

PROPOSITION DES CIBLES CLINIQUES PRIORITAIRES

DANS LE CADRE DES TRAVAUX DES TABLES DE TRAVAIL

PRÉSENTÉ À LA

TABLE DE CONCERTATION TERRITORIALE

OCTOBRE 2007

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

Troisième rencontre de la Table de concertation territoriale tenue le 1^{er} octobre 2007

RÉSOLUTION relative à l'adoption des cibles cliniques prioritaires proposées par les tables de travail.

CONSIDÉRANT le rôle de la Table de concertation territoriale qui est notamment d'assurer la mobilisation des partenaires du réseau local de services de santé et de services sociaux de Drummond.

CONSIDÉRANT la première étape des projets cliniques qui est d'identifier les besoins sociosanitaires et les particularités de notre population.

CONSIDÉRANT le mandat donné par la Table de concertation territoriale aux directeurs cliniques du CSSS Drummond afin de mettre à terme le processus d'identification des cibles cliniques prioritaires.

CONSIDÉRANT le processus de consultation et de participation des partenaires qui a permis d'obtenir un consensus sur les cibles cliniques prioritaires.

IL EST PROPOSÉ d'appuyer les cibles cliniques prioritaires proposées par les membres des tables de travail :

- Personnes en perte d'autonomie et déficience physique
- Famille, enfance et jeunesse
- Déficiences intellectuelles et trouble envahissant du développement
- Santé physique
- Santé mentale et dépendances
- Santé publique

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

PRÉAMBULE

Ce document est le résultat d'un travail consistant de la part des directeurs de programmes cliniques du CSSS Drummond. En effet, ces derniers avaient la responsabilité de réaliser le mandat qui leur avait été confié par la TCT, soit d'étudier et de proposer les cibles cliniques qui devront être mises en priorité sur le territoire de Drummond.

- Madame Nathalie Boisvert, directrice au Programme santé physique
- Madame Nathalie Magnan, directrice aux Programmes famille et santé publique
- Madame Lyse Garant, directrice au Programme personne en perte d'autonomie
- Monsieur André Allard, directeur au Programme santé mentale

C'est aussi les partenaires de différents horizons qui ont, par leurs expertises et leurs connaissances des besoins de la population, contribué aux résultats probants. Les personnes qui ont participé à l'une des tables de travail sont nommées dans les prochaines pages.

La direction générale adjointe, sous la responsabilité de monsieur Michel Doyon, directeur général adjoint, s'est donnée comme mission d'accompagner les directeurs et les tables de travail dans la réalisation de leur mandat. Ainsi, les personnes suivantes ont animé et produit les documents de soutien aux tables de travail et à la Table de concertation territoriale :

- Monsieur Martin D'Amour, conseiller-cadre à la direction générale adjointe, gestionnaire du projet
- Madame Karine Alie, conseillère à la direction générale adjointe, soutien au processus de consultation et au changement organisationnel
- Madame Fanny Doucet, conseillère à la direction générale adjointe, responsable de la recherche et de l'analyse du profil populationnel

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION DU DOCUMENT DES ARGUMENTAIRES	2
1. Description globale du portrait des participants.....	3
2. Appréciation de l'expérience, selon les participants.....	4
2.1 Appréciation de l'encadrement offert	4
2.2 Perception de la productivité de la table.....	5
2.3 Perception du climat de la table.....	5
I - PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE ET DÉFICIENCE PHYSIQUE	6
CIBLE 1 - Soutien aux aidants naturels.....	7
CIBLE 2 - Cadre d'intervention global pour la clientèle présentant des troubles cognitifs.....	8
CIBLE 3 - Permettre à plus de personnes qui le désirent de décéder à domicile	9
CIBLE 4 - Réduire l'isolement et la détresse psychologique chez la personne avec une déficience physique en favorisant l'accès à un rôle social actif notamment en assurant la disponibilité du transport adapté sur le territoire	10
CIBLE 5 - Développer une approche de promotion et de prévention pour l'ensemble des personnes vulnérables en perte d'autonomie	11
II - Enfance - jeunesse et famille	12
CIBLE 1 - Santé mentale jeunesse.....	13
CIBLE 2 - Négligence.....	14
CIBLE 3 - Violence conjugale et familiale	15
CIBLE 4 - Abus et agression sexuelle chez les jeunes.....	16
CIBLE 5 - Dépendance et toxicomanie	16
III - Déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement	18
CIBLE 1 - Soutien aux familles et aux proches.....	20
CIBLE 2 - Intégration à la vie active et sociale : de l'autonomie à l'autodétermination.....	21
IV - Santé physique	22
CIBLE 1 - Maladie coronarienne athérosclérotique (MCAS)	23
CIBLE 2 - Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).....	22
CIBLE 3 - Cancer	23
V - Santé mentale et dépendances.....	25
CIBLE 1 - Comorbidité - dépendances et santé mentale	25
CIBLE 2 - Problématique du suicide.....	27
CIBLE 3 - Amélioration des conditions de vie des clientèles ayant des problèmes en santé mentale	27
VI - Santé publique	29
CIBLE 1 - Saines habitudes de vie	29
SITUER LA RÉALISATION DES PROJETS CLINIQUES	31

INTRODUCTION DU DOCUMENT DES ARGUMENTAIRES

La finalité du réseau québécois de la santé et des services sociaux est le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. Cette finalité consacrée à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) doit conséquemment influencer les décideurs, les intervenants et la population à adopter des politiques, mettre en place des actions ou adopter des comportements pour :

- Réduire la mortalité due aux maladies et traumatismes ainsi que la morbidité, les incapacités physiques et les handicaps;
- Agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion;
- Favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes;
- Favoriser la protection de la santé publique;
- Favoriser l'adaptation ou la réadaptation des personnes, leur intégration ou leur réintégration sociale;
- Diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes; et
- Atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions.

Pour atteindre ces objectifs, le réseau québécois doit établir un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destinées notamment à :

- Assurer la participation des personnes et des groupes qu'elles forment au choix des orientations, à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services;
- Favoriser la participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être;
- Partager les responsabilités entre les organismes publics, les organismes communautaires et les autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux;
- Rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social;
- Tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socio-culturelles, ethnoculturelles et socio-économiques des régions;
- Favoriser la prestation efficace et efficiente de services de santé et de services sociaux, dans le respect des droits des usagers de ces services.

La dernière réforme du réseau de la santé et des services sociaux a notamment contribué à la réalisation de ces objectifs en créant les territoires de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. De fait, le CSSS Drummond doit dorénavant animer et coordonner les travaux des intervenants du réseau local de services de santé et de services sociaux de notre territoire. Il est donc responsable de définir, avec les partenaires, les projets cliniques afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

C'est dans ce contexte que le conseil d'administration du CSSS Drummond a donné le mandat, au mois de décembre 2005, au directeur général d'officialiser le réseau local et de mettre en place le projet d'organisation clinique. Après un peu moins d'un an de consultation et de recherche, le conseil d'administration adoptait au mois d'octobre 2006 le projet d'organisation clinique tel qu'il avait obtenu consensus auprès de tous les partenaires consultés.

Le réseau local fut donc officialisé par la création de la table de concertation territoriale (TCT) au mois de janvier 2007. Lors de la deuxième rencontre de la TCT, au mois de février 2007, le mandat a été accordé aux directeurs cliniques du CSSS Drummond pour proposer les cibles cliniques prioritaires. Pour ce faire, six tables de travail ont été mises en place en fonction des clientèles visées.

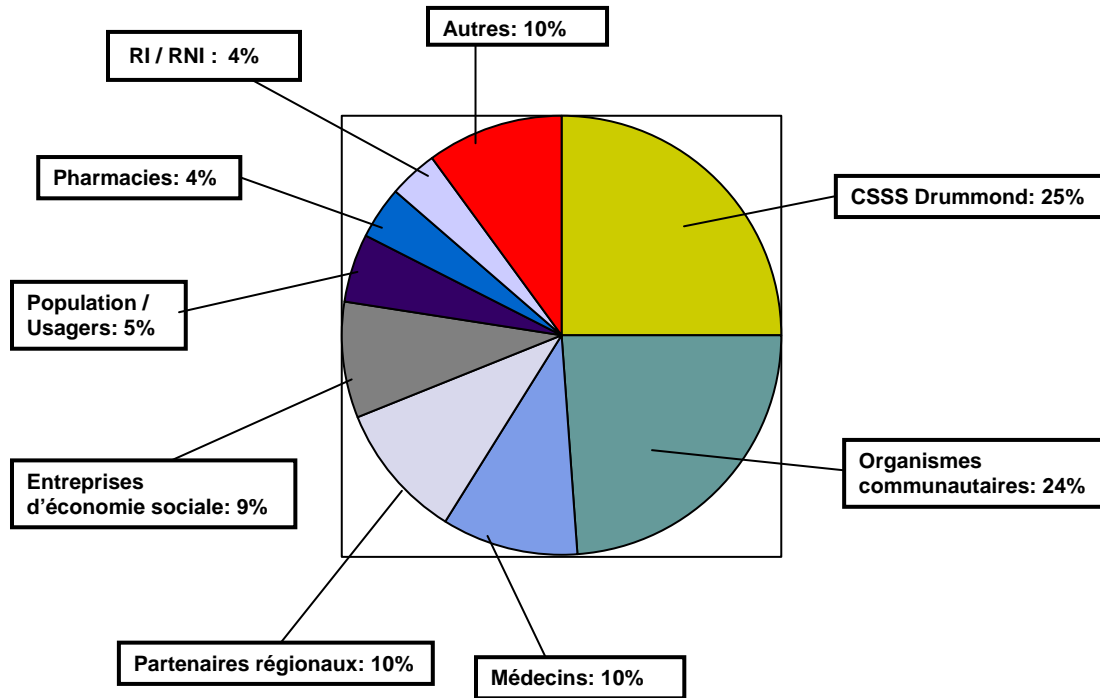
À partir du mois de mars jusqu'au mois de juin 2007, les tables de travail se sont mises à l'œuvre. Les membres de ces tables de travail ont donc dégagé les cibles cliniques prioritaires qu'ils considéraient importantes et ce, à partir du profil spécifique de la population de notre territoire.

Ainsi, le présent rapport présente le résultat des travaux des six tables de travail. Nous débuterons par la description du portrait global des participants aux différentes tables de travail. Par la suite, nous présenterons les cibles cliniques prioritaires proposées par les membres de chacune des tables de travail. Pour chaque cible, un court argumentaire est décrit afin de comprendre le rationnel derrière ces propositions. Enfin, nous terminerons par situer les différentes étapes qui mèneront vers l'actualisation des projets cliniques.

1. Description globale du portrait des participants

Les tables de travail ayant reçu le mandat d'étudier les cibles cliniques prioritaires de la région ont bénéficié d'un nombre appréciable de 79 participations¹. Pratiquement tous les partenaires convoqués ont accepté l'invitation. Parmi ces 79 participations (l'équipe de soutien du CSSS Drummond étant exclue de ce nombre), il y a eu 20 participations qui provenaient du CSSS Drummond, huit des partenaires régionaux, 19 des partenaires communautaires, huit des médecins, trois des pharmacies communautaires, quatre des usagers ou de la population, sept des entreprises d'économie sociale, trois des ressources non institutionnelles et huit provenant d'autres partenaires : commission scolaire, entreprises autres, partenaires privées, etc. Le graphique 1 représente la proportion en pourcentage de la répartition des participations à travers toutes les tables, selon le type de partenaires.

¹ On parle de 79 *participations* et non pas de participants, car le nombre a été comptabilisé en additionnant le nombre de participants à chaque table. Ainsi, une personne qui a siégé à plus d'une table de travail a été comptabilisée autant de fois.



Graphique 1 : *Distribution, selon le type de partenaire, des participations ayant collaboré aux travaux des tables de travail sur l'étude des cibles cliniques*

2. Appréciation de l'expérience, selon les participants

Les participants étaient invités, à la fin des travaux de la table de travail, à remplir un questionnaire écrit anonyme visant à sonder l'appréciation de leur participation. Sur 79 participations, 59 retours de questionnaire ont été compilés, ce qui fait un intéressant taux de participation de 75 %. Les thèmes abordés visaient principalement à voir l'appréciation de l'encadrement offert, à questionner sur l'impression de productivité de l'équipe et à sonder la perception personnelle sur le climat de la table. Voici ce qui ressort globalement de chaque grand thème.

2.1 Appréciation de l'encadrement offert

La presque totalité (plus de 96 %) des répondants affirment que la table était bien encadrée. De façon globale, les ordres du jour leur ont semblé pertinents, il y avait assez d'information disponible à l'accomplissement du mandat, le portrait populationnel a été perçu comme utile et l'animation était adéquate. Le « Guide des arguments à prendre en compte dans le choix des cibles cliniques prioritaires » a été quelquefois questionné quant à son caractère aidant.

En effet, lors des travaux de la 1^{re} table de travail, une application concrète de la grille des arguments a été expérimentée. On a vite constaté que le parcours systématique de la grille inhibait les échanges et ne favorisait pas suffisamment l'utilisation des ressources des gens présents. En ce sens, par la suite, les éléments étaient plutôt présentés comme des

repères guidant la réflexion et les échanges et servaient d'appui de recadrage pour l'équipe d'animation (par exemple lors de certains questionnements). Il n'est donc pas étonnant, dans ces circonstances, que les participants n'aient pas perçu nécessairement l'utilité concrète de la grille. Cela dit, cette modalité d'utilisation ne semble pas avoir nui pour autant, car, comme il sera mentionné plus bas, la presque totalité des participants affirment que les travaux sont quand même restés centrés sur les besoins de la clientèle.

2.2 Perception de la productivité de la table

83 % des répondants rapportent être en accord ou tout à fait en accord avec l'énoncé affirmant que la table de travail a été productive. Le temps pris à la réalisation du mandat a été variable d'une table à l'autre. La durée a été notamment adaptée selon les caractéristiques des liens entre les partenaires, la complexité et la diversité de la clientèle, le nombre de partenaires présents, etc. Bien que la grande majorité des gens ait trouvé adéquat le temps pris pour accomplir le mandat, 3 % des répondants l'ont trouvé trop limité et 2 %, trop long². Le but de l'adaptation du temps de réalisation était de répondre aux particularités et préférences des gens de la table lors du déroulement. En ce sens, les gens étaient invités à faire part de leurs commentaires et suggestions, et ce, tout au long des travaux.

2.3 Perception du climat de la table

Il semble que les consensus ont été obtenus de façon satisfaisante auprès des six tables. En effet, 100 % des répondants affirment partager les décisions de la table à laquelle ils ont participé en ce qui concerne le choix des cibles cliniques prioritaires. De plus, pratiquement tous les répondants affirment être prêts à s'impliquer encore dans le cadre d'autres travaux relatifs au projet d'organisation clinique.

La perception positive du climat de travail est assez unanime. Les gens ont perçu pour la grande majorité que les échanges étaient adéquats et que la table permettait à chacun de prendre sa place. 78 % des répondants affirment que les participants ont été capables de se distancer de leurs intérêts personnels et organisationnels³. 90 % affirment percevoir que les travaux sont restés centrés sur les besoins de la clientèle. Il est à supposer que certains ont pu éprouver de la difficulté à se détacher de leur cadre de référence, mais que ce fait n'a toutefois pas vraiment affecté le dénouement des travaux, peut-être parce que la majorité a réussi à centrer leur attention sur les besoins globaux des clientèles.

Ces résultats annoncent un avenir prometteur en ce qui concerne la concertation des partenaires. Il est à noter que les suites seront toutefois déterminantes dans la réussite de cette mobilisation territoriale.

² La perception du délai inadéquat (trop long ou trop court) n'est pas spécifique à une table en particulier.

³ Les autres ont noté être moyennement en accord avec l'énoncé qui leur demandait de se situer par rapport à l'énoncé suivant : « Les participants ont été capables de se distancer de leurs intérêts personnels et organisationnels ». Il est à noter qu'aucun des répondants a affirmé être en désaccord ou tout à fait en désaccord avec cet énoncé.

I - PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE ET DÉFICIENCE PHYSIQUE

La table de travail pour la clientèle en perte d'autonomie et déficience physique, sous la direction de madame Lyse Garant, s'est réunie à trois reprises, soit le 30 mars, 13 et 20 avril. Les personnes suivantes ont participé aux travaux de la table :

- ✓ Madame Lyse Garant, directrice du Programme personnes en perte d'autonomie du CSSS Drummond
- ✓ Dr François Boyer, omnipraticien et médecin-conseil au Programme personnes en perte d'autonomie du CSSS Drummond
- ✓ Madame Estelle Leclair, CSSS Drummond
- ✓ Madame Diane Bouvette, CSSS Drummond
- ✓ Monsieur Gaétan Proulx, CSSS Drummond
- ✓ Madame France Fortin, Centre de réadaptation Interval
- ✓ Madame Ghislaine Lamoureux, Société Alzheimer du CDQ et Maison Myosotis
- ✓ Madame Andrée Ouellet, Centre d'action bénévole
- ✓ Monsieur Pierre Lemay, Association des personnes handicapées de Drummond
- ✓ Madame Danielle René, Logisoutien
- ✓ Madame Jocelyne Bérubé, Centre Normand-Léveillé
- ✓ Madame Paule Setlakwe, pharmacienne communautaire
- ✓ Madame Guylaine Martin, Résidence Villa du Boisé
- ✓ Monsieur Carl Verrier, Fondation René-Verrier
- ✓ Madame Louise Paré, comité des résidents du Centre d'hébergement Frederick-George-Heriot
- ✓ Madame Carole Léger, représentante des ressources non institutionnelles
- ✓ Monsieur Pierre Lemay, Association des personnes handicapées de Drummond

À la fin des travaux, les membres de la table de travail ont obtenu un consensus sur cinq cibles cliniques prioritaires :

- ✓ Développer davantage de services permettant aux aidants naturels de recevoir de l'enseignement, de l'information, du soutien, de l'écoute et du répit afin de maintenir à domicile le plus longtemps possible les personnes en perte d'autonomie.
- ✓ Élaborer un cadre d'intervention global pour la clientèle présentant des troubles cognitifs.
- ✓ Permettre à plus de personnes qui le désirent de décéder à domicile en augmentant l'intensité de services en accompagnement et soins de fin de vie. De plus, leur offrir un lieu de fin de vie qui est alternatif entre l'hôpital et le domicile.
- ✓ Réduire l'isolement et la détresse psychologique chez la personne avec déficience physique en favorisant l'accès à un rôle social actif (travail, étude, loisir, bénévolat) notamment en s'assurant de la disponibilité du transport adapté sur le territoire.
- ✓ Développer une approche de promotion et prévention pour l'ensemble des personnes en perte d'autonomie vulnérables.

Les membres de la table de travail proposent donc de retenir les trois premières cibles présentées plus haut. Ces trois cibles cliniques prioritaires sont en effet incontournables et interdépendantes. Même si la table recommande de travailler prioritairement sur ces trois cibles, les participants tenaient à ce que les deux dernières cibles soient mentionnées, car même si elles ne feront pas nécessairement l'objet d'un projet clinique, plusieurs actions concertées peuvent être posées afin d'influencer positivement les problématiques qu'elles sous-tendent.

Les membres estiment qu'il faudra environ deux ans pour élaborer les projets cliniques relatifs aux trois cibles retenues, soit de l'identification de l'écart entre l'offre et la demande, à la recherche des meilleures pratiques, à l'établissement du cheminement de la clientèle et à l'accès aux soins et services, à l'implantation, jusqu'à la période de rodage des projets.

Voici quelques arguments des cibles cliniques prioritaires proposées par les membres de la table de travail.

CIBLE 1 - Soutien aux aidants naturels

Les aidants naturels sont des membres de la famille ou des amis qui offrent des soins et de l'aide à une personne ayant des troubles physiques, cognitifs ou mentaux. Ils le font par choix ou par nécessité. Il est reconnu que de plus en plus de personnes reçoivent de l'aide informelle à domicile. Selon Ressources humaines et Développement social Canada, les aidants naturels fournissent plus de 80 % de l'ensemble des soins dont ont besoin les personnes qui ont des problèmes de santé prolongés.

Ainsi, ces personnes font souvent face au défi de concilier leur travail, leurs propres besoins de santé et leurs responsabilités d'aidants. Il en résulte du stress et de l'épuisement, au point où ils ont eux-mêmes besoin de soins ou d'aide. Prodiger des soins à domicile n'est pas un phénomène nouveau, ce sont plutôt les circonstances dans lesquelles les familles doivent maintenant apporter ces soins qui ont changé : population vieillissante, les familles sont de plus en plus petites et de plus en plus dispersées, les aidantes (femmes) naturelles traditionnelles sont sur le marché du travail, etc.

Selon l'Enquête sociale générale en 2002, 23 % des canadiens âgés de 45 à 64 ans fournissaient des soins à des personnes du troisième âge. De ces personnes, 70 % occupaient un emploi à l'extérieur et 27 % avaient des enfants à la maison. C'est en moyenne 23 heures de soins par mois non rémunérés (29 heures pour les femmes et 16 heures pour les hommes).

Selon l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités en 2001, plus de deux millions de personnes handicapées de 15 ans et plus recevaient de l'aide provenant essentiellement de membres de leurs familles, pour leurs activités au quotidien. Plus précisément, 63 % des personnes handicapées recevaient de l'aide de membres de la famille habitant avec eux et seulement 24 % recevaient de l'aide d'organismes ou d'agences.

L'aide et le soutien que reçoivent les personnes en perte d'autonomie et en déficience physique jouent un rôle primordial à leur qualité de vie et au maintien à domicile. Par

exemple, selon la Société d'Alzheimer, les aidants naturels de personnes atteintes de troubles cognitifs souffrent de deux fois plus de dépressions que les autres aidants.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux fait du soutien pour les proches aidants une de ses priorités. Des services directs devront être offerts à ces personnes comme en témoignent les orientations ministérielles :

« Clarifier l'offre de service qui s'adresse aux proches aidants, selon les besoins évalués, incluant les besoins spécifiques des proches aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection apparentée. Ces services concernent l'information, la formation, le répit, le dépannage, le soutien psychosocial, l'entraide et la présence-surveillance. »⁴

De plus, un soutien pour l'obtention de services d'aide devra être évalué :

« Examiner la possibilité de soutenir les aînés en perte d'autonomie et leurs proches aidants pour l'obtention de services d'aide à domicile selon des modalités basées sur le degré d'incapacité de la personne et sur l'exercice du choix du type de services et du dispensateur. »⁵

L'Agence de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec retient notamment une stratégie à l'égard du maintien à domicile, plus particulièrement à l'aide aux proches aidants :

« Offrir aux proches aidants des services de répit personnalisés, l'accès à un intervenant pivot, du soutien psychosocial et la possibilité de joindre un groupe d'entraide. On se doit d'améliorer notre capacité à dépister chez les proches aidants les signes d'épuisement et de détresse. »⁶

Bien que le territoire du Réseau local de Drummond détienne présentement une population relativement jeune comparativement à l'ensemble de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, force est de constater que nous subirons la plus grande augmentation de la population de 65 ans et plus d'ici 2016, soit de 44.4 % pour porter le total à 18 229 personnes. Dans ce contexte, les proches aidants auront de plus en plus de besoins et le réseau local de Drummond devra être créatif pour y répondre mieux qu'auparavant.

CIBLE 2 - Cadre d'intervention global pour la clientèle présentant des troubles cognitifs

Des réalités qui étaient auparavant de moins grandes importances, le nombre de personnes atteintes de troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer par exemple) sera plus que significatif dans les prochaines années.

⁴ Québec, « Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie, plan d'action 2005-2010 », MSSS, 2005, page 37.

⁵ Ibid.

⁶ Québec, « Vision stratégique et plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées en Mauricie et Centre-du-Québec », Agence de la Santé et des Services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2005, page 21.

Avec le défi que pose le vieillissement de la population, les troubles cognitifs ne feront qu'augmenter. La Société d'Alzheimer du Canada estime que les troubles cognitifs touchent les personnes âgées comme suit :

- ✓ 2 % des 65 à 74 ans
- ✓ 11 % des 75 à 84 ans
- ✓ 33 % des 85 ans et plus

À partir de ce taux d'incidence, nous pouvons faire une extrapolation pour estimer le nombre de personnes atteintes de troubles cognitifs sur notre territoire.

	2006	2016
65-74 ans	135	222
75-84 ans	485	560
85 ans et +	466	681
Total	1 086	1 463

Force est donc de constater qu'un cadre d'intervention global, multidisciplinaire et intersectoriel permettra d'élaborer de nouvelles approches afin de :

- ✓ Faire un meilleur repérage de la clientèle
- ✓ Inclure la promotion et la prévention
- ✓ Obtenir un diagnostic le plus tôt possible de l'évolution de la maladie
- ✓ Obtenir un accès aux services disponibles notamment les services médicaux
- ✓ Briser l'isolement de la clientèle et des aidants naturels
- ✓ Maintenir le plus longtemps possible les usagers dans leur milieu de vie naturel

Compte tenu de l'espérance de vie, un grand nombre d'aînés nécessiteront des soins pendant de longues périodes.

CIBLE 3 - Permettre à plus de personnes qui le désirent de décéder à domicile

Il faut faire une distinction entre les soins palliatifs et les soins de fin de vie.

Les soins palliatifs sont apparus au Québec il y a une trentaine d'années pour répondre aux besoins des personnes atteintes d'une maladie incurable dont l'évolution compromet sérieusement la survie.

Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les soins palliatifs comme suit :

Les soins palliatifs sont l'ensemble des soins actifs et globaux dispensés aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé. L'atténuation de la douleur, des autres symptômes et de tout problème psychologique, social et spirituel devient essentielle au cours de cette période de vie. L'objectif des soins palliatifs est d'obtenir, pour les usagers et leurs proches, la meilleure qualité de vie possible. Les soins palliatifs sont organisés et dispensés grâce aux efforts de collaboration d'une équipe multidisciplinaire incluant l'utilisateur et les proches. La plupart des

aspects des soins palliatifs devraient également être offerts plus tôt au cours de la maladie, parallèlement aux traitements actifs.⁷

Par cette cible, c'est l'ensemble des soins en fin de vie aux aînés qu'il faut repenser. On entend par soins en fin de vie aux aînés :

Les soins en fin de vie aux aînés exigent une approche active et un accompagnement qui assurent le traitement, le soulagement et le soutien des personnes d'âge avancé qui sont atteintes et sont sur le point de mourir de maladies évolutives ou chroniques qui menacent leur vie. Ces soins sont attentifs aux valeurs personnelles, culturelles et spirituelles, aux croyances et aux modes de vie et englobent le soutien des familles et des proches allant jusqu'à inclure la période de deuil.⁸

Étant donné que seulement 39 % des canadiens meurent chaque année dans les établissements de soins prolongés, il devient impératif d'offrir une gamme de soins et services là où les personnes décèdent. De plus, de nombreuses personnes aimeraient rester dans leur milieu de vie naturel jusqu'à leur décès, lorsque c'est possible.

Ainsi, dans son plan de mise en œuvre de la politique en soins palliatifs, le ministère de la Santé et des Services sociaux accorde une grande importance à l'accroissement des services de soins palliatifs de fin de vie en augmentant le nombre de personnes recevant des services à domicile, de même que l'intensité des services et le nombre de lits destinés à cette fin.⁹

CIBLE 4 - Réduire l'isolement et la détresse psychologique chez la personne avec une déficience physique en favorisant l'accès à un rôle social actif notamment en assurant la disponibilité du transport adapté sur le territoire

Plusieurs grands thèmes ont été déterminés par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'égard de la déficience physique. Bien que les personnes atteintes d'une déficience physique soient d'accord avec ces orientations ministérielles, elles manifestent surtout une problématique à l'égard du transport adapté sur notre territoire. Cette problématique ne peut faire l'objet d'un projet clinique, mais les membres de la table de travail désirent rappeler l'importance du transport adapté pour entre autres les personnes atteintes d'une déficience physique.

Le transport adapté ne doit surtout pas être sous-estimé. De fait, il permet de favoriser l'autonomie dans les activités quotidiennes, de briser l'isolement, d'assurer un accès aux soins et services et d'interagir de façon générale au milieu de vie. Interagir dans le milieu de vie, n'est-ce pas une définition d'une santé ou d'un bien-être optimal? Pour les personnes atteintes d'une déficience physique, c'est à tout le moins être reconnu « À parts... égales ».

Les membres de la table de travail suggèrent que tous les partenaires du réseau local de services de santé et de services sociaux appuient toutes démarches afin d'augmenter l'offre de services du transport adapté.

⁷ Organisation mondiale de la santé.

⁸ Université d'Ottawa, « *Un guide des soins en fin de vie aux aînés* », financé par Santé Canada, page 9.

⁹ Québec, *op cit*, note 4, page 36.

CIBLE 5 - Développer une approche de promotion et de prévention pour l'ensemble des personnes vulnérables en perte d'autonomie

Il est sans doute admis qu'il faut sans cesse faire des activités de promotion et de prévention pour les personnes en perte d'autonomie vulnérables. Chacun des partenaires doit donc se concerter pour apporter une image positive du vieillissement et du handicap physique. La promotion de saines habitudes de vie, de l'importance du rôle social qu'elles peuvent accomplir et le maintien de l'autonomie sont quelques exemples d'approches leur permettant de maintenir le plus longtemps possible leur santé et leur bien-être.

Les membres de la table de travail ne considèrent pas ces moyens comme étant des projets cliniques, mais ils doivent demeurer en trame de fond de l'ensemble des projets cliniques de cette clientèle. De fait, il est essentiel de soutenir les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale dont la mission est orientée vers des activités de prévention, des services de soutien à domicile ou d'intégration sociale afin de favoriser la participation sociale, contrant ainsi l'isolement social.

II - Enfance - jeunesse et famille

La table de travail pour la clientèle enfance-jeunesse-famille, sous la direction de madame Nathalie Magnan, s'est réunie à deux reprises, soit les 1^{er} et 15 mai. Les personnes suivantes ont participé aux travaux de la table :

- ✓ Madame Nathalie Magnan, directrice du programme famille et santé publique CSSS Drummond
- ✓ Madame Marie-Hélène Ferragne, CSSS Drummond
- ✓ Madame Hélène Tousignant, CSSS Drummond
- ✓ Dr Jean-François Forcier, omnipraticien
- ✓ Madame Mylène Lecours, Domrémy
- ✓ Madame France Fortin, Interval
- ✓ Madame Nathaly Roy, RAFT Inc.
- ✓ Madame Isabelle Dionne, Maison des jeunes Richelieu
- ✓ Madame Façoise Dumais, Maison de la famille
- ✓ Madame Emmanuelle Laprise, CPE
- ✓ Monsieur Francis Lacharité, Refuge La Piaule
- ✓ Madame Francine Lauzière, Commission scolaire des Chênes
- ✓ Madame Huguette Ferron, Centre jeunesse
- ✓ Madame Lise Vaillancourt, Centre jeunesse

À la fin des travaux, les membres de la table de travail ont obtenu un consensus sur deux regroupements de cibles cliniques prioritaires :

- ✓ **Premier regroupement :**
 - Santé mentale jeunesse
 - Négligence
- ✓ **Deuxième regroupement :**
 - Violence conjugale et familiale
 - Abus et agressions sexuelles chez les jeunes
 - Dépendance toxicomanie

En ce qui a trait au premier regroupement, les deux cibles devront être traitées ensemble pour assurer la cohérence des interventions. Pour le deuxième regroupement de cibles, les membres de la table de travail croient qu'elles devront être traitées à la suite des cibles du premier regroupement. Elles peuvent aussi être travaillées de concert parallèlement aux travaux des projets cliniques.

Avant de traiter de chacune des cibles cliniques prioritaires, nous devons expliquer les facteurs de risque de notre population à l'égard des clientèles enfance, jeunesse et famille. Comme nous le savons, malgré le vieillissement de notre population, notre territoire est composé de jeunes familles. En ce qui a trait aux familles, les familles monoparentales comptent pour une proportion de 24.9 % des familles avec enfant. Cette situation est semblable au reste du Québec, si ce n'est un taux un peu plus faible de familles monoparentales. Par contre, les familles de notre territoire ont un revenu médian inférieur aux familles de l'ensemble de la province. La proportion de familles monoparentales vivant sous le seuil de faible revenu y est plus élevée. Nous savons aussi

notre population est moins scolarisée que l'ensemble des Québécois et que le taux de décrochage scolaire est important, surtout chez les garçons (2004-2005).

Décrochage	Centre-du-Québec	CSDC ¹⁰	Québec
Garçons	34.4 %	45.3 %	31.0 %
Filles	16.7 %	20.7 %	18.3 %
Total	25.5 %	32.7 %	24.5 %

Ces informations permettent de mieux comprendre que plusieurs familles de notre territoire vivent dans un environnement social et économique vulnérable. Nous faisons donc face à de nombreux défis comparativement à d'autres territoires.

Voici donc quelques arguments des cibles cliniques prioritaires proposées par les membres de la table de travail.

CIBLE 1 - Santé mentale jeunesse

Il est constaté que les services destinés aux jeunes aux prises avec des troubles de santé mentale sont très peu développés, que les services existants sont souvent morcelés et peu intégrés.¹¹ La raison du manque d'intégration est sans doute la sous-estimation de la problématique. Or, selon une étude conduite en Colombie-Britannique, il y aurait environ 15 % des enfants et des adolescents qui souffrent de troubles mentaux¹², d'où le besoin d'intégrer sur notre territoire les soins et services.

Il est à noter que lorsqu'on parle de santé mentale, on doit aussi garder en tête que les problèmes liés à la consommation sont aussi souvent à considérer. Dans une étude québécoise réalisée auprès de 1600 adolescents (Vitaro et coll. ; 2001¹³), il a été rapporté que 26 % des consommateurs problématiques de psychotropes manifestait aussi un problème de dépression ou des troubles du comportement en comparaison à une proportion de 10 % chez les non-consommateurs. Dans la même étude, 63 % de ceux qui ont des troubles du comportement et 42 % de ceux qui ont un problème de dépression ont aussi une consommation de psychotropes problématique.

Ainsi, qu'il s'agisse de la détresse psychologique, de la faible estime de soi, de problèmes concomitants, des pensées suicidaires ou de tentative de suicide des jeunes, force est de constater que de nombreux jeunes sont aux prises avec des problèmes qui affectent leur état de santé mentale. Selon une étude régionale (à l'aide d'un sondage) auprès de 5 000 jeunes qui fréquentaient l'école secondaire en 1999 et en 2003, les profils suivants ont été dressés.

Pourcentage de jeunes disant souffrir de détresse psychologique

	1999	2003

10 Commission scolaire des Chênes (données du réseau public de l'enseignement).

11 Québec, « Orientations et stratégies régionales relatives aux services de santé mentale pour les jeunes de moins de 18 ans et leurs proches », Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, juin 2006, page 5.

12 Ibid.

13 Vitaro, F., Rorove, M., Zoccolillo, M., Romano, E., Tremblay, R.E. (2001). Consommation de substances psychoactives, troubles de comportement et sentiment dépressifs à l'Adolescence. *Santé mentale au Québec*. 26, pp. 106-131.

Filles	37.0 %	43.3 %
Garçons	21.4 %	28.2 %
Total	29.4 %	35.5 %

Estime de soi chez les jeunes

Niveau d'estime	1999	2003
Inférieure	21.9 %	22.8 %
Moyenne	56.0 %	50.7 %
Élevée	22.1 %	26.6 %

Pensée suicidaire au cours des 12 derniers mois

	1999	2003
Filles	20.1 %	24.3 %
Garçons	11.7 %	11.7 %
Total	16.0 %	17.8 %

Tentative de suicide au cours des 12 derniers mois

	1999	2003
Filles	9.6 %	8.8 %
Garçons	3.4 %	3.2 %
Total	6.6 %	5.9 %

Outre les problèmes de santé mentale au sens propre, les troubles de comportement et les troubles de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) devront être intégrés aux travaux de la cible clinique santé mentale jeunesse, d'autant plus qu'ils font l'objet de travaux partout dans la région et dans la province. Entre 3 % et 7 % des enfants souffrent d'un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA ou TDAH). Il semble que ces données soient sous-estimées, car le diagnostic se fait maintenant de plus en plus précocement. Alors, on doit s'attendre à une augmentation du pourcentage de la population qui aura un diagnostic, d'où l'importance d'intégrer le plus rapidement et le plus efficacement possible les services de cette clientèle. Les troubles de l'apprentissage ont souvent des conséquences sur le rendement scolaire des enfants et leur intégration future à la société. Ainsi, 35 % des jeunes avec un trouble d'apprentissage abandonnent leurs études avant la fin du secondaire. De plus, 50 % des filles avec un trouble de l'apprentissage auront un enfant entre trois et cinq ans après avoir quitté le secondaire.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont manifesté le désir de mieux organiser les services de santé mentale pour les jeunes de moins de 18 ans et leurs proches. Ainsi, il s'agit d'une priorité importante tant du MSSS, de l'Agence et des organismes de notre région.

CIBLE 2 - Négligence

« Il y a négligence lorsque les parents ou les autres personnes qui prennent soin de l'enfant ne satisfont pas aux conditions essentielles à son développement émotionnel, psychologique et physique. Il s'agit de négligence physique si l'on ne répond pas

adéquatement aux besoins physiques de l'enfant - nourriture, vêtements, logement, hygiène, soins médicaux et protection physique - et de négligence psychologique si l'on ne répond pas à son besoin de se sentir aimé, désiré, protégé et valorisé. La négligence psychologique va de la simple indifférence au rejet total. Si la négligence n'attire pas aussi souvent l'attention des autorités publiques que la violence physique, elle présente pourtant un risque aussi grave pour l'enfant. »¹⁴

Bien qu'on ne puisse pas relier simplement la consommation d'alcool ou de drogue des parents avec le phénomène de la négligence, il est toutefois utile de mentionner que, dans une étude réalisée auprès de 8 629 adultes de la population générale, ont noté que les adultes qui ont grandi avec un ou des parents qui abusaient d'alcool avaient de 2 à 13 fois plus de risque d'avoir aussi vécu durant leur enfance l'une ou l'autre des expériences suivantes : abus verbal, abus physique, abus sexuel, négligence affective, négligence physique, séparation ou divorce des parents, violence physique entre les parents, abus de drogues, troubles mentaux et incarcération.

Selon les études, de 20 à 42 % des parents toxicomanes maltraitent leurs enfants sous une forme ou une autre, avec une prédominance de comportements de négligence. Une étude épidémiologique américaine révèle que les adultes présentant un diagnostic d'abus ou de dépendance sont de 2,7 fois plus à risque de rapporter des comportements abusifs envers leurs enfants et 4,2 fois plus à risque de rapporter des comportements négligents, par rapport aux adultes qui ne présentent pas ce type de diagnostic. Ces parents toxicomanes sont eux-mêmes plus à risque d'avoir été victimes de différentes formes de maltraitance et de négligence durant leur enfance. Ils ont donc été exposés à des modèles parentaux déficients susceptibles d'être transmis d'une génération à l'autre.

Selon les données du Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le territoire de Drummond compte le deuxième plus haut taux de signalements de la région, après Trois-Rivières.¹⁵ Les membres de la table de travail indiquent que plusieurs ressources et services existent, mais qu'il est important de les intégrer. De plus, le plus grand défi est d'assurer la mobilisation des familles en difficulté. Il faudra donc tenter de trouver des stratégies à cet effet lors de l'élaboration des projets cliniques.

CIBLE 3 - Violence conjugale et familiale

Selon une étude du ministère de la Sécurité publique en 2006¹⁶, il y aurait eu, au cours des dernières années, une augmentation des infractions contre la personne commises dans un contexte conjugal, c'est-à-dire par un conjoint, un ex-conjoint ainsi que par un ami ou ex-ami intime. Il s'agit d'infractions qui se sont avérées fondées après enquête policière.

Ce sont surtout les femmes qui sont touchées par la problématique, mais des hommes en sont aussi victimes à l'occasion. Pour l'ensemble du Québec, c'est 431 cas pour 100 000

¹⁴ Agence de santé publique du Canada : www.phac-aspc.gc.ca

¹⁵ Le territoire compte par ailleurs le 2e plus grand nombre de population après Trois-Rivière.

¹⁶ Québec, « Statistiques 2005 : La criminalité commise dans un contexte conjugal au Québec », ministère de la Sécurité publique, novembre 2006, 27 pages. Données enregistrées au Programme de déclaration uniforme de la criminalité fondé par les corps de police du Québec en 2005.

femmes et 88 cas pour 100 000 hommes. C'est aussi la tranche d'âge de 18 à 39 ans qui est le plus à risque.

En ce qui a trait au Centre-du-Québec, le taux d'infractions contre la personne commises dans un contexte conjugal (2005) est 260 pour 100 000 habitants comparativement à 263 pour 100 000 habitants pour l'ensemble du Québec. Par contre, le Centre-du-Québec a connu la deuxième plus forte hausse du taux d'infraction comparativement aux autres régions du Québec.

Il n'est plus à prouver que les sources de la violence conjugale et familiale sont multifactorielles et que cette situation entraîne d'importantes conséquences néfastes pour tous. Une concertation efficace des différents partenaires du réseau local sur cette problématique favoriserait sans aucun doute une intervention plus systémique et vigoureuse.

CIBLE 4 - Abus et agression sexuelle chez les jeunes

Selon la direction de la Santé publique de Montréal-Centre¹⁷, 8 % à 10 % des garçons et 12 % à 25 % des filles auraient été victimes d'abus sexuel avant l'âge de 18 ans, souvent dès l'enfance. La plupart des enfants sont abusés par une personne qu'ils connaissent bien et avec qui ils ont établi des liens de confiance.

L'abus sexuel, surtout s'il est chronique, peut déclencher une grande variété de troubles physiques, comportementaux et psychosociaux à court et à long terme, et ce, même longtemps après la fin de l'abus. L'enfant ou l'adolescent parle rarement de façon spontanée des abus subis. Environ 42 % des garçons et 33 % des filles n'ont jamais révélé leur abus à quiconque.

Les études sont unanimes à montrer que les femmes ayant entre 15 et 24 ans sont les plus touchées par les agressions à caractère sexuel. À ce jour, il n'existe pas d'étude québécoise effectuée auprès d'un échantillon représentatif de la population au sujet des agressions à caractère sexuel. Toutefois, aux États-Unis une étude provenant d'un échantillon représentatif d'adolescentes démontre que 12 % des adolescentes (14 à 19 ans) de Milwaukee auraient été violées depuis leur naissance. Au Québec, une étude préliminaire fait ressortir la même prévalence; 12 % d'adolescentes (14-19 ans) de leur échantillon ont été violées. En ce qui concerne l'ensemble des agressions à caractère sexuel, l'enquête canadienne réalisée il y a plus de dix ans, permettait d'évaluer la prévalence des abus sexuels commis envers des filles de moins de 18 ans à 34 %.

Les informations sur la prévalence des agressions à caractère sexuel vécues par les garçons sont encore plus rares. Les seules études publiées montrent que les taux de prévalence varient entre moins de 1 % et 13 %.

CIBLE 5 - Dépendance et toxicomanie

¹⁷ <http://www.santepub-mtl.qc.ca/mdprevention/chronique/2002/11032002.html>

Les troubles de dépendances et de toxicomanie des jeunes sont relativement bien connus. L'Agence de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a fait une étude auprès des élèves des écoles secondaires (public et privé) de la région. Les résultats sont probants. 50 % des jeunes qui fréquentent l'école secondaire disent consommer un peu d'alcool, mais 24 % en consomment beaucoup. 20 % des jeunes disent avoir une consommation excessive, soit 21.9 % chez les garçons comparativement à 18 % chez les filles. Les garçons consomment seulement un petit peu plus que les filles. Du côté des drogues, les données indiquent que la consommation d'amphétamine est actuellement la plus préoccupante. Plus précisément, « la consommation d'amphétamines a augmenté de façon inquiétante depuis 2002 (de 8 à 10 %) surtout chez les filles (de 7 à 11 %) »¹⁸. Une autre drogue bien populaire auprès des jeunes est le cannabis (voir tableau).

Répartition de la fréquence de consommation du cannabis chez les jeunes

	Drummond	Centre-du-Québec
Abstinent	61.5 %	58.2 %
Expérimentateur	9.0 %	9.7 %
Occasionnel	10.1 %	9.4 %
Régulier	14.0 %	16.3 %
Quotidien	5.4 %	6.4 %

Pour mieux situer le besoin de services chez les jeunes en matière de consommation, il est possible de se référer à l'indice de consommation.¹⁹ Le résultat obtenu par l'adolescent, comme suite à la passation du questionnaire, indique s'il y a lieu de faire une intervention. Le feu vert indique qu'il n'y a pas de problème évident, le feu jaune indique qu'il y a un problème en émergence et qu'une intervention est souhaitable et le feu rouge indique un problème évident et une intervention est nécessaire. On reconnaît de façon générale et dans le cadre de notre mécanisme d'accès régional aux services jeunesse en toxicomanie (ASTJ) que les interventions auprès des adolescents « feux jaunes » sont des interventions de première ligne et que les interventions auprès des feux rouges sont des interventions spécialisées, donc offerts par les services spécialisés en dépendances.

Il est à noter que, sur notre territoire, 6.3 % des jeunes se trouvent dans la zone du feu rouge, 12.8 % dans la zone du feu jaune et 80.9 % dans la zone du feu vert.

¹⁸ Institut de la statistique du Québec. (2004). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004. Quoi de neuf depuis 2002 ?* Gouvernement du Québec.

¹⁹ Cet indice est obtenu grâce à "La grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents". RISQ (regroupement de chercheurs en toxicomanie).

III - Déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement

La table de travail pour la clientèle ayant une déficience intellectuelle (DI) et/ou des troubles envahissants du développement (TED), sous la direction de madame Nathalie Magnan, s'est réunie à deux reprises, soit le 22 mai et le 5 juin. Les personnes suivantes ont participé aux travaux de la table :

- ✓ Madame Nathalie Magnan, CSSS Drummond
- ✓ Madame Chantal Prince, CSDI
- ✓ Madame Johanne Roy, CSDI
- ✓ Monsieur Marcel Blais, Mouvement des personnes d'abord de Drummond
- ✓ Monsieur Michel Gouin, Parrainage civique
- ✓ Madame Annie Quesnel, CPE La maison de Bécassine
- ✓ Madame Virginie Houle, Commission scolaire des Chênes
- ✓ Monsieur Denis Boily, SEMO
- ✓ Monsieur Paul-Antoine Beaudoin, CSSS Drummond
- ✓ Dr Jean-François Forcier, omnipraticien
- ✓ Monsieur Dany Lauzière, Autisme et TED CDQ
- ✓ Madame Hélène Tousignant, CSSS Drummond

À la fin des travaux, les membres de la table de travail ont obtenu un consensus sur deux cibles cliniques prioritaires :

- ✓ **Soutien aux familles et aux proches**
- ✓ **Intégration à la vie active et sociale : de l'autonomie à l'autodétermination**

Les membres de la table de travail proposent donc de retenir ces deux priorités présentées plus haut. Ces deux cibles cliniques prioritaires devront en effet être travaillées de façon soutenue.

Avant de décrire les cibles cliniques prioritaires retenues, il est important d'expliquer la nature de ces clientèles.

La « déficience intellectuelle » se caractérise « lorsque des limites intellectuelles et adaptatives affectent la capacité de la personne à faire face aux défis de la vie quotidienne dans sa communauté. Les personnes ayant une DI peuvent également présenter des incapacités ou des déficiences physiques, des problèmes de santé physique ou mentale, de l'autisme et d'autres troubles envahissants du développement, ou encore, des troubles du comportement »²⁰.

Le taux de prévalence de la déficience intellectuelle serait de l'ordre de 3 % de la population (étude américaine à laquelle se réfère l'OPHQ). Étant donné la difficulté occasionnée par la définition de la déficience intellectuelle et à son diagnostic, sauf pour la trisomie 21, il est difficile de connaître le nombre exact de personnes présentant une déficience intellectuelle. Par contre, il est reconnu que 90 % de ces personnes sont

20 Québec, « De l'intégration sociale à la participation sociale : Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches », ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, page 29.

affectées d'une déficience légère.²¹ À partir de ces données, nous pouvons tenter une projection de cette clientèle sur notre territoire.

NOMBRE ESTIMÉ DE CAS DE DI

	2002	2006	2016
0-14 ans	480	468	449
15-64 ans	1 890	1 957	1 970
65 ans et plus	350	379	547
Total	2 720	2 804	2 966

En ce qui a trait aux troubles envahissants du développement, ils « regroupent plusieurs syndromes liés à des déficiences qualitatives, sévères et envahissantes dans trois aspects du développement : les interactions sociales, la communication verbale et non verbale, les intérêts et les comportements restreints, stéréotypés et répétitifs. Les personnes ayant un TED forment un groupe très hétérogène tant par le degré de ces altérations que par la présence ou l'absence de troubles associés, tels la déficience intellectuelle ou physique et les troubles plus ou moins graves du comportement »²².

Les troubles envahissants du développement sont regroupés en cinq types, dont l'autisme est le plus connu :

- Trouble autistique
- Syndrome d'Asperger
- Trouble envahissant du développement non spécifié
- Troubles désintégratifs de l'enfance
- Syndrome de Rett

Auparavant associé à des troubles d'origines psychiatriques, il semble se dessiner un consensus dont les causes seraient multiples et l'origine serait neurologique.²³ Ainsi, ce serait une prédisposition génétique associée à des facteurs environnementaux et biologiques qui contribueraient au développement des TED.

Il est aussi difficile d'évaluer l'incidence et la prévalence des TED. De fait, les connaissances sont relativement récentes et les études scientifiques sur la prévalence demeurent déficientes. Ainsi, le taux de prévalence de 15 pour 10 000 est souvent utilisé.²⁴ De façon plus approximative, le nombre de TED peut être calculé de la façon suivante²⁵ :

- Un taux de prévalence de 17 pour 10 000 dans la population de 1 à 19 ans;
- Un taux de prévalence de 15 pour 10 000 dans la population de 20 à 64 ans;
- Les moins d'un an et les 65 ans et plus n'ont pas été retenus à cause des difficultés à poser des diagnostics.

NOMBRE ESTIMÉ DE CAS DE TED

21 Ibid, page 30.

22 Québec, « Un geste porteur d'avenir : des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches », ministère de la Santé et des services sociaux, 2003, page 9.

23 Ibid, page 15.

24 Ibid, page 25.

25 Ibid.

Groupe d'âge	2006	2016
1 à 4 ans	10	11
5 à 9 ans	14	14
10 à 14 ans	16	14
15 à 19 ans	16	14
20 à 64 ans	89	91
Total	145	144

Même si ces données ne donnent qu'un aperçu des cas de TED sur notre territoire, il ne faut pas oublier que nos connaissances et les moyens de diagnostics s'améliorent continuellement. Alors, il est possible que ces données sous-estiment le nombre de personnes atteintes de TED.

Voici quelques arguments des cibles cliniques prioritaires proposées par les membres de la table de travail.

CIBLE 1 - Soutien aux familles et aux proches

De façon générale, l'arrimage des soins et services demeure un défi constant pour ces clientèles. Néanmoins, les membres de la table de travail constatent que le soutien aux familles et aux proches est d'une grande nécessité sur notre territoire.

Lorsque les parents attendent un diagnostic de DI ou de TED ou qu'ils obtiennent un tel diagnostic, ils s'attendent à ce que le réseau de la santé et des services sociaux tente de réduire les conséquences de ces problématiques. Ils veulent savoir comment venir en aide à leur enfant et où trouver les ressources et services de soutien dont ils ont besoin.

Au-delà de l'importance du soutien avant ou après l'annonce du diagnostic, il est important de donner les outils aux parents qui sont les principaux éducateurs de leur enfant. Il est à noter que le soutien est tout aussi nécessaire aux jeunes et adultes déjà aux prises avec ces diagnostics ainsi qu'à leurs proches. Le soutien peut prendre diverses formes : besoin de formation des familles, hébergement pour les adultes ou pour les cas les plus gravement atteints de ces problématiques, soutien financier, pour ne nommer que ceux-là. Il semble que le répit soit un besoin particulièrement criant pour les familles de notre territoire. En effet, le réseau local doit faire tout ce qui est en son pouvoir pour prévenir et éviter l'épuisement de l'entourage immédiat de la personne atteinte de DI ou de TED. La possibilité de recourir à des moments de répit est un mécanisme fort efficace qui préserve d'autres problématiques potentielles.

Force est de constater que le besoin de soutien des familles et des proches est une première étape cruciale dans l'amélioration de la qualité de vie et des soins des personnes atteintes de DI ou de TED. C'est une cible stratégique sur laquelle les intervenants pourraient se concentrer pour les prochains temps. D'ailleurs, la *Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*²⁶ et le *Plan d'action des services aux personnes présentant un TED, à leurs familles et à*

²⁶ Québec, « De l'intégration sociale à la participation sociale : Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches », ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 111 pages.

*leurs proches*²⁷ présentent le soutien aux familles et aux proches comme un élément très important pour ces clientèles.

CIBLE 2 - Intégration à la vie active et sociale : de l'autonomie à l'autodétermination

Les personnes atteintes de DI ou de TED éprouvent souvent des difficultés à s'intégrer dans notre société. Malgré plusieurs ressources disponibles pour leur venir en aide, elles demeurent segmentées. En ce sens, il n'est pas surprenant que les différentes étapes de la vie créent souvent des obstacles aux personnes atteintes et à leurs familles.

Ainsi, « les personnes présentant une DI devraient trouver dans leur milieu de vie les services essentiels à leur bien-être physique et psychologique, à leur développement et à leur participation sociale, en fonction de leur âge, de leur culture et de leurs aspirations »²⁸.

Pour les personnes présentant un TED, elles doivent habiter les mêmes quartiers et fréquenter les mêmes lieux que la population en général. Elles doivent aussi réaliser les mêmes activités et, par conséquent, jouer les mêmes rôles et assumer leurs responsabilités de citoyens. Bien entendu, « cette participation repose sur les moyens d'agir qu'ont ces personnes et sur le soutien qu'elles obtiennent afin de participer activement à la vie en société et d'exercer leurs droits »²⁹.

L'intégration à l'école et l'employabilité constituent notamment des moyens concrets d'intégration à la société. L'hébergement, c'est-à-dire l'accès au logement, dans des ressources de type familial ou dans une ressource intermédiaire, assure pour ces personnes une prise en charge de leur vie et d'intégration dans leur milieu.

Des services pertinents et efficaces existent déjà sur notre territoire. Toutefois, un meilleur arrimage des partenaires permettrait de mieux déterminer les bris de services et d'intervenir de façon plus optimale auprès de cette clientèle pour laquelle l'intégration à la vie active et sociale est un enjeu plus que crucial.

27 Québec, « Les services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches, bilan de la mise en œuvre 2004-2005 du plan d'action », 2005, 57 pages.

28 Québec, op cit, note 26, page 56.

29 Québec, op cit, note 22, page 18.

IV - Santé physique

La table de travail de santé physique, sous la direction de madame Nathalie Boisvert, s'est réunie deux fois, soit le 24 avril et le 10 mai. Les personnes suivantes ont participé aux travaux de la table :

- ✓ Madame Nathalie Boisvert, directrice du programme santé physique CSSS Drummond
- ✓ Madame Hélène Boisvert, CSSS Drummond
- ✓ Dr André Larose, interniste
- ✓ Dr André Gingras, omnipraticien
- ✓ Madame Manon Leblanc, CSSS Drummond
- ✓ Madame Nicole Gauthier, comité des usagers CSSS Drummond
- ✓ Madame Guylaine Martin, Résidence privée Villa du Boisé inc.
- ✓ Monsieur Sylvain St-Onge, Corporation développement communautaire
- ✓ Madame Jocelyne Cloutier, pharmacienne communautaire
- ✓ Madame Suzanne Ruel, CSSS Drummond
- ✓ Monsieur François Lamothe, services ambulanciers
- ✓ Madame Maryse Bérubé, physiothérapeute en service privé

À la fin des travaux, les membres de la table de travail ont obtenu un consensus sur trois cibles cliniques prioritaires :

- **Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)**
- **Maladie coronarienne athérosclérotique (MCAS)**
- **Cancer**

Une approche globale pour les MCAS et les MPOC peut être réalisée. De fait, c'est souvent les mêmes professionnels qui interviennent auprès de ces clientèles. Les membres de la table de travail mentionnent également l'importance de conserver en mémoire les problématiques telles que l'obésité, l'hypertension et le diabète. De fait, si nous désirons réduire l'incidence de ces problématiques, il faut intervenir en faisant la promotion des saines habitudes de vie.

CIBLE 1 - Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

La MPOC est une maladie chronique qui est à forte majorité causée par le tabagisme. La MPOC touche 4.3 % de la population de 35 ans et plus. Pour les personnes de 75 ans et plus, le taux de prévalence est de 7.6 % pour les femmes et de 10 % pour les hommes. La MPOC comprend les maladies courantes suivantes : bronchite chronique et l'emphysème.

La MPOC représente la première cause d'hospitalisation sur le territoire. En effet, un peu plus de 1 000 hospitalisations au cours de l'année 2005-2006 pour une durée de séjour de 7.84 jours, ce qui représente 17.5 % des hospitalisations. Même si la MPOC ne se guérit pas, il est possible d'améliorer les interventions pour améliorer la qualité de vie. Il est

possible d'apprendre à bien vivre avec cette maladie pour la plupart des personnes atteintes.

Il est aussi constaté que plusieurs visites à l'urgence pour des problèmes du système respiratoire ne nécessitent pas une hospitalisation. Alors, il est tout à fait pertinent de mettre en place une équipe multidisciplinaire pour intervenir auprès des usagers en amont de ces problématiques.

La promotion et prévention (saines habitudes de vie), l'utilisation adéquate de la médication et la réadaptation doivent être centrés sur l'utilisateur aux prises avec une MPOC ou une MCAS.

CIBLE 2 - Maladie coronarienne athérosclérotique (MCAS)

Les MCAS demeurent une cause importante de décès au Canada. En 2003, les maladies cardiovasculaires touchaient 6.8 % de la population de plus de 25 ans au Québec. Dans la région, ce taux augmente à 8.2 %. De plus, 19.4 % de la population québécoise de plus de 65 ans en souffre. Fait alarmant à remarquer, 85 % de la population présente au moins l'un des facteurs de risque suivant : obésité, diabète, hypertension, tabagisme, sédentarité et mauvaises habitudes alimentaires. Il est d'autant plus inquiétant de constater que 18 % de la population présente au moins trois de ces facteurs de risque.

L'hypertension artérielle touche 15 % des personnes de plus de 25 ans de la région de la Maurice et du Centre-du-Québec. Pour le groupe d'âge de 65 ans et plus, le taux de prévalence est de 34.3 % pour les hommes et 47.6 % pour les femmes.

Les MCAS sont aussi une cause importante des hospitalisations à l'Hôpital Sainte-Croix du CSSS Drummond. Ces maladies représentent environ 1 000 hospitalisations par année dont la durée moyenne de séjour se situe à 8.44 jours en 2005, ce qui représente 22.2 % des hospitalisations. Les principaux diagnostics sont : infarctus aigu du myocarde, insuffisance cardiaque ou choc, arythmies cardiaques ou troubles de la conduction, douleur thoracique, angine de poitrine, etc.

Les membres de la table de travail croient qu'en ciblant cette clientèle par un projet clinique, les interventions pourront être mieux coordonnées et ciblées. Ainsi, les usagers bénéficieront d'une meilleure qualité de vie en ayant un contrôle sur leurs maladies cardiovasculaires. De plus, ils éviteront les hospitalisations ou les réhospitalisations.

CIBLE 3 - Cancer

Le cancer est un problème de santé de plus en plus fréquent. Les plus récentes statistiques canadiennes démontrent que le cancer est la première cause de mortalité au pays, reléguant ainsi les maladies cardiaques au second rang. Au Québec, en 2004, on estime qu'environ 36 300 nouveaux cas de cancer et 18 400 décès dus à cette maladie seraient répertoriés. Chez la femme, 31,1 % des cancers diagnostiqués seraient un cancer du sein, alors que chez l'homme, le cancer du poumon représenterait 21,5 % de tous les cancers.

Toutefois, le cancer du poumon serait la principale cause de mortalité par cancer, et ce, tant chez l'homme que chez la femme.

Taux de prévalence sur 100 000 personnes selon le siège du cancer en 2006 au Canada et selon le sexe

Siège du cancer	Hommes	Femmes
Prostate	118.9	—
Sein	—	106.3
Poumon	69.6	62.1
Colon ou rectum	62.0	41.1

Selon l'Institut national du Cancer du Canada, 44 % des hommes et 38.4 % des femmes seront atteints du cancer durant leur vie. Entre 2000 et 2004, le territoire de Drummond a enregistré une moyenne annuelle de 438 cas de tumeurs.

Entre 2002-2003 et 2006-2007, le nombre de visites au service d'oncologie de l'Hôpital Sainte-Croix du CSSS Drummond est passé de 2 556 à 3 190, ce qui représente respectivement 1 798 traitements à 2 073.

Depuis 1998, le ministère de la Santé et des Services sociaux lançait plusieurs programmes dont le Programme québécois de lutte contre le cancer, le Programme de dépistage du cancer du sein et le Programme de lutte contre le tabagisme. Selon le ministère, au moins 50 % des cas de cancer pourraient être évités par l'adoption de saines habitudes de vie et par la mise en oeuvre de politiques de santé publique. Partout au Québec des activités ont été mises en place dont l'équipe interdisciplinaire en oncologie de Drummond en 2005.

En terminant, les soins palliatifs devront être structurés notamment pour la clientèle atteinte d'un cancer. De fait, le ministère a lancé en 2004 sa Politique en soins palliatifs de fin de vie.³⁰

³⁰ Il est important de mentionner que les soins palliatifs de fin de vie ne sont pas destinés uniquement à la clientèle atteinte d'un cancer, mais ils visent aussi les autres pathologies en phase terminale.

V - Santé mentale et dépendances

La table de travail pour la clientèle de la santé mentale et des dépendances, sous la direction de monsieur André Allard, s'est réunie à trois reprises, soit le 12 et 25 avril ainsi que le 3 mai. Les personnes suivantes ont participé aux travaux de la table :

- ✓ Monsieur André Allard, directeur du programme en santé mentale CSSS Drummond
- ✓ Madame Brigitte Côté, CSSS Drummond
- ✓ Monsieur Jean-Pierre Demers, CSSS Drummond
- ✓ Madame Julie Poirier, CSSS Drummond
- ✓ Madame Jacinthe Dorr, Ensoleilvent
- ✓ Monsieur Gilles Massy, utilisateur de services
- ✓ Dr Luc Gilbert, psychiatre
- ✓ Dr Robert Gervais, omnipraticien
- ✓ Madame Mylène Lecours, Domrémy
- ✓ Monsieur Alexandre Ratté, Pavillon l'Assuétude
- ✓ Madame Stéphanie Benoit, pharmacienne communautaire
- ✓ Madame Michèle Drevet, Association parents et amis du malade émotionnel
- ✓ Madame Diane Clavet, Association parents et amis du malade émotionnel
- ✓ Monsieur Denis Alie, Atelier du second souffle
- ✓ Madame Sylvie Allard, CEPS Drummond
- ✓ Monsieur Dany Ouellet, CSSS de l'Énergie
- ✓ Madame Gisèle Denoncourt, Habit-Action
- ✓ Monsieur Guy Châteuneuf, Le réseau d'aide le tremplin

À la fin des travaux, les membres de la table de travail ont obtenu un consensus sur trois cibles cliniques prioritaires :

- ✓ **Comorbidité - dépendances et santé mentale**
- ✓ **Problématique du suicide**
- ✓ **Amélioration des conditions de vie des clientèles ayant des problèmes en santé mentale**

Les membres de la table de travail proposent donc de retenir ces trois priorités présentées plus haut. Ces trois cibles cliniques prioritaires devront en effet être travaillées de façon soutenue.

Voici quelques arguments des cibles cliniques prioritaires proposées par les membres de la table de travail.

CIBLE 1 - Comorbidité - dépendances et santé mentale

Les membres de la table de travail signalent, avec raison, les problématiques d'intervention auprès des usagers ayant une double problématique dépendance - troubles mentaux (comorbidité ou cooccurrence). Il est fréquent de constater que les traitements

offerts n'ont pas toujours un taux de succès élevé et que le risque de rechute, de réhospitalisation et de visites à l'urgence est très grand. La comorbidité est « fortement associée à un tableau clinique plus lourd, plus complexe et plus hétérogène »³¹, ce qui amènera ces personnes à effectuer plusieurs consultations auprès des plusieurs organismes et établissements. « Cette multiplication des intervenants autour d'elles les rend beaucoup plus à risque de recevoir des messages contradictoires et leur équilibre psychique précaire affecte de façon importante leur capacité à concilier ces contradictions »³².

Il est reconnu que les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont nombreuses à présenter également un problème de consommation. Il est estimé qu'entre le tiers et la moitié des usagers traités en psychiatrie ont des problèmes de toxicomanie et qu'entre la moitié et les deux tiers (65 %) des personnes en traitement pour la toxicomanie souffrent de troubles mentaux.³³ Les données du tableau suivant démontrent en effet que le risque de présenter un problème de consommation est beaucoup plus élevé chez les personnes ayant un trouble mental que chez la population en général.

Risques relatifs de présenter un problème de consommation selon le trouble mental, en comparaison à la population générale³⁴

Trouble anxieux	1.7 fois plus élevé
Dépression majeure	1.9 fois plus élevé
Schizophrénie	4.6 fois plus élevé
Trouble bipolaire	6.6 fois plus élevé
Trouble de personnalité antisociale	29.6 fois plus élevé

L'exploration de la réalité complexe entourant la clientèle ayant une problématique de comorbidité laisse clairement entendre qu'un grand défi de concertation est soumis aux différents intervenants, d'où l'intérêt d'une coordination interdisciplinaire et intersectorielle.

Même si ce n'était pas le mandat de la table de travail, les membres ont souhaité clarifier les cibles cliniques prioritaires en indiquant quelques pistes d'intervention :

- Organisation des services sur le territoire
- Arrimer et coordonner davantage les services
- Intervenant pivot
- Meilleures pratiques
- Relance de la clientèle
- Gestion des crises
- Gestion de cas
- Dépistage et prévention

31 La double problématique toxicomanie – troubles mentaux. Bulletin Info-toxico, Centre de Réadaptation Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec. Nov. 2000. Vol. 12 (2).

32 Idem.

33 Québec, « Unis dans l'action : plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 », Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, page 33.

34 Morin, Gagné et Vincent, 2000; Voir La double problématique toxicomanie – troubles mentaux. Bulletin Info-toxico, Centre de Réadaptation Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec. Nov. 2000. Vol. 12 (2).

- Hébergement
- Formation
- Respect des pratiques

CIBLE 2 - Problématique du suicide

La problématique du suicide est bien connue au Québec et dans notre région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Plus précisément, le taux de suicide sur le territoire de Drummond est de 24.2 suicides par 100 000 personnes. Les femmes ont un taux de 7.2 suicides alors que les hommes ont un taux de 41.0. Même si la situation s'est un peu améliorée depuis la période entre 1995 à 1999, ces taux demeurent très préoccupants pour les membres de la table de travail. Ce sont surtout les hommes du groupe d'âge de 25 à 44 ans qui sont touchés par le suicide. La situation des femmes est meilleure, mais elle demeure préoccupante, surtout pour le groupe d'âge de 45 à 64 ans, soit un taux de suicides de 18.5 pour 100 000 personnes comparativement à 11.4 pour le Québec.

Selon un comité du MSSS, 60 % à 90 % des gens qui se suicident ont un diagnostic de trouble mental notamment la dépression, la schizophrénie, la dépendance à l'alcool ou aux drogues et les troubles de personnalité limite.

La problématique du suicide dépasse largement le passage à l'acte. Il faut aussi intervenir auprès des personnes à risque et qui ont déjà fait une tentative de suicide. Nous devons aussi considérer les besoins de l'entourage des personnes à risque. De fait, 2 % des personnes ayant fait une tentative de suicide décèdent, par suicide, dans l'année qui suit et 10 %, de la même façon, à long terme. Il est donc important d'assurer les soins et services nécessaires à ces personnes de façon personnalisée et en continuité ainsi qu'aux personnes proches.

Même si ce n'était pas le mandat de la table de travail, les membres ont souhaité clarifier les cibles cliniques prioritaires en indiquant quelques pistes d'intervention :

- Arrimage des services
- Meilleures pratiques
- Prévention
- Sentinelle (premiers soins - dépistage)
- Dépistage systématique, peu importe l'intervention et par qui
- Hébergement soutenu
- Formation adaptée au milieu
- Cibler les hommes et les personnes âgées
- Sensibilisation des milieux à la problématique du suicide

CIBLE 3 - Amélioration des conditions de vie des clientèles ayant des problèmes en santé mentale

Par cette cible, les membres de la table de travail souhaitent apporter le plus de soutien aux personnes atteintes de problèmes en santé mentale. Leur condition de vie n'est pas nécessairement optimale. Que ce soit l'accès à l'emploi, l'intégration à la vie sociale ou l'accès au logement, il ne faut pas sous-estimer l'impact qu'ils peuvent avoir sur la santé et le bien-être de ces personnes.

Par exemple, une étude commandée en 2002 par le Réseau d'aide Le Tremplin, conclue au besoin de logement sur notre territoire pour les personnes ayant des troubles mentaux graves. Nombreuses sont les personnes ayant des troubles de santé mentale graves qui ont un faible revenu, d'où la nécessité d'améliorer leur condition de vie. Il ne faut pas non plus omettre l'hypothèse que l'amélioration des conditions de vie influencera certainement la problématique du suicide et les problèmes reliés à la comorbidité santé mentale et dépendances.

Même si ce n'était pas le mandat de la table de travail, les membres ont souhaité clarifier les cibles cliniques prioritaires en indiquant quelques pistes d'intervention :

- Logement
- Réadaptation
- Intégration sociale
- Accès à l'emploi
- Soutien intensité variable
- Coordination des services

En terminant, les membres de la table de travail souhaitent que ces trois cibles puissent être menées de façon concomitante, car elles sont interreliées. Ainsi, un travail intégré de front risque d'apporter des résultats beaucoup plus probants que si les interventions sont cloisonnées aux problématiques très spécifiques.

VI - Santé publique

La table de travail de santé publique, sous la direction de madame Nathalie Magnan, s'est réunie une fois, soit le 29 mai. Les personnes suivantes ont participé aux travaux de la table :

- ✓ Madame Nathalie Magnan, directrice des programmes famille et santé publique CSSS Drummond
- ✓ Madame Hélène Tousignant, CSSS Drummond
- ✓ Dr Jean-François Forcier, omnipraticien
- ✓ Madame Mylène Lecours, Domrémy
- ✓ Madame Virginie Houle, Commission scolaire des Chênes
- ✓ Madame Sylvie Allie, Carrefour du développement communautaire
- ✓ Monsieur Sylvain St-Onge, Corporation développement social

À la fin des travaux, les membres de la table de travail ont obtenu un consensus sur une cible clinique prioritaire, soient les **saines habitudes de vie**.

Les membres de la table soutiennent aussi que le décrochage scolaire et la prévention de la détresse psychologique sont très importants. Les membres indiquent que le décrochage scolaire ne devrait pas nécessairement faire l'objet d'un projet clinique, mais que les partenaires du territoire ont tous intérêts à le prévenir. En ce qui a trait à la détresse psychologique, les membres croient qu'elle est négligée, mais que les saines habitudes de vie passent aussi par une bonne santé mentale.

CIBLE 1 - Saines habitudes de vie

Combien de fois par semaine pratiquez-vous une activité physique? Comment qualifieriez-vous vos habitudes alimentaires? Si vous voulez réduire ou cesser votre consommation de tabac, quelles sont les raisons qui vous en empêchent?

Voilà quelques questions que la population doit se poser. Les habitudes de vie peuvent être divisées ainsi : activité physique, habitudes alimentaires, santé psychologique, consommation de tabac, la consommation d'alcool et la consommation de drogues et de médicaments.

L'espérance de vie des personnes nées entre 1999 et 2003 sur le territoire de Drummond est de 75 ans pour les hommes et de 82 ans pour les femmes. Les hommes ont une espérance de vie inférieure aux autres hommes du Québec qui est de 76.2 ans.

Plusieurs causes de mortalité ont un lien très important avec les saines habitudes de vie. Les maladies cardiovasculaires et le cancer représentent les deux principales causes de décès (environ 30 % des décès). Les habitudes de vie ont une grande influence sur l'état de santé de la population. Le fait d'être obèse, de fumer, d'être sédentaire, d'avoir de mauvaises habitudes alimentaires augmente les risques de souffrir notamment de diabète, d'hypertension, de maladies cardiaques ou pulmonaires et de certains types de cancer.

L'obésité est en nette progression dans la province et notre région n'y échappe pas. Entre 1987 et 2003, le taux d'obésité dans notre région est passé de 8.3 % à 15.2 %, ce qui représenterait environ 14 000 personnes sur notre territoire.

En 2005, 24.2 % de la population de la région fument chaque jour. Plus de 40 % de la population sont d'anciens fumeurs. Il ne faut pas négliger l'effet de la fumée secondaire.

Toujours en 2005, 50 % de la population de 12 ans et plus déclare être sédentaire durant leurs loisirs. En 2003, il y a 49 % de la même population qui déclare ne pas consommer cinq fruits ou légumes par jour.

En 2003, 81 % de la population affirme consommer de l'alcool. Près de 20 % de la population de la région dit avoir pris cinq consommations d'alcool lors d'une même occasion plus de 12 fois par an. Ces habitudes ressemblent à celle de l'ensemble de la province. On enregistre cependant une différence quant à la mortalité pour des conditions liées à la consommation d'alcool. De fait, le taux ajusté pour 100 000 personnes est de 74 pour notre région comparativement à 62 pour le Québec.

Mince consolation, la région fait bonne figure puisque 22 % de la population exprime subir un stress assez intense comparativement à 26 % pour le Québec.

Les membres de la table de travail constatent néanmoins qu'il existe des services pour améliorer les saines habitudes de vie sur notre territoire. Le territoire compte de nombreux programmes de sports. Il existe aussi un programme d'arrêt du tabagisme et le programme connu comme le 0-5-30 permet de faire la promotion des saines habitudes de vie.

Le projet clinique devra permettre d'intervenir sur tous les projets cliniques, car la prévention et la promotion des saines habitudes de vie sont très importantes. De plus, il faudra atteindre plus de gens possibles notamment en sensibilisant les entreprises.

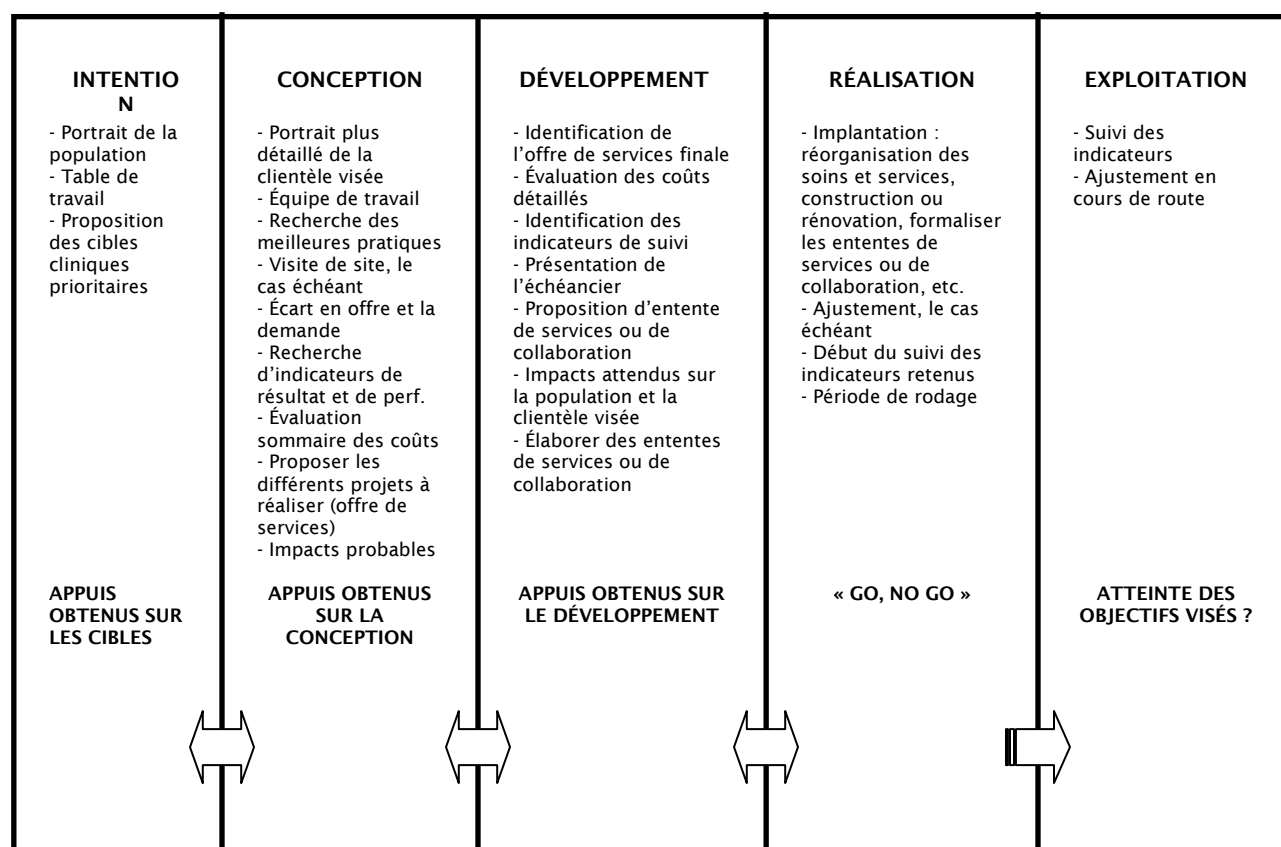
Les membres considèrent qu'il est important d'intervenir prioritairement auprès de la tranche d'âge 40-65 ans. Ensuite, les jeunes familles et les aînés devront être sensibilisés aux saines habitudes de vie.

SITUER LA RÉALISATION DES PROJETS CLINIQUES

Avant de concrétiser les différents projets cliniques, différentes étapes doivent être franchies. C'est ici que la gestion de projet prend tout son sens afin d'assurer l'atteinte de la finalité et des objectifs. Il est donc important, à cette étape, de situer les différentes phases auxquelles les projets cliniques évolueront. De façon générale, un projet, de son début à son exploitation, passera cinq étapes importantes :

- Intention
- Conception
- Développement
- Réalisation
- Exploitation

TABLEAU ÉTAPES DES PROJETS CLINIQUES



Comme vous pouvez le constater, les projets cliniques sont au début du processus menant vers sa réalisation. Il se peut néanmoins que certains projets concrets soient déjà à une étape de conception, de développement ou même de réalisation. De fait, la vie des organisations continue même si nous étions dans le processus de proposition de cibles cliniques prioritaires. Alors, le CSSS Drummond et les partenaires ne pouvaient présumer des cibles qui seraient proposées. Des projets déjà en branle depuis quelques mois ou quelques années, des opportunités qui se présentent ou des projets ciblés par le MSSS ou l'agence ont certainement pu émerger avant l'exercice de proposition des cibles cliniques prioritaires. C'est ainsi que des projets peuvent être en cours, en lien avec les cibles

cliniques prioritaires proposées dans le présent document. Néanmoins, cet exercice permet de connaître davantage les besoins de notre population, sans oublier qu'ils ont été identifiés par l'ensemble des acteurs du réseau local de Drummond.

Maintenant que les appuis sur les cibles cliniques proposées ont été obtenus par les différentes instances, des équipes pourront désormais développer le ou les projets. Lorsque la conception sera complétée, les différents projets doivent recevoir les appuis nécessaires pour poursuivre les démarches de développement et pour chacune des étapes de projet. On entend par appui « approuver quelque chose et l'aider à se réaliser » ou « soutenir formellement une proposition » afin de poursuivre les travaux. Donner son appui ne signifie pas la réalisation du ou des projets. Au contraire, cela signifie que la proposition au moment de sa présentation est acceptable, donnant ainsi l'autorisation à passer à l'étape suivante. L'absence d'appui signifie que la proposition n'est pas celle souhaitée ou que les conditions ne sont pas propices pour toutes sortes de raison : absence de partenaires, ressources insuffisantes pour supporter le ou les projets (humaines, matérielles ou financières), d'autres projets sont prioritaires, etc. En n'obtenant pas les appuis, l'équipe doit retourner à une étape précédente : développement, conception ou intention.