

DIRECTION DE SANTÉ
PUBLIQUE DE LA
MONTÉRÉGIE

**Évaluation de l'approche
municipale intégrée (AMI)
en santé publique**

Étape 1

**État de situation des projets
réalisés en 2014-2015**

Propager
LA SANTÉ

Auteurs

Christian Viens, secteur de la planification, l'évaluation et la recherche,
DSP de la Montérégie

François Pilote, secteur de la planification, l'évaluation et la recherche,
DSP de la Montérégie

Élisabeth Masson, chef d'équipe, secteur santé environnementale,
DSP de la Montérégie

Collaborateurs

Dominique Gagnon, responsable de l'équipe des déterminants sociaux de la santé,
DSP de la Montérégie

Hélène Gagnon, responsable de l'équipe des saines habitudes de vie et traumatismes,
DSP de la Montérégie

Ginette Lafontaine, adjointe à la planification, l'évaluation et la recherche par intérim,
DSP de la Montérégie

Jean-Pierre Landriault, coordonnateur, Programme adultes-personnes âgées,
DSP de la Montérégie

Marie-Johanne Nadeau, directrice adjointe, DSP de la Montérégie

Technicienne de recherche

Nathalie Bernier, DSP de la Montérégie

Mise en page

Annie Toupin, agente administrative, DSP de la Montérégie

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse suivante :

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/direction/evaluation-recherche.fr.html>

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Remerciements

Merci à toutes les personnes qui ont participé à la collecte des données. Il s'agit des agents de promotion de la santé, des organisateurs communautaires et des gestionnaires des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est, Centre et Ouest qui participent à la réalisation de projets s'inscrivant dans le cadre de l'approche municipale intégrée (AMI).

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

ISBN : 978-2-89342-710-2 (version imprimée)

ISBN : 978-2-89342-711-9 (PDF)



Reproduction ou téléchargement autorisés à des fins non commerciales avec mention de la source :

Viens, C., F. Pilote et E. Masson. *Évaluation de l'approche municipale intégrée (AMI) en santé publique, Étape 1 : État de situation des projets réalisés en 2014-2015*, Longueuil, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique de la Montérégie, 2015, 19 p.

© Tous droits réservés

Centre intégré de santé et des services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique de la Montérégie, 2015

Table des matières

Introduction.....	4
1. Contexte	4
2. État des connaissances	4
3. Méthodologie	5
4. Résultats	5
4.1 Projets à l'étude.....	5
4.2 Distribution des projets selon les milieux municipaux impliqués.....	8
4.3 Distribution des projets selon leur typologie	8
4.4 Distribution des projets selon les ressources responsables de leur coordination	9
4.5 Distribution des projets selon les déterminants de la santé	9
4.6 Distribution des projets selon le type de milieu dont ils émanent.....	10
4.7 Distribution des projets selon l'implication des intervenants et des gestionnaires des CISSS.....	10
4.8 Distribution des projets selon les types d'actions réalisées	11
4.9 Distribution des projets selon la portée de l'expertise des intervenants.....	11
4.10 Distribution des projets et des mentions concernant les conditions facilitantes rencontrées.....	12
4.11 Distribution des projets et des mentions concernant les obstacles rencontrés	12
4.12 Distribution des projets et des mentions concernant le soutien demandé à l'équipe de 2 ^e ligne en santé publique.....	13
5. Discussion	14
Conclusion et recommandations.....	16
Références.....	17
Annexe 1 : Distribution des projets AMI 2014-2015, par type d'action et déterminant de la santé, déployés dans les trois CISSS de la Montérégie	18

Introduction

Dans le but de promouvoir l'adoption de politiques, de plans d'action et d'autres projets favorables à la santé en milieu municipal, la Direction de santé publique (DSP) de la Montérégie et les Centres intégrés de santé et de services sociaux¹ (CISSS) de la Montérégie-Est (CISSSME), de la Montérégie-Centre (CISSSMC) et de la Montérégie-Ouest (CISSSMO) privilégient, depuis 2013, le développement de l'approche municipale intégrée (AMI). Par cette approche, il est recherché d'optimiser l'accessibilité et l'efficacité des interventions auprès du milieu municipal tout en assurant une plus grande cohérence des actions entre les paliers de 1^{re} et de 2^e ligne du réseau de santé publique.

Dans une perspective de suivi des projets AMI, le présent rapport fait état de la collecte des données et de la situation qui en découle dans les CISSS de la Montérégie en 2014-2015.

1. Contexte

Pour agir sur les déterminants de la santé, les rapports de la Directrice de santé publique de la Montérégie 2006 et 2007 ont mis en lumière l'importance de faire appel à différents acteurs de la société qui ont des responsabilités dans des domaines aussi variés que la santé, les conditions socioéconomiques, l'environnement, la qualité des milieux de vie et l'amélioration du capital social. Parmi les acteurs locaux identifiés, mentionnons les municipalités qui assument des responsabilités en matière de logement social, de loisirs, de nutrition, de transport actif et collectif, d'aménagement du milieu, de prévention des traumatismes routiers et de la qualité des environnements physiques (ex. : bruit, herbe à poux, salubrité des logements et qualité de l'air). Parallèlement, il y a les CISSS qui se préoccupent de ces mêmes déterminants de la santé et qui ont, dans le cadre de leur responsabilité, le devoir d'agir pour améliorer la santé et le bien-être de la population (DSP 2006 et 2007).

¹ CISSS : La loi 10 adoptée en février 2015, visant la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, a donné lieu à la création des CISSS issus de la fusion des établissements publics et de l'agence de la santé et des services sociaux dans trois territoires, en Montérégie.

2. État des connaissances

Le Plan d'action régional (PAR) et les Plans d'action locaux (PAL) de santé publique 2013-2016 ont mis en évidence le développement des collaborations entre les CISSS, la DSP et le milieu municipal. De plus, la Table de concertation régionale de santé publique (TCRSP) a indiqué sa volonté de soutenir ces progrès et d'augmenter la portée des interventions de santé publique auprès de ce milieu. Le comité d'orientation régional de l'AMI a proposé un plan de travail pour la période 2014-2016 qui comporte notamment le suivi des actions réalisées dans le cadre de l'AMI. Enfin, un indicateur de suivi (A1.1) révèle qu'au 31 mars 2015, près de trois municipalités sur quatre ont été rejointes par une intervention de promotion/prévention réalisée en collaboration avec les CISSS de la Montérégie pour au moins deux thématiques ciblées (habitudes de vie saines et sécuritaires, santé environnementale ou déterminants sociaux de la santé).

En misant sur cette approche, les équipes de 1^{re} et de 2^e ligne en santé publique sont progressivement appelées à :

- présenter et soutenir une vision globale de santé publique;
- partager une lecture stratégique du monde municipal;
- enrichir ou renforcer le niveau de connaissances apportant une valeur ajoutée au milieu municipal tout en demeurant complémentaires aux autres partenaires sur le terrain;
- assurer la complémentarité et la mise en commun d'expertises et de connaissances (briser les silos);
- mobiliser et collaborer plus efficacement avec le milieu municipal (saisir les opportunités);
- appliquer les pratiques prometteuses en s'ajustant au contexte des milieux ciblés (DSP, 2013).

Les projets réalisés avec le milieu municipal prennent différentes formes et s'articulent autour de six grands thèmes de santé publique pour lesquels le milieu municipal possède des leviers :

- le développement d'environnements favorables aux saines habitudes de vie et sécuritaires (ex. : activité physique de loisirs, ali-

mentation saine, transport actif sécuritaire, environnements sans fumée, sécurité et aménagement du milieu);

- les déterminants sociaux de la santé (ex. : transport collectif, capital social, accès aux logements sociaux, exclusion sociale, sentiment de sécurité et sécurité alimentaire);
- les déterminants de l'environnement physique de la santé (ex. : bruit, herbe à poux, matières dangereuses, punaises de lit, qualité de l'air, risques industriels, salubrité des logements, sécurité et aménagement du milieu);
- les inégalités sociales de santé;
- le développement des communautés;
- le vieillissement de la population (DSP, 2013).

3. Méthodologie

En 2014-2015, un questionnaire de collecte de données, aussi appelé Grille AMI, a été élaboré par la DSP de la Montérégie (Bisset, 2015) et rempli par les intervenants et les gestionnaires des neuf réseaux locaux de services correspondant aux territoires actuels des CISSME, CISSMC et CISSMO. Cette grille AMI recense les projets réalisés dans les communautés entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015. Les principales variables à l'étude sont :

- la fonction des répondants;
- les municipalités concernées;
- les types de projets réalisés;
- le type de milieux municipaux impliqués;
- le rôle du milieu municipal;
- les responsables des projets;
- les aspects de santé publique;
- les intervenants impliqués;
- les types d'actions réalisées;
- les conditions facilitantes;
- les obstacles rencontrés;
- le soutien reçu de l'équipe de 2^e ligne en santé publique.

4. Résultats

4.1 Projets à l'étude

Pour 2014-2015, les gestionnaires et les intervenants (agents de promotion de la santé et organisateurs communautaires) des trois CISS de la Montérégie ont recensé 294 projets réalisés dans les communautés. Devant la diversité

des projets, l'implication ou non du milieu municipal, l'intégration ou non de différents déterminants de la santé, il a été nécessaire de revenir à l'essence même de ce qu'il est convenu d'appeler un projet AMI.

Ainsi, pour être considéré comme un projet AMI², les acteurs de santé publique auront établi ou consolidé des interfaces soutenues avec le milieu municipal en intégrant les connaissances de divers domaines de santé publique.

C'est sur cette base que 182 projets ont été retenus pour l'analyse 2014-2015. De ce fait, 112 projets n'ont pas été considérés en raison de l'absence ou de la faible implication du milieu municipal dans ces projets. Le tableau 1 indique la distribution des projets, par territoire de CISS, conduits dans 96 municipalités de la Montérégie.

Tableau 1

Distribution des projets AMI 2014-2015 par territoire de CISS de la Montérégie et par RLS*

	Projets		Municipalités impliquées
	(n)	(%)	(n)
CISS de la Montérégie-Est			
RLS de Richelieu-Yamaska	12	6,6	-
RLS Pierre-Boucher	32	17,6	-
RLS Pierre-De Saurel	10	5,5	-
sous-total	54	29,7	37
CISS de la Montérégie-Centre			
RLS de Champlain	15	8,2	-
RLS du Haut-Richelieu-Rouville	21	11,5	-
sous-total	36	19,7	13
CISS de la Montérégie-Ouest			
RLS de Vaudreuil-Soulanges	19	10,4	-
RLS du Haut-Saint-Laurent	18	10,0	-
RLS du Suroît	12	6,6	-
RLS de Jardins-Roussillon	43	23,6	-
sous-total	92	50,6	46
Ensemble des trois CISS			
Total	182	100	96

* RLS : Réseau local de services

Un projet sur deux est recensé au CISSMO. Respectivement, pour les CISS de la Montérégie-Est, Centre et Ouest, ce sont 37, 13 et 46 municipalités qui ont été impliquées représentant en moyenne 1,4, 2,8 et 2 projets par municipalité. À cette participation, s'ajoute celle de huit MRC de la Montérégie, soit : Beauharnois-Salaberry, Haut-Richelieu, Haut-Saint-Laurent, Les Jardins-de-Napierville, Marguerite-d'Youville, Pierre-De-Saurel, Roussillon et Vaudreuil-Soulanges.

² Réfère au document synthèse « L'approche municipale intégrée (AMI); pourquoi, pour qui et comment » diffusé aux intervenants de 1^{re} et de 2^e ligne en santé publique lors de la tournée d'appropriation de l'AMI (septembre 2013 et mai 2014).

Le tableau 2 regroupe quant à lui, différentes informations sur les municipalités impliquées selon la taille de leur population, leur lien avec la Communauté métropolitaine de Montréal (CMM) et leur statut de municipalité péri-métropolitaine.

Tableau 2

Distribution des projets AMI 2014-2015
par territoire de CISSS de la Montérégie, selon la taille des municipalités,
leur appartenance à la Communauté métropolitaine de Montréal et leur statut péri-métropolitain

	Municipalités en 2015	Municipalités avec projet(s) AMI		Municipalités de la CMM avec projet(s) AMI		Municipalités péri-métropolitaines avec projet(s) AMI	
	(n)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
CISSS de la Montérégie-Est							
0 à 1 999 habitants	26	11	42.3	0	0.0	10	90.9
2 000 à 9 999	20	15	75.0	6	40.0	8	53.3
10 000 à 49 999	9	9	100.0	8	88.9	1	11.1
50 000 à 99 999	1	1	100.0	0	0.0	1	100.0
100 000 et plus	1	1	100.0	1	100.0	0	0.0
sous total	57	37	64.9	15	40.5	20	54.1
CISSS de la Montérégie-Centre							
0 à 1 999 habitants	9	5	55.6	0	0.0	5	100.0
2 000 à 9 999	9	4	44.4	2	50.0	2	50.0
10 000 à 49 999	3	2	66.7	1	50.0	1	50.0
50 000 à 99 999	2	2	100.0	1	50.0	1	50.0
100 000 et plus	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
sous-total	23	13	56.5	4	30.8	9	69.2
CISSS de la Montérégie-Ouest							
0 à 1 999 habitants	30	16	53.3	1	6.3	10	62.5
2 000 à 9 999	22	18	81.8	4	22.2	12	66.7
10 000 à 49 999	13	12	92.3	11	91.7	6	50.0
50 000 à 99 999	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
100 000 et plus	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
sous-total	65	46	70.8	16	34.8	28	60.9
Ensemble des trois CISSS							
0 à 1 999 habitants	65	32	49.2	1	3.1	25	78.1
2 000 à 9 999	51	37	72.5	12	32.4	22	59.5
10 000 à 49 999	25	23	92.0	20	87.0	8	34.8
50 000 à 99 999	3	3	100.0	1	33.3	2	66.7
100 000 et plus	1	1	100.0	1	100.0	0	0.0
Total	145	96	66.2	35	36.5	57	59.4

Les propos qui suivent présentent les principaux constats de l'analyse de ces données.

1. 66 % des municipalités de la Montérégie (n : 96) sont identifiées à un projet AMI. Selon le CISSS, la proportion de ces municipalités par rapport au nombre total de municipalités sur leur territoire fluctue entre 64,9 % pour le CISSSME, 56,5 % pour le CISSSMC et finalement, de 70,8 % pour le CISSSMO;
2. 72 % des municipalités impliquées ont une population inférieure à 10 000 habitants (n : 69) ; par rapport à l'ensemble des municipalités de cette taille en Montérégie, ce sont ainsi une municipalité sur deux qui est rejointe;

3. malgré les contraintes fréquemment rapportées pour intervenir en région rurale³, ou auprès de municipalités de petites tailles (moins de 2 000 habitants), une municipalité sur deux est impliquée dans un projet AMI à l'échelle de la Montérégie;
4. les municipalités de 10 000 à 49 999 habitants sont nettement bien rejointes par les intervenants portant l'AMI (23/25);
5. les municipalités de 50 000 habitants et plus sont peu nombreuses en Montérégie (n : 4) et chacune est impliquée dans un ou plusieurs projets AMI;
6. l'analyse a aussi portée sur les municipalités faisant partie de la CMM. Près de 78 % des 45 municipalités de la Montérégie situées dans la CMM sont impliquées dans des projets AMI. La population totale des municipalités impliquées compte pour près de 64 % de la population de la Montérégie (843 249 habitants); le poids démographique est important malgré une représentation au tableau 2014-2015 des municipalités AMI qui n'est que de 36,5 %;
7. à l'exception des municipalités situées dans la CMM, 79 autres sont localisées en périphérie du territoire métropolitain : elles sont dites périmétropolitaines⁴. Elles ont l'obligation de respecter l'orientation 10⁵ et les attentes du gouvernement en matière d'aménagement et de développement. Ces municipalités constituent près de 60 % du groupe des municipalités avec projet(s) AMI et la moitié a une population inférieure à 2 000 habitants.

Les propos qui suivent présentent la distribution des projets AMI selon les variables à l'étude.

³ Depuis le recensement de 2011, Statistique Canada classe toutes les régions situées à l'extérieur des centres de population dans la catégorie des régions rurales. Le terme « centre de population » remplace le terme « région urbaine ». Un centre de population contient une concentration démographique d'au moins 1 000 habitants et une densité de population de 400 habitants ou plus au kilomètre carré selon les chiffres de population du recensement actuel. [En ligne], <http://www.statcan.gc.ca/pub/92-195-x/2011001/geo/pop/def-fra.htm>

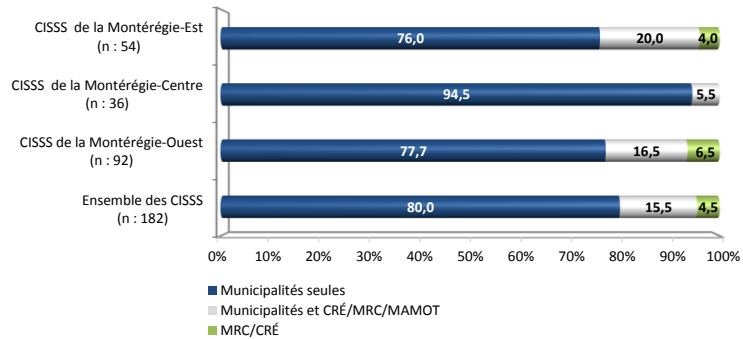
⁴ La Montérégie compte seulement 21 municipalités dont les limites territoriales ne touchent aucunement celles de la CMM.

⁵ MAMROT (2001) ANNEXE A – Addenda modifiant les orientations gouvernementales en matière d'aménagement pour le territoire de la Communauté métropolitaine de Montréal en vue de l'élaboration d'un plan métropolitain d'aménagement et de développement. [En ligne], http://www.mamrot.gouv.qc.ca/pub/amenagement_territoire/orientations_gouvernementales/addenda_CMM.pdf)

4.2 Distribution des projets selon les milieux municipaux impliqués

Comme l'indique la figure 1, les 182 projets AMI recensés dans les trois CISSS de la Montérégie en 2014-2015 ont principalement été réalisés avec les municipalités seules, soit dans une proportion de 80 %. La participation des MRC/CRÉ concerne 20 % des projets.

Figure 1
Distribution des projets AMI 2014-2015, selon les milieux municipaux impliqués, CISSS de la Montérégie (n : 182)



Comparativement aux CISSSME et CISSSMO, le CISSSMC se distingue en présentant une grande proportion des projets menés seulement avec les municipalités (94,5 % vs 76 % et 77 %) ⁶.

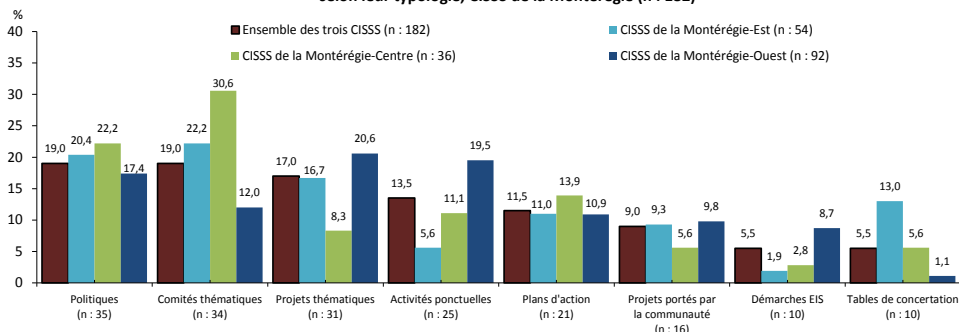
⁶ Aucune analyse statistique n'a été réalisée dans cette étude. Lorsque des différences sont observées, il ne s'agit que de tendances.

4.3 Distribution des projets selon leur typologie

La figure 2 met en perspective les types de projets réalisés dans les milieux municipaux. Huit catégories de projets ou initiatives ont été identifiées. Par ordre décroissant, il s'agit des catégories suivantes :

- des politiques** : ex. : politique familiale, de développement social, de développement durable, de saines habitudes de vie, MADA (19 %);
- des comités thématiques** : ex. : vigilance MADA, personnes handicapées, saines habitudes de vie (19 %);
- des projets thématiques** : ex. : offre alimentaire dans les arénas, herbe à poux, punaises de lit, accès aux logements sociaux, cuisine collective, projet sentinelles (17 %);
- des activités ponctuelles** de promotion, de sensibilisation et d'influence sur des thématiques particulières (13,5 %);
- des plans d'action** : ex. : transport actif et collectif, aménagement du milieu (11,5 %);
- des projets portés par la communauté** : ex. : sécurité des corridors scolaires, ruelle verte, jardin communautaire (9 %);
- des démarches d'évaluation d'impact sur la santé (EIS)** en milieu municipal (5,5 %);
- des tables de concertation** : ex. : jeunes, aînés, personnes handicapées, développement social (5,5 %).

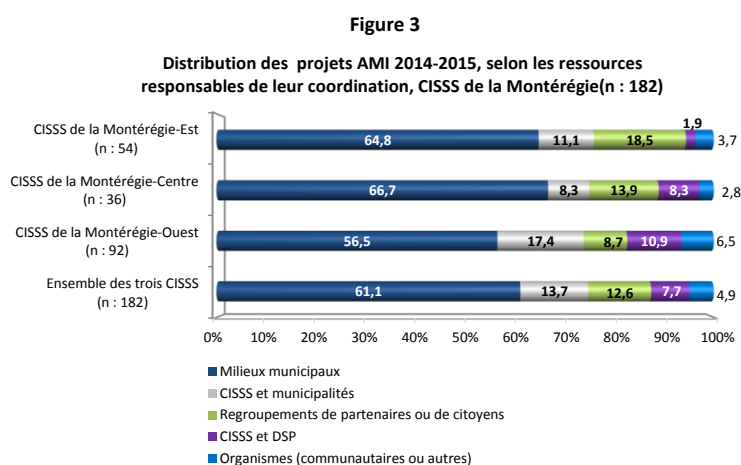
Figure 2
Distribution des projets AMI 2014-2015, selon leur typologie, CISSS de la Montérégie (n : 182)



En raison de la grande variabilité des données entre les trois CISSS de la Montérégie, il est difficile de dégager des tendances concernant les types de projets qui sont privilégiés dans chacun de ces territoires.

4.4 Distribution des projets selon les ressources responsables de leur coordination

La figure 3 précise les ressources responsables de la coordination des projets AMI. À cet effet, il ressort clairement que le milieu municipal en est le principal responsable, seul ou avec la participation des CISSS, dans près de 75 % des situations.



Les trois CISSS de la Montérégie présentent des profils similaires concernant les ressources responsables de la coordination des projets AMI.

4.5 Distribution des projets selon les déterminants de la santé

Le tableau 3 distribue les projets AMI selon cinq grands déterminants de la santé dont certains d'entre eux regroupent plusieurs thématiques. Les regroupements effectués visent à discriminer autant que possible les déterminants de la santé ayant une portée transversale ou agissant sur plusieurs domaines de santé publique (ex. : sécurité, aménagement du milieu). Ainsi, par déterminant de la santé, les projets AMI se répartissent comme suit :

- 134 projets (73,6 %) portent sur les saines habitudes de vie (SHV) (ex. : activité physique de loisir, alimentation, transport actif, environnement sans fumée);
- 127 projets (70 %) concernent les déterminants sociaux de la santé (DSS) (ex. : transport collectif, capital social, accès aux logements sociaux, exclusion sociale, sécurité alimentaire);
- 95 projets (52,2 %) ont trait à l'aménagement du milieu;
- 67 projets (36,8 %) portent sur la sécurité de la population;
- 35 projets (19,2 %) considèrent l'environnement physique (ex. : bruit, herbe à poux, matières dangereuses, punaises de lit, qualité de l'air, risques industriels, salubrité des logements).

Tableau 3
Distribution des projets AMI 2014-2015, selon les déterminants de santé abordés,*
CISSS de la Montérégie (n : 182)

Déterminants de santé	CISSS Montérégie-Est n = 54		CISSS Montérégie-Centre n = 36		CISSS Montérégie-Ouest n = 92		Ensemble des trois CISSS n = 182	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SHV	34	63,0	27	75,0	73	79,0	134	73,6
DSS	37	68,5	22	61,1	68	73,9	127	70,0
Aménagement du milieu	10	18,5	24	66,7	44	47,8	95	52,2
Sécurité	17	31,5	15	41,7	35	38,0	67	36,8
Environnement physique	9	16,6	6	16,6	20	21,7	35	19,2

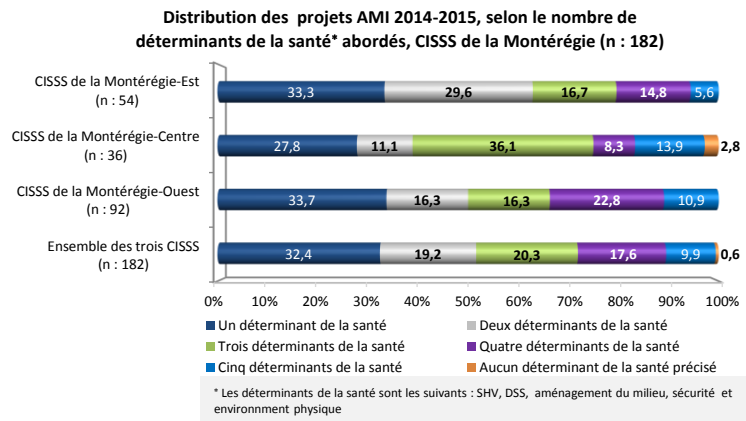
* Plus d'un déterminant de la santé pouvait être inscrit dans chacun des projets.

Les trois CISSS de la Montérégie présentent des profils similaires concernant les déterminants de la santé abordés dans les projets AMI. Toutefois, comparativement aux CISSSMC et CISSSMO, le CISSSME présente une moins grande proportion de projets AMI en aménagement du milieu (18,5 % vs 66,7 % et 47,8 %).

La figure 4 répartit les projets AMI selon le nombre de déterminants de la santé abordés. Globalement, il ressort que :

- le tiers des projets AMI se limitent à un seul déterminant de la santé (ex. : SHV, DSS, aménagement du milieu, sécurité ou environnement physique);
- les deux tiers des projets AMI traitent de deux déterminants de la santé et plus.

Figure 4

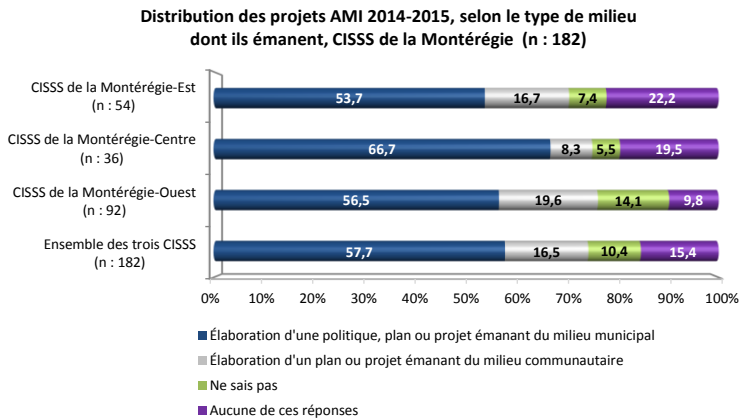


Par rapport aux trois CISSS de la Montérégie, on n’observe pas de tendances particulières quant aux nombres de déterminants de la santé qui sont abordés dans les projets AMI.

4.6 Distribution des projets selon le type de milieu dont ils émanent

Comme indiqué à la figure 5, les projets AMI émanent majoritairement du milieu municipal (57,7%). Par contre, les répondants n’en connaissent pas l’origine dans 10,4 % des cas et dans 15,4 % des cas, les projets émanent d’autres milieux.

Figure 5

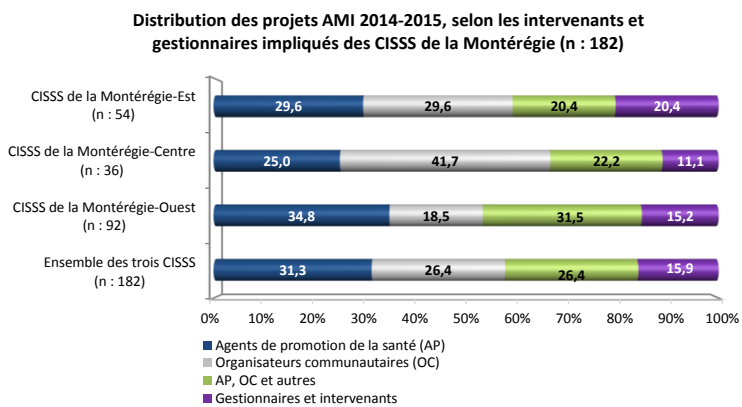


Par rapport aux trois CISSS de la Montérégie, le CISSSMC présente un pourcentage plus élevé de projets émanant du milieu municipal.

4.7 Distribution des projets selon l'implication des intervenants et des gestionnaires des CISSS

L’examen des projets AMI sous l’angle de l’implication des ressources des CISSS montre que les agents de promotion de la santé et les organisateurs communautaires y sont engagés (figure 6). Fait intéressant, on observe également que plus du quart d’entre eux (26,4 %) travaillent en collaboration. Les gestionnaires sont impliqués dans 15,9 % des projets.

Figure 6

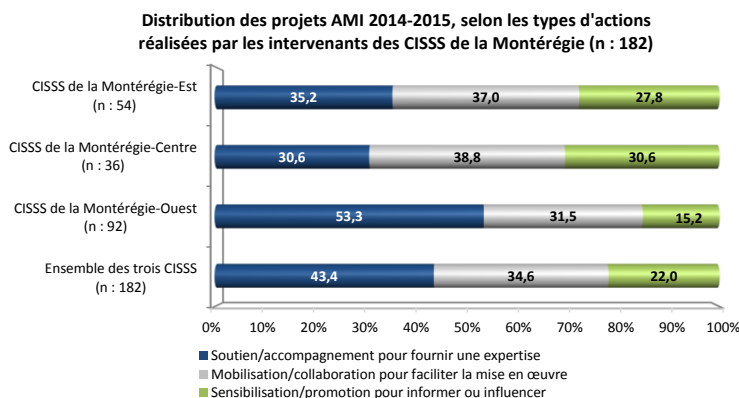


Par rapport aux trois CISSS de la Montérégie, on constate une disparité entre les territoires quant à l’implication des organisateurs communautaires dans les projets AMI (29,6 %, 41,7 %, et 18,5 %).

4.8 Distribution des projets selon les types d'actions réalisées

La figure 7 rend compte des actions réalisées par les intervenants des CISSS dans le cadre des projets AMI. Ces actions qui sont la sensibilisation/promotion, la mobilisation/collaboration et le soutien/accompagnement renvoient également à différentes étapes du processus de collaboration, soit informer/influencer, faciliter la mise en œuvre et fournir de l'expertise auprès du milieu municipal. Cette dernière étape s'inscrit dans le développement des pratiques attendues auprès du milieu municipal et concerne plus de 43,4 % des projets AMI.

Figure 7



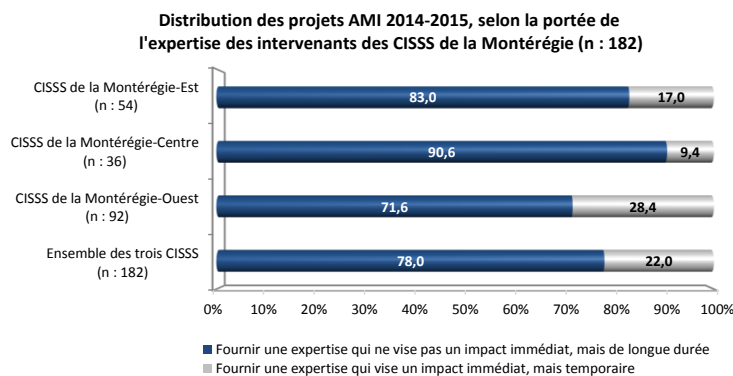
Par rapport aux CISSSME et CISSSMC, le CISSSMO est davantage engagé dans des actions de soutien/accompagnement auprès du milieu municipal (53,3 % vs 35,2 % et 30,2 %). À l'inverse, les actions de sensibilisation/promotion concernent 27,8 % et 30,6 % des projets AMI sur les territoires des CISSSME et CISSSMC alors que ces actions ne représentent que 15,2 % des projets sur le territoire du CISSSMO.

On observe cette même tendance lorsqu'on traite les types actions par déterminant de la santé. En effet, comme l'indique les figures 1a, 2a, 3a, 4a et 5a (annexe 1), le CISSSMO est davantage engagé dans des actions de soutien/accompagnement en matière de saines habitudes de vie, de déterminants sociaux de la santé, d'aménagement du milieu, de sécurité et d'environnement physique.

4.9 Distribution des projets selon la portée de l'expertise des intervenants

Comme indiqué à la figure 8, pour 78 % des projets AMI, l'expertise fournie par les intervenants des CISSS ne vise pas un impact immédiat, mais plutôt un impact à long terme de manière à influencer le milieu municipal sur le plan d'une vision ou d'une politique publique.

Figure 8



Par rapport au CISSSMO, le CISSSMC se démarque en présentant une plus grande proportion de projets visant une portée de longue durée (90,6 % vs 71,6 %).

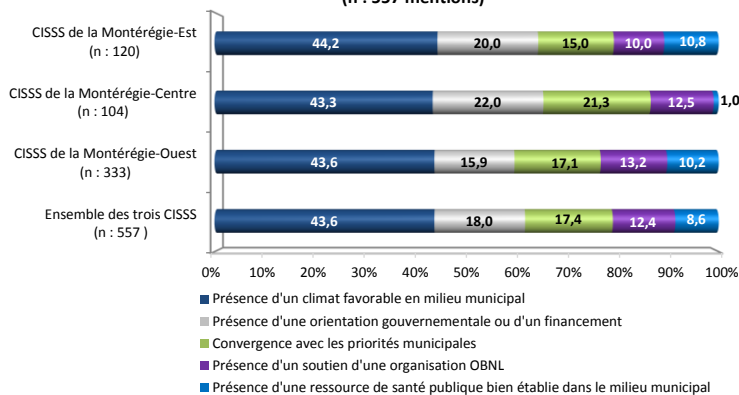
4.10 Distribution des projets et des mentions concernant les conditions facilitantes rencontrées

De l'avis des intervenants des CISSS, 85 % des projets AMI qui ont été réalisés ont permis d'accroître les liens de confiance ou les relations avec le milieu municipal. De plus, il aura été possible d'intégrer une préoccupation de santé publique dans 92 % des projets réalisés.

À la figure 9, les intervenants des CISSS font état des conditions favorables à la réalisation des projets AMI. Parmi celles-ci, mentionnons la présence d'un climat favorable en milieu municipal qui concerne près de la majorité des mentions (43,6 %).

Figure 9

Distribution des projets AMI 2014-2015, selon les conditions facilitantes rencontrées par les intervenants des CISSS de la Montérégie (n : 557 mentions)



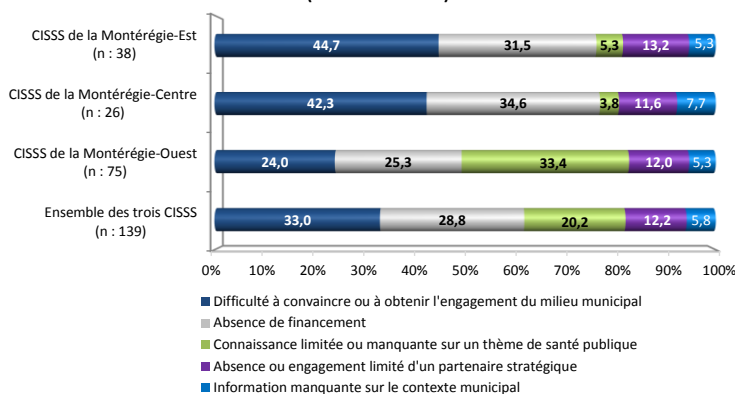
Les trois CISSS de la Montérégie présentent des profils similaires concernant les conditions facilitantes rencontrées par les intervenants dans la réalisation des projets AMI.

4.11 Distribution des projets et des mentions concernant les obstacles rencontrés

Selon les propos des intervenants des CISSS, aucun obstacle n'a été rencontré dans 34,6 % des projets AMI. Lorsque des obstacles sont rencontrés, le tiers concerne la difficulté à convaincre ou à obtenir l'engagement du milieu municipal (figure 10). Parmi les autres obstacles identifiés par les intervenants (AP et OC) des CISSS, soulignons les connaissances limitées sur des thèmes de santé publique et l'information manquante sur le contexte municipal.

Figure 10

Distribution des projets AMI 2014-2015, selon les obstacles rencontrés par les intervenants des CISSS de la Montérégie (n : 139 mentions)



Par rapport aux CISSSME et CISSSMC, les intervenants du CISSSMO mentionnent davantage comme obstacle leur connaissance limitée ou manquante sur des thèmes de santé publique (33,4 % vs 5,3 % et 3,8 %). Toutefois, ce territoire semble avoir moins de difficultés à obtenir l'engagement du milieu municipal (24 % vs 44,7 % et 42,3 %).

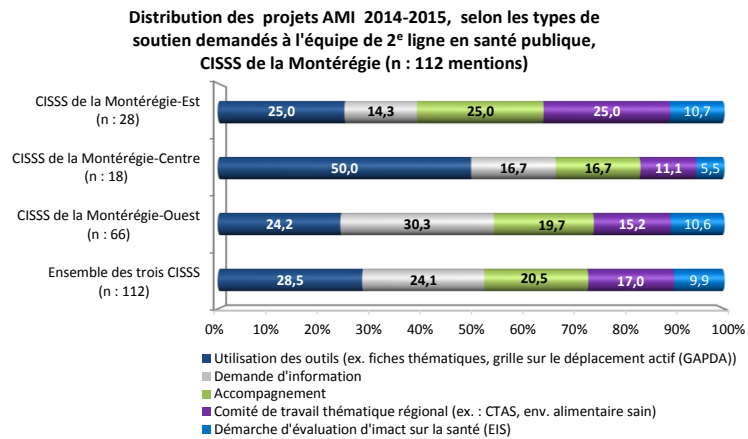
4.12 Distribution des projets et des mentions concernant le soutien demandé à l'équipe de 2^e ligne en santé publique

Globalement, 26 % des projets AMI ont fait l'objet d'une demande de soutien à l'équipe de 2^e ligne en santé publique.

Quant aux demandes de soutien, 112 mentions ont été recensées (figure 11). Les motifs invoqués pour obtenir le soutien de l'équipe de 2^e ligne en santé publique concernent principalement l'utilisation des outils développés par cette équipe et les demandes d'information.

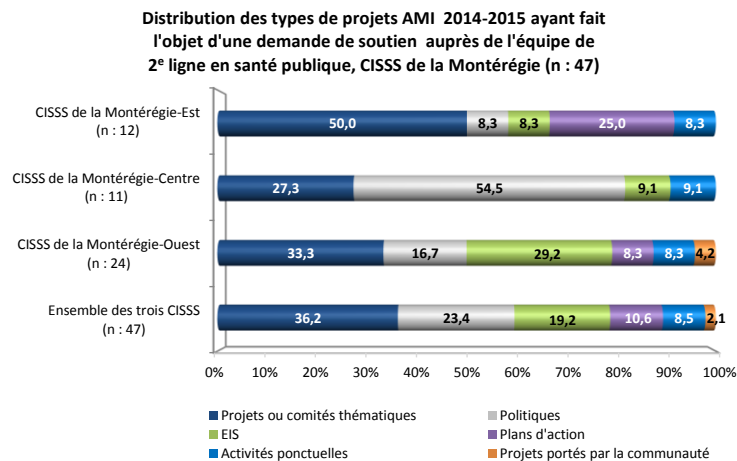
Enfin, la figure 12 identifie les types de projets qui font l'objet d'une demande de soutien à l'équipe de 2^e ligne en santé publique. À cet effet, les demandes concernent principalement les projets ou comités thématiques et les projets de politique.

Figure 11



Par rapport aux CISSME et CISSMO, le CISSMC se distingue en utilisant davantage les différents outils produits par l'équipe de 2^e ligne en santé publique (50 % vs 25 % et 24,2 %).

Figure 12



En raison de la grande variabilité des données entre les trois CISSS de la Montérégie, il est difficile de dégager des tendances concernant les demandes de soutien à l'équipe de 2^e ligne en santé publique.

5. Discussion

Le présent bilan des projets AMI 2014-2015 constitue un point de référence pour les trois CISSS de la Montérégie. Il permet d'identifier les projets réalisés, d'en tracer leurs profils et d'apprécier l'implication du milieu municipal.

L'identification de critères précis a été salubre pour sélectionner les projets à l'étude. Ainsi, un projet AMI implique que les acteurs de santé publique auront établi ou consolidé des interfaces soutenues avec le milieu municipal en intégrant les connaissances de divers domaines de santé publique.

Ainsi, seuls les projets dont le milieu municipal exerce un rôle actif ou une participation régulière ont été retenus. Par cette façon de faire, ceci a permis de mieux circonscrire l'approche recherchée et les projets qui en émanent. L'analyse des informations fournies par les intervenants de 1^{re} ligne en santé publique permet de dégager les principales observations suivantes :

1. 182 projets ont été conduits dans deux municipalités sur trois en Montérégie. C'est sur le territoire du CISSMO que le plus grand nombre de projets est recensé. Notons que le nombre de municipalités y est aussi le plus important (65) par rapport aux territoires des CISSME (57) et CISSMC (23);
2. 48 % des municipalités de moins de 10 000 habitants en Montérégie ont été rejointes par un ou des projets AMI, comparativement à 92 % des municipalités de 10 000 à 49 999 habitants. Les quatre villes de plus de 50 000 citoyens ont aussi été associées à cette approche.

On peut facilement soupçonner que la taille des organisations municipales joue un rôle important quant à la conduite d'interventions de santé publique dans ce milieu. La présence d'éléments organisationnels facilitateurs (ressources plus nombreuses et plus spécialisées que dans les plus petites municipalités, un budget plus substantiel pour intervenir, etc.), une pluralité et une diversité de partenaires locaux et des caractéristiques municipales plus en lien avec les grands thèmes de l'AMI expliqueraient, en partie, ces résultats. Une analyse plus

exhaustive des éléments facilitateurs, particulièrement pour l'intervention dans les municipalités de petites et de moyennes tailles, permettrait d'en dégager les forces pour appuyer le «démarchage» auprès des municipalités non rejointes par l'AMI.

Pour les quatre municipalités les plus peuplées (Brossard, Longueuil, Saint-Hyacinthe et St-Jean-sur-Richelieu), il a été parfois entendu que certaines difficultés étaient rencontrées pour rejoindre ces milieux. Des enjeux communicationnels, une méconnaissance des rôles et de l'offre de la santé publique, des paliers décisionnels multiples, des ressources internes plus grandes, d'où un besoin moins ressenti à demander de l'aide extérieure, peuvent expliquer cette situation. Une meilleure compréhension des contraintes et la recherche conjointe d'approches gagnantes mériteraient une attention particulière;

3. à l'échelle de la Montérégie, une municipalité sur deux de moins de 2 000 habitants a été associée à un projet AMI. Une analyse plus approfondie de la nature des projets, de leurs thématiques principales et une meilleure connaissance des points d'ancrage dans l'organisation municipale pourraient permettre d'orienter l'intervention de la 1^{re} et de la 2^e ligne dans le but de répondre ou d'anticiper les besoins plus particuliers de ces milieux;
4. 35 des 45 municipalités de la CMM dispersées sur les trois territoires de CISSS réalisent des projets AMI. Depuis 2012, autant les municipalités locales que régionales ont l'obligation de se conformer au Plan d'aménagement et de développement de la CMM (PMAD) : leurs schémas d'aménagement et la réglementation d'urbanisme doivent concorder avec le PMAD. Or, plusieurs orientations sont en lien avec des préoccupations de la santé publique par exemple, au regard de l'aménagement et la mobilité durable, les TOD, le transport collectif, le logement social, les changements climatiques, les risques technologiques et les conditions de l'environnement.

Compte tenu du poids démographique très important de ces municipalités (64 % de la population de la Montérégie) et du contex-

te favorable que représente, pour les prochaines années, le développement et l'aménagement du territoire dans un cadre métropolitain, il y a ici une occasion d'amorcer, entre les trois CISSS, une réflexion visant à dégager une stratégie concertée et complémentaire pour rejoindre ces municipalités (locales et régionales) à travers des enjeux de santé publique qui sont aussi des cibles du PMAD;

5. 60 % des municipalités impliquées dans un projet AMI sont périmétropolitaines (en périphérie de la CMM). Il semble que des enjeux particuliers pourraient se présenter pour certaines communautés au cours des prochaines années. En effet, compte tenu qu'elles ont dorénavant l'obligation de respecter l'orientation 10 (voir page 7), plusieurs MRC et municipalités estiment que leur développement peut être affecté⁷.

Ainsi, selon l'orientation 10, les MRC doivent consolider le développement dans le principal pôle de services et d'équipements localisé sur leur territoire. À l'extérieur de ce pôle, elles doivent orienter en priorité le développement urbain et consolider le tissu urbain existant dans les secteurs desservis en infrastructures d'alimentation en eau potable et par les réseaux de transport en commun. Ne rencontrant pas ces critères, il est probable que des effets s'observent dans des municipalités rurales (inégalités sociales et économiques créées par une dévitalisation de municipalités rurales, difficulté de maintenir des services de proximité, etc.). Il sera pertinent de suivre l'évolution de la situation dans ces communautés et d'ajuster au besoin l'offre de service de l'AMI pour bien répondre à un contexte en changement;

6. le milieu municipal est le principal responsable, seul ou avec la participation des CISSS, de la coordination de projets, soit dans 75 % des cas;
7. la majorité des projets (55,7 %) émanent du milieu municipal;

⁷ MRC du Haut-Richelieu. [En ligne], <http://www.mrchr.qc.ca/documents/amenagementautres/orientation10.pdf>

8. les projets peuvent prendre différentes formes. Pour la majorité d'entre eux (59,6 %), il s'agit de projets spécifiques, de comités thématiques et de projets de politique;
9. les deux tiers des projets visent plus d'un déterminant de la santé. Les déterminants de la santé les plus abordés sont les SHV et les DSS. Les déterminants environnementaux sont moins intégrés aux démarches des intervenants de 1^{re} ligne dans le contexte de l'AMI;
10. les activités de soutien/accompagnement, attendues dans la démarche AMI se retrouvent dans près de la moitié (43,4 %) des projets;
11. la grande majorité des projets (78 %) ne vise pas un impact immédiat, mais plutôt de longue durée, ce qui est recherché;
12. les projets AMI ont permis d'accroître les liens de confiance avec le milieu municipal dans 85 % des cas et d'intégrer des préoccupations de santé publique dans 92 % des cas.

Par ailleurs, les trois CISSS de la Montérégie présentent quelques différences à l'égard de certaines variables. Cependant, nous ne pouvons affirmer qu'il s'agit de différences réelles ou le fruit du hasard considérant qu'aucun test statistique n'a été réalisé.

Il ressort également que l'équipe de 2^e ligne en santé publique a été interpellée par les équipes de 1^{re} ligne dans 26 % des projets. Sa contribution est jugée utile ou très utile dans une proportion de 90 %. Le soutien offert concerne notamment les outils développés et la réponse aux demandes d'information et d'accompagnement.

Concernant les conditions facilitantes rencontrées dans le déploiement de l'AMI, les intervenants des CISSS nous indiquent plusieurs pistes d'action à considérer. Parmi celles qui retiennent particulièrement notre attention, il y a le climat de travail et la présence bien établie des ressources de santé publique auprès du milieu municipal. En somme, travailler en milieu municipal s'inscrit dans une démarche à long terme et qui mise sur le développement d'une relation de confiance avec les acteurs municipaux. Un autre facteur important à considérer est celui de la convergence des préoccupations

et des besoins du réseau de santé publique avec les priorités municipales. Ces facteurs regroupent 70 % des propos des intervenants. Quant aux autres facteurs relevés, la présence et le financement d'une orientation gouvernementale ainsi que le soutien d'un partenaire stratégique sont des facilitateurs.

Sur le plan des obstacles rencontrés par les intervenants des CISSS, trois facteurs retiennent l'attention. Le premier, regroupant 45 % des mentions, concerne la difficulté des intervenants à convaincre ou à obtenir l'engagement du milieu municipal ou encore d'un partenaire stratégique. Le deuxième facteur, regroupant 26 % des mentions, concerne le manque de connaissance sur le contexte municipal et certains thèmes de santé publique. Quant au troisième et dernier facteur, regroupant 29 % des mentions, il concerne l'absence de financement de certains projets.

Enfin, au regard des deux précédents bilans régionaux, réalisés avec le concours des intervenants des CISSS, il apparaissait intéressant de voir l'évolution de l'AMI en vue d'en dégager de grandes tendances. Il faut toutefois demeurer prudent puisque ces bilans réfèrent à une méthodologie différente de collecte d'information. De plus, leurs données n'ont pas fait l'objet d'un traitement permettant d'en extraire celles ne correspondant pas à la démarche de sélection des projets retenue dans le bilan 2014-2015. Ainsi, depuis 2012, il semble ressortir :

- une implication croissante du milieu municipal quant à la coordination des projets;
- une implication plus importante des intervenants de 1^{re} ligne en santé publique quant au soutien/accompagnement des partenaires municipaux dans leurs interventions comparativement aux actions de sensibilisation/promotion visant à les informer ou les influencer;
- une participation plus notable des AP dans la réalisation des projets; le travail conjoint AP-OC serait également en progression.

Conclusion et recommandations

Ce bilan des projets AMI 2014-2015 a été l'occasion de dresser un état de situation des actions conduites en milieu municipal par les intervenants de 1^{re} ligne des trois CISSS de la

Montérégie mais aussi, de procéder à l'examen des conditions de réalisation et des particularités de son implantation dans le milieu municipal.

À la lumière des différents constats discutés précédemment et de la perspective de poursuivre le déploiement de l'AMI dans le contexte du Programme national de santé publique 2015-2025 et du prochain Plan d'action régional en santé publique, il importe donc *de promouvoir par des approches intégrées, la création et le maintien de milieux de vie et de communautés saines et sécuritaires* (MSSS, 2015, p.46) et de fournir « *un soutien des initiatives favorisant le développement et le renforcement des capacités des communautés d'agir sur leurs conditions de vie et leur environnement* (MSSS, 2015, p.47). Pour ces raisons, nous formulons neuf recommandations en lien avec le déploiement des projets AMI en Montérégie, à savoir :

1. s'assurer de bien comprendre l'influence de nouveaux contextes sur le déploiement de l'AMI par exemple, la démarche Prendre soin de notre monde (PSNM) qui cible exclusivement la promotion des saines habitudes de vie dans les municipalités;
2. travailler en soutien/accompagnement auprès des milieux municipaux;
3. tenir compte de leurs priorités en évolution et ajuster les façons de faire;
4. s'assurer de connaître les contextes dans lesquels les municipalités évoluent, considérant les particularités territoriales diversifiées;
5. travailler en collégialité avec les intervenants de 1^{re} ligne (AP et OC) et de 2^e ligne en santé publique, afin d'harmoniser les stratégies d'approche et d'intervention, particulièrement pour le territoire de la CMM;
6. sensibiliser les paliers gouvernementaux afin qu'ils soutiennent le financement et la réalisation d'actions sur les déterminants de la santé en milieu municipal;
7. assurer un transfert de connaissances auprès des intervenants de 1^{re} ligne sur les contextes municipaux, les thématiques de santé publique moins bien maîtrisées, ainsi que sur les stratégies d'influence;

8. être attentif à l'évolution de certaines situations dans des petites communautés découplant du nouveau cadre d'aménagement et de développement métropolitain;
9. utiliser toutes les opportunités pour faire progresser la culture de l'AMI afin de soutenir cette démarche (ex. : formation sur les SHV, présentation des EIS, lien avec les indicateurs de développement des communautés).

Les prochaines étapes de l'évaluation de l'AMI permettront de mieux cerner les attentes du milieu municipal à l'égard de l'intervention intégrée en lien avec des enjeux partagés de santé publique et des besoins particuliers liés à des contextes différents. Les façons de faire, la complémentarité des visions et des actions des intervenants de 2^e ligne en santé publique quant à l'AMI et à son déploiement feront aussi l'objet d'un processus évaluatif afin d'optimiser les pratiques et de potentialiser l'implantation de cette approche.

Références

- Bisset, S. (2015). *Grille AMI*, Direction de santé publique de la Montérégie, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, 11 p. [En ligne], <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/promotion-prevention/Grille-AMI-2014-2015.mht>
- Communauté métropolitaine de Montréal (2012). *Un grand Montréal attractif compétitif et durable*, Plan métropolitain d'aménagement et de développement, 217 p.
- Direction de santé publique (2006). *Des environnements physiques sains et sécuritaires : éléments clés pour la santé des communautés*, rapport de la Directrice de santé publique 2006, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 82 p.
- Direction de santé publique (2007). *Pour des communautés en santé : des environnements sociaux solidaires*, rapport de la Directrice de santé publique 2007, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 56 p.
- Direction de santé publique (2013). *L'approche municipale intégrée (AMI); pourquoi, pour qui et comment*, Document synthèse, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). Programme national de santé publique 2015-2025, *Pour améliorer la santé de la population du Québec*, Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 85 p.

Annexe 1 : Distribution des projets AMI 2014-2015, par type d'action et déterminant de la santé, déployés dans les trois CISSS de la Montérégie

Comme indiqué à la figure 7 du rapport, les trois types d'actions déployées dans les CISSS de la Montérégie-Est, Centre et Ouest varient d'un territoire à un autre. Ces tendances sont également observées dans le traitement des données par déterminant de la santé, soit les saines habitudes de vie, les déterminants sociaux de la santé, l'aménagement du milieu, la sécurité et l'environnement physique. Les cinq prochaines figures (1a, 2a, 3a, 4a et 5a) illustrent ces propos.

Ainsi, comme l'indiquent ces figures, les actions de soutien/accompagnement sont les plus dominantes au CISSS de la Montérégie-Ouest, et ce, peu importe le déterminant de la santé traité. À l'inverse, les actions de sensibilisation/promotion et les actions de mobilisation/collaboration sont les plus dominantes dans les CISSS de la Montérégie-Est et Centre eu égard à ces mêmes déterminants de la santé.

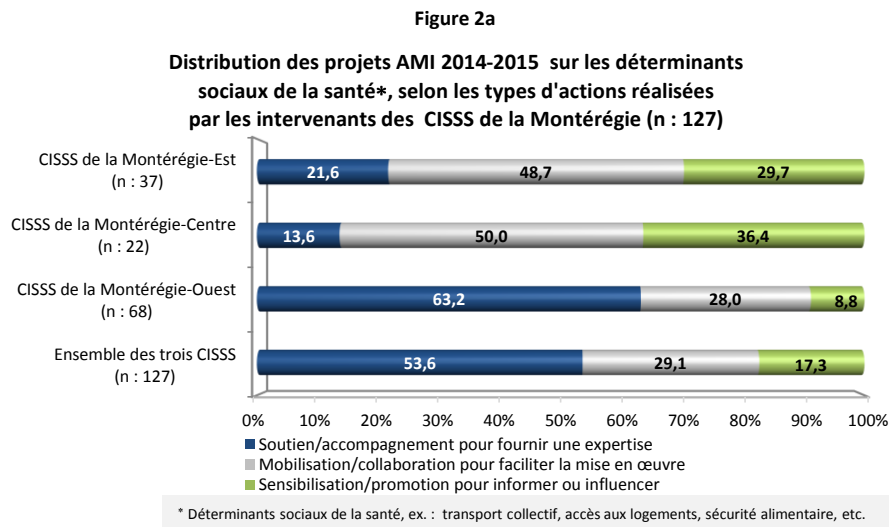
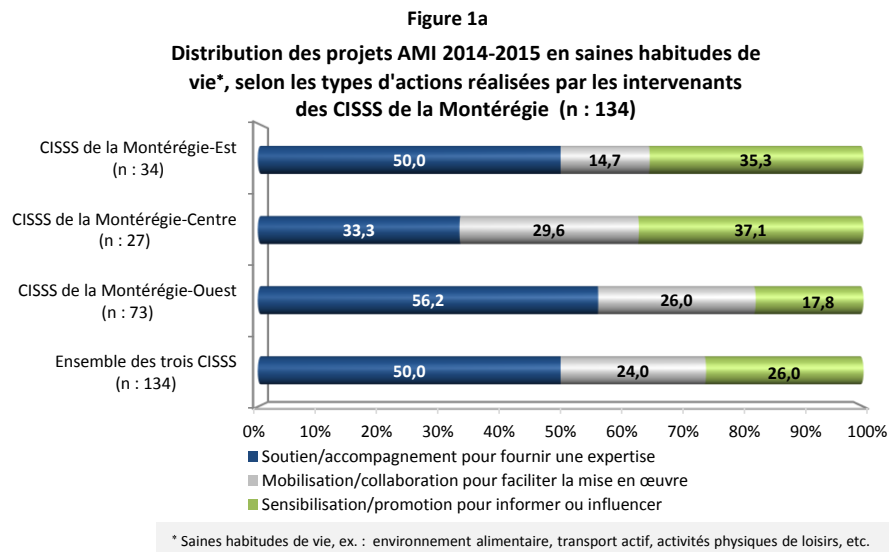
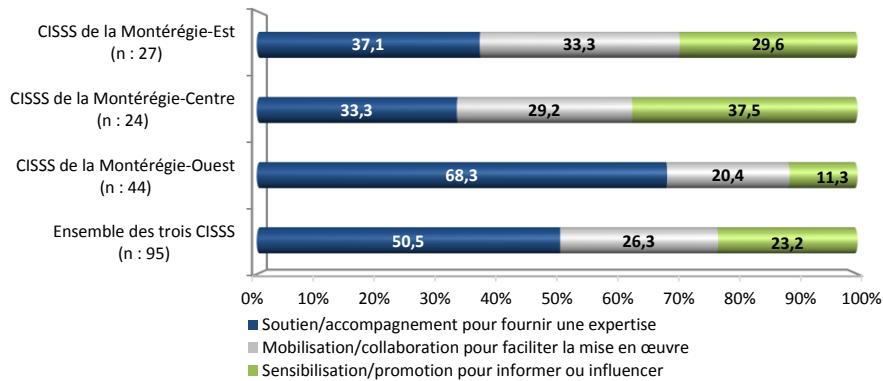


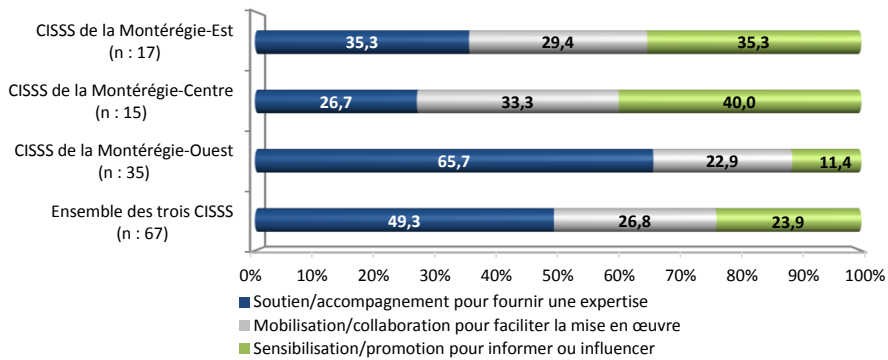
Figure 3a
Distribution des projets AMI 2014-2015 sur l'aménagement du milieu,
selon les types d'actions réalisées par les intervenants
des CISSS de la Montérégie (n : 95)



* Aménagement du milieu, ex. : pistes cyclables, déplacements piétonniers, mesures d'apaisement de la circulation, etc.

Figure 4a

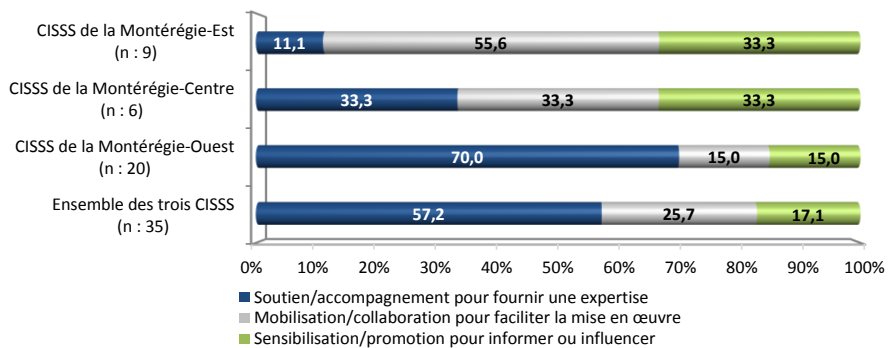
Distribution des projets AMI 2014-2015 sur la sécurité*,
selon les types d'actions réalisées par les intervenants des CISSS de la Montérégie (n : 67)



* Sécurité, ex. : prévention des traumatismes routiers, etc.

Figure 5a

Distribution des projets AMI 2014-2015 sur l'environnement
physique*, selon les types d'actions réalisées par les intervenants
des CISSS de la Montérégie (n : 35)



* Environnement physique, ex. : herbe à poux, salubrité des logements, qualité de l'air, etc.



**Centre intégré
de santé et de
services sociaux de
la Montérégie-Centre**

Québec 

1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3
Téléphone : 450 928-6777 • Télécopieur : 450 679-6443

www.santemonteregie.qc.ca/santepublique