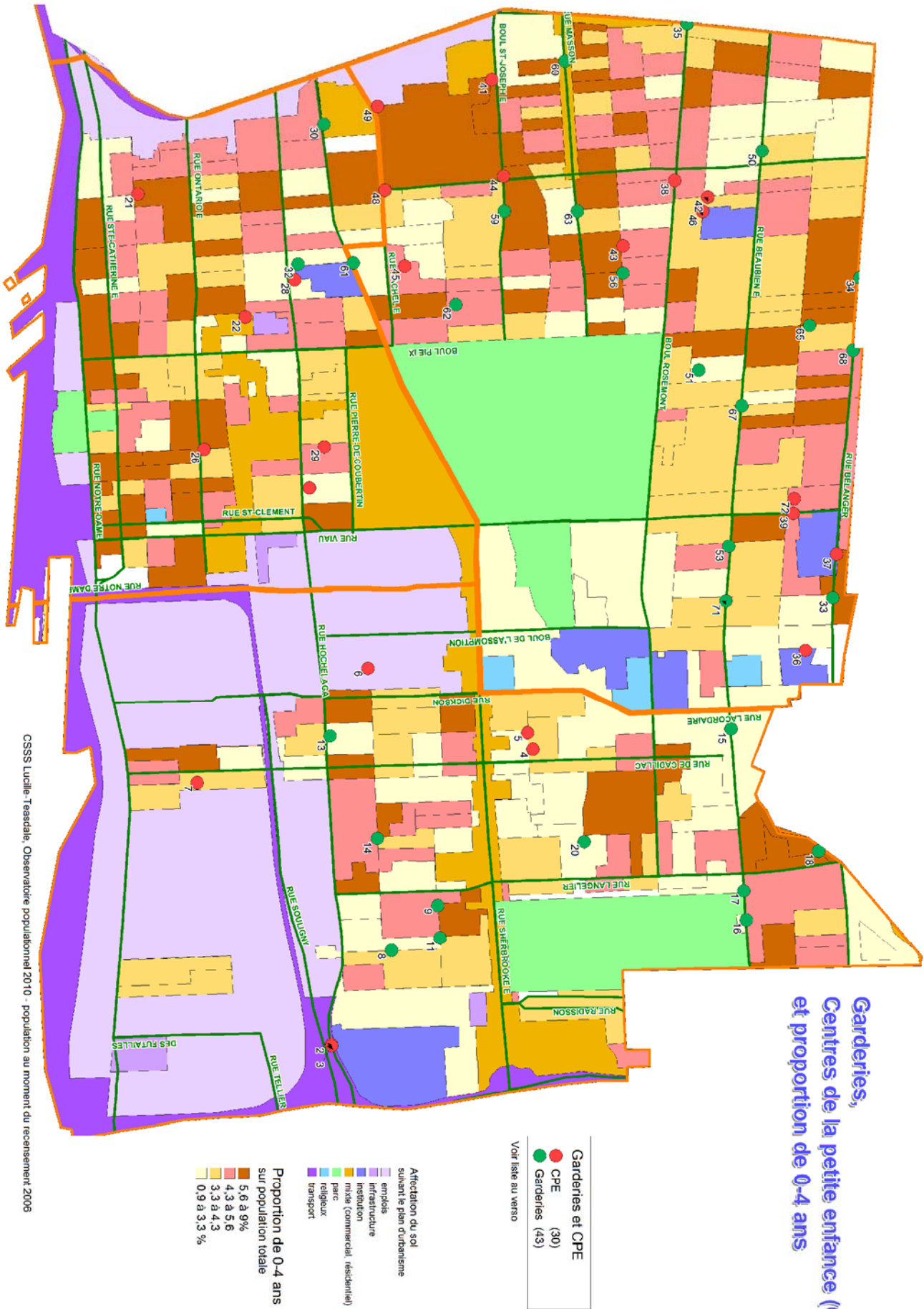
- Afin de mieux répondre à certains besoins ou problématiques courants de la clientèle, explorer un projet d'accessibilité aux traitements par l'élaboration d'ordonnance collectives entre les médecins de la communauté, ceux du CSSS et les pharmaciens communautaires.

### **Annexe : garderies et CPE du territoire**

La carte suivante situe sur le territoire les garderies et CPE, ainsi que la proportion d'enfants de 0-4 ans au moment du recensement.

La liste des garderies est affichée à l'endos de la carte.

## Garderies, Centres de la petite enfance (CPE) et proportion de 0-4 ans



CSSS Lucille-Teasdale, Observatoire populationnel 2010 - population au moment du recensement 2006

Figure 5 – Carte des garderies et CPE du territoire

Numéro	Service_de_garde	Adresse	Code_postal	Places	Type	Quartier
1	AU ROYAUME DES PETITS DE MAISONNEUVE INC. Montréal		H1M 3K7		70 GARD	Mercier-O
2	C.P.E. À LA CLAIRE FONTAINE (MAISON BLANCHE) Montréal	7403 rue Hochelaga	Montréal, QC H1N 3M5		36 CPE	Mercier-O
3	C.P.E. À LA CLAIRE FONTAINE (MAISON ROUGE) Montréal	7405 rue Hochelaga	Montréal, QC H1N 3M5		37 CPE	Mercier-O
4	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE CARCAJOU, INC. Montréal	5100 rue Bossuet	Montréal, QC H1M 2M4		50 CPE	Mercier-O
5	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE CARCAJOU, INC. Montréal	5945 rue de Jumonville	Montréal, QC H1M 1R2		80 CPE	Mercier-O
6	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE LES LUTINS DU BOULEVARD	5650 avenue Pierre-de-Coubertin	Montréal, QC H1N 1P9		70 CPE	Mercier-O
7	CENTRE À LA PETITE ENFANCE GROS BEC Montréal	1890 rue Duquesne	Montréal, QC H1N 2W4		80 CPE	Mercier-O
8	GARDERIE CITE FLEURIE INC. Montréal	2889 avenue Haig	Montréal, QC H1N 3E8		52 GARD	Mercier-O
9	GARDERIE DES PETITES MERVEILLES SUR MARSEILLE Montréal	6705 rue de Marseille	Montréal, QC H1N 1M4		27 GARD	Mercier-O
10	GARDERIE DICKSON Montréal		H1N 2J7		80 GARD	Mercier-O
11	GARDERIE JARDIN DES CANETONS 2 Montréal	6875 rue de Marseille	Montréal, QC H1N 1M7		28 GARD	Mercier-O
12	GARDERIE JARDIN DES CANETONS INC. Montréal	6886 rue de Marseille	Montréal, QC H1N 1M7		37 GARD	Mercier-O
13	GARDERIE L'OASIS DES PAPILLONS BLANCS INC. Montréal	2501 rue Louis-Veuillot	Montréal, QC H1N 2P1		41 GARD	Mercier-O
14	GARDERIE LA BALANCELLE Montréal	6400 avenue Pierre-De Coubertin	Montréal, QC H1N 1S4		46 GARD	Mercier-O
15	GARDERIE LA MAISON DES FONS-FONS INC. Montréal	6263 rue Beaubien Est	Montréal, QC H1M 3E6		59 GARD	Mercier-O
16	GARDERIE LES AMIS D'ENFANCE INC. Montréal	6875 rue Beubien est	Montréal, QC H1M 3B2		40 GARD	Mercier-O
17	GARDERIE PETIT ENFANT BIEN-HEUREUX D'ICI Montréal	6610 rue Beaubien Est	Montréal, QC H1M 3B3		30 GARD	Mercier-O
18	GARDERIE RÊVE D'ENFANCE Montréal	6950 rue Jean-Tavernier	Montréal, QC H1M 2E6		80 GARD	Mercier-O
19	GARDERIE ÉDUCATIVE DE L'EST INC. Montréal	6905 rue Beaubien Est	Montréal, QC H1M 3B2		70 GARD	Mercier-O
20	LE PETIT BALUCHON Montréal	6500 avenue de Renty	Montréal, QC H1M 1M4		30 GARD	Mercier-O
21	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE CASSE-NOISETTE INC. Montréal	1635 rue Darling	Montréal, QC H1W 2W4		80 CPE	H-M
22	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE CASSE-NOISETTE INC. Montréal	3954 rue de Rouen	Montréal, QC H1W 1N3		80 CPE	H-M
23	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE DU CARREFOUR INC. (H)		H1W 1M2		80 CPE	H-M
24	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE DU CARREFOUR INC. Montréal	2355 rue Provençale	Montréal, QC H2K 4P9		80 CPE	H-M
25	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE DU CARREFOUR INC. Montréal	2025 rue Fullum, bureau 101	Montréal, QC H2K 3N5		80 CPE	H-M
26	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE LA MAISONNETTE INC. Montréal	2050 avenue Bennett	Montréal, QC H1V 3S6		74 CPE	H-M
27	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE LA RUCHE Montréal	2555 rue Leclair	Montréal, QC H1V 3A8		80 CPE	H-M
28	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE LA VERMOUILLEUSE Montréal	2611 avenue Valois	Montréal, QC H1W 3M7		68 CPE	H-M
29	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE LE JARDIN CHARMANT Montréal	2545 avenue Bennett	Montréal, QC H1V 3N3		80 CPE	H-M
30	GARDERIE ÉDUCATIVE 3120 SHERBROOKE EST INC. Montréal	3120 rue Sherbrooke Est	Montréal, QC H1W 1B6		63 GARD	H-M
31	GARDERIE ÉDUCATIVE 3124 SHERBROOKE EST Montréal	3124 rue Sherbrooke Est	Montréal, QC H1W 1B6		34 GARD	H-M
32	HALTE-RÉPIT HOCHELAGA-MAISONNEUVE Montréal	2570 rue Nicolet	Montréal, QC H1W 3L5		48 GARD	H-M
33	1.2.3...MÉS PREMIERS PAS A,B,C...MÉS PREMIERS MOTS Montréal	5350 rue Bélanger Est	Montréal, QC H1T 1E3		77 GARD	Rosemont
34	ACADÉMIE-GARDERIE BÉLANGER Montréal	3884 rue Bélanger	Montréal, QC H1X 1B6		80 GARD	Rosemont
35	AU JARDIN FLEURI DES PETITS Montréal	2520 boulevard Rosemont	Montréal, QC H1Y 1K4		60 GARD	Rosemont
36	AU PAYS DE L'ARC-EN-CIEL (C.P.E.) Montréal	6105 rue Châtelain	Montréal, QC H1T 3W5		80 CPE	Rosemont
37	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE AU PAYS DES SCHTROU Montréal	5200 rue Bélanger	Montréal, QC H1T 1C9		80 CPE	Rosemont
38	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE BEAU SOURIRE INC. Montréal	3333 boulevard Rosemont	Montréal, QC H1X 1K4		60 CPE	Rosemont
39	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE CARDIO-PUCES Montréal	6825 rue Viau	Montréal, QC H1T 2Y9		54 CPE	Rosemont
40	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE CARDIO-PUCES Montréal		Montréal, QC H1T 1Z8		70 CPE	Rosemont
41	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE COEURS DE L'ÎLE INC. Montréal	2830 rue Gilford	Montréal, QC H1Y 3N2		63 CPE	Rosemont
42	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE LA GALIJODE INC. Montréal	6315 13e Avenue	Montréal, QC H1X 2Y6		68 CPE	Rosemont
43	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE LE TERRIER MAGIQUE Montréal	3655 rue Dandurand	Montréal, QC H1X 1N7		73 CPE	Rosemont
44	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE RHÉA Montréal	3250A boulevard Saint-Joseph	Montréal, QC H1Y 3G2		59 CPE	Rosemont
45	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE RHÉA Montréal	3756 rue Marius Dufresne	Montréal, QC H1X 3L2		60 CPE	Rosemont
46	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE ROSEMONDE Montréal	3455 rue de Bellechasse	Montréal, QC H1X 3M9		56 CPE	Rosemont
47	CENTRE DE LA PETITE ENFANCE ROSEMONDE Montréal		Montréal, QC H1X 3M9		68 CPE	Rosemont
48	CENTRE À LA PETITE ENFANCE COEUR ATOUT Montréal	4011 boulevard St-Michel	Montréal, QC H1Y 3G5		55 CPE	Rosemont
49	COEUR DE CANNELLE Montréal	4120 rue André-Laurendeau	Montréal, QC H1Y 3N6		80 CPE	Rosemont
50	GARDERIE 1-2-3 SOLEIL INC. Montréal	3242 rue Beaubien Est	Montréal, QC H1Y 1H7		48 GARD	Rosemont
51	GARDERIE ABRIS DES ANGÉS Montréal	6273 25e Avenue	Montréal, QC H1T 3L5		24 GARD	Rosemont
52	GARDERIE LES AMIS DU JARDIN Montréal		Montréal, QC H1T 3L5		60 GARD	Rosemont
53	GARDERIE LES BAMBINS BRICOLEURS INC. Montréal	5101 rue Beaubien est	Montréal, QC H1T 1V8		53 GARD	Rosemont
54	GARDERIE LES PETITS KOALAS DE MONTRÉAL INC. Montréal		Montréal, QC H1X 1S8		37 GARD	Rosemont
55	GARDERIE PETITS BIJOUX Montréal		Montréal, QC H1X 2B8		19 GARD	Rosemont
56	GARDERIE ÉDUCATIVE DE LA PETITE PATRIE Montréal	3803 rue Dandurand	Montréal, QC H1X 1P3		23 GARD	Rosemont
57	GARDERIE ÉDUCATIVE LA GRANDE OURSE Montréal		Montréal, QC H1X 1W6		78 GARD	Rosemont
58	GARDERIE ÉDUCATIVE LES BAMBINS BRICOLEURS INC. Montréal		Montréal, QC H1X 2C6		78 GARD	Rosemont
59	GARDERIE ÉDUCATIVE LIBELLULES ET PAPILLONS INC. Montréal	3645 boulevard Saint-Joseph Est	Montréal, QC H1X 1W7		76 GARD	Rosemont
60	GARDERIE ÉDUCATIVE MILA INC. Montréal	2661 rue Masson, 2e étage	Montréal, QC H1Y 1W3		79 GARD	Rosemont
61	LA SAUTERELLE Montréal	3700 rue Sherbrooke Est	Montréal, QC H1X 1Z8		45 GARD	Rosemont
62	GARDERIE AU BERCEAU FLEURI INC. Montréal	4642 avenue d'Orléans	Montréal, QC H1X 2K4		9 GARD	Rosemont
63	GARDERIE AU ROYAUME DES PETITS DE ROSEMONT INC. Montréal	3525 rue Masson	Montréal, QC H1X 1S1		77 GARD	Rosemont
64	GARDERIE AU ROYAUME DES PETITS INC. Montréal	4550 avenue D'Orléans	Montréal, QC H1X 2K4		80 GARD	Rosemont
65	GARDERIE BLANCHE NEIGE INC. Montréal	6725 boulevard Pie-IX	Montréal, QC H1X 2C7		73 GARD	Rosemont
66	GARDERIE COCCINELLES ET COQUELICOTS Montréal		Montréal, QC H1X 1Y9		37 GARD	Rosemont
67	GARDERIE DES OLIVIERS Montréal	4485 Beaubien Est	Montréal, QC H1T 1X1		30 GARD	Rosemont
68	GARDERIE DESRAMEAUX Montréal	4251 rue Bélanger Est	Montréal, QC H1T 1A6		80 GARD	Rosemont
69	GARDERIE GRANDIR ENSEMBLE Montréal		Montréal, QC H1T 1S6		32 GARD	Rosemont
70	GARDERIE L'ÎLE DES MERVEILLES INC. Montréal		Montréal, QC H1T 1S5		30 GARD	Rosemont
71	GARDERIE LES AMIS DES JUMEAUX INC. Montréal	5355 rue Beaubien Est	Montréal, QC H1T 1W4		71 GARD	Rosemont
72	LE REPÈRE DES MOUSSES INC. Montréal	6815 36e Avenue	Montréal, QC H1T 2Z9		60 CPE	Rosemont
73	PROJET GARDERIE VAZKEN BARBARIAN Montréal		Montréal, QC H1X 1H7		80 GARD	Rosemont

Tableau 12 – Liste des garderies et CPE

Note : les services de garde sans adresse mais avec un code postal, correspondent à un projet de développement dans ce secteur.

## 2.2 Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire (axe 2)

La période scolaire est importante parce que c'est le temps où les habitudes se prennent : vie active, saine alimentation, estime de soi, socialisation... De plus la réussite scolaire est considérée comme un facteur déterminant de santé en ce qu'elle marquera le niveau d'intégration sociale, les revenus à venir ou encore l'espérance de vie en bonne santé.

Pour ces raisons, le CSSS a soutenu différentes initiatives favorisant la réussite scolaire, le développement de saines habitudes chez les jeunes et des interventions visant à réduire le décrochage scolaire et les comportements à risques pour la santé : consommation de drogues et d'alcool...

Les programmes et activités du CSSS contribuent à l'atteinte de plusieurs objectifs du Plan national de santé publique (2008-2012), dont les suivants :

- Réduire la proportion des enfants et adolescents âgés de 6 à 17 ans qui subissent des abus physiques et psychologiques, des agressions sexuelles et de la négligence.
- Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents qui présentent des troubles de conduite, incluant la violence envers les autres et la délinquance.
- Réduire la proportion d'adolescents qui présentent des problèmes de consommation de drogues et d'alcool ainsi que des problèmes de jeux de hasard et d'argent.
- Augmenter la proportion des jeunes se percevant en bonne santé mentale.
- Réduire à moins de 4,5 % la proportion de personnes de 12 ans et plus vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire.
- Augmenter la proportion de jeunes qui ont de saines habitudes de vie (alimentation, activité physique, tabagisme, hygiène dentaire).
- Réduire la morbidité liée à l'asthme.
- Réduire la prévalence de l'obésité et de l'embonpoint.

La poursuite de ces objectifs se fait parfois dans des programmes spécifiques (par exemple, le travail des hygiénistes dentaires visant la réduction des caries) ou encore dans des interventions plus globales dans les milieux de vie : scolaire ou familial.

## Portrait du territoire

### Population des jeunes

En 2006, on dénombrait 18 285 jeunes âgés de 5 à 17 ans sur le territoire du CSSS : 9 330 de 5 à 11 ans et 8 955 de 12 à 17 ans. Au total, ce groupe représente 10,6 % de la population du territoire, proportion inférieure à ce qu'on peut observer sur l'ensemble de l'île de Montréal (13,6 %). La proportion de jeunes est sensiblement la même dans les trois quartiers qui composent le CSSS.

En 2008-2009 il y avait 8 714 enfants inscrits dans les 31 écoles primaires du territoire appartenant aux commissions scolaires CSDM et CSEM. Sept (7) de ces écoles, toutes dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve, étaient considérées très défavorisées et cinq (5), toutes dans le quartier Rosemont, étaient considérées défavorisées. À la même période (2008-2009) les huit (8) écoles secondaires (6 de la CSDM et deux de la CSEM) accueillaient 6 951 élèves. Trois de ces écoles étaient considérées très défavorisées et deux, défavorisées. À noter l'évolution de ce statut de 2007 à 2009, huit écoles ont vu leur statut se détériorer et une, s'améliorer.

Effectifs scolaires 2006-2007	CSSS Lucille-Teasdale		Mercier-Ouest		Hochelaga-Maisonneuve		De Rosemont		Montréal (RSS)	
	N	% décrochage	N	% décrochage	N	% décrochage	N	% décrochage	N	% décrochage
Nombre d'étudiants et pourcentage de décrochage	19 084	33%	6 174	26%	3 845	50%	9 065	28%	233 501	27%

Tableau 13 – Décrochage scolaire

Comparativement à l'ensemble des élèves montréalais, les jeunes du CSSS Lucille-Teasdale semblent plus susceptibles de quitter l'école sans avoir obtenu de diplôme<sup>7</sup>. Les écarts entre les secteurs de CLSC du territoire sont toutefois frappants et on s'aperçoit que cette situation est due entièrement au taux de décrochage du secteur Hochelaga-Maisonneuve, où le taux atteint près du double de la valeur des deux autres CLSC, dont la situation s'apparente à celle de l'ensemble de la région.

Vous trouvez en annexe la carte des écoles du territoire.

<sup>7</sup> **Note :** Le décrocheur, ou sortant sans diplôme ni qualification, est un élève qui est inscrit une année donnée et qui répond aux deux critères suivants : a) il n'obtient ni diplôme ni qualification durant l'année considérée. Les diplômes retenus sont les suivants : DES, DEP, AFP, ASP. Les qualifications retenues sont les suivantes : CFER et ISPJ; b) il n'est inscrit, durant l'année suivante, ni en formation générale (jeunes ou adultes), ni en formation professionnelle, ni au collégial, dans un établissement d'enseignement au Québec. Le taux de sortie sans diplôme est calculé parmi tous les sortants du secondaire, avec ou sans diplôme. Limite: Les sorties sans diplôme ni qualification comprennent des sorties dues à l'émigration hors Québec, à la mortalité et à des causes autres que le décrochage. On utilise le code postal du lieu de résidence des jeunes afin de faire les calculs pour le territoire.



## Victimisation et externalisation

En dehors de l'environnement scolaire, le milieu de vie à la maison exerce aussi son influence sur le développement des jeunes. Que ce soit pour la victimisation (intervention chez un jeune pour des raisons d'abandon parental, de négligence, d'abus sexuel ou d'abus physique) ou pour l'externalisation (intervention chez un jeune à cause de troubles de comportement sérieux, d'une fugue ou en raison d'une infraction au Code criminel), le territoire du CSSS présente toujours des taux plus élevés que ceux de Montréal. Les taux dans le CLSC de Hochelaga-Maisonneuve sont les plus hauts du CSSS. Dans le cas de la victimisation, ils sont environ deux fois plus élevés dans ce secteur que dans les deux autres CLSC.

Victimisation et externalisation 2004-2006		CSSS Lucille- Teasdale	Mercier- Ouest	Hochelaga- Maisonneuve	De Rosemont	Montréal (RSS)
Taux de victimisation (pour 1000)	5-11 ans	59,3	45,4	96,7	42,9	36,8
	12-17 ans	27,3	18,8	41,9	22,2	22,6
Taux d'externalisation (pour 1000)	5-11 ans	3,3	3,2	5,4	2	2,9
	12-17 ans	61,2	45,7	81,7	56,2	41,8

Tableau 14 – Victimisation et externalisation

## Habitudes de vie

De saines habitudes acquises tôt dans la vie se reflètent souvent sur l'état de santé futur. Par exemple, le surplus de poids et le manque d'activité chez les jeunes représentent des défis de santé publique sur l'ensemble de l'île de Montréal. Les données ne laissent pas présager de différence avec le reste de la région. L'usage du tabac est cependant beaucoup plus répandu chez les jeunes de 15 à 24 ans du CSSS que chez les autres Montréalais du même âge. Le pourcentage de 27,4 % de jeunes fumeurs sur l'ensemble de l'île grimpe à 36,7 % dans Lucille-Teasdale.

## Problèmes respiratoires

Une étude régionale sur les **taux d'hospitalisation pour asthmes pédiatrique** avait, en 2005, identifié les portions du territoire de l'île où le phénomène était

statistiquement plus élevé – en rouge (ou moins – en bleu) qu'ailleurs. La carte ci-contre montre les portions du territoire du CSSS touchées.

Il s'agit d'une situation problématique qu'est venu confirmer l'étude des manifestations allergiques, réalisée en 2006, chez les enfants de 6 mois à 12 ans, montrant une prévalence de 16% sur le territoire du CSSS (20% dans H-M, 19% dans Mercier-Ouest et 12% dans Rosemont), pour un nombre d'enfants allergiques de 2 908.

**SANTÉ DENTAIRE** En 2007-2008 29 % des enfants du territoire dépistés dans le cadre du programme public de santé dentaire préventif étaient jugé à risque (ce taux atteint 45 % dans Hochelaga-Maisonneuve – la moyenne régionale : 28 %). Quinze pourcent (15 %) étaient identifiés comme ayant un besoin évident de traitement (17 % à Montréal), ce taux atteignant 23 % dans Mercier-Ouest.

**HOSPITALISATIONS** Le taux global d'hospitalisation chez les 6 à 17 ans était, pour la période observée, de 192,8 pour 10000 dans le CSSS, une valeur un peu plus élevée que celle que l'on observe pour l'ensemble de la région montréalaise (163,8). Au total, entre 2001 et 2005, 1 849 hospitalisations ont eu lieu chez les jeunes du CSSS, soit une moyenne de 370 hospitalisations par année. Les trois principales causes de ces hospitalisations sont en premier lieu les lésions, traumatismes et empoisonnements (14,7 % de toutes les hospitalisations dans ce groupe), puis les maladies de l'appareil digestif (14,5 %) et finalement les maladies de l'appareil respiratoire (11,6 %).

### Indice Local de Moran

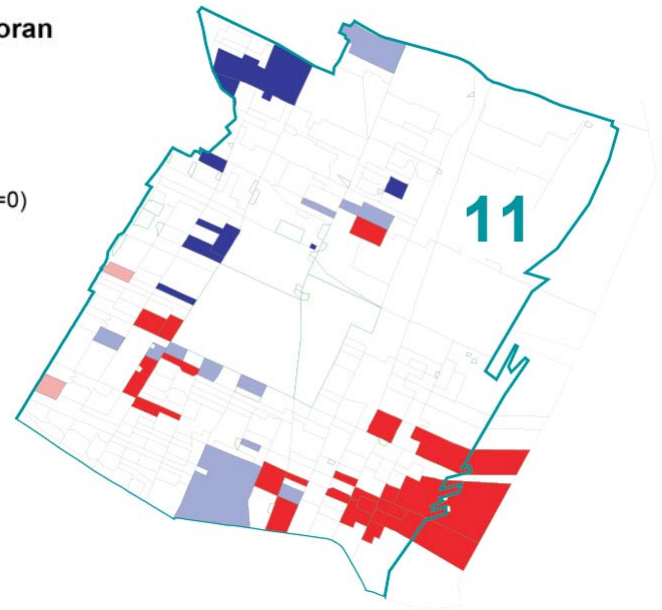
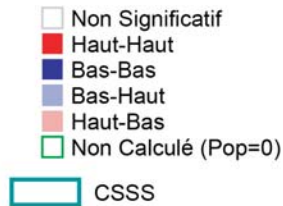


Figure 6 – Hospitalisation pour asthme pédiatrique

## Une intervention dans un réseau complexe

Le territoire du CSSS Lucille-Teasdale compte sept écoles ou lieux d'enseignement pour jeunes handicapés ou ayant des difficultés d'apprentissage (EHDAA), six écoles de formation professionnelle ou pour adultes, huit écoles secondaires et trente et une écoles primaires. Ces écoles sont rattachées à deux commissions scolaires.

Chaque école élabore son projet pédagogique qui mobilise, à sa façon, parents, enseignants et élèves. La plupart des écoles comptent plusieurs centaines d'élèves et trois d'entre elles, plus de 1 000 étudiants. Ce sont donc des organisations complexes où l'intervention du CSSS doit s'harmoniser, se joindre à celle des établissements scolaires pour assurer son rôle de protection (vaccination) et de promotion de la santé.

Des rencontres annuelles du CSSS avec les directions d'écoles et des régions administratives concernées ont favorisé un rapprochement depuis quelques années.

Plusieurs écoles sont en relation avec leur milieu depuis longtemps, en participant notamment à des tables de concertation de quartiers ou divers projets communautaires.

Le déploiement de l'approche *École en santé*, de même que la présence de Québec en forme, dans les quartiers Rosemont et Hochelaga-Maisonneuve sont des facteurs favorables à la promotion de saines habitudes de vie et à la création d'environnements qui soutiendront l'adoption de ces habitudes et la réussite éducative.

Le fait que l'ensemble de la société se montre de plus en plus consciente et préoccupée par les questions de santé, d'alimentation, de vie active rendra sans doute plus facile la mobilisation des milieux de vie que sont les écoles autour de tels enjeux.

## **Carte des écoles primaires, secondaires, de formation professionnelle et pour les enfants avec difficultés d'apprentissage**

La carte suivante situe géographiquement les 52 lieux d'enseignement sur le territoire du CSSS ainsi que la proportion des enfants âgés de 6 à 14 ans, par aires de diffusion. Le tableau à l'endos de la carte énumère pour chaque lieu, adresse, code postal, téléphone, la présence et le niveau de préscolaire, le nombre d'inscrits en 2008-2009 et le statut de défavorisation de l'école (lorsque disponible). Ce statut est établi annuellement par le Comité de gestion de la taxe scolaire de l'île de Montréal à partir des caractéristiques socioéconomiques (tirées du recensement) des lieux de résidence des enfants fréquentant chaque école<sup>8</sup>.

La carte identifie aussi l'affectation des sols, suivant le plan d'urbanisme de la ville de Montréal.

---

<sup>8</sup> Voir résumé de la méthodologie :  
<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/methodologie/defavorisationecole.html>

# Écoles du territoire et proportion des 6-14 ans

## Écoles du territoire

- ◆ Primaire
- ◆ Secondaire
- ◆ Éd. Adultes
- ◆ EHDAA
- ◆ Form. Prof.

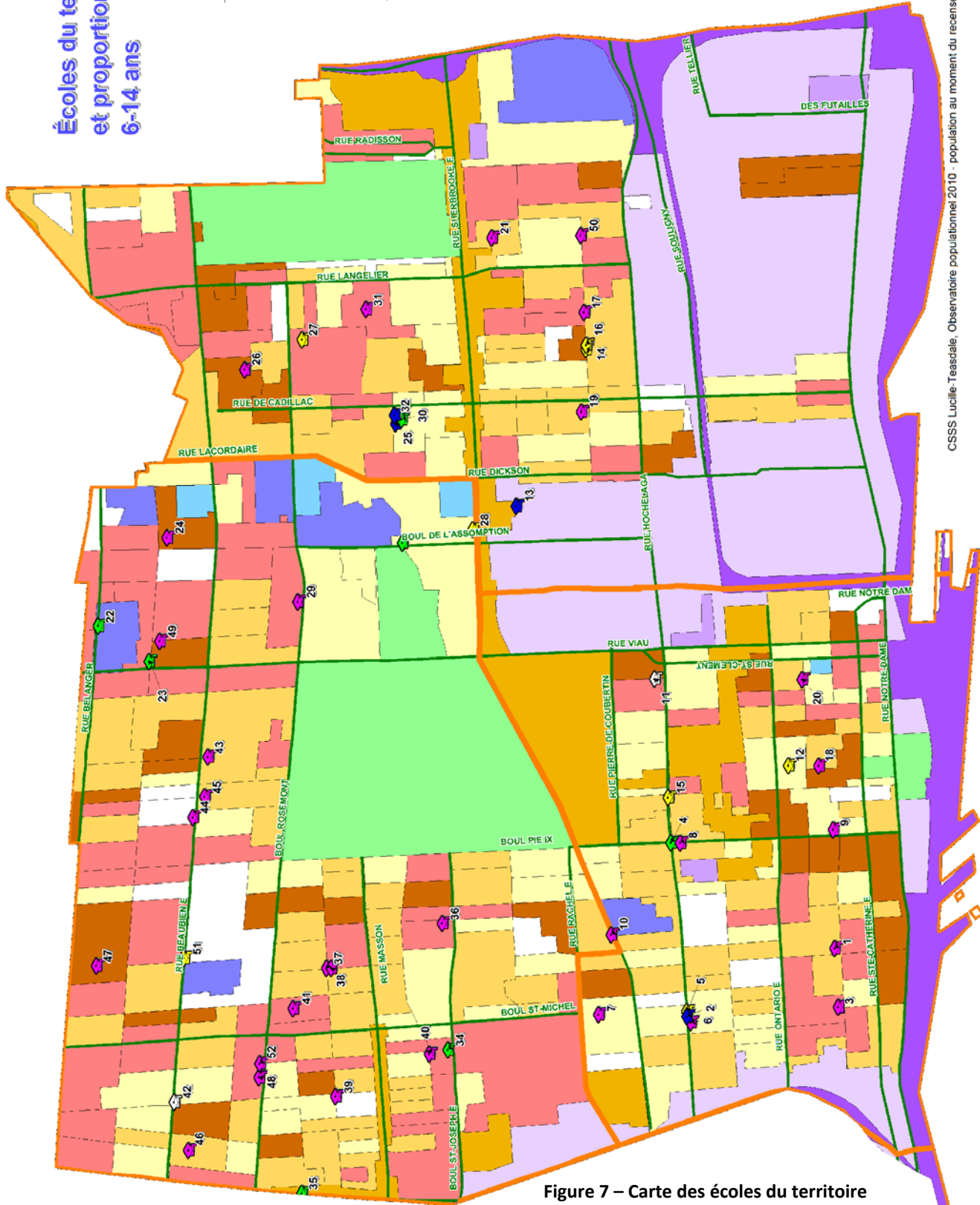
Voir liste au verso

Affectation du sol  
suivant le plan d'urbanisme

- ◆ emplois
- ◆ infrastructure
- ◆ institution
- ◆ mixte (commercial, résidentiel)
- ◆ parc
- ◆ religieux
- ◆ transport

Proportion des 6-14 ans  
sur la population en ménages privés

- de 11,3 à 21,4%
- de 8,1 à 11,3
- de 5,4 à 8,1
- de 1,6 à 5,4
- Zéro ou non disponible



CSSS Lucille-Teasdale, Observatoire démographique 2010 - population au moment du recensement 2006

Figure 7 – Carte des écoles du territoire

#	École	Nombre d'inscrits (2008)	Adresse	Code postal	Téléphone	Pré-scolaire	Niveau	Défavorisation
1	École Baril	242	3603 rue Adam	H1W 1Z1	514 596-5070	4ans , 5 ans	Primaire	Très défav.
2	École des métiers de la construction de Montréal,		3320 rue Hochelaga	H1W 1H1	514 596-4590		For. Prof.	non dispon.
3	École Hochelaga	237	3349 rue Adam	H1W 1Y2	514 596-5060	4 ans, 5 ans	Primaire	Très défav.
4	École Irénée-Lussier		4100 rue Hochelaga	H1V 1B6	514 596-4250		EHDA	non dispon.
5	École Le Vitrail	133	3320 rue Hochelaga	H1W 1H1	514 596-4650		Secondaire	Non défav.
6	École Notre-Dame-de-l'Assomption	172	2430 rue Darling	H1W 2X1	514 596-5046	4 ans, 5 ans	Primaire	Très défav.
7	École Saint-Émile	241	3450 rue Davidson	H1W 2Z5	514 596-5050	4 ans, 5 ans	Primaire	Non défav.
8	École Saint-Jean-Baptiste-de-la-Salle	295	2355 boulevard Pie-IX	H1V 2E6	514 596-5130	4 ans, 5 ans	Primaire	Très défav.
9	École Saint-Nom-de-Jésus	299	4131 rue Adam	H1V 1S8	514 596-4929	4 ans, 5 ans	Primaire	Très défav.
10	École Sainte-Jeanne-d'Arc	197	3700 rue Sherbrooke Est	H1X 1Z8	514 596-4848	4 ans, 5 ans	Primaire	Défav.
11	Centre Hochelaga-Maisonneuve		2500 rue Théodore	H1V 3C	514 596-7441		Éd Adultes	non dispon.
12	École Chomedey-De Maisonneuve	665	1860 avenue Morgan	H1V 2R	514 596-4844		Secondaire	Très défav.
13	École des métiers de l'aérospatiale de Montréal		5300 rue Chauveau	H1N 3V	514 596-2376		For. Prof.	non dispon.
14	École Édouard-Montpetit	1272	6200 avenue Pierre-De Coubertin	H1N 1S4	514 596-4140		Secondaire	Défav.
15	École Eulalie-Durocher	709	2455 avenue Létourneux	H1V 2N9	514 596-4949		Secondaire	Très défav.
16	École Le Tremplin	43	6200 avenue Pierre-De Coubertin	H1N 1S4	514 596-4140		Secondaire	non dispon.
17	École Louis-Dupire	277	6400 avenue Pierre-De Coubertin	H1N 1S4	514 596-5136	5 ans	Primaire	Non défav.
18	École Maisonneuve	384	1680 avenue Morgan	H1V 2P9	514 596-5442	4 ans, 5 ans	Primaire	Très défav.
19	École Notre-Dame-des-Victoires	369	2720 rue Bossuet	H1N 2S	514 596-5111	5 ans	Primaire	Non défav.
20	École Saint-Clément	269	4770 rue La Fontaine	H1V 1R3	514 596-5080	5 ans	Primaire	Très défav.
21	École Saint-Donat	244	3155 rue Desautels	H1N 3B8	514 596-5037	5 ans	Primaire	Non défav.
22	Centre de réadaptation Marie-Enfant de l'Hôpital Sainte-Justine		5200 rue Bélanger Est	H1T 1C9	514 374-1710	4 ans, 5 ans	EHDA	non dispon.
23	CHSLD Marie-Rollet		5003 rue Saint-Zotique Est	H1T 1N6	514 729-5281		EHDA	non dispon.
24	École Alphonse-Desjardins	233	6600 rue Lemay	H1T 2L7	514 596-4868	5 ans	Primaire	Non défav.
25	École des métiers des Faubourgs-de-Montréal, annexe 2		5100 rue Bossuet	H1M 2M4	514 596-4240		For. Prof.	non dispon.
26	École Guillaume-Couture	292	6300 avenue Albani	H1M 2R8	514 596-4871	5 ans	Primaire	Non défav.
27	École Louis-Riel	1499	5850 avenue de Carignan	H1M 2V	514 596-4134		Secondaire	Non défav.
28	École Marguerite-De Lajemmerais *	1243	5555 rue Sherbrooke Est	H1N 1A2	514 596-5100		Secondaire	Défav.
29	École Notre-Dame-du-Foyer	333	5955 41e Avenue	H1T 2T7	514 596-5133	5 ans	Primaire	Non défav.
30	École Rosalie-Jetté		5100 rue Bossuet	H1M 2M4	514 596-4240		EHDA	non dispon.
31	École Saint-Fabien	299	6500 avenue De Renty	H1M 1M4	514 596-4883	5 ans	Primaire	Non défav.
32	ÉMICA, annexe 2 - FP		5100 rue Bossuet	H1M 2M4	514 596-4240		For. Prof.	non dispon.
33	Hôpital Maisonneuve-Rosemont		5415 boulevard l'Assomption	H1T 2M4	514 596-8459	4 ans, 5 ans	EHDA	non dispon.
34	École Accès Est		5015 9e Avenue	H1Y 2J3	514 596-5588		EHDA	non dispon.
35	École Charles-Bruneau		2515 rue Holt	H1Y 1N4	514 596-4266		EHDA	non dispon.
36	École Saint-Albert-le-Grand	304	5050 18e Avenue	H1X 2N9	514 596-4008	4 ans, 5 ans	Primaire	non dispon.
37	École Saint-François-Solano	229	3580 rue Dandurand	H1X 1N	514 596-4966	5 ans	Primaire	Défav.
38	École Saint-François-Solano, annexe		5555 15e Avenue	H1X 2T9	514 596-4966	5 ans	Primaire	non dispon.
39	École Saint-Jean-de-Brébeuf	316	2870 rue Dandurand	H1Y 1T5	514 596-5122	4 ans, 5 ans	Primaire	Non défav.
40	École Saint-Jean-de-la-Lande	298	3120 avenue Laurier Est	H1Y 1Z6	514 596-5007	4 ans, 5 ans	Primaire	Non défav.
41	École Sainte-Bibiane	279	5755 13e Avenue	H1X 2Y3	514 596-4861	5 ans	Primaire	Non défav.
42	Centre de ressources éducatives et pédagogiques (CREP)		3000 rue Beaubien Est	H1Y 1H2	514 596-4567		Éd Adultes	non dispon.
43	École Marie-Rollet	198	6405 30e Avenue	H1T 3G3	514 596-4892	5 ans	Primaire	Non défav.
44	École Rose-des-Vents **	160	4315 rue Beaubien Est	H1T 1S8	514 596-6900	5 ans	Primaire	Non défav.
45	École Saint-Jean-Vianney	215	6455 27e Avenue	H1T 3J8	514 596-5055		Primaire	Non défav.
46	École Saint-Marc	543	6365 1e Avenue	H1Y 3A9	514 596-5022	5 ans	Primaire	Non défav.
47	École Sainte-Bernadette-Soubirous	513	6855 16e Avenue	H1X 2T5	514 596-4166	4 ans, 5 ans	Primaire	Défav.
48	École Nesbitt	467	6108 8e Avenue	H1Y 2M2			Primaire	non dispon.
49	École St. Brendan	153	6650 39e Avenue	H1T 2W			Primaire	non dispon.
50	École Edward Murphy	277	6800 rue Pierre-De-Coubertin	H1N 1T2			Primaire	non dispon.
51	Rosemount High School	645	3737 rue Beaubien est	H1X 1H2			Secondaire	non dispon.
52	École Sans-Frontières	321	5937 9e Avenue	H1Y 2K4		4 ans, 5 ans	Primaire	Non défav.

Tableau 15 - Liste des écoles du territoire

## PLAN D'ACTION

**OBJECTIF : FAVORISER LA COMPLÉMENTARITÉ DES ACTIONS DE PROMOTION DE SAINES HABITUDES DE VIE DANS LE MILIEU SCOLAIRE**

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre de l'entente de complémentarité MELS-MSSS pour Écoles et Milieux en Santé               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer une compréhension globale de la mise en œuvre de l'approche EMES (commissions scolaires et CSSS)</li> <li>- Soutenir une démarche de planification concertée et globale en prévention promotion entre les écoles, les milieux communautaires et le CSSS</li> <li>- Faciliter le renouvellement des pratiques en promotion et prévention</li> <li>- Développer des outils de monitoring (indicateurs de déploiement qualitatifs)</li> </ul> </li> </ul>	À implanter graduellement avec chaque milieu prêt à intervenir. Tenir compte des réalités locales.	En continu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'ordonnances collectives, d'outils ou autres documents en soins infirmiers favorisant la pratique infirmière (protocole pédiculose, plan B, dépistage)</li> </ul>	Septembre 2009	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre des activités du PQLT               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gang allumé</li> </ul> </li> </ul>	À développer	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre des activités régionales du Plan d'action de santé dentaire (agents de scellement)</li> </ul>	2010	En continu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribution au développement du plan régional d'éducation à la sexualité</li> </ul>	En collaboration avec le plan de travail de la DSP	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation au comité régional de prévention des grossesses</li> </ul>	Collaboration avec la DSP	Selon les budgets dégagés
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès à des services cliniques préventifs destinés aux jeunes (ex.: Cliniques Jeunesse)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Initier la contraception hormonale par l'infirmière scolaire dans les écoles secondaires</li> <li>- Initier la pilule contraceptive d'urgence à l'école secondaire et au CEGEP</li> <li>- Assurer une confidentialité du lieu de rencontre en milieu scolaire.</li> <li>- Adopter et appliquer le modèle d'ordonnance collective de contraception hormonale</li> </ul> </li> </ul>	À consolider ou développer en collaboration avec le milieu scolaire	En continu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projets d'informatisation du personnel scolaire pour améliorer les communications</li> </ul>	À développer, en collaboration avec les commissions scolaires	2011

## Perspectives

- Initier la contraception hormonale et le plan B concernant la pilule du lendemain adoptées et appliquées (Certaines pharmacies communautaires ont adhéré aux ordonnances collectives produites par le CSSS).
- Poursuivre :
  - notre participation au comité local ITSS-santé sexualité avec tous les services du CSSS impliqués en matière de sexualité chez les jeunes;
  - notre participation au comité local sur l'entente de complémentarité MELS-MSSS;
  - la consolidation des arrimages ÉMES avec les structures de concertation locales existantes.
- Intégrer les agents de développement du BRAC de la CSDM et un organisateur communautaire du CSSS au comité interne EMES.
- Faire connaître les pratiques « probantes » en termes de promotion et de prévention. Nous croyons que nos projets d'informatisation de notre personnel scolaire pourront certainement aider en ce sens.
- Augmenter l'implication des médecins en vue de poursuivre la consolidation des services cliniques préventifs destinés aux jeunes.
- Développer des pratiques novatrices en lien avec la loi sur les professions.

## OBJECTIF : CONTRE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET LA VIOLENCE

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation à la Table de détresse psychologique animée par L'Entregens, regroupant différents partenaires du quartier Rosemont (interventions touchant les personnes à risque ou vivant des situations de vie menaçant leur santé mentale).</li> </ul>	À maintenir	En continu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaboration active entre les équipes de services courants, santé mentale, enfance-famille, PPA et le centre de crise en ce qui a trait à l'intervention en violence conjugale.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer le déploiement du protocole pour les enfants témoins de violence et faire le lien avec les organismes intervenant dans le secteur famille;</li> <li>- Réviser annuellement le protocole de violence conjugale entre le CSSS et les services policiers du secteur;</li> <li>- Planifier une offre de formation avec un calendrier annuel diffusé aux partenaires.</li> </ul> </li> </ul>	Former une table intersectorielle concernant ces problématiques dans notre territoire.	En continu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation en dépistage de violence pour le nouveau personnel.</li> </ul>	Calendrier de formation annuelle	Une fois/année
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement du Réseau sentinelles dans l'Est de Montréal.</li> </ul>	À compléter	2011
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offre de formation sur l'évaluation des risques suicidaires, par le centre de crise, aux organismes et équipes du CSSS le demandant.</li> </ul>	Calendrier de formation annuelle	Sur demande



**OBJECTIF : LUTTER CONTRE LES DÉPENDANCES**

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification d'un intervenant responsable du déploiement du programme AlcoChoix et de l'intervention auprès des personnes ayant eu un traitement en réadaptation.</li> <li>- Établir une entente de collaboration avec le centre de réadaptation Dollard-Cormier;</li> <li>- Développer un corridor de service pour les clientèles ayant besoin de services d'urgence ou de suivi.</li> </ul>	<p>À l'aide de l'intervenant liaison, les ententes de collaboration seront à développer.</p>	<p>2011</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation au repérage et dépistage de la clientèle ayant un problème de toxicomanie auprès des intervenants des services d'accueil et services spécifiques.</li> </ul>	<p>Consolider l'intervention de l'infirmière de proximité, développer l'intervention psychosociale de proximité en collaboration avec les organismes communautaires.</p>	<p>En continu</p>

Perspectives :

- Faire le lien avec les organismes en toxicomanie sur notre territoire
- Identifier les besoins de services dans les différents secteurs
- Poursuivre la formation auprès des services et professionnels ciblés en matière du programme et outils de dépistage
- Soutenir cliniquement les clients et professionnels
- Développer un continuum de services pour la clientèle marginale entre les organismes communautaires qui reçoivent la clientèle et les ressources du réseau de la santé

Partenaires/modalités :

- Mesures Actions Communautaires Intersectorielles dans Rosemont
- Priorité Jeunesse dans Hochelaga- Maisonneuve
- Les écoles primaires et secondaires/EMES
- Les organismes communautaires

## 2.3 Une population vaccinée et protégée des infections et des menaces chimiques et physiques (axe 4)

Parmi les objectifs de la Santé publique, la prévention de la propagation de certaines maladies, la réduction de la progression des infections transmises sexuellement ou par le sang et des infections nosocomiales font l'objet d'efforts considérables.

Ainsi, des cibles portant sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang sont fixées, elles visent plus spécifiquement le VIH chez les nouveau-nés, les HARSAH et les personnes faisant usage de drogues par injection, les infections gonococciques, les infections à Chlamydia et les cas de syphilis congénitale et syphilis infectieuse.

Les problématiques d'itinérance, de toxicomanie et de prostitution sont au premier plan des préoccupations du CSSS. À cet égard, nous sommes directement interpellés par l'arrondissement de Hochelaga sur la question de la prostitution qui prend de l'ampleur dans le quartier. Soulignons que certains travaux de niveau stratégique viennent de débiter avec la table de sécurité urbaine de l'arrondissement Mercier-Hochelaga-Maisonneuve.

La vaccination est l'une des mesures utilisées pour l'immunisation de la population. La couverture vaccinale est établie par la Santé publique et vise un ensemble de maladies ou affections selon les groupes suivants :

- Enfants et adolescents (influenza de type B, infections invasives à méningocoque, infections à pneumocoque, infection rubéoleuse, hépatite B) ;
- Personnes âgées (influenza et pneumonie) ;
- Population générale (diphtérie et poliomyélite, tétanos, rage, rougeole et rubéole, oreillons, coqueluche, hépatite A, hépatite B aiguë, infections invasives à pneumocoque, varicelle).

### Portrait du territoire

#### Vaccination en milieu scolaire

Le vaccin contre l'hépatite B est administré gratuitement aux élèves de 4<sup>e</sup> année du primaire. La couverture vaccinale cible fixée par le ministère est de 90 %, ce qui inclut les élèves qui ont reçu les trois doses du vaccin dans le cadre du programme en 4<sup>e</sup> année du primaire ou antérieurement. Pour l'année scolaire 2007-2008, la couverture vaccinale dans le CSSS Lucille-Teasdale était de 83,6 % (contre 82 % pour l'ensemble de Montréal).

Pendant cette même année scolaire (2007-2008), toujours en 4<sup>e</sup> année, on évaluait que 78,9 % des élèves étaient immunisés contre la varicelle, soit parce qu'ils avaient reçu le vaccin, soit parce qu'ils avaient déjà eu la maladie. À Montréal, ce pourcentage grimpe à 83,6 %. Il n'y a cependant pas de cible établie en ce qui a trait à la couverture vaccinale pour la varicelle.

## Vaccination saisonnière contre l'influenza

Au cours des dernières années, il y a eu des séances de vaccination saisonnière contre l'influenza dans plus de 50 organismes communautaires et HLM pour aînés du territoire. La campagne de l'automne 2008 s'est tenue dans 48 lieux de vaccinations; celle de l'automne 2010 en comprendra plus de 60.

Remarquons qu'en ce qui concerne les personnes hébergées dans notre CSSS, la couverture vaccinale atteint l'indicateur préconisé par l'Agence (influenza à 86 %). Celui contre le pneumocoque est largement en deçà de l'indicateur établi par l'Agence (72 %). Notre objectif demeure l'atteinte des indicateurs fixés par l'Agence.

À l'automne 2009, le Québec a connu une importante opération de vaccination qui aura permis de sensibiliser la population à certaines pratiques prophylactiques (lavages des mains, port du masque...) tout en faisant la démonstration d'une capacité de mobilisation indéniable, tant de la population que du réseau de santé de première ligne.

Jamais encore le CSSS n'avait rencontré une proportion aussi importante de « sa » population. Inversement, pour une bonne part de la population, c'était un premier contact avec le CSSS qui fut globalement positif si on en juge par les commentaires élogieux maintes fois exprimés, tant à l'égard de l'organisation de l'opération que de l'accueil de la part du personnel.

Si personne ne souhaite revivre un tel événement, ne peut-on imaginer d'autres mobilisations, moins massives, plus ponctuelles, sur des objectifs de santé qui seraient partagés par la population et le réseau de santé primaire ? Il s'est établi, en 2009, un contact entre la population et son réseau de santé primaire qui mérite d'être cultivé.

Après une telle mobilisation de masse les campagnes saisonnières de vaccination contre l'influenza apparaîtront plus anodines ! L'avenir dira si la campagne contre la grippe A(H1N1) aura favorisé les campagnes saisonnières. Mais la mobilisation des communautés pour la vaccination n'a pas commencé avec la pandémie de 2009 ! Le nombre de lieux de vaccination s'est accru régulièrement au cours des ans et devrait dépasser la soixantaine lors de la campagne d'automne 2010.

## ITSS

Parmi tous les CSSS de l'île de Montréal, le CSSS Lucille-Teasdale se situe au second rang sur le plan de l'incidence de plusieurs infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) : infection gonococcique, syphilis infectieuse, lymphogranulomatose vénérienne (LGV) et hépatite C.

Plusieurs équipes de différents programmes offrent des activités de prévention ou des interventions auprès de la population atteinte ou non.

## La chlamydirose

Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans des trois CLSC sont fortement touchées par la chlamydirose comme en témoignent ces taux d'incidence :

- CLSC Hochelaga-Maisonneuve (15-19 ans : 1504,4 par 100 000, 20-24 ans : 847,0 par 100 000).
- CLSC Olivier-Guimond (15-19 ans : 969,0 par 100 000, 20-24 ans : 715,4 par 100 000).
- CLSC de Rosemont (15-19 ans : 765,9 par 100 000, 20-24 ans : 937,6 par 100 000).

Mis à part la chlamydirose, infection déclarée en très grande partie chez les jeunes femmes de 15 à 29 ans (66% de tous les cas en 2006), les hommes représentent une population particulièrement à risque pour les ITSS. Sur les 62 cas d'infection gonococcique déclarés en 2006 sur le territoire du CSSS, 52 (84 %) concernaient des hommes de 20 à 59 ans. La totalité des cas de LGV, de syphilis infectieuse et d'hépatite B aiguë ont aussi été déclarés chez des hommes de ce groupe d'âge. Les hommes ont aussi été l'objet de 68 % des cas déclarés d'hépatite C durant cette période.

Les taux d'incidence de toutes ces ITSS sont plus élevés dans le secteur du CLSC de Hochelaga-Maisonneuve que dans les deux autres secteurs.

Dans plus de la moitié des nouveaux cas d'hépatite C déclarés sur le territoire en 2006, l'injection de drogues, récente ou passée, a été identifiée comme facteur de risque. Dans les centres d'accès au matériel stérile d'injection qui participaient au monitoring de leurs activités, on a enregistré 8 202 visites de résidents du CSSS Lucille-Teasdale, ce qui place le territoire au deuxième rang parmi les 12 CSSS. Ces données révèlent la présence importante de consommateurs de drogues injectables dans notre territoire.

## PLAN D'ACTION

### OBJECTIF : PRÉVENIR LA PROPAGATION DES INFECTIONS OU MALADIES

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge des cas, offre du traitement prophylactique nécessaire pour empêcher la transmission et prévention des cas secondaires :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des activités de mises à jour et formation sont régulièrement données afin de maintenir les compétences des intervenants à jour;</li> <li>- Procédures en soins infirmiers.</li> </ul> </li> </ul>	À maintenir	Continu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge des interventions dans les milieux :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un seul numéro de téléphone, avec les services courants qui mettent en marche la procédure lors d'une demande d'intervention;</li> <li>- Corridor de service établi avec la clinique réseau 3000 concernant la chimioprophylaxie.</li> </ul> </li> </ul>	À maintenir	Continu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Application de l'entente de suivi des mères porteuses de l'hépatite B.</li> </ul>	À maintenir	Continu

### OBJECTIF : ASSURER LA VACCINATION DE LA POPULATION

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation de l'accessibilité à la vaccination :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer la présence d'un agent multiplicateur dans les CSSS;</li> <li>- Réduire les délais vaccinaux;</li> <li>- Viser les taux couvertures vaccinales ciblés;</li> <li>- Appliquer le programme de vaccination de la santé publique;</li> <li>- Disposer de protocole de vaccination contre l'influenza et contre le pneumocoque.</li> </ul> </li> </ul>	À consolider	Continu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation des meilleures pratiques et utilisation pertinente des ressources (activités partagées entre les services courants, les services enfance famille jeunesse et les services scolaires) :</li> </ul>	À développer	Automne 2010

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation de la pertinence et de la nécessité d’avoir toute la vaccination dans tous les sites;</li> <li>- Ajustements ont été faits pour améliorer l’efficacité et supporter les infirmières dans l’exercice de ce mandat.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation continue du personnel : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer la formation des intervenants, considérant le mouvement de notre main d’œuvre;</li> <li>- Bien connaître les changements au PIQ.</li> </ul> </li> </ul>	À maintenir	Continu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence d’un comité d’agents multiplicateurs présidé par une conseillère cadre en soins infirmiers.</li> </ul>	À consolider	Continu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d’un groupe de travail qui se penche sur la vaccination des 0-12 ans.</li> </ul>	À consolider	Automne 2010
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité d’établissement qui se réunit au début et à la fin de l’activité pour faire les ajustements nécessaires.</li> </ul>	À maintenir	Continu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation de la couverture vaccinale: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diffusion de l’information sur nos activités de vaccination pour la grippe saisonnière par l’infirmière conseil en promotion prévention (tournées auprès des cliniques médicales et des pharmacies, remise du calendrier de vaccination pour cette période de l’année);</li> <li>- Publication de nos dates de vaccination massive et avec rendez-vous chez nos partenaires de déploiement CES/CAT et dans les pharmacies et cliniques médicales.</li> </ul> </li> </ul>	À maintenir À développer	Continu

**OBJECTIF : REJOINDRE LES POPULATIONS VULNÉRABLES AUX INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG**

<b>Activités mises en place ou mesures envisagées</b>	<b>Suites à donner</b>	<b>Échéance</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Table locale en santé sexualité comme lieu de mise en commun sur l’ensemble des activités dans le CSSS, se réunissant 4 fois par année : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inventaire des activités dans tous les services;</li> <li>- Adaptation de l’application du cadre normatif;</li> <li>- Établissement de corridor de service avec la clinique VIH-VHC de HMR;</li> <li>- Sous-comité ITSS – organisation et soutien à la pratique des infirmières;</li> <li>- Ordonnance collective pour le PAP test.</li> </ul> </li> </ul>	À consolider	continu

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'une clinique de dépistage, pour clientèle asymptomatique au CLSC de HM.</li> </ul>	À maintenir	Continu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement d'un projet pilote en collaboration avec Dopamine, Stella et La Marie Debout (organismes communautaires).</li> </ul>	À développer	Projet pilote à l'hiver 2010
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaboration à un projet de recherche sur le partenariat milieu communautaire-milieu des services de la santé.</li> </ul>		

#### Partenaires :

- Clinique des jeunes de Hochelaga-Maisonneuve
- Clinique jeunesse de Rosemont
- Activités de prévention ou interventions réalisées dans les programmes des services courants, EFJ et scolaires
- Dopamine
- HMR
- Cliniques réseaux
- Direction de la Santé publique

#### Réalisation

- Le CSSS a élaboré une politique, une procédure et une règle de soins en soins infirmier concernant la gestion des déchets cytotoxiques qui sont en application.

#### Perspectives :

- Augmenter la capacité de rejoindre les populations vulnérables du territoire.
- Augmenter la distribution du matériel d'injection stérile.
- Appliquer le guide québécois de dépistage, l'IPPAP, les ordonnances collectives et les lignes directrices du MSSS.
- Renforcer ou développer les services de proximité (psychosocial, infirmier) dans les milieux ciblés dans la communauté.
- Adapter et optimiser les services intra-muros aux HARSAH, aux UDI et aux jeunes en difficulté.
- Augmenter le nombre de dépistage ITSS et de prise en charge des cas d'ITSS par les médecins du réseau local (VIH, VHC, syphilis).
- Développer l'accès aux services médicaux pour la clientèle jeunesse et la clientèle marginale et maintenir les services existants (clinique des jeunes de HM et clinique jeunesse de Rosemont).
- Maintenir la clinique de dépistage ITSS, avec un objectif de valider la possibilité qu'il y en ait dans d'autres lieux (CEGEP, clinique jeunesse).
- Mettre en place un site d'échange de seringues au CLSC Olivier-Guimond, et un programme de sensibilisation et de formation auprès du personnel.

- En lien avec la situation du quartier Hochelaga-Maisonneuve (augmentation de la présence d'itinérance et prostitution), réévaluer le nombre d'heures de présence en intervention de proximité (santé et social).
- En lien avec la réduction des inégalités de santé, intégrer la perspective "populations socialement vulnérables ciblées en ITSS" dans les initiatives en développement des communautés (tables de quartier, plans locaux intersectoriels).
- Discuter de la pertinence de regrouper les différents organismes pouvant être impliqués dans les travaux avec l'arrondissement. L'implication des services communautaires est à venir.
- Augmenter l'accessibilité à la vaccination et mettre à contribution l'expertise des infirmières auxiliaires en lien avec la loi des professions.

Milieu scolaire : révision de la procédure de vaccination et introduction d'un nouveau vaccin : Gardacil

Perspectives :

- Poursuivre l'implantation du SPC et du CAT en lien avec les travaux régionaux.
- De poursuivre les travaux d'appropriation par les autres programmes des questions associées aux habitudes de vie. Ex.: le suivi des femmes enceintes et l'abandon du tabac.
- De poursuivre également les collaborations et la concertation inter-établissement afin d'offrir des services à la clientèle transférée sur le territoire ex.: santé mentale.
- Prise en charge par les CSSS de certaines clientèles :
  - Faciliter le suivi de certaines clientèles en lien avec les services de HMR ex.: traitement par Vénofer, production de protocole inter établissement pour le suivi et traitement de clientèle particulière (Degré d'atteinte : 2);
  - De plus en plus de clientèle seront référées aux CSSS afin qu'ils assument le suivi et traitement en collaboration avec les services des milieux hospitaliers. Il faut consolider et maintenir les acquis et développer les protocoles pour la nouvelle clientèle.

Partenaires :

- HMR, Table des DSI de l'Est, CSSS PDI, CSSS SLSM



## 2.4 : Un environnement urbain favorable à la santé (axe 5)

La qualité de l'environnement est un grand déterminant de la santé des populations. On entend par là la qualité de l'air, de l'eau, des habitations mais aussi, la qualité des aménagements qui peuvent ou non favoriser des habitudes de vie saines (transport et loisirs actifs, alimentation, relations sociales et sentiments de sécurité...).

Plusieurs études régionales, à portée locale, ont été réalisées ces dernières années mettant en lumière l'effet des conditions environnementales ou d'aménagement urbain sur la santé : santé respiratoire des enfants, liée à la présence de l'herbe à poux, de moisissures, de la fumée; l'état des logements; la sécurité alimentaire, dont la disponibilité et l'accessibilité des réseaux de fruits et légumes, de même que les portions du territoire susceptibles d'être sources de chaleurs accablantes.

Parmi les problèmes les plus cités, la pollution de l'air qui, à Montréal, est responsable de plus de 1 500 décès prématurés par année selon la direction de santé publique de Montréal. Les personnes les plus vulnérables sont les personnes âgées atteintes de maladies cardiorespiratoires. De plus, des études américaines démontrent un retard dans la croissance pulmonaire chez les enfants vivant dans des villes plus polluées. Le nombre de journées où l'indice de qualité de l'air est considéré comme mauvais augmente, les alertes au smog font désormais partie des réalités Montréalaises et finalement, les gaz à effet de serre ont un lien avec le phénomène de vagues de chaleur qui a aussi des conséquences néfastes sur la santé.

Si l'avenir des projets de renouvellement des infrastructures de transport automobile (rue Notre-Dame) semble encore incertain, les réseaux de transport en commun et de transport actifs sont des atouts importants du territoire.

Les préoccupations pour un environnement sain et sécuritaire ont été de plus en plus visibles et présentes dans les travaux de planification locale réalisés ces dernières années dans les quartiers : la mobilisation autour de la rue Notre-Dame, Décider Rosemont ensemble, le Forum sur le développement social dans Hochelaga-Maisonneuve, accroissement de la dimension environnementale de Mercier-Ouest - quartier en santé...

## Portrait du territoire

### État des logements

L'humidité excessive, la présence de champignons, de moisissures et de vermine sont des facteurs reconnus ayant un impact sur la santé respiratoire. Nous n'avons pas de précisions sur la salubrité des logements du territoire. Le recensement ne nous donne que de l'information sur les logements ayant besoin de « réparations majeures ».

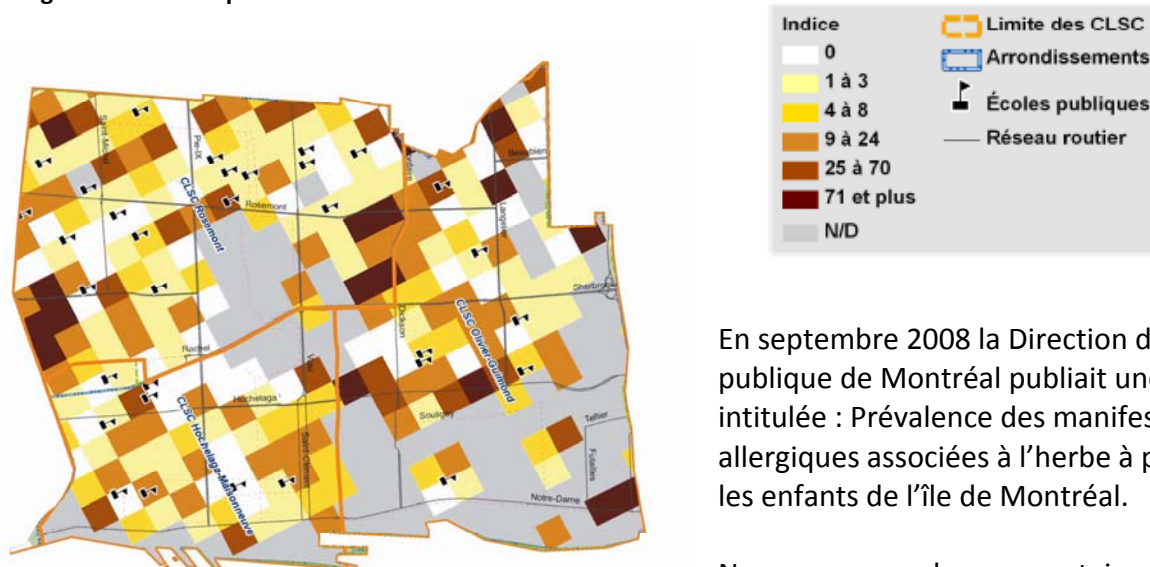
Le tableau ci-après présente la distribution par voisinages (avec comparaison à Montréal et Québec) des logements en fonction de leur état.

	CSSS Lucille-Teasdale	Mercier-Ouest	de Louis-Riel	de Longue-Pointe	de Guybourg	Hochelaga-Maisonneuve	de Maisonneuve	de Hochelaga-Sud	de Hochelaga-Nord	Rosemont	du Nouveau-Rosemont	Cité-Jardin	d'Angus	du Vieux-Rosemont	de Rosemont-Nord	Montréal	Québec
Nombre total de logements	87 790	19 970	9 790	8 540	1 640	24 995	9 590	5 690	9 715	42 820	12 475	1 345	6 275	13 910	8 810	831 555	3 189 345
Entretien régulier seulement	53 170	13 180	6 455	5 780	945	13 590	5 275	3 080	5 235	26 395	7 920	970	4 530	7 540	5 430	504 400	2 060 295
Réparations mineures	25 760	5 530	2 765	2 245	510	7 825	3 060	1 775	2 995	12 405	3 500	280	1 380	4 735	2 510	249 130	882 750
Réparations majeures	8 860	1 260	560	510	185	3 575	1 260	840	1 475	4 020	1 050	95	365	1 635	875	78 025	246 295
% de réparation majeures	10%	6%	6%	6%	11%	14%	13%	15%	15%	9%	8%	7%	6%	12%	10%	9%	8%

Tableau 16 – État des logements par voisinages

### Présence de l'herbe à poux et allergies chez les jeunes.

Figure 8 – herbe à poux sur le territoire



En septembre 2008 la Direction de la santé publique de Montréal publiait une étude intitulée : Prévalence des manifestations allergiques associées à l'herbe à poux chez les enfants de l'île de Montréal.

Nous reprenons le commentaire du chapitre 2 : l'étude, réalisée en 2006

auprès des enfants de 6 mois à 12 ans, montre une prévalence de manifestations allergiques de 16 % sur le territoire du CSSS (20 % dans H-M, 19% dans Mercier-Ouest et 12 % dans Rosemont), pour un nombre d'enfants allergiques de 2908. Particulièrement pour les enfants de 6 à 12 ans,

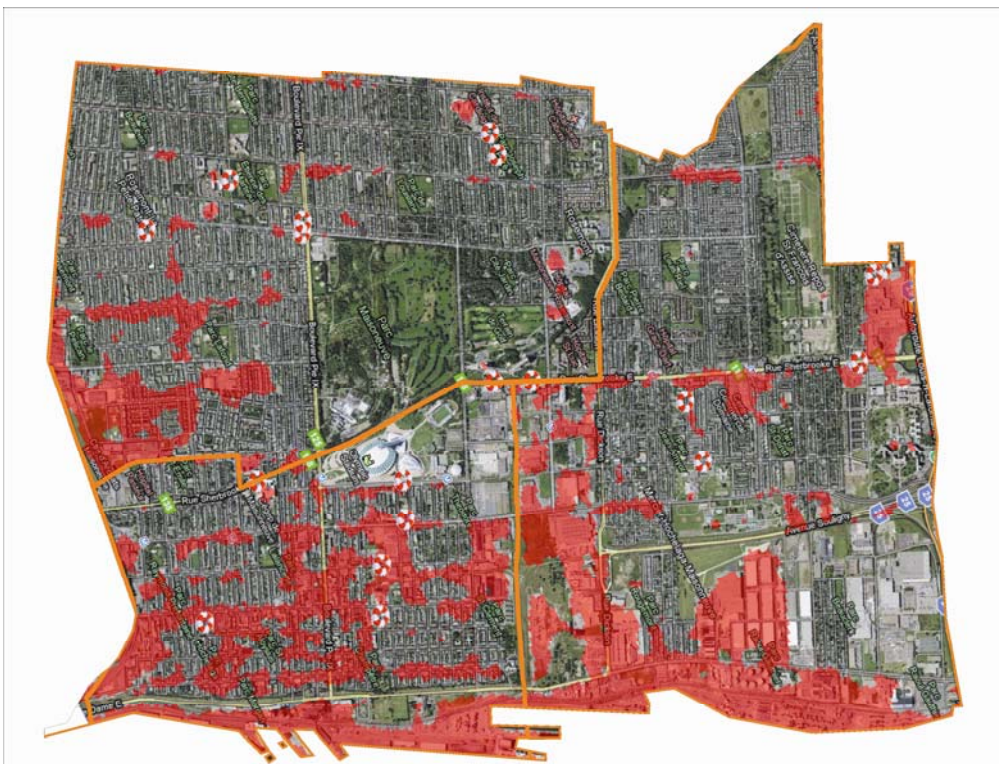
la prévalence monte à 22 % pour le CSSS (28 % pour H-M – la plus élevée de la région – 26 % pour Mercier-Ouest et 18 % pour Rosemont). La prévalence régionale est de 16 % pour le groupe des 6 mois à 12 ans, et de 21 % pour les 6 à 12 ans.

La carte donne une représentation géographique du degré d'infestation par l'herbe à poux du territoire.

### Les périodes de chaleur accablante

Les périodes de canicules sont dangereuses pour la santé des populations fragiles. Certaines parties du territoire sont particulièrement affectées, soit parce qu'elles possèdent moins d'espaces de verdure, qui servent de protection dans ces périodes, ou qu'il s'y trouve des sources de chaleur (climatisation des grandes surfaces, toits et espaces asphaltés qui accumulent la chaleur du soleil...).

La carte suivante représente le portrait des zones de chaleur accablante mesurées au cours de l'été 2006. On y a inscrit la localisation des piscines publiques, qui sont particulièrement rares dans les régions pauvres du territoire<sup>9</sup>.



**Figure 9 – Carte des zones de chaleur accablante (2006)**

Les centres commerciaux, les espaces industriels du centre, les grands hangars du port et de la caserne militaire et les rues commerciales (Masson, Ontario, Sainte-Catherine) sont particulièrement affectés.

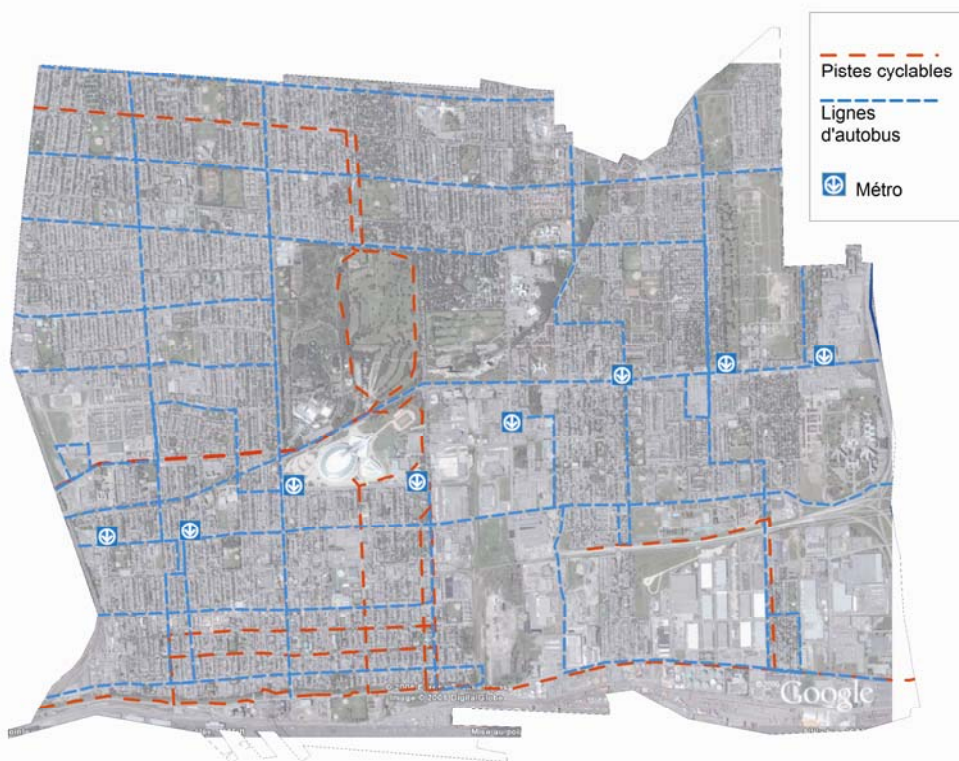
<sup>9</sup> Il y en a peu aussi dans le voisinage de Louis-Riel, qui n'est pas particulièrement pauvre. Mais la couverture de verdure et la disponibilité fréquente de piscines privées sur ce territoire atténuent les conséquences de cette absence.

## Développement durable et transport actif

Avec ses huit stations de métro auxquelles sont liées des dizaines de circuits de transport par autobus et où se sont ajoutés récemment des circuits locaux de la « navette d'or » (transport local par minibus pour les aînés – mais pas exclusivement pour eux), le territoire est assez bien pourvu en matière de transport en commun.

L'arrivée récente, dans la partie ouest du territoire, du réseau des « bixis », de même que l'accroissement du réseau des pistes cyclables, particulièrement dans le sud du quartier Hochelaga-Maisonneuve, sont des facteurs favorables au développement du transport actif, une habitude reconnue pour ses impacts sur la santé. Mais ces « environnements favorables » sont encore peu présents à l'est du boulevard Pie-IX et quasi inexistant dans le quartier Mercier-Ouest.

Nous avons placé sur la carte suivante les pistes cyclables du territoire ainsi que les trajets de transport en autobus, et les stations de métro.



Pour être complète, il aurait fallu ajouter les circuits de transport pour les personnes âgées « navette d'or » qui sillonnent les rues.

On note que le quartier Hochelaga-Maisonneuve est assez bien pourvu en pistes cyclables, dans sa partie sud. Mercier-Ouest a le circuit le moins développé : aucune piste dans la partie nord (Louis-Riel) et le tronçon longeant la rue Souigny s'arrête

Figure 10 – Pistes cyclables et transport en commun

brusquement. Le transport en commun constitue une ressource, caractéristique des quartiers urbains à forte densité. Les solutions de partage de bicyclettes (Bixi) et d'automobiles (Communauto) ajoutent à l'offre de solutions alternatives à la possession d'automobiles personnelles. Des alternatives qui favorisent non seulement le développement durable mais

aussi l'activité physique. Les liens entre l'aménagement urbain et la santé ne sont plus à démontrer.

La promotion d'un mode de vie qui favorise le transport actif implique plus que l'établissement de pistes cyclables : le développement et la mise en valeur d'une diversité de destinations liées aux pratiques de loisir, de consommation, de relations sociales nous semblent des conditions tout aussi importantes.

Une étude récente de l'INSPQ<sup>10</sup> souligne à quel point la diversité des modes d'occupation des sols et la proximité des services d'alimentation et de loisir (on parle alors de la diversité et proximité des destinations) peuvent influencer la pratique des transports actifs. À cet égard les développements résidentiels importants qui ont été faits dans certains voisinages du territoire (sur les terrains de Louis-H. Lafontaine, ou encore les terrains Angus) ne profitent pas de la même diversité et proximité de services que d'autres développements, notamment ceux réalisés sur les anciens terrains industriels de Lavo, dans Hochelaga-Maisonneuve.

Les efforts du CSSS en la matière se poursuivront par son soutien aux concertations locales, sa collaboration avec les arrondissements, et sa fonction, relativement nouvelle, de connaissance et surveillance des conditions environnementales locales. Au cours des prochaines années, une mise à jour prévue du plan d'urbanisme montréalais devrait être l'occasion de consolider les acquis des dernières années et de parfaire et partager une vision renouvelée d'un *vivre en ville en santé*.

---

<sup>10</sup> Indicateurs géographiques de l'environnement bâti et de l'environnement des services influant sur l'activité physique, l'alimentation et le poids corporel, Éric Robitaille, INSPQ, 2009

## Aménagement urbain

La mobilisation la plus importante sur une question environnementale sur le territoire a sans doute été celle entourant le projet de boulevard urbain Notre-Dame. La circulation automobile à grand débit est une problématique importante du territoire, avec la rue Sherbrooke qui le traverse d'est en ouest en son milieu, l'autoroute 25 servant de frontière à l'est et la rue Notre-Dame, au sud. Les débats entourant le projet d'autoroute, ou de boulevard urbain devant transformer l'actuelle rue Notre-Dame et la bretelle d'accès Souigny à l'autoroute 25 ont mobilisé les quartiers limitrophes (Hochelaga-Maisonneuve et Mercier-Ouest) depuis des années. Le report, pour une N<sup>ième</sup> fois, des plans d'aménagement prévus par le ministère du Transport – qui avaient fait l'objet d'intenses discussions dans les quartiers, vient de repousser de quelques années une intervention majeure au sud du territoire. Un retard pendant lequel continueront de s'accroître les nuisances pour les populations locales dans la mesure où les flots de circulation continueront de croître et s'accéléreront sans doute avec l'ouverture du nouveau pont amenant plus de trafic sur l'autoroute 25 en provenance de Laval.

Un comité de suivi, mis en place à l'occasion de la dernière consultation sur le projet Notre-Dame, constitué d'acteurs locaux – dont le CSSS – permettra peut-être de suivre de près l'évolution de la situation et son impact sur la santé.

## PLAN D'ACTION

**OBJECTIF : DIMINUER LE NOMBRE DE LOGEMENTS INSALUBRES SUR LE TERRITOIRE DU CSSS LUCILLE-TEASDALE**

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
• Signalement aux autorités municipales des problèmes d'insalubrité identifiés lors d'interventions à domicile.	À consolider	2010-2015
• Interventions conjointes avec la DSP dans des logements pour des problèmes sévères d'insalubrité.	À maintenir	2010-2015
• Entente de collaboration signée avec les 2 arrondissements pour une intervention conjointe lorsque nécessaire (implique les services courants, services enfance famille, santé mentale et les services du PPA).	À consolider	2010-2015
• Adoption d'une position officielle par le CA sur le soutien au logement social.	À maintenir	2010-2015

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'un comité de travail sur la problématique des punaises.</li> </ul>	À développer	2010-2011
---	--------------	-----------

**OBJECTIF : RÉDUIRE L'EXPOSITION DE LA POPULATION AU POLLEN DE L'HERBE À POUX**

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information aux partenaires (Ville, Éco-quartiers, propriétaires de terrains) sur les enjeux de santé publique.</li> </ul>	À développer	2010-2015
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien à la mobilisation locale pour le contrôle de l'herbe à poux.</li> </ul>	À développer	2010-2015
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éradication de l'herbe à poux sur les terrains des CSSS.</li> </ul>	À consolider	2010-2015

**OBJECTIF : PROTÉGER LA SANTÉ DE LA POPULATION EN CAS DE CHALEUR ACCABLANTE**

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration du plan de mesures d'urgence chaleur accablante.</li> </ul>	À maintenir	2010-2015
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien aux initiatives locales pour le verdissement des espaces.</li> </ul>	À développer	2010-2015
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verdissement des espaces sur les terrains des CSSS.</li> </ul>	À consolider	2010-2015

**OBJECTIF : PRODUIRE ET METTRE EN ŒUVRE UN PLAN POUR UN CSSS VERT ET EN SANTÉ**

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoption d'un énoncé d'orientation en développement durable (DD).</li> </ul>	À maintenir	2010-2015
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Production d'un plan d'action pour un CSSS vert et en santé (incluant Visez Vert, Allego et autres).</li> </ul>	À consolider	2010-2015
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résumé des principales autres mesures implantées (Recyclage pêle-mêle) .</li> </ul>	À consolider	2010-2015

**OBJECTIF : PARTICIPER À PROMOUVOIR DES CAMPAGNES PROVINCIALES ET RÉGIONALES À CARACTÈRE ENVIRONNEMENTAL**

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
• Déploiement local de la campagne "Famille sans fumée".	À maintenir	2010-2015
• Participation à des campagnes provinciales ou régionales à caractère environnemental (ex. : Journée sans ma voiture, chauffage au bois, Défi climat et autres).	À développer	2010-2015

**OBJECTIF : SOUTENIR LES INITIATIVES FAVORISANT L'AMÉNAGEMENT DE QUARTIERS DURABLES, DONT LE TRANSPORT ACTIF, PRÉVENTION DES TRAUMATISMES ET LE LOGEMENT SOCIAL**

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
• Soutien à l'implantation des programmes "Aménager des quartiers durables", Quartiers 21 de Rosemont et RUI.	À maintenir	2010-2015
• Représentations auprès des arrondissements pour des mesures d'apaisement de la circulation et d'aménagement urbain pour favoriser le transport actif sécuritaire (Port de Mtl, comité local apaisement de la circulation).	À maintenir	2010-2015
• Prises de positions publiques, conjointement avec la DSP, sur de grands projets d'infrastructures (Rue Notre-Dame, Échangeur Turcot ).	À maintenir	2010-2015

**OBJECTIF : ASSURER LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE DE LA POPULATION**

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
• Soutenir la mise en œuvre d'initiatives locales intégrées	À consolider	2010-2015
• Actions d'influence auprès des arrondissements, des marchands locaux et des tables de concertation	À consolider	2010-2015

**Collaborations (partenaires)**

- Direction régionale de la santé publique
- Ville de Montréal



- Arrondissement Mercier-Hochelaga-Maisonneuve
- Arrondissement Rosemont-La-Petite-Patrie
- Eco-Quartier
- Quartier 21
- Conseil pour le développement local et communautaire d’Hochelaga-Maisonneuve
- Corporation de développement communautaire de Rosemont
- Mercier-Ouest - Quartier en santé
- Port de Montréal
- Table de concertation sur la sécurité alimentaire des 3 territoires du CSSS

## **Perspectives**

- Le conseil d’administration du CSSS a adopté une politique sur le développement durable. Le comité vert du CSSS a élaboré un plan d’action pour un CSSS vert et en santé. Le plan d'action interne sur cette question est en bonne voie. Notre CSSS intègre les préoccupations de développement durable dans ses projets de construction et de rénovation de ses édifices ainsi que dans d'autres secteurs d'activités. Ex.: imprimantes, photocopieurs.
- Le CSSS adhère au programme Allégo qui aide à promouvoir des choix de transport attrayants et compétitifs sur les lieux de travail, en alternative à l'automobile en solo.
- Nous poursuivons nos travaux sur les questions entourant le logement social, et ce, autant à l'interne qu'avec les partenaires externes. Une des préoccupations de plus en plus présente et dénoncée concernant la présence de punaises dans les logements. Un début de sensibilisation s'amorce.
- Nous poursuivons également les travaux reliés aux questions de l'apaisement de la circulation sur le territoire. Ex. : Comité du Port de Montréal, Comité sur l'apaisement de la circulation dans l'arrondissement de Hochelaga-Maisonneuve et Mercier.
- Le nouveau cadre de référence en sécurité alimentaire poursuit son implantation et a suscité des actions innovantes sur deux de nos territoires.
- Nous poursuivons le développement des grandes campagnes dans le contexte de nos activités grand public. (Défi climat, Famille sans fumée, herbe à poux, Jour de la terre, En ville sans ma voiture).
- Nos liens avec les trois tables de quartier peuvent être qualifiées de très bons, autant en terme de vision commune que de soutien mutuel.
- Adopter une politique sur les problématiques d’insalubrité.

## 2.5. Un système de santé qui sert aussi à prévenir (axe 6)

Différentes mesures sont mises en place dans le système de santé avec pour but de prévenir ou de traiter en temps opportun certains problèmes de santé.

La Direction de la Santé Publique de Montréal, en déployant le Système de Prévention des Milieux Cliniques (SPMC) vise à augmenter l'utilisation par les intervenants de 1<sup>re</sup> ligne des pratiques cliniques préventives (PCP). Ces pratiques sont regroupées sous les quatre (4) domaines suivants :

- pharmacoprophylaxie (principalement utilisée par les médecins);
- dépistage;
- immunisation;
- counselling.

Un ensemble de moyens sont développés par le CSSS afin d'agir positivement sur la santé de la population :

- ▶ Le Centre d'éducation à la santé (CES) du CSSS est l'une des mesures qui contribue à l'adoption de saines habitudes de vie, par exemple : cesser de fumer, mieux manger et faire de l'activité physique. Son travail, en lien avec les cliniques médicales, cabinets médicaux et pharmacies communautaires du territoire et aussi quelques tables de concertations, permet de rendre plus concret le concept de *réseau local de service*<sup>11</sup> (RLS).
- ▶ La mise en place d'une Table des pharmacies communautaires, à laquelle participent près de la moitié des pharmacies du territoire (dont un membre siège au comité régional des pharmacies) de même que la mise sur pied des « mardis de Lucille-Teasdale », animés par le directeur des services professionnels du CSSS, et auxquels participent de 35 à 40 médecins du territoire, sont d'autres manifestations du développement de ce RLS où se tissent peu à peu des liens de connaissance et de confiance entre professionnels de la santé favorisant les échanges et la collaboration dans le meilleur intérêt de la santé de la population.
- ▶ De même la création de deux *cliniques réseau* sur le territoire, toutes deux GMF (groupe de médecine familiale) contribue à renforcer les liens entre les différents programmes interdisciplinaires de suivi des maladies chroniques et des clientèles vulnérables du CSSS et les services médicaux offerts dans ces cliniques.

Une articulation optimisée entre les cliniques médicales du territoire et les services offerts par le CSSS devrait ultimement assurer un meilleur suivi des clientèles à risque ou souffrant de maladies chroniques et diminuer le recours aux urgences des hôpitaux. Également, une intervention précoce et un suivi continu permettront de réduire tant les épisodes de crise que la morbidité associés à ces maladies.

---

<sup>11</sup> Ce concept, recouvrant plus que le travail du CES, inclut aussi les collaborations avec d'autres acteurs, hôpitaux, centres jeunesse, centres de réadaptation...

## Portrait du territoire

Dans ce plan d'action, l'action du CSSS s'articule autour du counselling et du dépistage, notamment au plan de l'hypertension artérielle, des saines habitudes de vie et du cancer du sein.

## Counselling sur les saines habitudes de vie

La promotion de saines habitudes de vie que sont l'alimentation, l'activité physique et l'abandon du tabac font partie des actions privilégiées par les orientations de santé publique.

Les lieux de déploiement sont d'abord les cliniques-réseaux, GMF et CLSC. L'année suivante, toutes les cliniques médicales et cabinets médicaux solo du territoire. Ces interventions de promotion de la santé et de soutien aux PCP se développent en lien avec les partenaires du Réseau local de services.

Voici maintenant le portrait local des saines habitudes de vie :

**ALIMENTATION** Sur le plan de l'alimentation, on ne note pas de différence significative entre les résidents du CSSS et ceux de l'ensemble de la région dans la fréquence de consommation d'aliments bons pour la santé.

**SURPLUS DE POIDS** Plus du tiers (39,1 %) de la population de 12 ans et plus du CSSS souffre d'un surplus de poids (embonpoint ou obésité), une situation qui s'apparente à celle que l'on observe dans l'ensemble de Montréal, malgré une fréquence plus élevée d'activité physique et une utilisation plus répandue du transport en commun.

**ACTIVITÉ PHYSIQUE** Près de la moitié (42 %) de la population de 18 ans et plus dans le CSSS est considérée comme peu active durant les loisirs, proportion élevée qui est toutefois similaire à celle observée pour Montréal. Sur le plan de la fréquence de l'activité physique les résidents du CSSS se distinguent défavorablement du reste de la région.

**TABAGISME** Le territoire du CSSS a une proportion plus élevée de fumeurs parmi la population de 15 ans et plus (25,7 %, contre 23,2 % pour Montréal) que l'ensemble de Montréal. Si l'on considère uniquement les adultes de 25 à 64 ans, la proportion de fumeurs dans le CSSS est **parmi les plus élevées sur l'île**, atteignant 29,9 %. Cette situation se traduit entre autres par un taux de mortalité pour des conditions associées à l'usage du tabac plus élevé que le taux régional.

Entre 2001 et 2005, on note que :

- un peu plus de 700 résidents du CSSS sont décédés annuellement à cause de conditions liées à la consommation du tabac,
- le taux d'hospitalisations pour maladies de l'appareil respiratoire est plus élevé dans le CSSS que pour l'ensemble de Montréal. Au total, 3 334 personnes de 40 ans et plus sont atteintes de MPOC dans le CSSS, soit une prévalence de 3,7 %. Le taux d'incidence (nouveaux cas) du cancer du poumon dans le CSSS (9,4 pour 10 000) est aussi supérieur à celui de Montréal (7,3 pour 10 000).

Fait positif, l'ordonnance collective pour les thérapies de remplacement de la nicotine (T.R.N.) est maintenant accessible dans toutes les pharmacies communautaires du territoire montréalais afin d'en améliorer l'accessibilité (octobre 2009).

Ce début de Réseau Local de Services comptant les cliniques médicales mais aussi les pharmacies nous permet d'améliorer la diffusion des PCP tels que notre calendrier de vaccination Influenza ou encore un groupe d'abandon du tabac donné localement. Ce moyen de diffusion s'avère très profitable lorsqu'il s'agit de rejoindre la population mais de plus, il nous a permis d'assister à la naissance d'un regroupement de pharmaciens sur notre territoire.

### Dépistage et counselling de l'hypertension artérielle

Le dépistage, la prévention et le suivi d'hypertension artérielle auprès des milieux cliniques permettent de renforcer le counselling sur les saines habitudes de vie puisque leur contrôle est la pierre angulaire du traitement non-pharmacologique de l'HTA. C'est le début de l'arrimage entre PCP et maladies chroniques.

### Dépistage du cancer du sein

Le **Programme québécois de dépistage du cancer du sein**, qui cible les femmes de 50 à 69 ans, vise à diminuer le risque de décéder de cette maladie. Au 30 juin 2008, le taux de participation au programme dans le CSSS est plus élevé que la moyenne régionale (45,9 %, contre 42,5 % pour l'ensemble de Montréal). Le taux le plus élevé se trouve dans le secteur du CLSC Olivier-Guimond (47,8 %), suivi du CLSC de Rosemont (46,5 %) et de celui de Hochelaga-Maisonneuve, similaire au taux montréalais (42,0 %). Par ailleurs, le taux de couverture (proportion des femmes ayant obtenu une mammographie de dépistage ou de diagnostic – sans égard à la participation au PQDCS) était en 2004-2005 (date la plus récente disponible) de 4 % inférieur à celui montréalais : 54 % vs 58,3 %. Il variait, là aussi, de manière importante entre les CLSC : passant de 44% de taux de couverture dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve à 55 % dans Rosemont puis 60 % dans le quartier Mercier-Ouest.

Les interventions de promotion de la santé et de soutien aux pratiques cliniques préventives se développent en lien avec les partenaires du Réseau local de services. Parmi ceux-ci, les cliniques médicales et pharmacies situées géographiquement sur la carte en annexe.

Numéro	Pharmacie	Bannière	Adresse	Code postal	Tél.	Télécop.	Quartier
1	Pharmacie Tu Le Luong & Bop Nissay Ly	Pharmaprix	3425 rue Masson ste 100	H1X1R6	514-721-9910	514-721-1833	Rosemont
2	Blain Daniel, Pharmacien	Proxim	5100 rue de Bellechasse	H1T2A4	514-259-4696	514-259-4697	Rosemont
3	Nguyen Thi Tuyet, Pharmacien	Proxim	3998 rue Masson	H1X1T5	514-727-7070	514-727-0266	Rosemont
4	Simard Robert, Pharmacien	Jean-Coutu	4466 rue Beaubien E.	H1T3Y8	514-728-3674	514-728-3677	Rosemont
5	Sauro Robert, Pharmacie	Jean-Coutu	3245 rue Masson	H1Y1Y4	514-374-3611	514-374-9339	Rosemont
6	Boisvert Gilles, Pharmacien	Proximed	2680 boul Lacordaire	H1N2M4	514-259-4648	514-259-9327	Olivier-Guimond
7	Michaud Louis, Pharmacien	Jean-Coutu	6420 rue Sherbrooke E.	H1N3P6	514-259-6991	514-257-1740	Olivier-Guimond
8	Hamoui Michel, Pharmacien	Clinique-Santé	5601 rue Bélanger E.	H1T1G3	514-256-5011	514-259-7903	Rosemont
9	Nguyen Thi Anh Hong, Pharm.	Clinique-Santé	2659 rue Beaubien E.	H1Y1G8	514-723-0722	514-723-2643	Rosemont
10	Nammour Jad, Pharmacien	Uniprix	3325 rue de Granby	H1N2Z7	514-256-1669	514-256-8571	Olivier-Guimond
11	Tremblay Francois, Pharmacien	Brunet	2937 rue Sherbrooke E.	H1W1B2	514-525-7700	514-525-8694	Hochelaga-Maisonneuve
12	Bosse Pierre Et Gravel Pierre, Pharmaciens	Uniprix	4349 rue Bélanger E.	H1T1A8	514-725-5273	514-725-1401	Rosemont
13	Corbeil P. Et Morin S., Pharmacie	Uniprix	4251 rue Sainte-Catherine E.	H1V1X5	514-255-4400	514-255-9449	Hochelaga-Maisonneuve
14	Pharmacie Alain Tessier	Centre Santé	2925 rue Rachel Est	H1W3Z8	514-521-2522	514-521-1722	Hochelaga-Maisonneuve
15	Pharmacie Chan-Quang Tu	Centre Santé	7600 rue Sherbrooke E.	H1N3W1	514-254-3696	514-254-3347	Olivier-Guimond
16	Pharmacie Mathieu Duchesne	Pharmaprix	5696 rue Sherbrooke Est	H1N1A1	514-251-0990	514-251-7200	Olivier-Guimond
17	Daniel Vermette	Uni-clinique	5345 boul l'Assomption bur.RC-05	H1T4B3	514-252-9000	514-252-7072	Rosemont
18	Gagne Daniel, Pharmacien	Pharmaprix	2625 boul Rosemont	H1Y1L1	514-725-6446	514-722-4623	Rosemont
19	Benoit & Jean-François Morin	Proxim	5955 rue Sherbrooke E.	H1N1B7	514-254-7513	514-254-5922	Olivier-Guimond
20	Nguyen Et Associes, Pharmaciens	Uniprix	6496 rue Beaubien Est	H1M1A9	514-256-7566	514-256-1463	Olivier-Guimond
21	Pharmacie Ngoc-Yen Chau	Familiprix	3883 rue Ontario E.	H1W1S7	514-522-1147	514-522-1148	Hochelaga-Maisonneuve
22	Pharmacie Souad Khouri	Cliniplus	5199 rue Sherbrooke E. bur.3230	H1T3X2	514-255-6200	514-255-5014	Rosemont
23	Joyal et René-Henri S.E.N.C.	Jean-Coutu	4815 rue Ontario Est	H1V1L6	514-254-3507	514-254-1002	Hochelaga-Maisonneuve
24	Joyal et René-Henri S.E.N.C.	Jean-Coutu	4484 rue Sainte-Catherine E.	H1V1Y5	514-255-4914	514-255-8964	Hochelaga-Maisonneuve
25	Pharmacie Caroline Milette	Indépendant	5700 rue St-Zotique Est ste 100	H1T3Y7	514-255-5797	514-255-3608	Rosemont
26	Pharmacie Corinne Beaupre	Jean-Coutu	2700 rue Masson	H1Y1W5	514-522-3055	514-522-4745	Rosemont
27	Jean-Michel Guillotte	Pharmaprix	7275 rue Sherbrooke E. #32	H1N1E9	514-352-5511	514-352-0720	Olivier-Guimond
28	S. Ruest Et S. Dubois, Pharmaciens	Familiprix	3495 rue Hochelaga	H1W1H6	514-524-3613	514-524-0602	Hochelaga-Maisonneuve
29	Pharmacie Francois Lalonde	Pharmaprix	3845 rue Ontario E.	H1W1S5	514-524-7727	514-524-7117	Hochelaga-Maisonneuve
30	Pierre Bergeron	Uniprix	5388 rue Bélanger E.	H1T1E3	514-721-4904	514-721-7482	Rosemont
31	Marie-Josée Breton, Pharmacienne	Proxim	5147 rue Beaubien E.	H1T1V8	514-376-3420	514-376-3421	Rosemont
32	Michèle Favreau Et Pierre-Jean Cyr	Jean-Coutu	2980 rue Bélanger E.	H1Y1A9	514-725-9338	514-725-2020	Rosemont
33	Pharmacie Miray El Tawil	Jean-Coutu	2505 rue Rosemont	H1Y1K5	514-374-1441	514-374-9655	Rosemont
34	Pharmacie Raymond Beaucaire, Pharmacien Inc.	Jean-Coutu	3600 rue Ontario E.	H1W1R7	514-526-1633	514-526-0857	Hochelaga-Maisonneuve
35	Pharmacie Raymond Beaucaire, Pharmacien Inc.	Jean-Coutu	3452 rue Ontario E.	H1W1R2	514-522-1126	514-522-8108	Hochelaga-Maisonneuve
36	A.Kitisa,P.Lapointe,N.Sévigny	Uniprix	4240 rue Beaubien E.	H1T1S4	514-374-3330	514-374-9535	Rosemont
37	Pharm. Vanessa Therrien Pharmacienne Inc	Familiprix	3815 rue Masson	H1X1S9	514-729-6353	514-729-5147	Rosemont
38	Ph. Gauthier, Plourde Et Theriault, Phciens	Proxim	3981 rue Hochelaga	H1W1K2	514-259-5252	514-254-3535	Hochelaga-Maisonneuve
39	Gabriel Hannouche	Unipharm	3871 Bélanger	H1X 3M7	514-722-1108	514-722-5693	Rosemont
40	Duy Lan Vu	Pharma soins	3979 Ontario est	H1W 1T1	514-524-1616	514-524-8686	Hochelaga-Maisonneuve

**Tableau 17 – Liste des pharmacies du territoire**

La densité de population du territoire est aussi illustrée, ainsi que la nature de l'affectation du sol pour les terrains non résidentiels.

# Cliniques médicales, pharmacies, et densité de la population sur le territoire

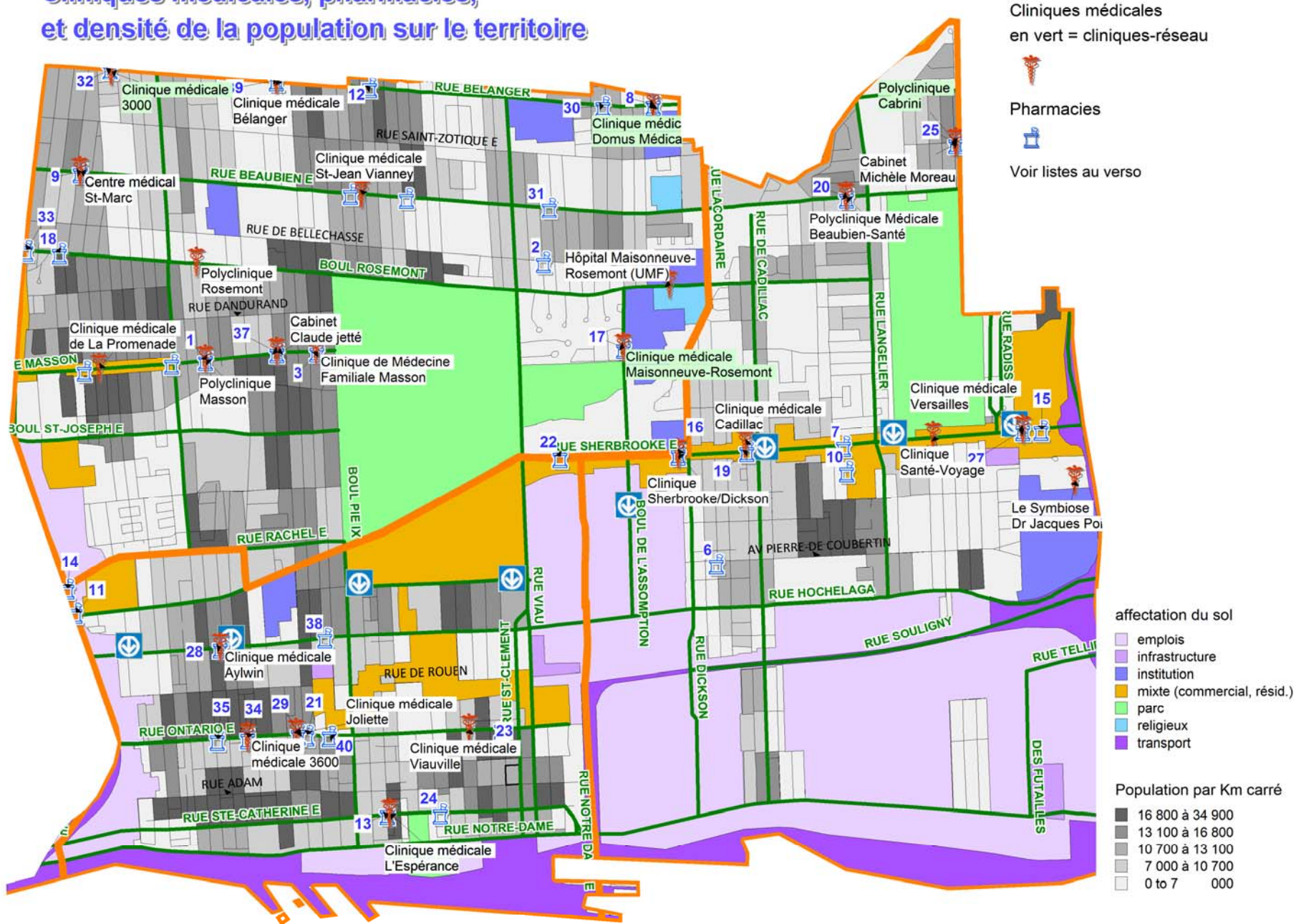


Figure 11 – Carte des cliniques médicales et pharmacies du territoire

Nom de la clinique	GMF	Clinique réseau	Adresse	Bureau	Code postal	Téléphone	Télécopieur	Territoire de CLSC	Station de métro	Ligne d'autobus	Nombre de médecins	Prélèvements	Médecine de famille	Nombre de spécialistes
Centre médical St-Marc	Non	Non	2659 rue Beaubien Est		H1Y1G8	(514) 728-0749	(514) 723-2643	Rose. Beaubien		18	2	Non	Oui	1
Clinique de Médecine Familiale Masson	Non	Non	3996 rue Masson		H1X1T5	(514) 728-2150	(514) 728-0284	Rose. Pie-IX			1	Non	Oui	0
Clinique médicale 3000	Oui	Oui	3000 rue Bélanger		H1Y1A9	(514) 376-7702	(514) 376-2639	Rose. Saint-Michel		67	20	Oui	Oui	11
Clinique médicale 3600	Non	Non	3600 rue Ontario Est		H1W1R7	(514) 526-2556	(514) 526-9212	H-M Joliette, Viau		125	6	Non	Non	7
Clinique médicale Aylwin	Non	Non	3495 A rue Hochelaga		H1W1H6	(514) 529-3663	(514) 529-7175	H-M Joliette			1	Non	Non	0
Clinique médicale Bélanger	non	non	3871 Bélanger		H1X 3M7	(514) 722-1166	(514) 722-6022	Rose					Oui	0
Clinique médicale Cadillac	Non	Non	3435 rue Bossuet		H1M2M1	(514) 253-1211	(514) 253-5091	O-G Cadillac			8	Non	Oui	9
Clinique médicale de La Promenade	Non	Non	2815 rue Masson		H1Y1W8	(514) 374-0001	(514) 374-0002	Rose.			3	Non	Oui	2
Clinique médicale Domus Médica	Non	Oui	5601 rue Bélanger Est		H1T1G3	(514) 256-5011	(514) 256-9285	Rose. Cadillac			20	Oui	Oui	15
Clinique médicale Joliette	Non	Non	3841 rue Ontario Est		H1W1S5	(514) 524-3731	(514) 524-0675	H-M Joliette		125	15	Non	Oui	15
Clinique médicale L'Espérance	Non	Non	4261 rue Ste-Catherine Est		H1V1X2	(514) 254-3686	(514) 254-5258	H-M Pie-IX		34, 139	4	Non	Oui	0
Clinique médicale Maisonneuve-Rosemont	Non	Oui	5345 boul de L'Assomption	RC-60	H1T4B3	(514) 257-7000	(514) 257-7003	Rose. L'Assomption - Rosemont		131, 197	35	Non	Oui	0
Clinique médicale Maisonneuve-Rosemont (Clinique Réseau Domus Médica Et Maisonneuve-Ros.)	Non	Non	5345 boul L'assomption	60	H1T4B3	(514) 257-7000	(514) 257-7003	Rose. L'Assomption		131	15	Oui	Non	0
Clinique médicale St-Jean Vianney	Non	Non	4290 rue Beaubien Est		H1T1S6	(514) 374-6711	(514) 374-2051	Rose. Pie-IX			2	Oui	Oui	0
Clinique médicale Versailles	Non	Non	7275 rue Sherbrooke Est	2215	H1N1E9	(514) 353-1093	(514) 353-0039	O-G Radisson			1	Oui	Oui	0
Clinique médicale Viauville	Non	Non	4639 rue Ontario Est		H1V1L1	(514) 252-8778	(514) 252-8072	H-M Viau, Pie-IX		125, 139	1	Non	Oui	0
Hôpital Maisonneuve-Rosemont (UMF)	Non	Non	5689 boul Rosemont		H1T2H1	(514) 252-3814	(514) 252-3854	Rose. L'Assomption			25	Non	Oui	0
Polyclinique Cabrini	Non	Oui	5700 rue Saint-Zotique Est	104	H1T3Y7	(514) 256-5700	(514) 256-9499	Rose. Cadillac		32	10	Oui	Oui	2
Polyclinique Masson	Non	Non	3425 rue Masson	200	H1X1R6	(514) 376-9961	(514) 376-8100	Rose. Joliette, Saint-Michel, Laurier			9	Non	Oui	13
Polyclinique Médicale Beaubien-Santé	Non	Non	6494 rue Beaubien Est	107	H1M1A9	(514) 353-7161	(514) 353-0081	O-G			1	Non	Non	5
Polyclinique Rosemont	Non	Non	3377 boul Rosemont		H1X1K4	(514) 798-8688	(514) 798-8680	Rose. Rosemont, Saint-Michel		67, 197	9	Non	Oui	5
<b>Cabinets médicaux</b>														
Cabinet Claude jetté	non	non	3815 Masson		H1X 1S9	(514) 725-1870	(514) 725-6200	Rose			1			
Cabinet Michèle Moreau	non	non	5554 St Zotique est		H1T 1P6	(514) 899-0922	(514) 257-9109	Rose			1			
Clinique Santé-Voyage	non	non	6865 Sherbrooke est		H1N 1C7	(514) 252-3890	(514) 252-1370	O-G			2		oui	
Clinique Sherbrooke/Dickson	non	non	5696 Sherbrooke est	10	H1N 1A1	(514) 254-0909	(514) 254-0933	O-G			2		oui	
Le Symbiose (Dr Jacques Poirier)	non	non	3075 Paul-David		H1N 0A8	(514) 352-8989	(514) 352-1305	O-G			1			

**Tableau 18 - Liste des cliniques et cabinets médicaux**

Finalement, une intervention pour accroître les facteurs de protection (mode de vie plus actif, alimentation saine, réduction du tabagisme, des inégalités sociales...) pourrait réduire l'incidence de ces « maladies de société » qui se développent le plus souvent à long terme, à cause de comportements individuels mais aussi de contextes sociaux et environnementaux qui induisent les dits comportements.

			Montréal	Lucille-Teasdale	Mercier-Ouest	Hochelaga-Maisonneuve	Rosemont
<b>Diabète</b>							
Prévalence du diabète, 20 ans et plus, 2005	2005	N	106 796	10 606	2 931	2 721	4 954
		tx/100	7,0	6,9	6,9	7,6	6,6
Source: Banque de données du diabète, compilation INSPQ							
Mortalité par diabète, 20 ans et plus, 2001-2005	2001-2005						
Nombre annuel moyen			525	76	24	22	30
Taux pour 10000			2,4	3,4	3,6	4,7	2,6
<b>Hypertension</b>							
Prévalence de l'hypertension (20 ans et plus)	2005-2006	tx/100	13,4	13,6			
Visites à l'urgence des personnes hypertendues			31,1	30,8			
Visites à l'urgence des personnes hypertendues pour raison d'hypertension			2,5	2,6			
<b>Cancer</b>							
Incidence du cancer	2001-2005	nb annuel moyen	9 136	969	255	248	466
Tous		tx ajusté pour 10 000	45	48	46	53	46
Colon-rectum		tx ajusté pour 10 000	6	7	6	7	7
Poumon		tx ajusté pour 10 000	7,4	9,4	8,3	12,7	8,3
estomac		tx ajusté pour 10 000	1	1	* 0,7	* 0,6	1
pancréas		tx ajusté pour 10 000	1	1	* 1,2	* 1,2	1
rein		tx ajusté pour 10 000	1,3	1,3	* 1,1	* 1,5	1,2
Mortalité par cancer du poumon	2001-2005	N annuel	1 249	163	45	56	62
Taux pour 10000		0/000	6,1	7,9	7,7	12,0	6,1
Mortalité par cancer du sein-femmes		N annuel	362	41	10	12	19
Taux pour 10000		0/000	3	3	3	4	3
Mortalité par cancer du colon-rectum		N annuel	562	66	16	17	33
Taux pour 10000		0/000	3	3	3	4	3
Mortalité par cancer de la prostate		N annuel	210	20	4	5	11
Taux pour 10000		0/000	2,5	2,5	1,8	2,9	2,7
<b>Maladies cardiovasculaires</b>							
Prévalence de l'insuffisance cardiaque chez les utilisateurs de services, 20 ans et plus, 2005-2006	2005-2006	N	20 919	1 906	469	427	1 010
		tx/100	1,4	1,3	1,3	1,0	1,5
Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (maladies cardiovasculaires), 2001-2005	2001-2005						
Nombre annuel moyen			4 573	540	156	150	233
Taux sur 10 000			20,6	23,8	24,3	31,7	20,2
Source: Fichier des décès, MSSS							
Taux d'hospitalisation pour maladies de l'appareil circulatoire (maladies cardiovasculaires)	2001/02-2005/06						
Nombre annuel moyen			21 706	2 377	628	588	1 160
taux pour 10 000			104,5	115,1	107,9	127,4	113,4
Source: Fichier des hospitalisations, MSSS							
<b>Maladies chroniques des voies respiratoires</b>							
Prévalence des maladies chroniques des voies respiratoires inférieures chez les utilisateurs de services (MPOC), 40 ans et plus, 2005-2006	2005-2006	N	25 325	3 334	782	985	1 567
		tx/100	2,8	3,7	3,3	4,4	3,6
Source: Banque de données médico-administratives jumelés (RAMQ, MED-ECHO)							
Taux d'hospitalisation pour maladies pulmonaires obstructives chroniques	2001/02-2005/06	tx/10 000	10,2	15,4	14,2	22,8	12,6
Mortalité par maladies chroniques des voies respiratoire	2001-2005						
nombre annuel moyen			713	103	33	31	39
taux ajusté pour 10 000			3,2	4,5	5,1	6,6	3,4
Source: Banque de données médico-administratives jumelés (RAMQ, MED-ECHO)							



## PLAN D'ACTION

### OBJECTIF : INTÉGRER L'UTILISATION DES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES PAR LES INTERVENANTS

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déploiement du « counselling » saines habitudes de vie, soient, alimentation, activité physique et abandon du tabac.</li> <li>• Poursuite avec les ateliers suivi/dépistage HTA.</li> <li>• Création et mise à jour :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Listes des omnipraticiens en suivi et des cliniques médicales (personne contact dans plusieurs milieux cliniques);</li> <li>- Liste des pharmacies;</li> <li>- Liste de contacts dans les organismes communautaires et autres partenaires.</li> </ul> </li> </ul>	À maintenir	Continu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conférences données par l'éducatrice du CES à la demande d'organismes communautaires et de réinsertion sociales.</li> </ul>	À poursuivre et développer	Continu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ancrage des campagnes sociétales dans ces organismes qui ont reçu une conférence.</li> </ul>	À poursuivre et développer	Continu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'outils d'analyse et de préparation pour une demande de présentation de conférence, de kiosque de promotion et de répartition de diffusion d'une campagne de promotion.</li> </ul>	À poursuivre	Continu

### Partenaires

D'abord ceux qui ont un message en commun avec les habitudes de vies visées : les kinésiologues du YMCA ou encore les nutritionnistes de Loblaw's. Il s'agit de leur permettre l'accès au CES en tant qu'intervenants de 1<sup>re</sup> ligne.

Tout le réseau des pharmacies et des cliniques permet d'augmenter l'accès à la population à la vaccination massive d'influenza.

Le réseau des pharmaciens a permis d'aider le CMDP ainsi que la DSI à diffuser plusieurs ordonnances collectives sur le territoire.

### Perspectives

Le mouvement amorcé par la DSP est le suivant : **exposer la population aux PCP**. D'abord :

- ▶ consolider les liens avec nos partenaires en continuant de diffuser les PCP afin de maintenir le réseau;

► poursuivre le développement complet du réseau local et accueillir les nouveaux membres; Jusqu'ici, les conférences données par l'éducatrice étaient selon la demande des organismes. Il s'agit de faire un plan d'action de développement sur la diffusion des PCP en commençant par les saines habitudes de vies et l'accès au CES/CAT sur le territoire via les organismes communautaires.

**OBJECTIF : CONSOLIDER ET MAINTENIR LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS DÉPISTAGE CANCER DU SEIN**

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
• Comité local de concertation en place.	À maintenir	
• Outils d'approche pour le PQDCS : conférence sur la Ménopause.	À maintenir	
• Promotion de la conférence Ménopause en CLSC, GMF, clinique privée et pharmacies.	À maintenir, développer	

**Partenaires**

- Offre de service du D<sup>re</sup> Michèle Moreau permettant la poursuite de conférence médicale sur ce sujet sur le territoire.
- GMF 3000 participe à la diffusion de la conférence sur la ménopause.

**Perspectives**

- Prévoir le remplacement d'intervenants au comité local de concertation.
- Remanier le format des conférences sur la ménopause.
- Assurer une relève locale au comité interne PDQCS.
- Revoir le plan d'action local en lien avec les dernières données disponibles.

## 2.6 Des aînés plus actifs, autonomes et en meilleure santé

Une population comptant un nombre important de personnes âgées n'est pas que synonyme de soins à donner : une grande majorité des aînés sont des personnes en santé, autonomes. Ce sont des personnes encore actives dans leurs réseaux sociaux, familles et voisinages.

Le territoire du CSSS, en particulier les quartiers Mercier-Ouest et Rosemont, se caractérise par une proportion plus élevée de personnes âgées que la moyenne montréalaise. Beaucoup de ces personnes vivent seules et plusieurs d'entre elles habitent des ensembles (HLM, OBNL, résidences privées, tours d'habitation) réservés aux aînés.

Depuis longtemps, dans chaque quartier du CSSS, des tables de concertation ont tissé des liens entre les groupes d'aînés et les services de la localité. Ces tables ont souvent été à l'origine de projets de développements innovateurs visant à dépister précocement les situations problématiques, informer les aînés de leurs droits ou des services qui existent. Les services sociaux et communautaires des CLSC ont soutenu et encouragé ces initiatives.

Sachant que l'espérance de vie à la retraite ne cesse de s'allonger, il est impératif d'adapter nos efforts de promotion de saines habitudes de vie (activité physique, alimentation saine, libre de toxicomanies) et de création d'environnements favorables à la santé aux conditions particulières de cette partie importante de la population. Une population qui offre un fort potentiel de participation par sa disponibilité en temps et qui pourrait de ce fait contribuer à diffuser, multiplier nos efforts de promotion.

Après les CLSC amis des bébés, pourquoi pas les quartiers amis des aînés ? C'est d'ailleurs un mouvement qui prend de l'ampleur que celui des municipalités amies des aînés. À cet égard, l'Organisation mondiale de la santé a d'ailleurs publié en 2007 un *Guide mondial pour des villes-amies des aînés*<sup>12</sup>.

### La population en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Au 31 mars 2007, les centres d'hébergement et de soins de longue durée situés sur le territoire du CSSS hébergeaient 12,5 % des 13 533 personnes hébergées à Montréal. Remarquons que 1 292 des personnes hébergées sur notre territoire, soit 76 %, étaient âgées de 75 ans ou plus (voir la carte en annexe).

Comptant sept CHSLD parmi ses installations, le CSSS héberge quant à lui près de mille deux-cents aînés en perte importante d'autonomie. Objectif central des activités, l'actualisation du concept milieu de vie dans nos centres d'hébergement qui représente un défi important et constant alors

---

<sup>12</sup> [http://www.who.int/ageing/publications/Guide\\_mondial\\_des\\_villes\\_amies\\_des\\_aines.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Guide_mondial_des_villes_amies_des_aines.pdf)

que les soins et services doivent prodigués dans le respect des choix et de l'autonomie des résidents.

En date du 1<sup>er</sup> mai 2010, le CSSS hébergeait 1 153 personnes dans ses 1 181 lits. Voici quelques caractéristiques de nos résidents :

29,8 % sont des hommes et 70,2 % des femmes;

12,1 % ont moins de 65 ans;

51,1 % ont entre 65 et 85 ans;

36,8 % ont plus de 85 ans.

Nos CHSLD sont aussi des organisations qui s'ouvrent de plus en plus sur leur milieu environnant. Pour preuves, des initiatives telles que : l'offre d'un soutien à certains services dans la communauté (centres de jours pour personnes en perte d'autonomie; soutien des cuisines de certains CHSLD à des projets de popotes roulantes), des *portes ouvertes*, invitant la population à connaître les ressources d'hébergement, ou des collaborations avec des établissements spécialisés pour la clientèle présentant une déficience intellectuelle ou des problèmes de santé mentale.

### Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées

Les centres d'hébergement du CSSS Lucille-Teasdale se sont donné une vision commune qui se traduit comme suit:

Notre raison d'être est de créer à même nos ressources, un milieu de vie où le résident se sent **chez lui** et est reconnu comme membre de la **collectivité**.

Pour réaliser un tel milieu de vie, nous devons continuellement être à **l'écoute** des résidents, de leur famille et de leurs proches, les respecter ainsi que leurs **choix** et adopter une **approche personnalisée** dans l'ensemble de nos actions et de nos décisions quotidiennes.

Initialement, les centres d'hébergement avaient une approche plutôt hospitalière considérant le résident comme une personne malade requérant essentiellement des soins. Cependant, depuis plusieurs années, et plus spécifiquement depuis l'adoption des orientations ministérielles en 2003, tous les intervenants doivent s'engager à transformer le milieu de soin en milieu de vie, considérant que le centre d'hébergement est souvent le « **dernier chez soi** » de la personne hébergée.

Le milieu de vie dans nos centres d'hébergement doit être dynamique, changeant, bousculant puisqu'il questionne nos croyances, nos valeurs et surtout, il doit être l'affaire de tous. Les intervenants sont invités à remettre en question leurs façons de faire en intégrant au quotidien

souplesse et créativité afin de « **trouver les moyens de dire « oui »** aux demandes des résidents plutôt que **les raisons de dire « non »** ».

## PLAN D'ACTION

### OBJECTIF : CONSOLIDER LE CONCEPT MILIEU DE VIE

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation du nouveau personnel au concept de milieu de vie et actualisation des compétences de l'ensemble du personnel.</li> </ul>	À maintenir	2010-2015
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement d'outils et mise en place de mécanismes favorisant un milieu de vie de qualité.</li> </ul>	À maintenir	2010-2015
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Révision et adaptation des programmes et services afin de répondre aux besoins et attentes des personnes hébergées.</li> </ul>	À maintenir	2010-2015
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réorganisation du travail dans l'objectif du respect des capacités, du rythme et de l'autodétermination du résident.</li> </ul>	À consolider	2010-2015
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aménagement des espaces qui contribue à créer un milieu de vie chaleureux et sécuritaire qui s'approche du chez soi et qui permet de soutenir une offre de service de qualité.</li> </ul>	À consolider	2010-2015

### OBJECTIF : OFFRIR UN MILIEU DE VIE SÉCURITAIRE EN HÉBERGEMENT

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans le cadre du plan des mesures d'urgence, formation et mise en place des équipes de première intervention et organisation sur une base annuelle des exercices d'évacuation.</li> </ul>	À consolider	2010-2015
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En collaboration avec la direction des soins infirmiers, formation et mise en place des meilleurs pratiques pour limiter les risques d'éclosion, dans le respect du milieu de vie.</li> </ul>	À maintenir	2010-2015
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Application des mesures de PCI : formation / mise à jour / rappel sont nécessaires régulièrement auprès des équipes.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépôt d'un rapport périodique sur le suivi des infections au C.A. (couvre chaque période financière)</li> </ul>	À maintenir	2010-2015

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite des actions déjà amorcées en incluant la campagne nationale du lavage des mains et le développement d'un tableau de bord en hébergement.</li> </ul>	À consolider	2010-2015
--	--------------	-----------

### Partenaires

- Autres directions du CSSS et plus spécifiquement le la direction des services aux personnes en perte d'autonomie (PPA)
- Hôpital Louis-H. Lafontaine
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Gabrielle-Major
- Institut de réadaptation de Montréal
- Hôpital Rivière-des-Prairies
- Zoothérapie Québec
- Dr Clown

### Les personnes âgées vivant à domicile

Au moment du recensement 2006, il y a avait 14 605 personnes âgées de 75 ans ou plus sur le territoire, et cela dans tous les milieux de vie : en ménages privés et dans les institutions et « ménages collectifs ».

Le même recensement dénombrait 12 485 personnes de ce groupe d'âge vivant en ménages privés. Il y avait donc un peu plus de 2 100 personnes habitant en institutions ou ménages collectifs suivant le recensement. La différence entre les 1 292 personnes en CHSLD et ces 2 100, soit près de 800 personnes, représente les personnes habitant dans les communautés religieuses, les maisons de chambres et habitations collectives.

La carte en page 68 situe sur le territoire différents types de résidences pour aînés en rapport avec la proportion de personnes de 75 ans et plus dans la population au moment du recensement.

## Population en ménages privés

Aînés dans les ménages privés	65 ans et plus			75 ans et plus		
	femmes	hommes	% de la population	femmes	hommes	% de la population
CSSS Lucille-Teasdale	15 700	9 930	15,3%	8 220	4 265	7,4%
Mercier-Ouest	4 400	3 085	18,7%	2 170	1 350	8,8%
de Louis-Riel	2 390	1 740	20,6%	1 140	800	9,7%
de Longue-Pointe	1 745	1 155	17,6%	870	475	8,2%
de Guybourg	260	180	12,5%	155	70	6,4%
Hochelaga-Maisonneuve	2 900	1 885	10,1%	1 445	660	4,5%
de Maisonneuve	1 060	670	9,6%	505	210	3,9%
de Hochelaga-Sud	655	385	9,2%	315	120	3,8%
de Hochelaga-Nord	1 180	805	11,2%	620	315	5,3%
Rosemont	8 410	4 965	16,6%	4 615	2 255	8,5%
du Nouveau-Rosemont	2 820	1 715	19,0%	1 535	770	9,7%
Cité-Jardin	855	450	54,9%	560	275	35,2%
d'Angus	895	480	11,6%	495	215	6,0%
du Vieux-Rosemont	1 995	1 235	12,3%	975	505	5,7%
de Rosemont-Nord	1 835	1 050	17,5%	1 050	470	9,2%
Montréal	158 470	108 075	14,6%	79 935	46 875	7,0%
Québec	566 875	434 015	13,5%	261 590	167 025	5,8%

**Tableau 20 – Aînés dans les ménages privés**

Le programme personnes en perte d'autonomie (PPA) a comme objectif d'investir d'une part, dans la prévention pour ainsi minimiser ou retarder les impacts négatifs de la maladie et alors promouvoir l'autonomie fonctionnelle et, d'autre part, dans la promotion pour maintenir et renforcer le réseau de soutien familial et social et le développement personnel.

Parmi les facteurs de risque, nous en ciblons un certain nombre pour leur incidence considérable, leur conséquence lourde et leur impact sur la qualité de vie :

La dénutrition

Le phénomène des chutes

La perte de mobilité (accessibilité)

La fragilité du réseau social

L'accès à un suivi médical

## PLAN D'ACTION

OBJECTIF : METTRE EN PLACE DES MESURES ET DES OUTILS DE PRÉVENTION, DE PROMOTION ET DE DÉPISTAGE

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien et développement des mesures multifactorielles de prévention des chutes :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintenir le programme en collaboration avec les organismes communautaires</li> <li>- Développer une approche systématisée de prévention des chutes à domicile</li> <li>- A l'URFI, intégrer des méthodes et des outils de dépistage de situations à risque de chutes</li> <li>- Implanter le programme de dépistage visuel auprès de la population âgée de 75 et plus en collaboration avec l'Institut Nazareth Louis Braille</li> </ul> </li> </ul>	<p>En continue</p> <p>À poursuivre</p> <p>En continue</p> <p>En continue</p>	<p>En cours</p> <p>Automne 2010</p> <p>En cours</p> <p>En cours</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite du plan d'action avec les tables de concertation aînées afin d'assurer la sécurité des aînés en matière d'abus, maltraitance et exploitation</li> </ul>	À consolider	En cours
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification de la clientèle vulnérable par l'implantation de l'outil de dépistage PRISMA à travers le réseau local</li> </ul>	À consolider	En cours à HMR Plan d'action à développer hiver 2010
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement et actualisation d'un réseau intégré en alimentation et nutrition en concertation avec la table de concertation des aînés et le regroupement des popotes roulantes de Montréal</li> </ul>	À développer	En cours

### Partenaires :

Institut Nazareth Louis Braille  
 Tables de concertation des aînés  
 Regroupement des popotes roulantes  
 Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
 Organismes communautaires du territoire



**OBJECTIF : S'ASSURER QUE TOUTES LES PERSONNES ÂGÉES VULNÉRABLES AIENT LE SUIVI MÉDICAL APPROPRIÉ**

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivant l'évaluation de l'offre de service actuelle, élaboration et mise en place d'un plan d'action avec la collaboration du DSP afin de :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- faciliter la liaison entre les intervenants et les médecins;</li> <li>- favoriser le recrutement et la rétention de médecins;</li> <li>- conclure avec les médecins en privé des ententes de collaboration et complémentarité.</li> </ul> </li> </ul>	À consolider	En cours

**Partenaires**

Cliniques réseaux, GMF, cabinets de médecins

**OBJECTIF : PERMETTRE LA MOBILITÉ ET LE TRANSPORT DES AÎNÉS**

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
<ul style="list-style-type: none"> <li>Composition d'un groupe de travail avec les principaux partenaires communautaires afin de faire un état de situation sur le besoin, l'offre de service et les écarts puis l'élaboration d'un plan d'action.</li> </ul>	Groupe de travail en place depuis 2008	En cours

**OBJECTIF : SUPPORTER LES AIDANTS AFIN D'ÉVITER ÉPUISEMENT EN LEUR DONNANT ACCÈS À UNE GAMME DE SERVICES ADAPTÉS À LEURS BESOINS : RÉPIT, GROUPE D'ENTRAIDE, COUNSELLING, FORMATION, SOUTIEN COMMUNAUTAIRE, ETC.**

Activités mises en place ou mesures envisagées	Suites à donner	Échéance
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise sur pied d'un nouveau groupe de travail composé de gestionnaires, intervenants et aidants dont le mandat consiste à évaluer les besoins des proches aidants, à faire l'inventaire des services actuels et à proposer des solutions pour combler les écarts.</li> </ul>	Groupe de travail mis sur pied en 2009 À poursuivre	Septembre 2010

**Réalisation**

Définition des modalités et mise en place un service de soutien aux proches aidants au moyen d'une allocation directe

Proportion de personnes de 75 ans et plus

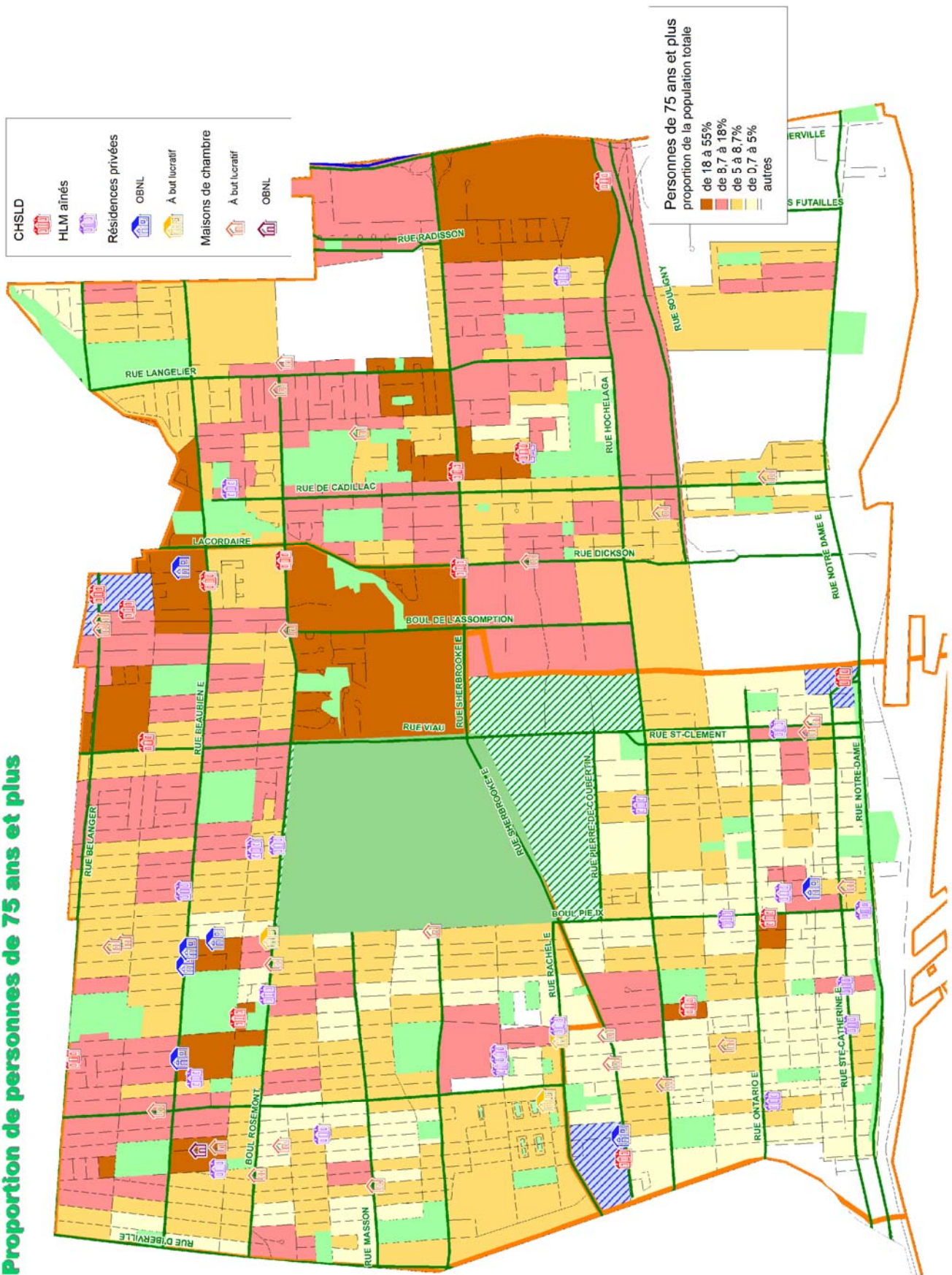


Figure 12 – Carte des personnes de 75 ans et plus et emplacement des résidences collectives

## Conclusion

### Des perspectives encourageantes...

Les dynamiques communautaires ont évolué rapidement ces dernières années : arrivée de nouveaux partenaires « structurants » (fondations Québec en forme et Avenir d'enfants); exercices engageants de planification et de mobilisation dans les quartiers... Un mouvement que le CSSS a soutenu et accompagné à la mesure de ses moyens – moyens qui se sont eux-mêmes transformés au cours de la dernière période : réorganisations institutionnelles, départs à la retraite...

Certains phénomènes sociaux ont aussi marqué l'évolution récente des quartiers : immigration plus importante, surtout chez les jeunes familles, dans les 3 quartiers ; jeunes adultes en grand nombre et relative *gentrification* dans Hochelaga-Maisonneuve ; croissance du vieillissement dans les deux autres quartiers en parallèle à une augmentation importante des naissances.

Ces phénomènes n'ont cependant pas altéré la nature profonde des quartiers. Quartiers aux histoires et compositions sociales différentes qui ont façonné des cultures de concertation qui se reflètent dans les différentes structures des Tables de quartier. Cette diversité fait la richesse du territoire et si notre présence étendue à l'ensemble des trois quartiers nous a parfois permis de faire circuler une bonne idée, un bon coup, c'est d'abord dans le respect des structures et réseaux en place que nous nous sommes avancés.

Respecter la culture des quartiers, mais aussi celles des organisations : nos interventions dans les établissements scolaires ou auprès des cliniques médicales et pharmacies auraient été vouées à l'échec sans une approche respectueuse des compétences, des missions propres de nos partenaires.

Les cinq dernières années ont été les premières du CSSS. Certes celui-ci pouvait compter sur la longue expérience des CLSC dans les écoles, les quartiers, mais la responsabilité populationnelle, l'animation d'un réseau local de services, le mandat local de santé publique étaient de nouveaux rôles que la nouvelle institution devait mettre en œuvre.

Cette période aura été celle de la mise en place d'une direction locale de santé publique, du développement d'un observatoire populationnel, de l'adoption d'un cadre de référence en organisation communautaire et du déploiement d'un centre d'éducation à la santé... Des ressources que nous avons maintenant en main et qui nous permettent d'aborder ce second plan quinquennal d'action locale de santé publique avec enthousiasme.

Forts de l'expérience, chèrement acquise, contre la pandémie de Grippe A (H1N1) et des liens qu'elle a permis de renforcer avec le réseau de santé primaire du territoire; soutenus par une équipe régionale de santé publique avec laquelle des liens de confiance se sont établis; stimulés par les initiatives et projets en cours de développement dans les quartiers et les écoles; appuyés par des équipes responsables et compétentes dans les programmes des CLSC et les institutions scolaires, le prochain plan d'action sera celui de la consolidation et du rayonnement.

Les défis ne manqueront pas, d'autant que les moyens seront toujours limités. Mais les liens de confiance et de collaboration que nous avons créés nous font entrevoir une capacité accrue d'influence et d'intervention. Nous ne pouvons garantir que la santé de la population sera meilleure dans cinq ans : certains grands déterminants de la santé étant souvent hors de notre portée.

Nous souhaitons simplement contribuer, avec nos partenaires et la population dans son ensemble au développement de communautés plus saines, plus autonomes, plus solidaires.

## MESURES DE SUIVI

Le plan d'action local en santé publique porte sur cinq ans. Il dresse un portrait de la population de notre territoire à partir duquel nous avons défini un ensemble de mesures visant soit à réduire les impacts liés à la présence de conditions qui lui sont défavorables, soit à améliorer son état de santé.

Afin d'évaluer le niveau d'implantation de notre plan et la pertinence des choix que nous avons faits, il est proposé qu'au terme d'un an après son adoption, il fasse l'objet d'une journée «santé publique» réunissant les représentants des directions cliniques qui ont participé à son élaboration, de même que nos partenaires.

Cette activité devrait permettre de partager et mettre à jour notre lecture de l'environnement, de valider nos objectifs, d'ajuster nos actions en fonction de l'évolution de la situation et de préciser les modalités futures en ce qui concerne l'évaluation de la mise en œuvre de notre plan.

## Sources des tableaux et cartes

- [Principales caractéristiques de la population - CSSS Lucille-Teasdale](#), produit par la Direction de la santé publique (DSP) de Montréal : source des Figures 2 et 3; des Tableaux 1 et 2
- **Compilations par la DSP** de Montréal : source des tableaux 3, 4, 5, 11, 13, 14, 15, 19
- **Croisements spéciaux** tirés du recensement 2006, demandés par la DSP de Montréal : source du Tableau 10
- **Avis de naissances** compilés et croisés par le CSSS Lucille-Teasdale, source des tableaux 7, 8, 9 et de la figure 4
- Étude de la **variation géographique de l'asthme pédiatrique** sur le territoire de l'île de Montréal entre 1995 et 2000 : Une analyse spatiale des données d'hospitalisations. – source de la figure 6
- La figure 9 fut extraite de l'outil cartographique associé au [Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques du Québec](#).
- **Données du recensement** canadien de 2006 traitées par le CSSS Lucille-Teasdale (observatoire populationnel) : source des figures 5, 7, 11, 12 et des tableaux 16, 20.
- **Compilations du CSSS** Lucille-Teasdale : sources des tableaux 6, 12, 17, 18 et des figures 1 et 10

## Photos

Les photos de la première page sont de Gilles Beauchamp, réalisées lors d'évènements ou auprès de citoyens du territoire.