



**Clinique Communautaire  
de Pointe-St-Charles**

# **Plan d'action local de santé publique 2010-2015**

**Juillet 2010**

## Table des matières

Introduction

.....  
..... 3

Portrait de la population de Pointe-Saint-Charles

.....  
. 4

1. Des enfants qui naissent et se développent en santé

..... 8

2. Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage  
scolaire..... 10

3. Des milieux de travail exempts de menaces à la santé

..... 15

4. Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques

..... 17

5. Un environnement urbain favorable à la santé

.....

... 19

6. Un système de santé qui sert aussi à prévenir

.....

.... 24

7. Des aînés bien entourés, vivant plus longtemps et en meilleure santé

..... 27

Conclusion

.....

..... 29

# Introduction

Dans le présent document nous présentons le Plan d'action local en santé publique de la Clinique communautaire de Pointe-St-Charles. La Clinique communautaire est un organisme communautaire de santé contrôlé par les citoyenNEs du quartier. Au sens de la Loi sur la santé et les services sociaux elle est un organisme privé conventionné qui est responsable de réaliser la mission CLSC (services de première ligne) sur son territoire. C'est dans ce contexte que la Clinique doit produire un plan local de santé publique en conformité avec le plan national de santé publique et le plan régional.

Un document préliminaire a été déposé auprès de la Direction de santé publique en janvier 2010, faisant état principalement des activités réalisées en rapport 6 orientations présentées dans le Tronc commun DSP-CSSS. Nous y présentons certains axes de développement qui faisaient état de certaines activités à mettre en place pour mieux atteindre les objectifs visés. Pour l'élaboration du présent document, nous avons complété une démarche de consultation auprès des groupes communautaires du quartier et des partenaires. Toutes les équipes de services de la Clinique ont aussi participé à une démarche semblable pour bonifier le Plan d'action local de façon à ce qu'il reflète le mieux possible la réalité des besoins de la population de Pointe St-Charles en matière de santé publique.

Nous avons aussi complété le portrait de la population en tentant de faire ressortir les réalités qui affectent la population en général (conditions de vie, revenus, composition de la population, etc.) ou les particularités de notre quartier. Les éléments plus spécifiques à des groupes d'âge ou influençant une orientation particulière continuent à se retrouver dans l'orientation visée.

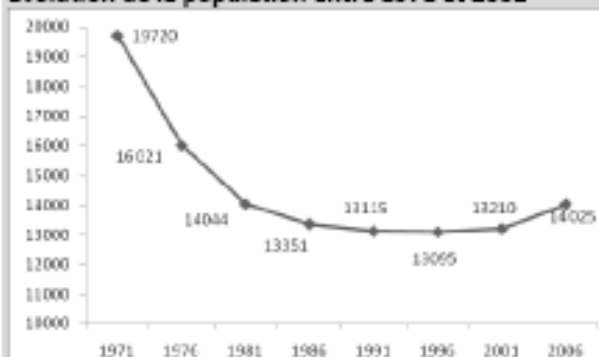
Il est connu et documenté qu'à la fois les conditions socio-économiques et l'état de santé des citoyens de Pointe-St-Charles demeurent parmi les moins favorables de l'Île de Montréal dans la majorité des domaines. Au fil des années la Clinique communautaire, en synergie avec son milieu, a développé des pratiques particulières : que ce soit en matière de santé mentale où non seulement les services de première ligne mais aussi les services de 2<sup>e</sup> ligne étaient dispensés dans le milieu, en matière de Clinique jeunesse où les infirmières exercent depuis longtemps une « pratique élargie ». Une des caractéristiques a toujours été et demeure un souci d'offrir des services accessibles et non stigmatisants. Ainsi les services de santé mentale sont intégrés dans les équipes, la plupart des services sont dispensés sur une base universelle (suivi santé maternelle et infantile) de façon à ne pas réduire la personne à ses problèmes et à la considérer dans sa globalité. Avec les enjeux actuels de cohésion et d'intégration sociale, cela demeure toujours pertinent. Tout en visant les grands objectifs de santé publique, les axes de développement reflèteront autant que possible ces partis-pris ainsi que notre volonté d'impliquer les citoyens dans la définition de leurs besoins.

## Portrait de la population de Pointe-Saint-Charles

### Augmentation de la population

La population de Pointe Saint-Charles comptait en 2006, 14025 individus vivant dans 6720 ménages. Cela représente 6% d'augmentation des individus et 7% d'augmentation des ménages par rapport au recensement de 2001.

Évolution de la population entre 1971 et 2001



Regard communautaire sur les conditions de vie à Pointe-Saint-Charles, juin 2010 (à partir des données de recensement 2006 de Statistique Canada)

Compte tenu des développements résidentiels annoncés, la table de quartier Action-Gardien de Pointe Saint-Charles estime qu'à l'aube de l'année 2016, le quartier comptera 3278 personnes de plus soit une augmentation de 23 %.

Une telle augmentation implique pour la Clinique une augmentation du volume de services.

La propriété en condominium est la tenure exclusive des nouveaux logements réalisés et prévus dans le quartier. La population n'ayant pas financièrement accès à ce mode d'habitation, on assiste à une forme de cohabitation des populations anciennes et nouvelle qui pose des enjeux de cohésion sociale.

La forte activité immobilière que connaît le quartier contribue à un mouvement spéculatif qui amène des hausses de loyer et des reprises de possession dans le logement locatif privé, qui à leur tour fragilisent et déracinent des ménages économiquement et

socialement vulnérables. Il y a donc un enjeu de maintien de la population dans le quartier qui met en évidence le besoin de logements sociaux en nombre significatif.

### Les langues parlées à la maison

La population francophone représente 56,2% de la population du quartier. De cette proportion la moitié est unilingue. La moitié (52%) de la population s'exprime en anglais et en français.

### Diminution de la population anglophone

Entre 2001 et 2006, la population anglophone est passée de 32% à 25 % de l'ensemble de la population. 65% de cette population est unilingue.

Les langues parlées à la maison

Nombre et proportion <sup>29</sup>	1996	2001	2006
Francophones	7673 59 %	7887 60 %	7810 56,2%
Anglophones	4255 33 %	4157 32 %	3500 25%
Allophones	1020 8 %	1065 8 %	2260 16,7 %
Unilingues francophones	7450 57,4 %	6600 50,7 %	4255 30,7 %
Unilingues anglophones	4080 31,4%	3095 23,6 %	2260 16,3%
Personnes utilisant le français et l'anglais	220 1,7 %	1795 14 %	7220 52 %

Regard communautaire sur les conditions de vie à Pointe-Saint-Charles, juin 2010 (à partir des données de recensement 2006 de Statistique Canada)

Plusieurs parents anglophones envoient leurs enfants dans des écoles à l'extérieur du quartier. L'école St-Gabriel, seule école primaire du quartier est menacée de fermeture depuis plusieurs années. Le comité de parents compte sur un nouveau statut pour mieux répondre aux besoins des familles anglophones du quartier

et augmenter l'achalandage. Malgré les moyens mis en œuvre pour rejoindre la population anglophone, particulièrement les familles, des difficultés demeurent. Entre autres, le maillage avec les services scolaires se fait plus difficilement lorsque les enfants vont à l'école à l'extérieur du quartier. Ça pourrait être le cas pour l'ensemble des enfants si le taux de fréquentation de l'école Saint-Gabriel n'augmente pas de manière significative. Par ailleurs, la population anglophone du quartier est bien représentée dans les instances démocratiques de la Clinique.

### Augmentation de la population allophone

Entre 2001 et 2006, la population allophone a doublé, passant de 8 à 16,7% de la population totale du quartier. L'augmentation rapide de la population s'exprimant peu ou pas en français et en anglais implique pour la Clinique d'adapter ses modes de communication et certaines pratiques. Aussi, la Clinique souhaite développer davantage ses partenariats avec les écoles pour favoriser l'intégration à l'école et dans le quartier, des familles allophones

### Groupes d'âge

Sur la période séparant les recensements de 2001 et de 2006, on remarque une diminution en nombre et en proportion de la population de 14 ans et moins. Cette tendance se constate depuis 1996, mais la proportion d'enfants au sein de la population demeure légèrement supérieure à celle de Montréal.

Les jeunes et les aînés

	1996	2001	2006	Montréal 2006
Population totale du quartier	13 095 (100%)	13 210 (100%)	14 025 (100%)	
14 ans et moins	2 660 (20,3%)	2 580 (19,5%)	2 390 (17%)	15,3%
Entre 15 et 64 ans	8 885 (67,9%)	9 180 (69,6%)	10 165 (72,5%)	69,2%
65 et plus	1 550 (11,8%)	1 450 (10,9 %)	1 470 (10,5%)	15,3%

Regard communautaire sur les conditions de vie à Pointe-Saint-Charles, juin 2010 (à partir des données de recensement 2006 de Statistique Canada)

À partir des données du recensement de 2006, on pouvait s'attendre à ce que le nombre d'enfants d'âge scolaire demeure stable ou augmente avec la densification du logement, pour les années 2006 à 2010. En 2006, 57,8% des enfants de 0 à 5 ans vivaient dans des familles dont le revenu se situait sous le seuil de faible revenu et 34% des enfants de 0 à 17 ans dépendaient de revenus d'aide sociale (comparativement à 13,7% à Montréal). Par ailleurs, le nombre d'avis de naissances reçus à la Clinique entre 2006 et 2010 laisse entrevoir une augmentation du nombre d'enfants qui entreront à l'école primaire entre 2011 et 2015.

#### Nombres d'avis de naissances reçues à la Clinique, par année financière

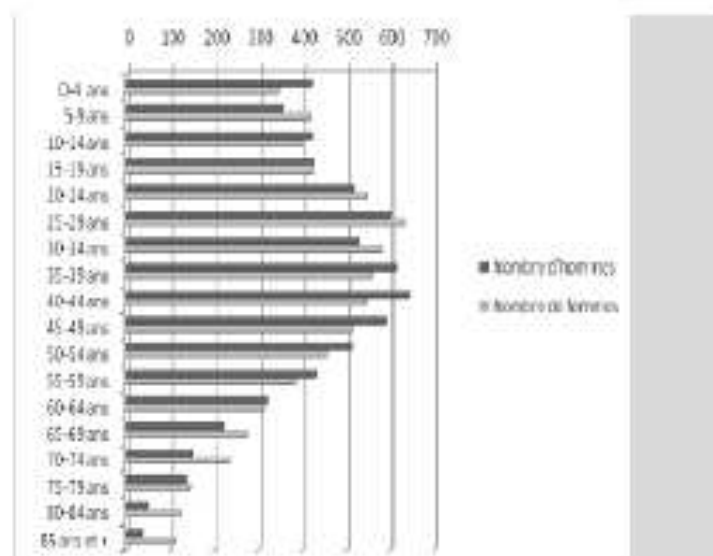
Année financière	Nombres d'avis de naissances
2005-2006	165
2006-2007	210
2007-2008	202
2008-2009	197
2009-2010	198

Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

#### Présence d'une majorité d'hommes entre 35 et 59 ans

Nous estimons qu'il y a environ 300 hommes de plus que de femmes dans cette tranche d'âge et que majoritairement, ils vivent seuls. Il s'agit de la même population d'hommes qu'au recensement de 2001, dans la tranche précédente (29 à 54 ans). Cette particularité est probablement liée à la présence importante de maisons de chambres communautaires et privées, et de logements pour personnes seules en OBNL. Selon les représentants des organismes de défense des droits sociaux, leurs membres sont majoritairement des hommes qui se retrouvent dans cette tranche d'âge. La Clinique est en lien avec une partie de ces hommes à travers son équipe adulte. Ils représentent plus de la moitié des personnes rejointes par cette équipe alors que les autres équipes de la Clinique voient majoritairement des femmes. Pour une partie de ces hommes, l'approche de la Clinique en santé mentale (qui donne accès à des services de deuxième ligne dans le quartier) combinée à une certaine disponibilité de logement, contribue à leur maintien dans le quartier.

La Clinique est préoccupée par la pérennité des organismes communautaires (OBNL) et des coopératives qui gèrent des habitations pour des personnes seules dont les besoins changent avec l'âge. Éventuellement, la Clinique souhaite s'associer des ressources pour documenter concrètement l'impact de son approche en santé mentale.



Regard communautaire sur les conditions de vie à Pointe-Saint-Charles, juin 2010 (à partir des données de recensement 2006 de Statistique Canada)

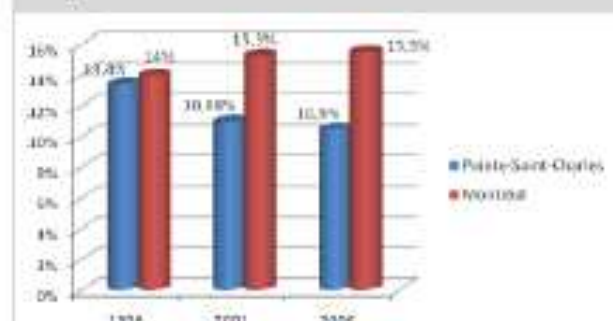
#### Diminution de la proportion de personnes âgées

Alors que la population du Québec vieillit, les personnes âgées représentent une proportion de la population de moins en moins importante de la population du quartier. On a constaté, entre 1996 et 2001, une diminution des personnes âgées de 65 ans et plus, et on comptait entre 2001 et 2006, une augmentation de seulement 20 personnes âgées de plus de 65 ans. On compte dans le quartier, une plus grande proportion d'ainés vivant seuls qu'à Montréal et dans le Sud-Ouest. Aussi, à l'inverse du reste des ménages, la proportion d'ainés vivant sous le seuil de faible revenu a augmenté entre 2001 et 2006. Une personne âgée sur deux vit sous le seuil de faible revenu.

La table de quartier Action-Gardien évalue que le quartier ne dispose pas des ressources en hébergement nécessaires pour

permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer dans leur quartier. La Clinique estime par ailleurs que les services aux aînés sont insuffisants ainsi que la concertation entre les différents acteurs concernés. La Clinique souhaite contribuer à dresser un portrait des ressources disponibles et participer à renforcer les partenariats et la concertation entre ces acteurs.

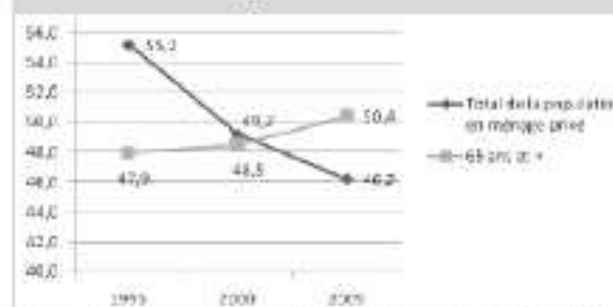
#### La proportion de personnes âgées dans la population, comparativement à Montréal



#### Personnes âgées de 65 ans et plus vivant en ménages privés selon leur situation familiale

	Personnes vivant dans les familles (%)		Personnes vivant hors famille (%)					
	nb	%	avec parent(s)		sans parent(s)			
Pointe-Saint-Charles	570	41,0	105	7,9	25	1,8	625	47,3
CSSS Sud-Ouest-Yorkton	7 290	53,3	610	4,5	345	2,5	6 440	39,8
Montréal		56,7		5,2		2,3		35,9

#### Évolution des ménages à faible revenu de 1995 à 2005



Regard communautaire sur les conditions de vie à Pointe-Saint-Charles, juin 2010 (à partir des données de recensement 2006 de Statistique Canada)

## Composition des ménages

La population de Pointe Saint-Charles compte 21% de personnes seules. Cela représente 43% des ménages du quartier. On y trouve une moindre proportion de couples sans enfants et de couples avec enfants qu'à Montréal, mais une plus grande proportion de familles monoparentales que pour le Sud-Ouest et Montréal.

Composition des ménages (en %), 2006<sup>11</sup>

	Pointe-Saint-Charles	Sud-Ouest	Ville de Montréal
Couples sans enf.	16,3	19,3	20,9
Couples avec enf.	16,0	17,5	21,8
Monoparentaux	15,3	13,8	11,4
Pers. Seules	43,4	41,5	39,6
Autres	9,0	7,8	6,9

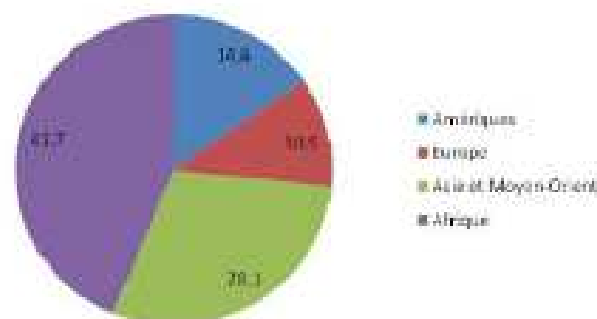
Regard communautaire sur les conditions de vie à Pointe-Saint-Charles, juin 2010 (à partir des données de recensement 2006 de Statistique Canada)

## Compositions des familles

Les familles monoparentales représentent 50,4% des familles avec enfants contre 42,2% pour le Sud-Ouest et 33% pour Montréal. Des femmes sont cheffes de ménage dans 84% des cas contre 80 à Montréal. Parmi les familles monoparentales, 58,5% vivent sous le seuil de faible revenu. Entre 2001 et 2006, le nombre de familles comptant un seul enfant a augmenté. Au contraire, les familles comptant 2 et 3 enfants ont considérablement diminué. La table de quartier Action-Gardien fait le constat que les familles nombreuses quittent le quartier. En étudiant la typologie de 250 logements condo construits entre 2006 et 2011, on constate que 20% comptent une chambre à coucher et que 75% comptent deux chambres à coucher. Ce sont des logements entre 675 et 990 pieds carrés dont la majorité se situe autour de 700 pieds carrés. On peut s'attendre à ce que ces nouveaux ménages soient des couples ou des familles comptant peu d'enfants.

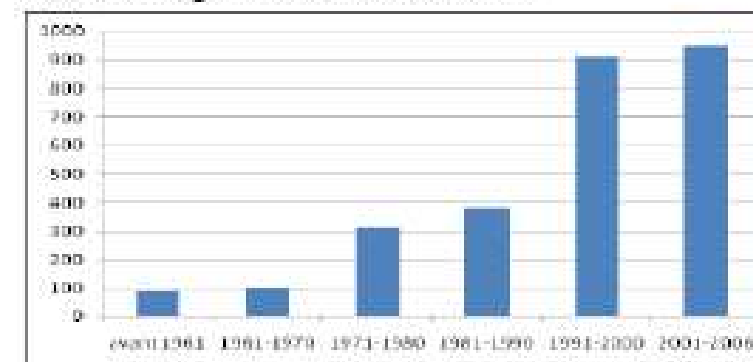
## Immigration

Entre 2001 et 2006, la population immigrante est passée de 13,9% à 19,8% de la population totale du quartier. Les 2/3 d'entre eux sont d'immigration récente comparativement à 50% pour Montréal. Ils proviennent surtout d'Afrique et d'Asie. Pour la Clinique et le quartier, les défis sont nombreux. En plus d'assurer une garantie de services à ces personnes, nous devons rapidement adapter nos approches et pratiques et peaufiner nos connaissances, au plan juridique, entre autres. Pour favoriser la cohésion sociale, l'intégration des personnes et pour contrer le racisme, un travail de sensibilisation et d'éducation populaire est à poursuivre.



Regard communautaire sur les conditions de vie à Pointe-Saint-Charles, juin 2010 (à partir des données de recensement 2006 de Statistique Canada)

## Période d'immigration à Pointe-Saint-Charles



Regard communautaire sur les conditions de vie à Pointe-Saint-Charles, juin 2010 (à partir des données de recensement 2006 de Statistique Canada)

## Revenus

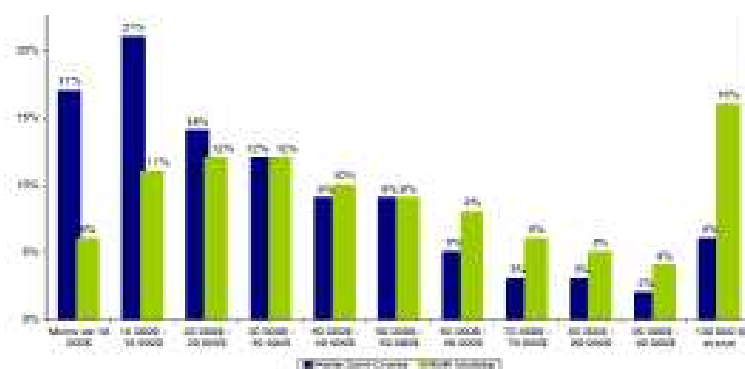
À Pointe-Saint-Charles, entre 2001 et 2006, on remarque une augmentation des revenus et du nombre de personnes occupant un emploi, une diminution des transferts gouvernementaux et du taux de personnes vivant sous le seuil de faible revenu. Cependant, sa population demeure l'une des plus défavorisées de l'île de Montréal et la situation des personnes les plus pauvres ne semble pas s'améliorer. L'augmentation du coût de la vie, du coût des loyers et des tarifs d'énergie de même que l'augmentation constante du coût des transports en commun contribuent à précariser davantage les ménages à faible revenu. Le sort des ménages locataires occupant un logement privé est particulièrement inquiétant et la production de logements coopératifs et sociaux, nettement insuffisante.

Aussi, les écarts de revenus au sein de la population tendent à s'accroître. Près de 40 % des ménages gagnent moins de 20 000 \$ à Pointe-Saint-Charles (soit 2495 ménages), contre 17 % pour Montréal. Les ménages ayant un revenu de 60 000 \$ et plus représentent seulement 19 % des ménages du quartier comparativement à 39 % pour Montréal.

Le taux de chômage (12%) a diminué mais demeure supérieur à Montréal (8,8%). Un ménage sur cinq dépend de transferts gouvernementaux pour survivre et les femmes sont encore plus pauvres que les hommes. Comme nous le mentionnons plus haut,

la proportion d'âinés vivant sous le seuil de faible revenu augmente. Pour la Clinique, la reconnaissance des droits économiques et sociaux, une meilleure répartition des richesses, la création et le partage de l'emploi demeurent des conditions essentielles à l'amélioration de la santé de la population du quartier.

Proportion des ménages privés par tranches de revenus comparant Pointe-Saint-Charles et Montréal en 2006.<sup>23</sup>



Départité du revenu moyen des ménages, 2005<sup>24</sup>

	Moins de 20 000 \$		80 000 \$ et plus		Variation 2005-2006	
	Nombre	%	Nombre	%	20 000 \$	80 000 \$ et +
Pointe-Saint-Charles	2 700	37,7	735	10,9	-4,0	110,0
CSSS Sud-Ouest - Verdun	17 180	26,3	23 425	36,3	-19,1	86,1
Montréal		23,2		29,0	-15,8	29,2

Revenu moyen des individus selon le sexe, à Pointe-Saint-Charles et Montréal, 2006

Description	Pointe-Saint-Charles		RMS de Montréal	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Moins de 10 000 \$	30%	31%	22%	18%
10 000 - 19 999 \$	30%	23%	26%	16%
20 000 - 29 999 \$	15%	15%	17%	14%
30 000 - 39 999 \$	19%	11%	14%	13%
40 000 - 49 999 \$	6%	7%	9%	11%
50 000 - 59 999 \$	4%	6%	6%	8%
60 000 et plus	6%	7%	8%	10%
Revenu moyen des individus	22 978 \$	26 682 \$	27 661 \$	41 165 \$

Regard communautaire sur les conditions de vie à Pointe-Saint-Charles, juin 2010 (à partir des données de recensement 2006 de Statistique Canada)

Principales sources de revenus en pourcentage, 2005 et variation depuis 2000<sup>1</sup>

	Emploi		Transferts gouvernementaux		Autres (placements, REER...)	
	2005	2000-2005	2005	2000-2005	2005	2000-2005
Pointe-Saint-Charles	71,1	4,5	27,8	-15,8	7,2	8,8
CSSS Sud-Ouest - Verdun	71,6	-6,4	31,8	-7,4	12,3	12,6
Montréal	71,9	-1,2	31,1	-4,0	14,7	15,5

### Proportion de prestataires de l'aide sociale selon l'âge et le sexe

	Âge					Sexe (18 ans et plus)	
	0-17	18-29	30-44	45-54	55-64	Hommes	Femmes
Pointe-Saint-Charles	35,2	23,2	30	38,4	42,3	28,9	38,2
CSSS Sud-Ouest Verdun	44,1	16,5	18,1	19,1	11,1	18,3	17,7
MONTRÉAL	34,7	8,8	11,6	13,9	13,8	11,5	18,9

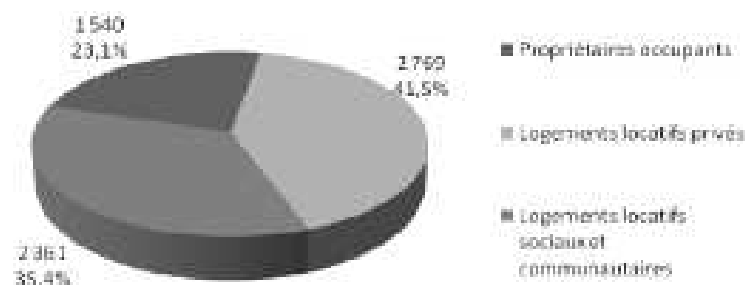
Regard communautaire sur les conditions de vie à Pointe-Saint-Charles, juin 2010 (à partir des données de recensement 2006 de Statistique Canada)

### Scolarité

À Pointe-Saint-Charles, 34% de la population âgée de 15 ans et plus ne possède pas de diplôme d'études secondaires comparativement à 21,5% pour Montréal. À l'inverse, 23,5% ont obtenu un diplôme universitaire comparativement à 31,8% pour Montréal.

### Logement

En 2006, les ménages du quartier étaient locataires dans une proportion de 77% pour 23% de ménages propriétaires. Si, au cours des 30 dernières années, il s'est réalisé dans le quartier, plusieurs logements sociaux et communautaires, la densification du quartier se fait maintenant exclusivement par la construction de condos inaccessibles aux ménages du quartier, même dans les versions bas de gamme. Les projets comptent toujours un nombre important d'unités réalisées par phases distinctes, et échappent à la politique d'inclusion de logement social. Si bien que la proportion de logements sociaux diminue.



Proportion de ménages locataires et propriétaires à Pointe-Saint-Charles<sup>25</sup>

Regard communautaire sur les conditions de vie à Pointe-Saint-Charles, juin 2010 (à partir des données de recensement 2006 de Statistique Canada)

En 2006, le taux d'effort moyen (plus de 30% du revenu brut) des ménages du quartier demeure élevé (32,7%) malgré la présence de logements sociaux et communautaires, même s'il est moindre que pour Montréal (38,4%). Cependant, 53,7% des ménages se retrouvent sous le seuil de revenu de besoins impérieux (utilisé par la SHQ) contre 47,2 dans le Sud-ouest et 43,1% pour Montréal. Aussi, selon des données commandées par le FRAPRU à Statistique Canada et à la SCHL, le coût du logement locatif privé a augmenté de manière plus importante à Pointe-Saint-Charles qu'à Montréal.

Variation du loyer médian des ménages locataires, 2001-2006<sup>26</sup>

	Pointe-Saint-Charles		Montréal	
	\$	%	\$	%
2006	511 \$	17,7%	606 \$	16,5%
2001	434 \$		520 \$	

La Clinique communautaire considère la réalisation de nouveaux logements sociaux comme une stratégie à privilégier pour une meilleure répartition de la richesse et le maintien des familles dans leur quartier et souhaite contribuer à la consolidation du patrimoine collectif que constitue le parc de logements sociaux existant.

# 1. Des enfants qui naissent et se développent en santé

## Portrait (état de situation)

Selon le recensement de la population de 2006, Pointe-St-Charles comptait 765 enfants entre 0 et 4 ans. Ils représentaient 5.5 % de la population. Comme déjà mentionné, les naissances depuis 2006 se maintiennent et constituent une augmentation comparativement à 2005-2006

Le nombre annuel moyen de naissances est de 191 entre 2004 et 2006. Les mères sont plus jeunes (28,5) lors de la naissance de leur premier enfant qu'à Montréal (30,2) et le taux de fécondité des mères de 15-19 est significativement plus élevé qu'à Montréal. Les mères ayant moins de 11 années de scolarité sont aussi plus nombreuses (PSC : **24,8 %** ; Mtl : **12,6%**)<sup>1</sup>

On remarque que Pointe-Saint-Charles a un pourcentage élevé de nouveau-nés de faible poids, de nouveau-nés prématurés et de nouveau-nés présentant un retard de croissance intra-utérine en comparaison aux moyennes montréalaises. Selon les intervenantes de ce secteur, ces naissances ne surviendraient pas majoritairement parmi la population dite vulnérable. Il importe donc de mieux connaître la situation.

On sait aussi qu'à Pointe-St-Charles 50% des familles avec enfants sont monoparentales (Mtl 33%, S-O 45%). Si on ajoute à cela que plus de la moitié des familles monoparentales vit sous le seuil de faible revenu<sup>2</sup>, on constate que dès la naissance les enfants de Pointe-St-Charles vivent les conséquences des inégalités sociales de façon très significative. L'impact de telles conditions sur le développement de l'enfant est largement documenté. On le voit concrètement dans les résultats de l'enquête sur la maturité scolaire de même que dans les taux de victimisation des enfants du quartier. 41,3% (Mtl 34,6%) des enfants présentent une vulnérabilité dans au moins un domaine de maturité scolaire, les domaines les plus marqués étant la maturité affective, le développement cognitif et langagier et les habiletés de communication. Le taux de victimisation<sup>3</sup>(abandon parental, négligence, abus sexuel ou physique) est près de deux fois plus élevé qu'à Montréal.

Compte tenu des nombreux facteurs défavorables au développement des enfants, nos interventions doivent donc non seulement porter sur des cibles spécifiques mais aussi agir sur les conditions de vie globale de la population de Pointe-St-Charles. Notre implication dans les mobilisations pour la défense des droits sociaux et pour l'amélioration des conditions de vie va dans ce sens.

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
-----------------------	-------------------------	-----------------------	--------------

<sup>1</sup> DSP 2005, <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/csss/sudouestverdun/naissancesclsc.html>

<sup>2</sup> DSP 2000, <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/csss/sudouestverdun/faiblerevenu.html>

<sup>3</sup> <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/montreal/pdf/victimisation.pdf> Il s'agit de nombre de signalements faits à la Direction de la protection de la jeunesse pour négligence, abandon, abus et retenus pour évaluation qu'ils aient été pris en charge ou non par la suite.

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre en charge la femme enceinte à partir de la 12<sup>e</sup> semaine de grossesse</li> <li>Augmenter l'accès aux services préventifs adaptés à la femme enceinte ou spécifiques à sa situation de grossesse</li> </ul> <p><u>Autres :</u> Porter une attention particulière à rejoindre les populations nouvellement arrivées et particulièrement allophones</p>	<p>Suivi SIPPE Cours prénataux offerts de façon universelle Groupe prénatal pour jeunes mères (20 ans et moins) Suivi nutritionnel prénatal à compter de la 16<sup>e</sup> semaine(OLO)</p> <p>Participation au comité de l'attribution des budgets Environnements favorables à Action Gardien</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Développer des alternatives pour rejoindre la population SIPPE (collaboration avec les groupes du quartier). Démarchage pour rejoindre plus les femmes enceintes en période prénatale.</li> <li>Documenter les naissances de faible poids, prématurées et avec retard de croissance à PSC pour être en mesure de mieux cibler les interventions préventives</li> </ul> <p><b>Autres :</b> Avoir recours aux services d'interprète pour favoriser l'accès aux services pour les clientèles allophones (<u>Financement requis</u>) Sensibiliser les intervenants aux réalités culturelles diverses</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Table communautaire Action Gardien</li> <li>Santé publique Canada : PCNP et PACE</li> <li>Marraines d'allaitement Nourri-Source</li> <li>groupes « familles » : Familles en Action, St-Columba House</li> <li>CPE</li> </ul> <p>La mesure Environnements favorables permet de soutenir les actions de plusieurs groupes du milieu qui contribuent à l'amélioration du tissu communautaire pour les jeunes familles</p> <p>Identifier des partenariats avec des organismes qui ont déjà une pratique en matière interculturelle</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer un suivi et un soutien au cours de la période postnatale (période de fragilité du nourrisson et cruciale pour l'allaitement et l'attachement)</li> <li>Augmenter de 48% à 75% le taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de l'hôpital et de 3% à 10% à 6 mois</li> </ul>	<p>Visites et suivi postnatal infirmier Politique d'allaitement en d'implantation Promotion de l'allaitement pendant les campagnes nationales.</p>	<p>Diffusion de la politique à l'ensemble du personnel + sensibilisation Affichage de la politique Amélioration des lieux prévus pour l'allaitement</p>	

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accroître la consommation d'aliments santé</li> <li>• Accroître la sécurité à domicile</li> <li>• Accroître l'accès et l'utilisation des services de santé et services sociaux (ex. : soutien allaitement, vaccination, counselling habitudes de vie, etc.)</li> <li>• Renforcer le lien d'attachement parent-enfant</li> <li>• Renforcer les habiletés parentales</li> <li>• Renforcer les réseaux de soutien social</li> <li>• Favoriser l'intégration socioprofessionnelle des parents (revenus, emploi, éducation)</li> <li>• Améliorer les conditions de vie (ex. : accès à un logement salubre, sécuritaire, adéquat)</li> <li>• Favoriser l'accès et l'utilisation d'activités éducatives de qualité (soutien aux parents, aux milieux de garde; accès facilité aux milieux de garde; accès facilité aux milieux de garde pour les enfants plus vulnérables)</li> </ul> <p><b>Autres :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porter une attention particulière à rejoindre les familles immigrantes et allophones</li> <li>• Favoriser le développement de relations familiales exemptes de violence</li> </ul>	<p>Suivi développemental universel incluant l'immunisation Suivi psychosocial pré et postnatal Halte allaitement (offerte de façon universelle) Support aux mairaines d'allaitement Club bébé (stimulation 0-9 mois) Aide à domicile ; répit, accompagnement vers les ressources, stimulation du langage</p> <p>Activités préventives et de dépistage bucco-dentaire dans les groupes communautaires, auprès d'enfants d'âge préscolaire</p> <p>Participation aux actions en matière d'accès au logement, d'aménagement, de défense des droits sociaux, etc.</p> <p>Protocole avec un CPE</p>	<p>Orthophonie et ergothérapie pour prévention des retards de développement (Financement requis : Intervention Éducative Précoce ?) En l'absence de ces ressources, favoriser le perfectionnement des intervenants pour développer des stratégies d'intervention face aux difficultés langagières des enfants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer des ateliers pour revaloriser le rôle des pères</li> </ul> <p>Poursuivre notre participation aux concertations et mobilisations en vue de travailler à l'amélioration des conditions de vie des familles et en particulier des mères.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir le développement de places en C.P.E. et porter une attention concernant aux autres milieux de garde que les CPE</li> <li>• Développer un protocole avec un 2e CPE du quartier</li> <li>• Diversifier les lieux pour rejoindre les parents</li> <li>• Développer des stratégies d'intégration sociales visant les mères monoparentales, dont les femmes issues d'une immigration récente.</li> <li>• Sensibilisation à la violence tant dans les rapports parents/enfants, hommes/femmes, enfants/enfants</li> </ul>	<p>Table communautaire Action Gardien :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– mesure environnements favorables</li> </ul> <p>Actions concernant l'aménagement du quartier, l'accès au logement et les conditions de vie par diverses actions. Voir orientation 5.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuivre la réflexion entreprise avec les partenaires sur les conclusions et recommandations de l'étude sur la maturité scolaire. Identifier les mécanismes de concertation les plus appropriés pour travailler sur les enjeux 0-5 ans : table jeunesse? Regroupement d'organismes familles? Etc.?</li> </ul>

## 2. Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire

### Portrait (état de situation)

Au recensement de 2006, le quartier de Pointe-St-Charles comptait 2 590 enfants entre 5 et 17 ans, ce qui correspondait à 18% de sa population. Comme pour les enfants plus jeunes, ils vivent majoritairement dans des familles monoparentales dont le niveau de revenu se situe sous le seuil de faible revenu. Lorsqu'ils commencent l'école maternelle, plus de 41% d'entre eux sont considérés comme des enfants vulnérables dans au moins un domaine de maturité scolaire. Pointe-Saint-Charles fait partie des quartiers montréalais présentant les plus hauts risques de vulnérabilité. Le domaine de la maturité affective est celui qui est le plus problématique pour les enfants du quartier.

Pointe Saint Charles est fortement touché par le décrochage scolaire. Près de 60% des jeunes sortent du secondaire sans diplôme et plus de 40% de jeunes de 14 à 24 ans ne fréquentent pas. Les enfants qui fréquentent les écoles primaires de Pointe Saint Charles sont dans des écoles très défavorisées<sup>4</sup> alors que seulement 21% des élèves de Montréal fréquentent une école très défavorisée.

Le quartier ne compte pas d'école secondaire, à l'exception de l'école Vézina de l'English Montréal School Board qui présente accueille 47 jeunes en difficulté qui proviennent de tout le territoire de la commission scolaire. Les jeunes du quartier vont dans des écoles hors du quartier ce qui peut contribuer au manque de continuité dans le passage primaire-secondaire.

Les adolescentes de Pointe-Saint-Charles ont deux fois et demie plus souvent de grossesses à l'adolescence que les adolescentes de Montréal. Bien que la majorité choisisse l'IVG, une certaine partie d'entre elles choisiront de garder leur enfant. Les mères adolescentes doivent fréquemment faire face aux conséquences suivantes : isolement social, habitudes de vie déficientes, sous-scolarisation, mauvais traitements, stress et dépression. Elles sont aussi très défavorisées au plan économique se retrouvant majoritairement sous le seuil de la pauvreté.

❖ Le taux de délinquance juvénile de Pointe Saint Charles est très élevé, il est d'ailleurs parmi les plus élevés à Montréal (taux pour 1,000 : Pointe-St-Charles 109, Montréal 61)<sup>5</sup>. On note aussi un taux d'externalisation<sup>6</sup> sensiblement plus élevé qu'à Montréal (taux par 1000 : pour les 5-11 ans : PSC : 4,97 Mtl :2,94 ; pour les 12-17 ans PSC : 62,44 Mtl : 41,84).

Les taux de victimisation<sup>7</sup> sont aussi significativement plus élevés qu'à Montréal : par 1000, pour les 5-11 ans le taux du quartier est de 77 alors que celui de Montréal est de 36,8 ; pour le groupe des 12-17 ans à Pointe-St-Charles on relève un taux de 66,7 par 1000 et à Montréal un taux de 22,6. Bien que cela n'implique pas automatiquement que les enfants sont effectivement pris en charge par la Protection de la jeunesse, cela est un autre indice de la vulnérabilité des familles et des enfants. Cela peut aussi rendre ces familles plus méfiantes face aux services, de peur d'être signalés à la Protection de la jeunesse en cas de difficultés.

<sup>4</sup> <http://www.santepub-mtl.qc.ca/portrait/methodologie/defavorisationecole.html>

<sup>5</sup> <http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/fr/atlas/index.html>

<sup>6</sup> <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/montreal/pdf/externalisation.pdf> Il s'agit de nombre de signalements faits à la Direction de la protection de la jeunesse pour troubles de comportement graves ou fugues et retenus pour évaluation, qu'ils aient été pris en charge ou non par la suite.

<sup>7</sup> <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/montreal/pdf/victimisation.pdf> Il s'agit de nombre de signalements faits à la Direction de la protection de la jeunesse pour négligence, abandon, abus et retenus pour évaluation qu'ils aient été pris en charge ou non par la suite

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
<p>Améliorer les habitudes de vie augmentant la proportion de jeunes qui s'alimentent sainement, pratiquent régulièrement de l'activité physique, ne font pas usage du tabac et présentent une bonne hygiène buccodentaire</p>	<p>Interventions dans les groupes classe des écoles primaires pour la promotion des saines habitudes de vie : hygiène corporelle et habitudes de vie (1<sup>er</sup> cycle), alimentation (2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycle), éducation à la sexualité (3<sup>e</sup> cycle) etc.)</p> <p><u>Autres</u> : initiation aux premiers soins en 5<sup>e</sup> année et au gardiennage sécuritaire en 6<sup>e</sup> année.</p> <p>Participation au Comité de supervision du Projet Informel subventionné dans le cadre de la mesure EMES-volet milieu</p>	<p>Favoriser l'implantation de l'approche École et milieux en santé dans au moins une école du territoire de façon à développer une approche plus concertée et globale de la promotion de saines habitudes de vie auprès des jeunes (L'accès au <u>financement</u> de la mesure EMES- volet écoles pourrait soutenir cette démarche). Obtenir le soutien de la DSP pour cette démarche</p> <p>Favoriser en l'accès aux sports, loisirs et culture pour les jeunes (organisation des activités, transport)</p> <p>En concertation avec les organismes jeunesse du milieu explorer des façons de rejoindre les jeunes du niveau secondaire</p>	<p>Écoles</p> <p>Projet Informel (financé par la mesure EMES-volet milieu)</p> <p>Développer la concertation et les partenariats pour l'activité physique, sportive et culturelle. (YMCA, Loisirs St-Charles, arrondissement, commissions scolaires, Maison de jeunes, etc)</p>

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer la prise en charge précoce des enfants requérant les soins d'un dentiste</li> <li>Améliorer l'approvisionnement en fruits et légumes dans des secteurs défavorisés et mal desservis (voir l'orientation 5 <i>Un environnement urbain favorable à la santé</i>)</li> </ul>	<p>Au primaire, 3 écoles : réalisation de l'intégralité du plan d'action de santé dentaire publique : activités d'éducation, dépistage, application de fluor (pour enfants vulnérables à la carie) et application de scellants. Les hygiénistes invitent les parents à assister au dépistage et font aussi le dépistage auprès de la fratrie d'âge préscolaire lorsque présente. Référence chez le dentiste et suivis individuels. Dépistage dans certains groupes communautaires</p> <p>Voir l'orientation 5- Actions en sécurité alimentaire</p>	<p>Maintenir ces activités et favoriser le lien avec les parents et la communauté en consolidant les liens avec certains groupes communautaires</p>	<p>CEGEP : stagiaires pour activités de promotion et d'éducation Familles en Action St Columba House</p> <p>Comité sécurité alimentaire de la Table communautaire Action Gardien</p>

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
Augmenter la proportion de jeunes qui adoptent des comportements sexuels sains et sécuritaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clinique jeunesse (suivi médical et nursing) pour les 14- 25 ans, contraception, dépistage ITSS, test de grossesse, contraception d'urgence. Particularité : infirmière au rôle élargi (examen gynéco + prélèvement- ordonnance collective pour la contraception hormonale, ordonnance collective pour certains traitements) ; les infirmières sont formatrices en matière de pratique infirmière élargie. Service quotidien de sans- rendez-vous pour faciliter l'accès aux services</li> <li>• Animation en classe sur les changements pubertaires, sur l'estime de soi au 3<sup>e</sup> cycle</li> </ul>	Développer des programmes de prévention en lien avec les groupes du quartier en particulier auprès des lieux de formation aux adultes qui rejoignent de jeunes adultes.	À développer avec les lieux de formation aux adultes du territoire
Contribuer à l'atteinte du taux de couverture vaccinale (ex. : VPH) (voir l'orientation 4 <i>Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques</i> )	Application du programme de vaccination (PIQ); les taux de couverture vaccinale rejoignent les cibles de l'entente de gestion.		

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
<p>Augmenter la proportion de jeunes qui présentent des conduites saines et sécuritaires relativement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aux déplacements routiers et actifs</li> <li>• à la pratique de l'activité physique</li> </ul>		<p>L'accès aux loisirs, sports et culture pour les jeunes est à développer de façon générale pour les jeunes.</p> <p><b>L'activité physique serait à promouvoir</b></p>	<p>Partenariat à développer avec organismes du milieu.</p>

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
<ul style="list-style-type: none"> <li>Augmenter la proportion de jeunes ayant une bonne estime de soi et des habiletés prosociales, et qui résistent aux pressions sociales les incitant à s'initier à l'alcool, aux drogues et aux jeux de hasard et d'argent</li> <li>Diminuer la proportion de jeunes qui présentent un état de détresse psychologique élevé</li> <li>Accroître l'accès aux services préventifs destinés aux jeunes et aux parents</li> <li>Développer des services de cessation tabagique adaptés aux jeunes</li> </ul> <p><u>Autres :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Soutenir l'implication des parents dans le cheminement scolaire de leur enfant et dans le processus scolaire. Être attentifs particulièrement à outiller les parents nouvellement immigrés</li> </ul>	<p>Ateliers sur les changements pubertaires et la sexualité abordent aussi l'estime de soi, les relations interpersonnelles et la résistance aux pressions. (3<sup>e</sup> cycle primaire)            Activités pendant la semaine de prévention des toxicomanies dans les écoles.</p> <p>Participation au comité de sélection des projets du comité Toxico de la Table de concertation jeunesse</p> <p>Atelier sur la prévention du stress en 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> année            Programme CARE pour la prévention des abus physiques et sexuels.            Suivi psychosocial individuel et familial</p>	<p>Favoriser l'implantation de l'approche École et milieux en santé dans au moins une école du territoire de façon à développer une approche plus concertée et globale de la promotion de saines habitudes de vie auprès des jeunes (L'accès au <u>financement</u> de la mesure EMES- volet écoles pourrait soutenir cette démarche).            Obtenir le soutien de la DSP pour cette démarche            La concertation avec le milieu et les projets financés dans le cadre de Prévention toxico serait aussi à renforcer pour rejoindre les jeunes de niveau secondaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Développer notre action au plan de la persévérance scolaire en lien avec les autres acteurs du milieu impliqués en tenant compte des résultats des focus groupes de parents réalisés par le CAPSOM (s'approprier les résultats et identifier les mécanismes de concertation les plus porteurs pour agir dans le milieu)</li> <li>Élaborer des stratégies pour permettre de rejoindre les jeunes de niveau secondaire puisqu'ils fréquentent des écoles en dehors de Pointe-St-Charles</li> <li><u>Utiliser le momentum du passage du primaire et du secondaire pour réunir et intervenir auprès des parents</u></li> </ul>	<p>Écoles            Projet Informel (EMES-volet milieu)</p> <p>À développer : Maison de jeunes, formation des adultes, entreprises d'insertion à l'emploi</p> <p>Comité Toxico de la Table de concertation jeunesse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Augmenter le temps consacré à la concertation</li> </ul> <p>Liens à développer en particulier avec les écoles St-Henri, Honoré Mercier et James-Lyng</p>

<b>Résultats visés (DSP)</b>	<b>Interventions réalisées</b>	<b>Axes de développement</b>	<b>Partenariats</b>
Renforcer les habiletés parentales dans l'accomplissement de leur rôle d'éducateur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon les années et la demande : groupe pour parents d'enfants 6-12 ans; groupe pour parents d'ados. Réalisés soit en solo soit en partenariat avec groupe communautaire</li> </ul>	<p>L'offre de service de groupe pour les parents demeure difficile (peu d'inscription). Explorer d'autres modalités pour rejoindre les parents et leur faire connaître les services disponibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rejoindre les parents d'ados à partir de ce qu'eux vivent et de qu'ils demandent plutôt que les aborder par un discours sur les compétences parentales : réalités communes</li> <li>• Répondre au défi posé par la diversité ethnique du quartier dans nos approches et interventions.</li> <li>• Développer des activités parents/enfants ou s'intégrer aux activités déjà existantes</li> </ul>	Familles en Action Projet Informel

### 3. Des milieux de travail exempts de menaces à la santé

#### Portrait (état de situation)

La Clinique communautaire de Pointe-St-Charles n'a pas la responsabilité d'une équipe santé sécurité au travail. Elle intervient donc en ces matières surtout dans son propre organisme. Les conventions collectives prévoient la mise sur pied d'un comité patronal syndical de santé-sécurité. Le comité est formé et actif. Il participe donc à l'identification des situations à risque et à la recherche de solutions. Les principales menaces à la santé sont au niveau du déplacement sécuritaire des usagers, de la possibilité d'agressions de la part d'usagers et de la santé mentale, comme dans plusieurs milieux d'aide. Le fait pour plusieurs travailleuses d'intervenir seules à domicile constitue un contexte particulier par rapport auquel il est important de prévoir des mesures spécifiques de prévention.

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
<ul style="list-style-type: none"> <li>Réaffecter les travailleuses ou les retirer du milieu de travail afin de favoriser une grossesse optimale et la naissance de bébés en santé</li> </ul>	Programme de retrait préventif en vigueur : lors des 3 dernières années au moins un retrait préventif/année	Poursuivre	Comité patronal syndical en santé-sécurité ASTASS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Contrôler les niveaux d'exposition dans les établissements identifiés</li> <li>Remplacer les solvants organiques et substances cancérigènes par des produits non dangereux</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer la sensibilisation des travailleurs visés sur les moyens de prévenir les maladies infectieuses professionnelles</li> <li>Assurer la vaccination des travailleurs ciblés (hépatite A, hépatite B et tétanos)</li> </ul>		Réviser la politique sur l'exposition aux liquides biologiques et s'assurer qu'elle soit connue et appliquée par l'ensemble du personnel	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminuer les niveaux de bruit dans les établissements ciblés</li> <li>Assurer le dépistage de travailleurs ayant subi une perte d'audition</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminuer les contraintes musculosquelettiques dans les milieux de travail ciblés</li> </ul>	Formation au PDSB pour les auxiliaires familiales et sociales - mise à jour annuelle « Capsules prévention » lors des réunions des auxiliaires familiales Crampons fournis en hiver pour des déplacements sécuritaires lors des visites à domicile	Poursuivre la sensibilisation sur la nécessité de rapporter les accidents.  Élaborer et réaliser un plan d'action pour investiguer les rapports d'accidents et apporter les correctifs nécessaires	

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrôler les niveaux d'exposition dans les établissements identifiés ou ciblés</li> <li>• Assurer la sensibilisation des travailleurs visés sur les moyens de prévention</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer l'accessibilité à des secours permettant de sauver la vie des travailleurs</li> <li>• <u>Autres</u> : assurer la sécurité des travailleurs face `des agressions</li> </ul>	Politique sur les codes d'urgence+ installation de boutons panique	Assurer la formation du personnel sur ces mesures et la mise sur pied des équipes d'intervention Étendre l'installation des boutons panique aux 2 points de service Tester ces mesures au moins une fois/année À venir : élaborer des mesures spécifiques pour améliorer la sécurité des travailleuses à domicile et en assurer l'implantation.	

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
<ul style="list-style-type: none"> <li>Autres : prévenir l'épuisement en favorisant entre autres la conciliation travail-famille</li> </ul>	<p>Congés familiaux 28 heures/année distincts des congés de maladie (environ le ¾ du personnel s'en prévaut)</p> <p>4heures/année pour visite médicale annuelle (environ 1/3 des employés s'en prévaut)</p>		

## 4. Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques

### Portrait (état de situation)

Les programmes de vaccination sont appliqués selon le programme provincial.

Notons la situation particulière en matière de prévalence des ITSS. Les taux à Pointe St-Charles sont plus élevés qu'à Montréal pour la majorité des infections. De plus, dans le rapport de l'ASSSM d'octobre 2007<sup>1</sup>, nous notons que les cas sur le territoire de Pointe St-Charles représentent un fort pourcentage des cas du territoire du CSSS Sud-Ouest Verdun (ex. : 38% des cas d'infection gonococcique; 31% de ceux de syphilis infectieuse; 35% des cas d'hépatite C). Ce pourcentage est nettement supérieur à la proportion de la population (environ 10%). Cela nécessite donc une attention particulière.

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer des mesures de prévention et de contrôle en cas d'urgences majeures</li> </ul>	Plan de mesures d'urgence écrit, en cours de révision. Entente et liens avec coordination Sécurité civile CSSS, arrondissement et Agence.	S'assurer de la mise à jour du plan des mesures d'urgence. Planification, repérage des risques de sinistres (sécurité civile) ; Clarification de nos responsabilités par rapport à celles du CSSS Sud-Ouest dans certaines circonstances.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégrer les organismes communautaires dans la révision du plan de mesures d'urgence.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Détecter précocement les menaces biologiques, physiques et chimiques pouvant porter atteinte à la santé</li> <li>Assurer des mesures appropriées de prévention et de contrôle</li> </ul>	Programme de vigie, enquête et prise en charge des MADO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documenter les risques liés au transport par train de matières dangereuses qui transitent et « stationnent » dans le quartier</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer l'identification précoce des infections nosocomiales dans les milieux de soins</li> <li>Assurer des mesures de prévention et de contrôle appropriées</li> </ul>			

<b>Résultats visés (DSP)</b>	<b>Interventions réalisées</b>	<b>Axes de développement</b>	<b>Partenariats</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atteindre les taux de couverture vaccinale ciblés pour chaque programme de vaccination</li> <li>• Réduire les délais vaccinaux pour le programme d'immunisation de base</li> <li>• Obtenir des données vaccinales fiables</li> </ul>	<p>Programmes d'immunisation réalisés tel que recommandés.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4<sup>ième</sup> année: hépatites A et B, varicelle, virus du papillome humain</li> <li>• 3<sup>ième</sup> secondaire: diphtérie, tétanos, coqueluche et virus du papillome humain</li> <li>• Vaccination nouveau-nés et enfants</li> <li>• Vaccination influenza saisonnière</li> </ul>	<p>Maintenir les modalités de vaccination actuelles et assurer un suivi particulier de la vaccination des bébés</p> <p>Assurer la fiabilité des données en matière de vaccination</p>	<p>Pour les vaccinations en milieu scolaire, partenariat avec le CEGEP André-Laurendeau</p>

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire les facteurs de vulnérabilité aux ITSS (ex. : pauvreté)</li> <li>• Augmenter les facteurs environnementaux et individuels de protection liés aux ITSS</li> <li>• Dépister précocement les ITSS chez les populations vulnérables (particulièrement HARSAH, UDI)</li> <li>• Implanter des mesures appropriées de prévention, de contrôle et de traitement des ITSS</li> </ul>	<p>Dépistage ITSS (pratique élargie des infirmières, ordonnance collective pour certains traitements ex : condylomes) : cela favorise un meilleur accès au dépistage et au traitement</p> <p>Programme de distribution de seringues, condoms et enseignements pour UDI dans nos 2 points de services</p>	<p>Augmenter l'information sur ces services et la collaboration avec les organismes du milieu pour information, éducation et référence</p> <p>Le CSSS Sud-Ouest Verdun ayant soumis un projet dans le cadre des budgets non récurrents pour la prévention des ITSS, nous leur avons fait part de ce qui, selon nous, pourrait être développé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui ou intervention conjointe avec les services de proximité (L'Anonyme, TRAC) – exemple : temps infirmière pour reaching out et éducation</li> <li>• Développement dépistage ITSS pour adultes de plus de 25 ans – exemple : temps pour formation infirmière et développement d'ordonnance collective</li> <li>• Reaching out et promotion des services existants – temps intervenant et matériel promotionnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer des stratégies pour rejoindre la population itinérante. Développer un partenariat avec le TRAC, l'Anonyme</li> </ul>

## 5. Un environnement urbain favorable à la santé

### Portrait (état de situation)

Depuis 2003, les acteurs communautaires et les citoyens se mobilisent prioritairement sur les enjeux d'aménagement urbain et d'environnement, autour des opérations populaires d'aménagement réalisées dans le quartier (OPA quartier en 2004 et OPA sur les terrains du CN en 2007). À travers des assemblées publiques d'information, sessions de formation, diagnostics, délibérations sur le développement du quartier, propositions, nouveaux partenariats, prises de positions, représentations, négociations, pressions, actions directes, les citoyens deviennent des spécialistes du développement de leur quartier. Ils développent des stratégies diversifiées face à des enjeux de plus en plus complexes.

**Plusieurs grands projets de développement** et de redéveloppement aux abords et dans le quartier Pointe-Saint-Charles sont en cours. Nordelec, terrains du CN, Canal de Lachine (Seracon), autoroute Bonaventure, navette ferroviaire, Havre de Montréal, Bassin Peel, Griffintown, Tri postal, Turcot... Leurs impacts sur le quartier, sa dynamique et sa population sont majeurs :

- **Coût du loyer** (augmentation de la valeur des maisons et du taux d'effort très supérieure à la moyenne montréalaise, hausse importante du rôle d'impôt foncier...)
- **Disponibilité du logement locatif** (transformation de plexes en unifamiliales, politique d'inclusion de logement social insuffisante pour répondre aux besoins de la population du quartier...)
- **Circulation automobile** (projets d'habitations d'envergure faisant une grande place à l'auto, reconfiguration des autoroutes, desserte de transport en commun insuffisante et qui continue de se détériorer, dans un contexte de congestion routière déjà importante aux abords des ponts)
- **Camionnage** (présence de chantiers, nouveaux usages industriels sur les terrains du CN générant du camionnage, dans le contexte d'une cohabitation déjà difficile avec le milieu de vie)
- **Espaces verts, parcs et équipements collectifs** (pression sur l'existant à cause de développements immobiliers amenant une augmentation de la population sans contribution pour fin de parcs (ex : Nordelec), dans un contexte d'insuffisance de parcs et espaces verts, de sous-investissements dans l'aménagement et à l'entretien des équipements et des parcs dont plusieurs sont dégradés, peu sécuritaires, voir inutilisables).

Par ailleurs, l'offre en **services et commerces de proximité** reste déficiente. La revitalisation des artères commerciales demeure une priorité du milieu et des citoyens impliqués sur les enjeux d'aménagement. Le quartier, selon les critères établis par la Direction de santé publique, est considéré comme un désert alimentaire. Là aussi, les stratégies d'interventions sont multiples et se déploient dans le cadre du financement de **l'Initiative en sécurité alimentaire**. Les infrastructures de sport et de loisirs sont, pour la plus part délabrées ou ne répondent plus aux normes. Les organismes communautaires et les citoyens veulent être partie prenante des efforts de consolidation de ces équipements, dans la perspective d'augmenter la pratique du sport chez les jeunes et d'offrir un accès sécuritaire à ces équipements, à pied ou en vélo.

Un mécanisme de travail continu et reconnu avec l'arrondissement Sud-Ouest, ses services et ses élus, s'est développé à l'initiative du milieu communautaire et les citoyens. Cependant, il n'existe encore aucun lieu ni mécanisme donnant de prise aux citoyens quant aux choix budgétaires de l'arrondissement, aucun document d'orientation n'est rendu public (plan de verdissement, plan directeur sur les parcs, plan de déplacement, etc.), les comités de revitalisation des artères commerciales restent fermés aux organismes communautaires, etc. Il est à espérer que le contexte des dernières élections municipales et le renouvellement de l'équipe en place puissent contribuer à un meilleur arrimage entre l'instance municipale et la communauté, tant du point de vue des visions de développement que des collaborations sur des problématiques spécifiques.

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminuer la proportion d'enfants exposés à la fumée de tabac secondaire et aux allergènes (moisissures, acariens, blattes dans les logements, les écoles et les centres de la petite enfance (CPE)</li> <li><b>Autre :</b> Diminution des infestations de punaises et autres parasites</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diffusion des outils d'information dans le cadre de la campagne <i>Famille sans fumée</i></li> <li>Protocole d'intervention conjoint avec l'arrondissement quant aux logements insalubres.</li> <li>Élaboration d'une procédure en cas d'intervention dans des logements où il y a des punaises. Participation à l'information de la population en collaboration avec les services juridiques et l'OMH</li> </ul>	<p>Développer nos outils de sensibilisation ainsi que notre offre de service, pour mieux faire face à l'infestation de punaises et autres parasites.</p>	<p>Arrondissement Sud-Ouest OMHM Services juridiques</p>
<p><b>Autre :</b> Réalisation de nouveaux logements sociaux</p>	<p>Soutien au développement de logement social</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>par l'appui public à des campagnes de promotion,</li> <li>par le soutien aux mobilisations locales pour l'obtention de logements sociaux et abordables au sein des grands projets de développement,</li> <li>par des interventions auprès des promoteurs et des élus à travers des avis et mémoires,</li> <li>par un soutien concret au démarrage d'un projet d'habitation sociale pour aînés</li> </ul>	<p>Dans le cadre de notre intervention, mettre l'emphase sur réalisation de nouveaux logements sociaux comme une stratégie à privilégier pour une meilleure répartition de la richesse et le maintien des familles dans leur quartier. Contribuer à la consolidation du patrimoine collectif que constitue le parc de logements sociaux existant</p>	<p>Comité aménagement de la table de concertation communautaire</p> <p>Regroupement information logement (RIL)</p> <p>Groupe de ressources techniques Bâtir son quartier</p> <p>OBNL Cité des bâtisseurs</p> <p>OMHM</p> <p>Services juridiques communautaires de Pointe-Saint-Charles et Petite-Bourgogne</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminuer le nombre de terrains vacants contaminés à l'herbe à poux dans l'air ambiant</li> <li>Diminuer le nombre de jours de mauvaise qualité de l'air</li> <li>Augmenter la proportion de logements avec climatiseur</li> <li>Diminuer la proportion du territoire montréalais avec îlots de chaleur</li> <li>Diminuer les émissions de gaz à effet de serre (par le secteur de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Campagne de sensibilisation et d'information de porte à porte, remise d'une pochette incluant des dépliants de la DSP et d'un plan d'herbe à poux pour aider à l'identification (par EnviroPointe et Eco-quartier)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contribuer à l'application d'une politique de l'arrondissement, en lien avec l'Écoquartier et la DSP.</li> <li>Poursuite de travail avec l'arrondissement pour l'amélioration des équipements d'eau du quartier. (Construction de jeux d'eau,</li> </ul>	<p>Écoquartier, particulièrement le comité EnviroPointe.</p> <p>Opération populaire d'aménagement Comité jeunesse de la table de concertation de quartier</p>

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
la santé initialement)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Éradication, principalement sur les terrains vacants (Par EnviroPointe et Ecoquartier)</li> </ul>	agrandissement de la plage horaire de la piscine Saint-Charles, etc.)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chaleur accablante : Plan d'action et de prévention en cas de chaleur accablante écrit et connu; identification des populations vulnérables; information et sensibilisation de la population aux mesures préventives.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Révision et mise à jour à chaque printemps des listes de personnes vulnérables.</li> <li>faire un inventaire des ressources disponibles en telles circonstances (ventilateurs, etc.).</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation à différents colloques sur des expériences de verdissement et de nouvelles pratiques en aménagement pour contrer les îlots de chaleur urbains.</li> <li>Interventions auprès des développeurs privés sur les pratiques propices à contrer les îlots de chaleur urbains (à travers des consultations publiques et des mémoires)</li> <li>Coordination et animation d'un processus de mobilisation citoyenne (OPA quartier) sur les parcs et espaces verts : Analyse, diagnostics, productions d'avis et de mémoires, organisations d'assemblées publiques, représentations et suivis avec l'arrondissement.</li> <li>Soutien aux mobilisations citoyennes pour l'appropriation et l'aménagement de terrains municipaux vacants à des fins de parcs, d'espaces verts et de jardinage collectif.</li> <li>Soutien aux mobilisations citoyennes pour la sauvegarde du</li> </ul>	<p>Solliciter davantage les ressources, particulièrement les chercheurs de la DSP pour mieux documenter les impacts des grands projets de développement sur la santé de la population et identifier des pratiques innovantes.</p> <p>Obtenir les documents d'orientation de l'arrondissement Sud-Ouest tels le plan directeur sur les parcs et le plan de verdissement.</p> <p><u>Obtenir du financement pour soutenir les processus citoyens de l'OPA à travers des programmes tels Quartier 21 et Aménager des quartiers durables (mesure 17).</u></p> <p>Documenter le besoin de lieu de rassemblement pour les ados et les jeunes adultes pour socialiser</p>	<p>Opération populaire d'aménagement et plusieurs groupes de citoyens</p> <p>Écoquartier</p> <p>Jardiniers de la rue Sébastopol</p> <p>Table de concertation communautaire</p>

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
	<p>Parc de la Congrégation, menacé par l'actuel projet de développement sur les anciens terrains du CN.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégration des projets de verdissement de l'Écoquartier dans les plans de travail et les processus de l'Opération populaire d'aménagement (OPA).</li> <li>• Mise en place d'un comité Clinique verte, regroupant des employés, citoyens et personnes ressources</li> </ul>	<p>Réalisation d'un diagnostic et de recommandations pour le développement par la Clinique de meilleures pratiques environnementales.</p>	<p>Citoyens membres de la Clinique communautaire</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuer le nombre de véhicules-kilomètres parcourus par arrondissement</li> <li>• Augmenter le nombre de kilomètres de rue comportant des mesures d'apaisement de la circulation</li> <li>• Augmenter le nombre de kilomètres de pistes cyclables</li> <li>• Augmenter le nombre d'employés utilisant le transport en commun et les transports actifs</li> <li>• Améliorer l'approvisionnement en fruits et légumes dans des secteurs défavorisés et mal desservis</li> <li>• Augmenter la consommation accrue d'aliments santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien aux citoyens voisins des terrains du CN dans leurs mobilisations contre la circulation abusive de véhicules lourds dans les rues résidentielles.</li> <li>• Soutien aux mobilisations pour une meilleure desserte de transport en commun dans le quartier</li> <li>• Promotion du transport actif et sécuritaire. (Sécurité aux abords des écoles, des parcs et des équipements collectifs, prolongement de la piste cyclable, plus de place aux piétons et aux cyclistes dans les grands projets de développement, proposition d'artères conviviales offrant des services de proximité accessibles).</li> <li>• Participation au comité aménagement de la table de quartier, aux analyses, à la définition des enjeux et des stratégies d'interventions, aux campagnes de mobilisation, aux prises de positions publiques et aux négociations avec</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuer à la revendication d'un plan de déplacement urbain spécifique au quartier. Favoriser la participation des citoyens à la définition de ce plan de transport sécuritaire.</li> </ul> <p>Insister sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la mobilité et la sécurité des piétons par un déneigement adéquat en hiver</li> <li>• l'amélioration de la desserte du transport en commun (fréquence, trajets, fiabilité, accès)</li> </ul> <p>Poursuivre un travail de recherche et d'analyse de données spécifiques au quartier en termes d'impact du transport automobile et de camionnage.</p> <p>Représenter la Clinique sur le comité pour le développement des artères commerciales et convaincre l'arrondissement de l'importance de faire une place aux citoyens et au milieu dans le développement des artères commerciales (Centre et</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opération populaire d'aménagement</li> <li>• Arrondissement Sud-Ouest</li> <li>• Comité aménagement de la table de concertation de quartier</li> <li>• STM</li> <li>• Conseil des montréalaises</li> </ul>

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
	<p>l'arrondissement et le conseil de ville.</p>	<p>Wellington).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuivre un travail de recherche et d'analyse de données spécifiques au quartier en termes d'impact du transport automobile et de camionnage.</li> <li>• Convaincre l'arrondissement de l'importance de faire une place aux citoyens et au milieu dans le développement des artères commerciales (Centre et Wellington).</li> </ul>	
	<p>Soutien à la réalisation du projet Manger, un plaisir durable, financé par l'Initiative en sécurité alimentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Viser l'amélioration du transport en commun pour un meilleur accès aux marchés d'alimentation,</li> <li>• Contribuer à créer des conditions favorables pour l'ouverture d'un commerce en alimentation sur la rue Wellington,</li> <li>• Mobiliser les citoyens du sud du quartier dans la mise en œuvre de divers moyens d'améliorer l'accès aux fruits et aux légumes</li> </ul> <p>Soutien au comité pour la sécurité alimentaire de la table communautaire et soutien ponctuel aux alternatives en difficulté (jardins collectifs, groupes en sécurité alimentaire, etc.)</p> <p>Organisation d'une réflexion à l'interne</p>	<p>À travers les services offerts par la Clinique, développer de nouveaux outils d'intervention pour contrer l'insécurité alimentaire</p> <p>Développement en nutrition pour pouvoir soutenir les groupes dans la communauté pour l'éducation à l'alimentation et à l'autonomie alimentaire. (Financement nécessaire)</p>	<p>Comité pour la sécurité alimentaire de la table de concertation communautaire</p> <p>Opération populaire d'aménagement</p>

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
	<p>de la Clinique sur la réalité de l'insécurité alimentaire dans le quartier et sur les stratégies visant la sécurité alimentaire.</p>		

## 6. Un système de santé qui sert aussi à prévenir

### Portrait (état de situation)

Bien que nous ne puissions réduire l'état de santé de la population à la description des maladies qui l'affectent, l'étude de l'Incidence de certaines maladies peut indiquer les priorités au plan de la prévention. Compte tenu de l'impact des conditions socio-économiques sur la santé, on ne se surprendra pas de constater que la population de Pointe St-Charles a une espérance de vie moindre que dans le Sud-Ouest pour la période 2002-2006. Ainsi les hommes de Pointe St-Charles avaient une espérance de vie de 72 contre 74,5 ans pour le CSSS Sud-Ouest Verdun et les femmes de 78,2 ans contre 80,1 ans. . À noter que les données pour le territoire du CSSS Sud-Ouest Verdun incluent les chiffres de Pointe St-Charles, ce qui indique un écart comparatif plus grand si les données de Pointe St-Charles n'étaient pas prises en compte. Les écarts pour l'espérance de vie sans incapacités sont encore plus marqués. La population de Pointe St-Charles présente aussi des taux supérieurs à Montréal dans la plupart des maladies répertoriées.

Cancer : taux par 100,000 données 2005<sup>1</sup> Tous les cancers : 557 (PSC) 452.4 (Mtl). Cancer du sein : 101 (PSC) 119.7 (Mtl), Cancer colon-rectum : 66.6 (PSC) 60.4 (Mtl), Cancer de la prostate : 109 (PSC) 100.9 (Mtl), Cancer du poumon : 145 (PSC) 73.8 (Mtl) C'est donc pour le cancer du poumon que nous remarquons l'écart le plus marqué. Pour le cancer du sein, il est à souligner que les femmes de plus de 50 ans de PSC participent faiblement au Programme québécois du cancer du sein.

Nous notons aussi que les causes de mortalité dont le taux par 100000 sont les plus élevés sont les tumeurs (PSC 314; Mtl 220), les maladies de l'appareil circulatoire (PSC 312; Mtl 211) et les maladies respiratoires (PSC 93; Mtl 55).

Quant à la prévalence du diabète (Taux pour 100, données 2000-2005), chez les 20 ans et + pour PSC le taux est de 8.7% alors qu'il est 7% à Montréal. Entre 2000 et 2005 on note une hausse constante dans le groupe d'âge des 20-44 ans.

Comme il est mentionné dans le Programme national de santé publique du Québec, mis à jour en 2008, « Trois habitudes de vie sont en cause dans 80% des décès liés aux maladies cardiovasculaires, dans 90% des décès liés au diabète et dans environ le tiers des décès liés au cancer : le tabagisme, la mauvaise alimentation et la sédentarité (p.29). On ajoute aussi « Des conditions socioéconomiques difficiles constituent également un facteur de risque majeur... ».

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
-----------------------	-------------------------	-----------------------	--------------

<sup>1</sup> [http://www.cmisatlas.mtl.rtss.qc.ca/geoclip\\_dyn/etat\\_sante/carto.php?lang=fr&nivgeos=clsc&curCodeDomCH=diabete&curCodeThemeCH=DiaPrev&typindCH=C&curCodeIndCH=t\\_20\\_ans\\_plus&curserieCH=2005](http://www.cmisatlas.mtl.rtss.qc.ca/geoclip_dyn/etat_sante/carto.php?lang=fr&nivgeos=clsc&curCodeDomCH=diabete&curCodeThemeCH=DiaPrev&typindCH=C&curCodeIndCH=t_20_ans_plus&curserieCH=2005)

<p><b>Améliorer l'intégration des pratiques cliniques préventives retenues au sein du PNSP aux pratiques courantes des intervenants de 1<sup>ère</sup> ligne :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladies chroniques et cancers <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accroître la clientèle des milieux cliniques de 1<sup>ère</sup> ligne offrant un counseling sur les saines habitudes de vie (tabagisme, sédentarité, mauvaise alimentation)</li> <li>▪ Accroître le dépistage et le suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique de 1<sup>ère</sup> ligne</li> <li>▪ Augmenter de 42% à 50% le taux de participation des femmes de 50 à 69 ans au programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)</li> </ul> </li> </ul>	<p>Conseil individuel sur saines habitudes de vie au travers des consultations de santé Infirmière pivot pour enseignement individuel aux usagers sur le diabète, les MPOC. Programme d'hypertension Clinique d'anticoagulation</p> <p>Référence au Centre d'abandon du tabac et au Centre d'éducation à la santé du CSSS Sud-Ouest Activité de promotion du dépistage du cancer du sein par des activités en salle d'attente</p>	<p>Systematisation de l'enseignement HTA Intégrer au formulaire des sans rendez-vous une question sur la participation aux programmes de dépistage des cancers du sein et de la prostate</p> <p>Augmenter le nombre et la fréquence des activités de promotion et prévention Commencer la prévention au plan de l'alimentation auprès des parents dès le jeune âge des enfants</p> <p>Développement de services en nutrition pour les adultes compte tenu des taux de prévalence de diabète et d'obésité dans le quartier (Financement requis)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CSSS Sud Ouest Verdun</li> </ul>
Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
	<p>Activités de promotion-promotion sur le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires chez les personnes âgées par la tenue de kiosques dans les HLM Kiosque sur l'alimentation et les sucres cachés tenu dans une épicerie du quartier</p>	<p>Discuter avec la DSP et le CSSS de l'accès au financement prévus pour les Centres d'abandon du tabac et les Centres d'éducation à la santé. Nous constatons en effet que les personnes référées à Verdun ne donnent pas souvent suite. Établir des partenariats pour développer des groupes d'activité physique pour différents âges</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Considérer l'alimentation comme un enjeu qui permet aux gens de développer un pouvoir sur leur santé</li> <li>• Continuer à soutenir le développement de l'agriculture urbaine</li> </ul>	<p>Partenariat avec Club populaire des consommateurs à développer</p>

<p><b>D'ici 2012, intégrer des interventions de soutien au système de prévention clinique pour les pratiques cliniques préventives suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ITSS – Voir l'orientation 4 <i>Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques</i></li> <li>• Jeunes – Voir l'orientation 2 <i>Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire</i></li> <li>• Périnatalité et petite enfance – Voir l'orientation 1 <i>Des enfants qui naissent et se développent en santé</i></li> <li>• Vaccination – Voir l'orientation 4 <i>Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques</i></li> </ul>	<p>Dépistage ITSS (pratique élargie des infirmières, ordonnance collective pour certains traitements) : cela favorise un meilleur accès au dépistage et au traitement</p> <p>Programme de distribution de seringues, condoms et enseignements pour UDI.</p>	<p>Augmenter l'information sur ces services et la collaboration avec les organismes du milieu pour information, éducation et référence</p> <p>Développer le dépistage ITSS pour les plus de 25 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documenter, évaluer l'incidence des comportements à risque sur le dépistage des ITSS</li> </ul> <p>Développer les collaborations avec les intervenants de proximité</p>	
--	---	---	--

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
<p><u>Autres</u>  Développer la prévention des problèmes de santé mentale, en particulier l'anxiété, la dépression et l'alcoolisme. Prendre en compte les conditions de vie comme facteur contributif à la santé mentale.</p>	<p><u>Autre</u>: Programme PIED- intervention multifactorielle personnalisée auprès des personnes âgées.</p> <p>Entente établie pour réaliser le programme PIED (mesure 5) dans les HLM de personnes âgées</p>	<p>Accès au financement de cette mesure</p> <p>Réaliser des groupes pour le programme PIED</p> <p><u>Autres</u> :  Rechercher des programmes de prévention en matière de santé mentale validés pour une population semblable à PSC</p>	<p><b>Développer partenariat avec l'Anonyme, le TRAC</b></p>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Agir sur les politiques de santé pour maintenir et augmenter les conditions d'accessibilité, de gratuité, d'universalité au système de santé.</li><li>• Systématiser le dépistage des problèmes de la vue et de la santé dentaire des enfants, par exemple.</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Faire le lien entre la prévention et les iniquités de santé.</li><li>• Explorer des avenues pour favoriser l'accès aux services dentaires et optométriques.</li></ul>	
---	--	---	--

## 7. Des aînés bien entourés, vivant plus longtemps et en meilleure santé.

Depuis plus de 10 ans, malgré le vieillissement de la population du quartier, la proportion des 65 ans et plus diminue. Entre 1996 et 2001, elle diminuait en nombre et entre 2001 et 2006, elle n'a augmenté que de 20 personnes. Nous avons vu précédemment que l'espérance de vie était moindre à PSC que dans le territoire du CSSS Sud-Ouest Verdun. Mais au niveau de l'espérance de vie sans incapacité, l'écart est encore plus marqué. Ainsi une femme de PSC peut espérer vivre sans incapacité 65,8 ans comparativement à 71,1 ans dans le SO et un homme 63,9 ans à PSC comparativement à 67,2 ans dans le SO. On peut s'interroger sur l'impact de ces facteurs sur

le maintien de la population dans le quartier. Les personnes âgées meurent plus jeunes ou bien en raison de leurs incapacités peuvent être obligées de quitter parce qu'elles ne trouvent pas de logement adapté à leurs besoins ou n'ont plus accès à des services essentiels pour leur maintien à domicile. Comme les personnes âgées à très faible revenu qui n'ont pas les moyens de s'offrir ailleurs les services dont ils ont besoin et qui demeurent dans le quartier dans des conditions de plus en plus difficiles. Il devient urgent pour le quartier de faire le point sur les besoins des aînés et de se doter d'un plan d'action concerté pour permettre aux aînés de demeurer chez eux, dans les meilleures conditions possibles. La Clinique souhaite s'investir et participer à cet effort collectif. C'est pourquoi nous inscrivons cette orientation dans notre plan d'action en santé publique.

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
Meilleure concordance entre les services, les interventions de la Clinique et les besoins de la population aînée du quartier.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Revoir nos balises pour l'attribution du répit pour les aidants afin de mieux répondre à leurs besoins.</li> <li>Évaluer diverses possibilités (dont le recours à des infirmières auxiliaires) pour dégager du temps pour réaliser des activités de prévention, reaching out, sensibilisation aux saines habitudes de vie, etc.</li> <li>Rendre disponible une infirmière pour assurer un suivi aux personnes âgées ambulatoires à l'intérieur des murs de la Clinique.</li> </ul>	
Maintien dans les lieux de la population aînée du quartier	Soutien au démarrage du projet d'habitation pour aînés en perte d'autonomie (PAPA), La Cité des bâtisseurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivre le projet et maintenir une implication dans certaines phases de la réalisation et de l'exploitation du projet Cité des bâtisseurs (la sélection des résidents, par exemple).</li> <li>Amorcer une réflexion sur les conditions propices au développement de ressources intermédiaires d'hébergement dans le quartier. Identifier les partenariats nécessaires.</li> </ul>	Groupe de ressources technique Bâtir son quartier Regroupement information logement Services juridiques communautaires de Pointe-Saint-Charles et Petite Bourgogne Cité des bâtisseurs
Amélioration des conditions de vie :	Participation à la réalisation d'un	<ul style="list-style-type: none"> <li>À partir du portrait démographique</li> </ul>	Comité de travail de la table de

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
Analyse des besoins	portrait démographique et socio-économique des aînés du quartier.	<p>et socio-économique des aînés du quartier réalisé en collaboration avec la table de quartier, approfondir l'analyse des besoins propres à cette population et identifier des situations particulières (ex : situation des aînés soutient d'une seconde famille, lien diabète/Alzheimer, etc.). Mettre à contribution, nos statistiques «maison».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appuyer les comités de la table de quartier en démontrant et/ou en documentant les besoins particuliers des aînés au chapitre des transports, des aménagements sécuritaires, de l'accès aux aliments, logements adaptés, défense des droits sociaux, etc.</li> </ul>	concertation Action-Gardien En lien avec les regroupements rejoignant les personnes âgées du quartier
Amélioration des conditions de vie : Concertation et développement de services pour les aînés de Pointe-Saint-Charles	<p>Participation au Regroupement des personnes âgées du Sud-Ouest de Montréal.</p> <p>Participation au Conseil des aînés de Pointe-Saint-Charles. Soutien au niveau de l'analyse de besoins, de la réalisation de projets et des processus démocratiques.</p> <p>Transport des participants au programme de mise en forme adapté du YMCA de Pointe- Saint-Charles.</p> <p>Collaboration avec un organisme qui développe un service de livraison de dîners à domicile (références et évaluation des besoins).</p>	<p>En collaboration avec la table de concertation du quartier, élaborer un portrait des services et ressources disponibles pour les aînés.</p> <p>D'ici 2012, participer à l'organisation d'un événement de quartier, de type «états généraux», afin de doter le quartier d'un plan d'action pour l'amélioration des conditions de vie des aînés. Participer à renforcer les partenariats et la concertation entre les acteurs concernés.</p> <p>Par exemple, en concertation avec les organismes concernés, développer des activités intergénérationnelles et de jumelage avec des jeunes, assurer la pérennité des nouvelles ressources en alimentation, etc.</p>	La table de concertation Action-Gardien et ses membres Conseil des aînés de Pointe Saint-Charles Bénévoles 3 <sup>ième</sup> âge Saint-Columba House YMCA Âge d'or Pointe-Saint-Charles Club populaire des consommateurs, etc.

Résultats visés (DSP)	Interventions réalisées	Axes de développement	Partenariats
		<p>Viser à court et moyen terme, la consolidation et la pérennité du Conseil des aînés en soutenant les démarches de financement d'une permanence et le recrutement des membres.</p>	

# Conclusion

La population de Pointe-St-Charles est affectée par plusieurs facteurs sociaux défavorables qui nuisent à sa santé .La Clinique communautaire offre des services de première ligne (mission CLSC) tant de nature curative que préventive et intervient au plan de l'action communautaire sur des grands dossiers touchant l'aménagement, le développement social ainsi que les politiques sociales. Ces diverses actions doivent être maintenues et soutenues. Nous constatons aussi qu'il y a nécessité de consolider les actions de prévention-promotion et surtout d'en faire une planification plus ciblée et coordonnée afin d'en augmenter l'impact réel. Cette planification doit être réalisée en collaboration avec les acteurs concernés du milieu afin de tenir compte de leur action et de leur connaissance des réalités et besoins de la population.

Nous constatons aussi, et les échanges avec les différents groupes rencontrés nous l'ont confirmé, combien les conditions de vie jouent un rôle important dans le développement et le maintien de la santé. Cela renforce notre conviction qu'au-delà de la promotion de saines habitudes individuelles, il est essentiel de continuer à agir sur les déterminants globaux de la santé : pauvreté, logement, environnement, accès aux services, etc. pour avoir un impact significatif sur l'amélioration de la santé de la population.

Le support de la Santé publique et l'accès au financement des différentes mesures seront nécessaires pour consolider et développer notre action. Nous référons entre autres ici au financement des mesures suivantes : pratiques cliniques préventives, écoles et milieux en santé- volet écoles, centre d'abandon du tabagisme, responsable locale de santé publique, environnement urbain favorable à la santé, interventions éducatives précoces, réduction des chutes chez les aînés- volet intervention multifactorielle personnalisée, programme régional de mobilisation, soutien au PAL pour lesquelles nous ne recevons pas jusqu'à maintenant le financement directement de la Direction de la Santé publique.

C'est aussi dans la consolidation de nos partenariats et dans l'action concertée à tous les niveaux que nous pourrons remplir notre mandat.

P:\Josée\Monique Messier\PLAN D'ACTION LOCAL.doc